

MỤC LỤC

Tên phác đồ	CHUYÊN KHOA	Trang
<u>NGOẠI TỔNG QUÁT – NGOẠI NIỆU</u>		
1. BƯỚU GIÁP NHÂN		1
2. CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN		5
3. ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA UNG THƯ ĐẠI TRÀNG - TRỰC TRÀNG		8
4. RÒ HẬU MÔN		24
5. SỎI ĐƯỜNG MẬT		29
6. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SỎI TIẾT NIỆU		34
7. THOÁT VỊ BỆN		36
8. THÙNG DẠ DÀY-TÁ TRÀNG		40
9. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT		43
10. TRÀN KHÍ MÀNG PHÔI TỰ PHÁT		45
11. BỆNH TRĨ		49
12. VẾT THƯƠNG THẤU BỤNG		52
13. VIÊM RUỘT THỪA		56
14. VIÊM TÚI MẬT CẤP		65
15. KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRONG PHẪU THUẬT NGOẠI KHOA		71
16. CHẤN THƯƠNG THẬN KÍN		89
17. HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT		93
18. HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ SỎI NIỆU QUẢN		102
19. HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI SỎI THẬN		109
20. HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG NIỆU ĐẠO		114
21. HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI VỠ BÀNG QUANG		121
<u>PHẪU THUẬT TẠO HÌNH - THẨM MỸ</u>		
22. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHÈN ÉP KHOANG CẤP TÍNH		126
23. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠ XƯƠNG HỖ		129
24. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠ XƯƠNG KÍN		133
25. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG ỐNG CỔ TAY		137
26. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NGÓN TAY BẬT		140
27. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM BAO GÂN DẠNG NGÓN I (DE QUERVAIN) ...		141
28. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠ XƯƠNG ĐÒN		142
29. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP CÙNG ĐÒN		147
30. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠ XƯƠNG BẢ VAI		151

31. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP VAI.....	154
32. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP VAI TÁI HỒI.....	157
33. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY ĐÀU TRÊN XƯƠNG CÁNH TAY	160
34. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY	163
35. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY LỖI CẦU NGOÀI – TRONG XƯƠNG CÁNH TAY	167
36. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY LIÊN LỖI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY	170
37. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY CHỖM QUAY	173
38. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY ĐÀU TRÊN XƯƠNG TRỤ.....	176
39. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY THÂN HAI XƯƠNG CẰNG TAY	179
40. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY ĐÀU DƯỚI HAI XƯƠNG CẰNG TAY	182
41. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY XƯƠNG BÀN TAY	185
42. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY XƯƠNG NGÓN TAY	189
43. ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP BÀN ĐÓT NGÓN TAY	193
44. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA CỘT SỐNG	196
45. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG	199
46. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ KHUYẾT MÁT DA VÀ MÔ MỀM	203
47. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG DẬP NÁT BÀN TAY	212
48. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT ĐÚT GÂN GẬP – GÂN DƯỚI Ở BÀN TAY.....	219
49. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY XƯƠNG BÀN CHÂN	228
50. PHÁC ĐỒ SỬ DỤNG THUỐC KHÁNG ĐÔNG TRONG PHẪU THUẬT	231
51. PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH GÚT (Từ đồng nghĩa: Gout, Thống phong)	233
52. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP HÁNG.....	236
53. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY CỔ XƯƠNG ĐÙI	244
54. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY LIÊN MÁU CHUYỀN	247
55. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY THÂN XƯƠNG ĐÙI.....	250
56. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY ĐÀU XA XƯƠNG ĐÙI	254
57. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY MÂM CHÀY	258
58. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY XƯƠNG BÁNH CHÈ.....	264
59. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP GỐI	269
60. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN	276
61. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY MẮT CÁ CHÂN.....	281
62. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ LOÃNG XƯƠNG.....	283
63. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HOẠI TỬ CHỖM XƯƠNG ĐÙI.....	294

GÂY MÊ HỒI SỨC

64. GÂY MÊ NỘI KHÍ QUẢN	298
65. GÂY MÊ MASK.....	301
66. PHÁC ĐỒ GÂY MÊ TRONG MỔ NỘI SOI Ổ BỤNG.....	302
67. RÚT NỘI KHÍ QUẢN	307
68. GÂY TÊ TỦY SỐNG	309
69. GÂY TÊ ĐÁM RỐI THẦN KINH CẢNH TAY ĐƯỜNG NÁCH	311
70. GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG.....	313
71. ĐIỀU TRỊ TÍCH CỰC CÁC BỆNH NHÂN SAU MỔ.....	315
72. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHÙ PHỔI CẤP DO TIM	317
73. CHOÁNG NHIỄM TRÙNG.....	318
74. BÙ DỊCH VÀ TRUYỀN MÁU TRONG LÚC GÂY MÊ.....	320
75. CÁC THUỐC DÙNG TRƯỚC PHẪU THUẬT	322
76. HƯỚNG DẪN NHỊN ĂN UỐNG TRƯỚC GÂY MÊ VÀ KỸ THUẬT ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN NHANH.....	324
77. ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN VỚI ỐNG SOI MỀM.....	326
78. GÂY MÊ BỆNH NHÂN CAO HUYẾT ÁP.....	330
79. PHÁC ĐỒ GÂY MÊ DẠ DÀY ĐẦY.....	335
80. GÂY MÊ HỒI SỨC BẰNG HUYẾT SAU SANH	339
81. GÂY MÊ NỘI KHÍ QUẢN TRONG MỔ LẤY THAI	344
82. GÂY MÊ TOÀN DIỆN TRONG MỔ BẮT CON.....	349
83. GÂY MÊ TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG	352
84. GÂY TÊ ĐÁM RỐI THẦN KINH CẢNH TAY	359
85. GÂY TÊ THẦN KINH NGOẠI VI PHẪU THUẬT CHI DƯỚI	361
86. HƯỚNG DẪN GÂY TÊ TỦY SỐNG KẾT HỢP GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG (CSE) TRONG GIẢM ĐAU SẢN KHOA	364
87. HƯỚNG DẪN GÂY TÊ TỦY SỐNG TRONG PHẪU THUẬT PHỤ KHOA....	367
88. ĐIỀU TRỊ GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT	370
89. HƯỚNG DẪN TÊ CẠNH CỘT SỐNG	376
90. KỸ THUẬT MỞ KHÍ QUẢN QUA DA	379
91. NGĂN NGỪA BIẾN CHỨNG NHỒI MÁU CƠ TIM QUANH PHẪU THUẬT (PMI: perioperative myocardial infarction)	384
92. NGUYÊN TẮC NHỊN ĂN TRƯỚC PHẪU THUẬT.....	395
93. PHÁC ĐỒ ĐẶT CATHETER NGOÀI MÀNG CỨNG ĐỂ PHẪU THUẬT VÀ GIẢM ĐAU SAU MỔ.....	397
94. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NÔN VÀ BUỒN NÔN SAU MỔ	403
95. HƯỚNG DẪN GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG GIẢM ĐAU SẢN KHOA	405

96. PHÁC ĐỒ SỬ DỤNG MASK THANH QUẢN PROSEAL TRONG GÂY MÊ PHẪU THUẬT	410
97. PHÁC ĐỒ SỬ DỤNG PRECEDEX (DEXMEDETOMIDINE).....	414
98. HƯỚNG DẪN GÂY TÊ TỦY SỐNG TRONG PHẪU THUẬT LẤY THAI.....	418
99. HƯỚNG DẪN GÂY TÊ TỦY SỐNG KẾT HỢP GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG (CSE) TRONG PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG ĐƯỜNG ÂM ĐẠO ...	421
100. PHÒNG NGỪA THUYỀN TẮC TĨNH MẠCH SÂU TRONG NGOẠI KHOA.	425
101. PHÒNG NGỪA VÀ XỬ TRÍ NGỘ ĐỘC THUỐC TÊ	428
102. QUY TRÌNH THEO DÕI KHU HỒI TỈNH VÀ TIÊU CHUẨN CHUYỂN TRẠI	431
103. RỐI LOẠN THĂNG BẰNG TOAN KIỀM	434
104. SỐT CAO ÁC TÍNH TRÊN BỆNH NHÂN GÂY MÊ	437
105. SỬ DỤNG KHÁNG ĐÔNG CHU PHẪU.....	441
106. SỬ DỤNG THUỐC KHÁNG ĐÔNG VÀ THUỐC CHỐNG KẾT DÍNH TIỂU CẦU GIAI ĐOẠN QUANH PHẪU THUẬT	445
107. TÊ TỦY SỐNG TRONG MỔ BẮT CON	453
108. THUỐC KHÁNG ĐÔNG VÀ GÂY TÊ VÙNG	456
109. HƯỚNG DẪN GÂY MÊ TOÀN DIỆN TRONG PHẪU THUẬT LẤY THAI..	457
110. XỬ TRÍ HẠ HUYẾT ÁP TRONG MỔ BẮT CON	461
111. XỬ TRÍ NGỘ ĐỘC THUỐC TÊ.....	462
112. XỬ TRÍ TĂNG THÂN NHIỆT ÁC TÍNH TRONG GÂY MÊ	467

SẢN - PHỤ KHOA - SƠ SINH

113. SỬ DỤNG OXYTOCIN TRONG CHUYỂN DẠ.....	470
114. XUẤT HUYẾT ÂM ĐẠO TRONG BA THÁNG ĐẦU THAI KỲ.....	472
115. CHỈ ĐỊNH SINH THIẾT GAI NHAU/CHOC ỒI KHẢO SÁT RỐI LOẠN NHIỄM SẮC THỂ VÀ BỆNH LÝ DI TRUYỀN PHÂN TỬ THAI NHI.....	477
116. HƯỚNG DẪN LÂM SÀNG VỀ TIỀN SẢN GIẬT- SẢN GIẬT.....	479
117. VÀNG DA SƠ SINH	484
118. PHÁ THAI BẰNG THUỐC ĐẾN HẾT 9 TUẦN	487
119. ĐIỀU TRỊ THAI LƯU ĐẾN HẾT 12 TUẦN.....	490
120. XỬ TRÍ SẢY THAI ĐANG TIẾN TRIỂN	492
121. XỬ TRÍ SỐT NHAU / SỐT THAI	494
122. XỬ TRÍ BĂNG HUYẾT TRONG VÀ SAU KHI HÚT THAI.....	495
123. XỬ TRÍ THỪNG TỬ CUNG TRONG KHI HÚT THAI HOẶC NẠO SINH THIẾT	496
124. ĐẶT VÀ THÁO DỤNG CỤ TỬ CUNG (DCTC)	497
125. NHIỄM KHUẨN ÂM ĐẠO	499
126. VIÊM CỔ TỬ CUNG	500

127. VIÊM SINH DỤC DO HERPES	502
128. VIÊM SINH DỤC DO GIANG MAI	504
129. SÙI MÀO GÀ SINH DỤC (MỤN CỐC SINH DỤC)	505
130. VIÊM VÙNG CHẬU (PID: Pelvic Inflammatory Disease)	506
131. RONG KINH - RONG HUYẾT	509
132. TĂNG SINH NỘI MẠC TỬ CUNG	512
133. U XƠ TỬ CUNG	515
134. DỌA SẼY THAI, SẼY THAI 3 THÁNG ĐẦU THAI KỲ (< 14 TUẦN).....	519
135. THAI NGOÀI TỬ CUNG.....	521
136. XỬ TRÍ PAP'S BẤT THƯỜNG VÀ TÂN SINH TRONG BIỂU MÔ CỔ TỬ CUNG.....	529
137. RỐI LOẠN TIỀN MÃN KINH VÀ MÃN KINH	536
138. SA CÁC TẠNG VÙNG CHẬU	538
139. CHĂM SÓC CHUNG HẬU PHẪU	543
140. CHĂM SÓC HẬU PHẪU CẮT TỬ CUNG NGẢ ÂM ĐẠO.....	545
141. CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG SAU MỔ.....	546
142. CHĂM SÓC ỐNG DẪN LƯU	547
143. SỐT SAU MỔ LẤY THAI.....	548
144. BÍ TIỂU SAU SINH MỔ	549
145. TẮC RUỘT SAU MỔ.....	550
146. VIÊM PHÚC MẠC SAU PHẪU THUẬT SẢN PHỤ KHOA.....	551
147. VÔ KINH	556
148. THIỂU KINH - HIẾM KINH	558
149. VIÊM ÂM HỘ - ÂM ĐẠO.....	559
150. THAI BẨM Ở SỢ MỔ LẤY THAI	563
151. KHÁM THAI	567
152. RUBELLA VÀ THAI KỲ	570
153. THAI KỲ VỚI MẸ RHESUS ÂM.....	573
154. CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH.....	576
155. VỠ TỬ CUNG	577
156. BĂNG HUYẾT SAU SINH.....	580
157. NHAU BONG NON	583
158. SA DÂY RÓN.....	585
159. XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN 3 CHUYỂN DẠ	588
160. NGHIỆM PHÁP LỘT NGÔI CHÔM.....	589
161. NGÔI BẤT THƯỜNG.....	590

162. XỬ TRÍ THAI THỨ HAI TRONG SONG THAI	592
163. SINH KHÓ DO VAI	593
164. TĂNG HUYẾT ÁP TRONG THAI KỲ	594
165. CHUYỂN DẠ SINH NON	602
166. HỖ EO TỬ CUNG	607
167. ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRONG THAI KỲ	609
168. NHAU TIỀN ĐẠO.....	613
169. CHĂM SÓC THIẾT YẾU CHO BÀ MẸ VÀ TRẺ SƠ SINH TRONG VÀ NGAY SAU ĐẺ.....	616
170. HỒI SỨC SƠ SINH TẠI PHÒNG SANH.....	620

RĂNG HÀM MẶT

171. RĂNG KHÔN MỌC LỆCH	687
172. MẤT RĂNG TOÀN BỘ	689
173. MẤT RĂNG TỪNG PHẦN	691
174. SÂU RĂNG SỮA	694
175. VIÊM TỦY RĂNG SỮA.....	698
176. VIÊM LỢI LIÊN QUAN ĐẾN MẢNG BÁM RĂNG	702
177. VIÊM QUANH RĂNG TIẾN TRIỂN CHẬM.....	705
178. VIÊM LỢI LOÉT HOẠI TỬ CẤP TÍNH (Acute Necrotizing Ulcerative Gingivitis)	710
179. BỆNH SÂU RĂNG (Tooth Decay/ Dental caries)	713
180. TỔN THƯƠNG MÔ CỨNG CỦA RĂNG KHÔNG DO SÂU	717
181. VIÊM TỦY RĂNG	720
182. VIÊM QUANH CUỐNG RĂNG.....	723
183. ÁP XE VÙNG CỠ CĂN.....	727
184. ÁP XE MÁ.....	729
185. ÁP XE VÙNG DƯỚI HÀM	731
186. ÁP XE VÙNG SÀN MIỆNG.....	733
187. ÁP XE VÙNG MANG TAI.....	735
188. ÁP XE THÀNH BÊN HỌNG.....	737
189. VIÊM TẤY LAN TỎA VÙNG HÀM MẶT	740
190. VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI DO VIRUS (QUAI BỊ).....	742

VẬT LÝ TRỊ LIỆU

191. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO TRẺ BỊ CONG VẠO CỘT SỐNG.....	744
192. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO TRẺ CHẬM PHÁT TRIỂN TINH THẦN	750

193. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TIÊU CHỎM XƯƠNG ĐÙI VÔ KHUẨN	756
194. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TÔN THƯƠNG THẦN KINH QUAY	760
195. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TÔN THƯƠNG THẦN KINH GIỮA	764
196. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TÔN THƯƠNG THẦN KINH TRỤ	769
197. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM QUANH KHỚP VAI	774
198. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU PHẪU THUẬT CHỚP XOAY KHỚP VAI	777
199. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HỘI CHỨNG CỔ VAI TAY	780
200. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TRẬT KHỚP VAI	784
201. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÂY TRÊN LỖI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY	787
202. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÂY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY	790
203. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÂY HAI XƯƠNG CẰNG TAY	793
204. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TRẬT KHỚP KHUYU	796
205. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÂY MỎM KHUYU	798
206. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÂY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY	801
207. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG	805
208. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÂY CỔ XƯƠNG ĐÙI	809
209. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÂY THÂN XƯƠNG ĐÙI	812
210. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU PHẪU THUẬT TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC KHỚP GỐI	816
211. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU PHẪU THUẬT TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO SAU KHỚP GỐI	820
212. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TÔN THƯƠNG DÂY CHẰNG BÊN KHỚP GỐI..	824
213. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO BỆNH NHÂN VỠ XƯƠNG BÁNH CHÈ	826
214. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU PHẪU THUẬT SỤN CHÊM KHỚP GỐI	830
215. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU PHẪU THUẬT THAY KHỚP GỐI	833
216. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÂY HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN	837
217. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TÔN THƯƠNG MÔ MỀM	840
218. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ	844
219. THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ	847
220. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TÔN THƯƠNG TỦY SỐNG CỔ	850
221. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TÔN THƯƠNG TỦY SỐNG LƯNG - THẮT LƯNG	855
222. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG - CÙNG .	860
223. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG ĐAU THẮT LƯNG	863
224. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG ĐAU THẦN KINH TỌA	870
225. THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG	876
226. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM KHỚP DẠNG THẤP	880

227. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP	884
228. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM PHẾ QUẢN MẠN TÍNH.....	890
229. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BỆNH PHỔI TẮC NGHỀN MẠN TÍNH.....	892
230. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI.....	896
231. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT BỤNG.....	900
232. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SUY GIÃN TĨNH MẠCH CHI DƯỚI	904
233. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG LIỆT NỬA NGƯỜI DO TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO	908
234. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO.....	913
235. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG LIỆT DÂY VII NGOÀI BIÊN.....	917
236. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO BỆNH PARKINSON.....	921
237. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BỆNH XƠ CỨNG RAI RÁC.....	925
238. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BỆNH GÚT	928
239. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG LOÃNG XƯƠNG	932
240. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM MỎM TRÊN LỖI CẦU NGOÀI XƯƠNG CÁNH TAY	937
241. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM MỎM TRÊN LỖI CẦU TRONG XƯƠNG CÁNH TAY	939
242. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM MỎM TRÂM QUAY.....	941
243. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HỘI CHỨNG NGÓN TAY LÒ XO.....	944
244. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HỘI CHỨNG ĐƯỜNG HẸM CỔ TAY.....	945
245. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM CÂN GAN BÀN CHÂN.....	949
246. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TỔN THƯƠNG DÂY THẦN KINH CHÀY	952
247. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM ĐA RỄ, ĐA DÂY THẦN KINH (HỘI CHỨNG GUILLAIN BARRÉ).....	955
248. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VEO CỔ CẤP.....	957
249. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TIỂU TIỆN KHÔNG TỰ CHỦ	960
250. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÃY XƯƠNG ĐÒN	964
251. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG THOÁI HÓA KHỚP	966
252. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG XƠ CỘT BÊN TEO CƠ	970
253. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CO CỨNG	977
254. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HỘI CHỨNG ĐAU PHỨC HỢP KHU VỰC	984
255. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG ĐAU XƠ CƠ (FIBROMYALGIA).....	990

TAI MŨI HỌNG

256. VIÊM HỌNG MẠN TÍNH	998
257. VIÊM THANH QUẢN CẤP	1001

258. VIÊM THANH QUẢN MÃN TÍNH	1006
259. BỆNH APTÔ.....	1010
260. VIÊM THANH THIẾT CẤP	1011
261. VIÊM MŨI CẤP	1013
262. VIÊM MŨI MẠN (VIÊM MŨI SUNG HUYẾT, VIÊM MŨI XUẤT TIẾT, VIÊM MŨI PHÙ NÈ)	1017
263. VIÊM MŨI DỊ ỨNG.....	1022
264. VIÊM XOANG CẤP TÍNH (ngoại trú).....	1027
265. VIÊM XOANG MẠN TÍNH (ngoại trú)	1030
266. NÚT BIỂU BÌ - RÁY TAI	1036
267. NẤM ỐNG TAI NGOÀI	1038
268. NHỌT ỐNG TAI NGOÀI	1039
269. VIÊM TAI GIỮA CẤP TÍNH	1042
270. VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH.....	1046
271. HẸP ỐNG TAI NGOÀI MẮC PHẢI.....	1057
272. CHÀM ỐNG TAI NGOÀI.....	1061
273. VIÊM SỤN VÀNH TAI (Bệnh tai ngoài nhiễm trùng).....	1064
274. TỤ DỊCH VÀNH TAI.....	1066
275. VIÊM ỐNG TAI NGOÀI (BỆNH TAI NGOÀI NHIỄM TRÙNG)	1068
276. ZONA TAI	1071
277. AP-XE QUANH AMIĐAN	1073
278. VIÊM THANH QUẢN CẤP Ở TRẺ EM.....	1076
279. LIỆT DÂY THANH.....	1078
280. U LÀNH TÍNH VÙNG CẠNH HỌNG.....	1081
281. U NANG GIÁP LƯỖI (MÓNG)	1084
282. UNG THƯ THANH QUẢN.....	1086
283. DÒ LUÂN NHỄ.....	1094
284. BỆNH LÝ NANG VÀ DÒ KHE MANG	1096
285. PAPILLOMA THANH QUẢN	1098
286. SẼO HẸP THANH KHÍ QUẢN	1101
287. VIÊM TẤY – APXE VÙNG CỔ.....	1106
288. U XƠ VÒM MŨI HỌNG.....	1108
289. ÁP XE VÁCH NGĂN.....	1110
290. VỆO VÁCH NGĂN.....	1113
291. VIÊM MŨI XOANG CẤP TÍNH.....	1116
292. VIÊM MŨI XOANG MẠN TÍNH	1120

293. U NHÚ ĐẢO NGƯỢC VÙNG MŨI XOANG	1126
294. U NHẢY MŨI XOANG (MUCOCELE)	1133
295. U XƯƠNG XOANG TRÁN	1136
296. U NANG SÀN MŨI.....	1139
297. UNG THU MŨI XOANG.....	1141
298. U TUYẾN YÊN	1146
299. KHUYẾT HỔ SÀN SỌ VÀ THOÁT VỊ MÀNG NÃO	1151
300. CHẢY MÁU MŨI	1154
301. VIÊM XƯƠNG CHŨM CẤP	1159
302. XỐP XỐ TAI	1161
303. UNG THU TAI	1166
304. HỘI CHỨNG MENIÈRE.....	1168
305. U CUỘN CẢNH TRONG XƯƠNG THÁI DƯƠNG	1170
306. ĐIỆC ĐỘT NGỘT	1172
307. DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ.....	1176
308. Û TAI	1178
309. BIẾN CHỨNG NỘI SỌ DO VIÊM TAI XƯƠNG CHŨM	1181
310. GÃY XƯƠNG MŨI	1186
311. CHẤN THƯƠNG HÀM MẶT.....	1188
312. VIÊM MŨI TEO (TRĨ MŨI)	1192
313. UNG THU VÒM MŨI HỌNG	1194
314. RÒ TRƯỚC TAI.....	1199
315. UNG THU SÀNG HÀM.....	1200
316. VIÊM TAI GIỮA MẠN MỦ VIÊM TAI GIỮA CÓ CHOLESTEATOMA.....	1202

MẮT

317. KỸ THUẬT CHÍCH CHẮP – LỆO.....	1204
318. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ MỘNG THỊT	1206
319. PHẪU THUẬT QUẠM MI TUỔI GIÀ.....	1209
320. VIÊM KẾT MẠC.....	1211
321. VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO NẤM	1213
322. VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO VI KHUẨN	1216
323. DỊ VẬT KẾT MẠC VÀ GIÁC MẠC.....	1220
324. ĐỤC THỦY TINH THỂ.....	1222
325. GLAUCOMA GÓC MỞ.....	1224
326. GÓC ĐÓNG CẤP	1227

327. VIÊM MÓNG MẮT – THỂ MI.....	1229
328. XUẤT HUYẾT TIỀN PHÒNG DO CHẤN THƯƠNG.....	1232
329. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ VỒNG MẠC DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG.....	1234
330. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ HẮC VỒNG MẠC TRUNG TÂM THANH DỊCH.....	1239
331. PHẪU THUẬT QUẠM MI DƯỚI.....	1241
332. PHẪU THUẬT QUẠM MI TRÊN.....	1243
333. PHẪU THUẬT MỎ BAO SAU BẰNG LASER.....	1245
334. CẮT MÓNG MẮT NGOẠI VI BẰNG LASER.....	1248
335. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ KHOA MẮT PHẪU THUẬT MÓNG NGUYÊN PHÁT + GHÉP KẾT MẠC RỜI.....	1251
336. PHẪU THUẬT CẮT BÈ CỨNG GIÁC MẠC.....	1253
337. PHẪU THUẬT TÁN NHUYỄN THỂ THỦY TINH ĐỤC BẰNG PHƯƠNG PHÁP SIÊU ÂM (PHẪU THUẬT PHACO).....	1256
338. PHẪU THUẬT LẤY THỦY TINH NGOÀI BAO, ĐẶT THỂ THỦY TINH NHÂN TẠO (ECCE).....	1259
339. NẶN TUYẾN BỜ MI.....	1262
340. VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO HSV.....	1264
341. VIÊM MÀNG BỜ ĐÀO TRƯỚC.....	1268
342. QUY TRÌNH KỸ THUẬT LASER EXCIMER ĐIỀU TRỊ TẬT KHÚC XẠ....	1272
343. QUY TRÌNH KỸ THUẬT LASER FEMTOSECOND ĐIỀU TRỊ TẬT KHÚC XẠ.....	1275
344. PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TẬT KHÚC XẠ.....	1278
345. PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM THỊ THẦN KINH.....	1280

BUỚU GIÁP NHÂN

Bướu giáp nhân là bệnh thường gặp trong nhóm bệnh nội tiết. Bệnh chiếm tỷ lệ 4-7% dân số, nữ nhiều hơn nam, 95% bệnh nhân người lớn có bướu giáp nhân là lành tính, bệnh nhân nhỏ hơn 21 tuổi có tỷ lệ bướu giáp nhân ác tính cao hơn người lớn.

1. Lâm sàng:

Phần lớn bướu giáp nhân không có triệu chứng. Có thể phát hiện tình cờ bệnh khi khám sức khỏe, hay than phiền đau tự nhiên do xuất huyết vào trong nhân, cảm thấy nghẹn ở vùng cổ, nuốt vướng. Một số trường hợp nhân ác tính sẽ lớn nhanh, có thể ghi nhận các triệu chứng xâm lấn tại chỗ như: nuốt khó, khàn giọng, sờ có thể thấy hạch vùng cổ, tuyến giáp cứng khó di động.

Một số dấu hiệu gợi ý nghi ngờ ung thư giáp:

- Phái nam.
- Tuổi <20 hay > 40.
- Nhân lớn nhanh.
- Những triệu chứng xâm lấn tại chỗ, nuốt khó, đau thùy cổ, khàn giọng, thở hơi ngắn.
- Có tiền sử xạ vùng cổ.
- Có tiền sử gia đình ung thư giáp dạng nhú, ung thư giáp dạng tủy hay đa u tuyến nội tiết (MEN).

2. Xét nghiệm cận lâm sàng:

2.1. Xét nghiệm sinh hóa: FT4 (T4), T3 (FT3), TSH

Thường ghi nhận chức năng tuyến giáp bình giáp trong hầu hết bướu giáp nhân, rất hiếm trường hợp bệnh nhân có nhân giáp ác tính mà cường giáp, hay suy giáp. Calcitonin, do tế bào cận nang tiết ra rất có giá trị trong bệnh nhân ung thư giáp dạng tủy.

2.2. Siêu âm tuyến giáp:

Siêu âm khả năng phát hiện nhân giáp cao, ngay cả những nhân có kích thước <10mm khó sờ thấy.

Những dấu hiệu gợi ý ác tính trên siêu âm:

- Hình dạng nhân không đồng đều.
- Tính chất echo kém.
- Bờ nhân xác định không rõ.
- Dấu hiệu Halo dày không hoàn toàn.
- Sự hiện diện vi hạt calci hóa.
- Sự hiện diện phân phối của mạch máu trong nhân.

2.3. Xạ hình tuyến giáp:

Nhân bắt xạ, còn gọi là nhân nóng, là nhân có chức năng tự động cao, nhân này được xác định rõ do vùng nhân bắt giữ chất phóng xạ hơn vùng mô chung quanh hay vùng mô xung quanh bị ức chế.

Nhân đẳng xạ, là nhân có chức năng bắt xạ bình thường như những vùng xung quanh. Nhân không bắt xạ, còn gọi là nhân lạnh, là nhân giảm chức năng hay không có chức năng.

Xạ hình bằng technetium (Tc 99) thì nhanh chóng và dễ dàng cho hình ảnh rõ nét sau thời gian 20-30 phút. I131 là chất đồng vị phóng xạ cho hình ảnh và chức năng. Hạn chế do tính kích thích tuyến giáp.

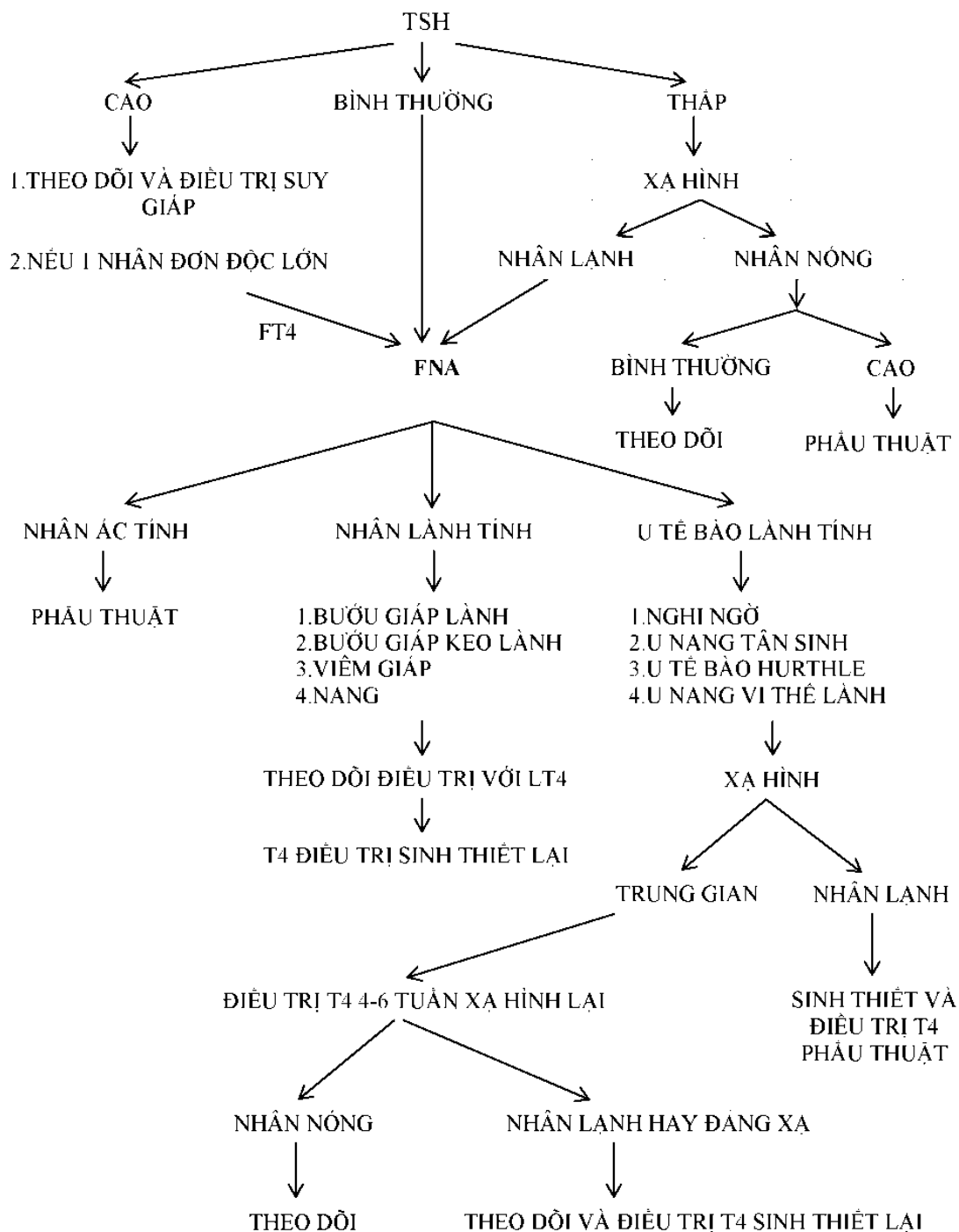
I121 và I123 được khuyến cáo sử dụng vì khắc phục được khuyết điểm của Technetium và của I131.

Độ nhạy của xạ hình trong ung thư giáp 89-93%, nhưng độ chuyên chỉ có 5% với giá trị tiên đoán dương chỉ 10%.

2.4. Chọc hút tế bào tuyến giáp bằng kim nhỏ:

Dễ thực hiện có độ chính xác cao độ nhạy 83-95%, độ chuyên 92%-97%, âm giả 0,3-6%, dương giả 0-10%.

3. Thái độ xử trí bướu giáp nhân



Sơ đồ xử trí bướu giáp nhân theo tác giả E CHESTER

4. Điều trị

Ngoại khoa:

- Nhân nghi ngờ trong chẩn đoán tế bào học.
- Nhân ác tính.

Nội khoa:

Nhân lành tính

- Levothyrox 50- 200 μ g/ngày Thời gian liên tục trung bình từ 6 tháng - 1 năm
Theo dõi liều levothyrox duy trì ức chế TSH từ 0,1 - 0,5 μ U/ml

CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa: là chấn thương gây tổn thương thành bụng và các tạng trong ổ bụng nhưng không thủng phúc mạc.

- Trong 40% - 60% trường hợp phối hợp nhiều thương tổn ngoài ổ bụng như chấn thương sọ não, chấn thương ngực, chấn thương cột sống, gãy nhiều xương...
- Tạng thường bị tổn thương theo thứ tự là lách, gan, sau phúc mạc, ruột non, thận, bàng quang, ruột già, cơ hoành, tụy.

1.2. Nguyên nhân

- Do tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, xung đột.

1.3. Cơ chế

- Sự giảm tốc đột ngột → các tạng khác nhau di chuyển với tốc độ khác nhau, tổn thương là rách do bị chằng kéo.

- Sự đè nghiền → các tạng bị ép giữa thành bụng và cột sống hay thành ngực sau. Các tạng gan, lách, thận thường bị tổn thương.

- Sự tăng áp lực trong xoang bụng đột ngột → vỡ tạng rỗng.

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

2.1. Bệnh sử

- Hỏi bệnh tỉ mỉ để biết cơ chế, thời điểm bị tai nạn, tình trạng sau tai nạn, tiền sử bệnh nội, ngoại khoa.

- Khai thác bệnh sử khó khăn trong một số trường hợp như:

- Bị các tổn thương phối hợp đánh lạc hướng.
- Tri giác bệnh nhân bị sút giảm do chấn thương sọ não, ngộ độc (rượu, heroin,...).
- Thường bệnh nhân vào với bệnh cảnh đa chấn thương, trong đó triệu chứng cơ năng quan trọng là đau bụng, bệnh nhân than đau bụng, chướng bụng, hay thở mạnh thấy đau tức bụng, các dấu hiệu của tiểu máu, xuất huyết tiêu hoá.

2.2. Khám lâm sàng

- Toàn thân có thể có hội chứng mất máu (mạch nhanh da niêm nhợt..), hội chứng nhiễm trùng (sốt cao, môi khô, lưỡi dơ...)
- Nhìn: Có dấu hiệu chấn thương vùng bụng như bầm máu, trầy xước, tùy vị trí bị chấn thương mà thầy thuốc có thể dự đoán được tạng tổn thương
- Sờ: Ấn bụng có có dấu hiệu đau, đề kháng thành bụng, cảm ứng phúc mạc
- Gõ: Dấu hiệu đục vùng thấp hoặc mất vùng đục trước gan.

2.3. Cận lâm sàng

2.3.1. Thường quy

- CTM (có thể làm nhiều lần), đông máu toàn bộ, chức năng gan, chức năng thận, amylase, lipase... Xquang ngực bụng, khung chậu siêu âm bụng (có thể làm nhiều lần)

2.3.2. Đặc hiệu

- Chọc dò hay chọc rửa ổ bụng, lấy dịch làm xét nghiệm sinh hóa, tế bào. Chụp dạ dày tá tràng có cản quang tan trong nước, chụp bàng quang ngược dòng có cản quang, CT scan bụng có cản quang, mở cửa sổ khí, chụp DSA., CT scan bụng là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán tổn thương tạng đặc.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định: Vỡ tạng đặc(gan, lách, tụy.), vỡ tạng rỗng(dạ dày, tá tràng, vỡ ruột non, đại tràng, bàng quang..), chủ yếu dựa vào CT scan bụng

3.2. Chẩn đoán phân biệt: Tụ máu sau phúc mạc do gãy khung chậu, do chấn thương cột sống thắt lưng, chấn thương thận.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Vỡ tạng rỗng:

- Khi chưa có dấu hiệu rõ hoặc nghi ngờ có thương tổn phải theo dõi sát, khám đi khám lại nhiều lần để phát hiện kịp thời và xử trí tránh bỏ sót thương tổn.
- Có dấu hiệu vỡ tạng rỗng như: dạ dày, ruột, bàng quang phải mở bụng xử trí tổn thương hay phẫu thuật nội soi điều trị.

- Đối với vỡ tạng đặc:

- Mục tiêu: Cầm máu và bảo tồn chức năng của tạng, ngăn ngừa biến chứng muộn.

4.2. Điều trị đặc hiệu

- Huyết động không ổn định($M > 100$, $HA < 90/60$ mmHg): mở bụng ngay để xử trí thương tổn.

- Tổn thương gan: khâu gan, cắt gan không điển hình, chèn gạc cầm máu...
- Tổn thương lách: cố gắng khâu bảo tồn lách, không được mới cắt bỏ lách.
- Tổn thương tụy: bảo tồn hay cắt bỏ một phần tụy.

- Huyết động ổn định:($M < 100$, $HA > 90/60$ mmHg)

- Vỡ lách: có thể điều trị bảo tồn hoặc phối hợp làm tắc mạch (TAE), nhưng đa số đều phải phẫu thuật.

- Vỡ gan: 50% có thể điều trị bảo tồn kèm làm TAE qua DSA; 20% có thể điều trị bằng khâu cầm máu trực tiếp hoặc sử dụng các tác nhân cầm máu như fibrillar collagen; 30% phải xử lý triệt để hơn như cắt gan.

- Vỡ tụy: tùy tổn thương nhu mô đơn thuần hoặc kết hợp tổn thương ống tụy, ống mật chủ, tá tràng v.v. mà phương pháp xử trí có thể chỉ là khâu đơn thuần, khâu và dẫn lưu ống tụy, cắt tụy hoặc cắt khối tá tụy.

5. THEO DÕI, TÁI KHÁM

5.1. Tiêu chuẩn nhập viện:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định vỡ tạng rỗng hay vỡ tạng đặc huyết động học không ổn định → nhập viện phẫu thuật.

- Bệnh nhân được chẩn đoán vỡ tạng đặc huyết động ổn định hay nghi ngờ chấn thương bụng kín tổn thương tạng ^ nhập viện để theo dõi xác định chẩn đoán hướng điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật.

5.2. Theo dõi:

- Đối với chấn thương tạng rỗng: theo dõi các dấu hiệu viêm phúc mạc, nhiễm trùng của bệnh nhân chấn thương bụng kín đơn thuần hoặc trên bệnh nhân đang điều trị

bảo tồn chấn thương tạng đặc đã xác định (có CT Scan bụng). sau mổ theo dõi các dấu hiệu viêm phúc mạc hậu phẫu do xì rò hay bỏ sót tổn thương, tắc ruột sớm.

- Đối với chấn thương tạng đặc: theo dõi các biến chứng chảy máu tái phát sau mổ hoặc các biến chứng rò mật, rò tụy mà có hướng xử trí thích hợp như mở bụng lại hoặc can thiệp bằng ERCP, hay dẫn lưu dịch máu ổ bụng.

5.3. Biến chứng

- Sốt, chảy máu tái phát, rò mật, tụ dịch trong gan, áp-xe.
- Điều kiện: phối hợp hồi sức, phẫu thuật, chẩn đoán hình ảnh, phòng mổ tốt và phẫu thuật viên có kinh nghiệm. theo dõi sinh hiệu, tình trạng bụng, Hct, dịch bụng (siêu âm).

5.4. Tiêu chuẩn ra viện

- Bệnh nhân được ra viện khi không có biến chứng, sinh hiệu ổn định, ăn uống, trung đại tiện được, hết đau bụng, vết mổ lành, không sốt.

5.5. Tái khám

- Sau xuất viện 2-4 tuần để đánh giá tình trạng dinh dưỡng sau mổ, sự lành vết thương, ống dẫn lưu (ống T dẫn lưu đường mật, ống dẫn lưu ổ tụy v.v...) để có hướng xử trí thích hợp (rút ống dẫn lưu, can thiệp qua nội soi mật-tụy ngược dòng để đặt stent đường mật nếu có rò mật, hoặc chọc dẫn lưu ổ tụy nếu có rò tụy v.v.).

ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA UNG THƯ ĐẠI TRÀNG - TRỰC TRÀNG**1. Định nghĩa**

Ung thư đại-trực tràng là ung thư phổ biến thường gặp, tỷ lệ tử vong đứng hàng thứ ba, chiếm hàng đầu trong ung thư đường tiêu hóa tại các nước Mỹ và Pháp. Trong đó, trực tràng là vị trí thường gặp nhất trên khung đại tràng khoảng 43% Hầu hết ung thư đại trực tràng (93%) xuất phát từ một polyp tuyến của đại tràng. Yếu tố góp phần gây ung thư đại trực tràng: chế độ ăn uống ít chất bã, nhiều thịt, mỡ động vật và cholesterol, tuổi >40, Polyp tuyến đại tràng, Di truyền, Bệnh viêm loét đại tràng, Crohn.

Điều trị chủ yếu là phẫu thuật. Các phương pháp khác chỉ bổ túc.

Ung thư đại trực tràng là một trong số ít bệnh lý ác tính có khả năng chữa lành bệnh và có thể phòng ngừa được. Vì thế số lượng phát hiện bệnh ngày càng tăng hơn 1 triệu ca phát hiện do chủ động tầm soát các đối tượng có nguy cơ cao và điều trị triệt để polyp đại tràng bằng cắt qua nội soi đại tràng. Tỷ lệ tử vong do ung thư đại trực tràng hàng năm giảm dần.

2. Chẩn đoán**◆◆◆ Biểu hiện triệu chứng:**

- Triệu chứng lâm sàng phụ thuộc vào vị trí khối U đại tràng U đại tràng P thường biểu hiện thiếu máu do xuất huyết rỉ rả và tiêu lỏng phân màu đen. U đại tràng T và U xích ma Trực tràng thường biểu hiện táo bón đi cầu phân nhầy máu và dạng U vòng nhẵn gây bệnh cảnh tắc ruột thấp.
- Thiếu máu nhược sắt.
- Bệnh nhân phát hiện khi đi cầu nhầy-máu (60%)
- Thay đổi thói quen đi cầu (43%). và có rối loạn tiêu hóa như táo bón, tiêu chảy hoặc xen kẽ táo bón và tiêu chảy. Đi cầu ra máu hoặc đờm nhớt, đi cầu nhiều lần trong ngày hoặc phân dẹt nhỏ.
- Tiêu phân có máu dễ lầm với bệnh trĩ.

Các triệu chứng khác: Đau thôn hậu môn, Tiêu không tự chủ, Tiêu không hết phân, Tiểu gắt buốt, do khối u xâm lấn.

Lâm sàng có thể bao gồm:

- Bệnh sớm: phát hiện không đặc hiệu (mệt mỏi, giảm cân) hoặc không có gì cả
- Bệnh tiến triển: Muộn hơn U lớn gây biến chứng: đau bụng vùng chậu (5%) - tắc ruột (9%), có phản ứng phúc mạc thủng bướng, chảy máu trực tràng lượng nhiều, khối u bụng sờ thấy, gan to, bóng bụng.

Khám bụng phát hiện khối u dọc theo khung đại tràng

Khi Bác sĩ thăm khám trực tràng: phát hiện khối u trực tràng ở đoạn thấp.

Đánh giá tương đối mức độ U xâm lấn vào cơ quan lân cận

Đánh giá chức năng cơ thắt Đánh giá khả năng bảo tồn cơ thắt

◆◆◆ Cận lâm sàng: Xét nghiệm máu làm CEA, CA19.9 (carcinoembryonic antigen (CEA), cancer antigen (CA) 19-9); được làm Siêu âm bụng, XQ phổi, X-quang đại tràng với Barium, Nội soi đại trực tràng là tiêu chuẩn vàng để xác định chẩn đoán chính xác, sinh thiết xác định tính chất khối u,.

◆◆ Siêu âm: được chỉ định để phát hiện di căn gan. Hình ảnh di căn gan trên siêu âm là các khối echo dày rải rác trong nhu mô gan.

◆◆ X-quang đại tràng với Barium: Hình ảnh Khối nhô vào lòng đại tràng với đường bờ không đều, Lòng đại tràng bị hẹp lại

◆◆ Nội soi đại trực tràng kèm sinh thiết: Thấy trực tràng có U, sinh thiết làm Giải Phẫu Bệnh để biết lành tính hay ác tính. Chẩn đoán giải phẫu bệnh: đa số là ung thư biểu mô tuyến (Adenocarcinoma), các loại sarcom khác ít gặp: leiomyosarcoma, lympho-sarcoma...

◆◆ Cận lâm sàng được làm để đánh giá giai đoạn bệnh, U xâm lấn và đã di căn hay chưa:

MSCT (hoặc MRI): Đánh giá giai đoạn ung thư đại tràng, phát hiện ung thư tái phát hay di căn Siêu âm trực tràng qua ngã trực tràng: Hiện nay là phương pháp được chọn lựa để đánh giá mức độ xâm lấn qua thành trực tràng (độ chính xác 72-94%) và đánh giá di căn hạch vùng (độ chính xác 73-86%).

MRI: Có giá trị tương đương hay cao hơn siêu âm qua ngã trực tràng trong việc đánh giá mức độ xâm lấn qua thành trực tràng và đánh giá di căn hạch vùng.

PET Làm sau phẫu thuật, để có thể phân biệt ung thư tái phát, di căn xa, hay sẹo xơ tại vùng miệng nói.

2.1. Chẩn đoán sự xâm lấn và di căn

a) Xâm lấn tại chỗ

- Mất tính di động của khối u: chứng tỏ khối u xâm nhiễm mô chung quanh.
- Xâm lấn gây rò các tạng lân cận khối u.
- Các phương pháp cận lâm sàng để chẩn đoán sự xâm lấn của khối u: siêu âm bụng, siêu âm qua nội soi trực tràng, chụp cắt lớp vùng chậu, soi bàng quang, soi dạ dày...

b) Di căn

- Hạch: hạch bẹn, hạch thượng đòn (Troisier), hạch vùng đại trực tràng.
- Gan: to, lồi nhô, cứng. Siêu âm bụng, chụp cắt lớp để xác định chẩn đoán.
- Phổi: X quang phổi cho hình ảnh di căn là những bóng mờ tròn như bong bóng bay ở 2 phế trường.
- Não: chụp cắt lớp sọ não phát hiện khối u ung thư di căn.
- Xương: hình ảnh hủy xương của di căn xương cột sống hoặc xương chậu thường gặp.

2.2. Chẩn đoán giai đoạn: Hiện nay có hai cách xếp hạng giai đoạn ung thư đại trực tràng được dùng nhiều nhất tùy theo sự xâm lấn của tế bào ung thư:

a) Theo Dukes

xếp hạng được tác giả Dukes mô tả năm 1932, sau đó được cải biên bởi tác giả Astler, Coller và nhiều tác giả khác. xếp hạng theo Dukes đã được sửa đổi:

- Giai đoạn A: ung thư khu trú thành trực tràng ở lớp niêm mạc và lớp dưới niêm
- Giai đoạn B: ung thư xâm lấn lớp cơ, lớp thanh mạc, chưa di căn hạch
- Giai đoạn C: di căn hạch vùng
- Giai đoạn D: di căn xa

b) Theo TNM

❖ **T (Tumor)**

TX U nguyên phát không thể đánh giá được vì có mô tả về mức độ khối u, vì thông tin không đầy đủ Tis U tại chỗ còn trong lớp biểu mô T1 U xâm lấn lớp dưới niêm mạc T2 U xâm lấn lớp cơ

T3 U xâm lấn lớp thanh mạc hoặc phúc mạc nhưng không dính bất kỳ cơ quan lân cận hoặc các mô

T4 U xâm lấn phúc mạc tạng và các cơ quan hay cấu trúc khác

T4b Ung thư đã phát triển xuyên qua thanh mạc của đại tràng và xâm nhập các mô lân cận hoặc các bộ phận

❖ **N (Nodule)**

NX Hạch không đánh giá được

No Không có hạch di căn

N1 Di căn vào 1-3 hạch mạc treo vùng

N1a - tế bào ung thư được tìm thấy trong 1 hạch bạch huyết gần đó N1b - tế bào ung thư được tìm thấy trong 2-3 hạch bạch huyết gần đó N2 a Di căn 4 -6 hạch mạc treo vùng

N2 b Di căn hơn 7 hạch dọc theo đường đi của thân mạch máu

❖ **M (Metastasis)**

MX Di căn xa không đánh giá được M0 Không có di căn xa

M1 a Ung thư đã lan rộng đến 1 cơ quan xa, hoặc thiết lập các hạch bạch huyết xa

M1b Ung thư đã lan rộng đến hơn 1 cơ quan xa xôi hoặc thiết lập các hạch bạch huyết xa hoặc đã lan tràn đến các phần xa của phúc mạc

M1b Ung thư đã lan rộng đến hơn 1 cơ quan xa xôi hoặc thiết lập các hạch bạch huyết xa hoặc đã lan tràn đến các phần xa của phúc mạc

Giai đoạn theo TNM

Giai đoạn	Thương tổn	T	N	M	Tương ứng giai đoạn theo Dukes
0	Nông (in situ)	Tis	N ₀	M ₀	-
I	Khu trú	T ₁ hay T ₂	N ₀	M ₀	A
IIA	Xâm lấn	T ₃	N ₀	M ₀	B1
IIB		T _{4a}	N ₀	M ₀	B2
IIC		T _{4b}	N ₀	M ₀	B3
IIIA	Tới hạch vùng	T ₁₋₂	N ₁	M ₀	C1
IIIB		T ₃₋₄	N ₁	M ₀	C2
IIIC		T ₁₋₄	N ₂	M ₀	C3

3. Điều trị ngoại khoa

Điều trị ung thư đại trực tràng chủ yếu là phẫu thuật kết hợp hóa trị.

3.1 Về phẫu thuật

a) Đại tràng được chia 2 phần

- Đại tràng phải: từ manh tràng đến nửa phải đại tràng ngang.
- Đại tràng trái: từ nửa trái đại tràng ngang đến chỗ nối đại tràng chậu hông và trực tràng.

b) Trực tràng có 2 cách chia

- Chia 2 phần: trực tràng trong ổ bụng và trực tràng ngoài ổ bụng. Nếp phúc mạc chậu ngăn 2 phần ở cách bờ hậu môn 7-9cm.
- Chia 3 phần:
 - 1/3 dưới: 0-5cm cách bờ hậu môn
 - 1/3 giữa: 6-10cm cách bờ hậu môn
 - 1/3 trên: 11-15cm cách bờ hậu môn

3.2. Động mạch và tĩnh mạch của đại trực tràng

a) Đại tràng phải

Được cung cấp máu bởi động mạch mạc treo tràng trên (các nhánh động mạch hồi-manh-trùng tràng, động mạch đại tràng phải, động mạch đại tràng giữa) và theo hệ tĩnh mạch mạc treo tràng trên về tĩnh mạch cửa.

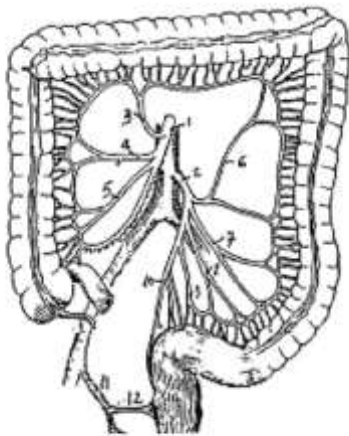
b) Đại tràng trái

Được cung cấp máu bởi động mạch mạc treo tràng dưới (các nhánh động mạch đại tràng trái, động mạch đại tràng chậu hông) và theo hệ tĩnh mạch mạc treo tràng dưới về tĩnh mạch cửa

c) Trực tràng

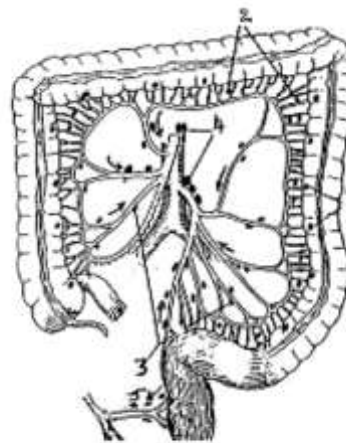
- 1/3 trên: được cung cấp máu bởi động mạch trực tràng trên (trĩ trên), là nhánh cuối của động mạch mạc treo tràng dưới và dẫn máu theo tĩnh mạch trực tràng trên, tĩnh mạch mạc treo tràng dưới về tĩnh mạch cửa (Hình 1).
- 1/3 giữa: được cung cấp máu bởi động mạch trực tràng giữa (trĩ giữa) từ nhánh của động mạch hạ vị (hay chậu trong).
- 1/3 dưới: được cung cấp máu bởi động mạch trực tràng dưới (trĩ dưới) từ nhánh động mạch thẹn, một nhánh của động mạch hạ vị.
- 2/3 dưới của trực tràng máu được dẫn theo tĩnh mạch hạ vị về hệ tĩnh mạch chủ dưới.

3.3. Hệ bạch huyết



Hình 1. Động mạch nuôi dưỡng đại trực tràng

1. Động mạch mạc treo tràng trên, 2. ĐM mạc treo tràng dưới, 3. ĐM đại tràng giữa, 4. ĐM đại tràng trái, 5. ĐM hồi manh đại tràng, 6. ĐM đại tràng trái, 7,8,9. Các ĐM đại tràng chậu hông, 10. ĐM trực tràng trên, 11. ĐM hạ vị, 12. ĐM trực tràng giữa, 13. ĐM trực tràng dưới



Hình 2. Hệ bạch huyết của đại tràng

1. Hạch thành đại tràng, 2. Hạch cạnh đại tràng 3. Hạch trung gian của đại tràng, 4. Hạch chính của đại tràng, 5. Hạch hạ vị, 6. Hạch bẹn

Các chuỗi hạch bạch huyết dọc theo các hệ mạch máu của đại trực tràng (Hình 2).

- Chuỗi hạch bạch huyết mạc treo tràng trên: dẫn lưu các hạch bạch huyết của đại tràng phải.
- Chuỗi hạch bạch huyết mạc treo tràng dưới: dẫn lưu các hạch bạch huyết của đại tràng trái và phần trên của trực tràng.
- Chuỗi hạch bạch huyết hạ vị: dẫn lưu các hạch bạch huyết của phần giữa trực tràng.
- Chuỗi hạch bạch huyết vùng bẹn: dẫn lưu các hạch bạch huyết của phần thấp trực tràng.

3.4 Mục đích và nguyên tắc điều trị ngoại khoa

a) Cắt rộng rãi đoạn ruột có khối u tôn trọng bờ an toàn trên dưới khối u, mạc treo đại trực tràng, hạch vùng và các tạng lân cận bị xâm lấn (nếu được).

- Đối với ung thư đại tràng: cắt trên và dưới khối u ít nhất là 5cm.

- Đối với ung thư trực tràng: cắt trên u ít nhất 5cm nhưng cắt dưới khối u ít nhất > 2cm (theo tác giả William 1984).

b) Tôn trọng kỹ thuật cắt cách ly không đụng u (No-touch isolation technic of resection) Do Turnbull RB đề xuất năm 1967, cắt các nhánh động tĩnh mạch của đại tràng tại góc và 2 đầu ruột trước khi cắt mạc treo và khối u.

c) Chuẩn bị tốt đại tràng để nối ngay sau khi cắt, lập lại lưu thông tiêu hóa của ruột. Chuẩn bị đại tràng thật sạch để cho việc khâu nối đạt kết quả tốt tránh biến chứng bục xì miệng nối sau mổ. Thường áp dụng các biện pháp sau đây:

Làm sạch lòng đại tràng bằng

- Chế độ ăn lỏng dần trước mổ: trước mổ 3 ngày cho bệnh nhân ăn nhẹ; cháo, súp (trước mổ 3 ngày), sữa (trước mổ 2 ngày), nước đường (trước mổ 1 ngày).
- Kèm thụt tháo liên tiếp 3 ngày trước mổ, phải thụt tháo thật sạch đến nước trong.
- Hoặc chỉ dùng Fortrans (PEG 4000-Polyéthylène 4000), thuốc dạng bột pha với nước uống để làm sạch lòng đại tràng. Cho bệnh nhân uống 3 gói, mỗi gói pha với 1 lít nước, uống trong vòng 1 ngày trước mổ, mà không cần thụt tháo. Nhưng không được dùng cho các trường hợp có biến chứng dọa thủng đại tràng hoặc trường hợp tắc ruột.
- Rửa ruột có thể dùng PEG hay Fleet. Nhiều NC cho thấy dùng Fleet tốt hơn nhờ uống 1 lượng chất lỏng nhỏ (70ml) so với PEG (> 2lít).

Khử trùng đường ruột

Có thể dùng các loại kháng sinh đường ruột kết hợp với diệt vi trùng. Kháng sinh: uống thì erythromycin (1g) và neomycin (1g) 3 lần 1 ngày trước ngày mổ. Chích kháng sinh phòng ngừa 1 liều 30 phút trước mổ, 4 giờ sau chích liều thứ 2. kháng sinh là cephalo II hay III, kết hợp với metronidazol hay clindamycin để diệt vi trùng hiếm khí. Tuy nhiên hiện nay chỉ cần chuẩn bị sạch đại tràng là đủ.

3.5 Chỉ định phẫu thuật

Chỉ định phẫu thuật triệt để (hay triệt căn), tạm bợ, mở rộng và làm sạch tùy vào các yếu tố:

- o Giai đoạn của ung thư
- o Độ xâm lấn của ung thư
- o Mức độ di căn
- o Thể trạng của bệnh nhân

a) Phẫu thuật triệt để hay triệt căn: Đây là phẫu thuật cắt bỏ rộng rãi khối u theo nguyên tắc ung thư: cắt bỏ đoạn ruột mang khối u đảm bảo bờ an toàn của 2 đầu ruột cắt, nạo lấy hết các hạch mạc treo vùng và cắt tận gốc các mạch máu nuôi dưỡng. Phẫu thuật được chỉ định cho:

- Những bệnh nhân có thể trạng còn tốt.
- Ung thư ở giai đoạn chưa di căn xa (A, B, C theo xếp hạng của Dukes hoặc giai đoạn 0, I, II, III theo TNM).
- Ung thư còn khu trú ở thành ruột chưa xâm lấn các tạng chung quanh hoặc có xâm lấn nhưng còn khả năng cắt bỏ được.

b) Phẫu thuật mở rộng

Đây là phẫu thuật cắt bỏ rộng rãi triệt để, kết hợp cắt bỏ các cơ quan lân cận bị xâm lấn và cắt bỏ một phần hay toàn bộ các cơ quan di căn.

- Thể trạng bệnh nhân cho phép một phẫu thuật lớn.
- Ung thư xâm lấn vào các tạng lân cận hoặc di căn mà còn có thể cắt bỏ được.

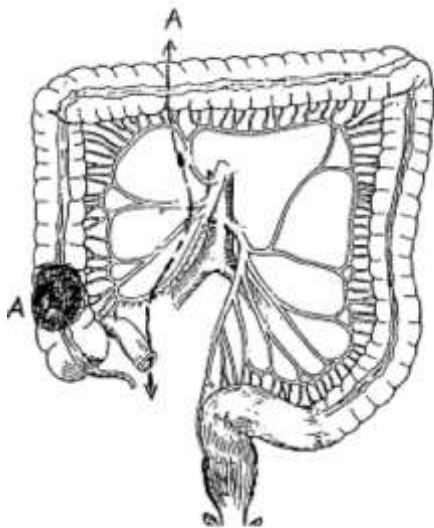
c) Phẫu thuật làm sạch

Phẫu thuật cắt đoạn đại tràng trực tràng có khối u với mục đích làm sạch để tránh các biến chứng nhiễm trùng, tắc ruột, vỡ khối u hoặc trong các trường hợp di căn mà không thể lấy được hết.

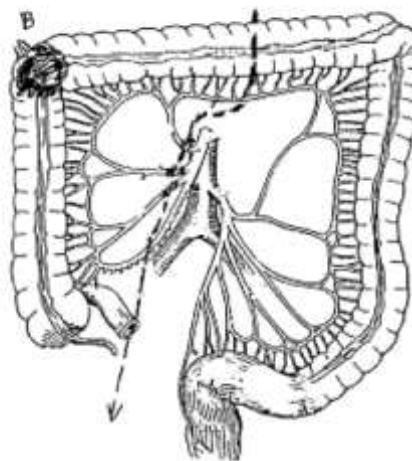
d) Phẫu thuật tạm bợ

Thường thực hiện các phương pháp sau:

- Nối tắt đoạn ruột trên với đoạn ruột dưới khối u.
- Hậu môn nhân tạo trên dòng: đưa ruột trước khối u ra ngoài ổ bụng làm hậu môn nhân tạo. Chỉ định cho các trường hợp:



Hình 3. Cắt đại tràng phải do ung thư đại tràng lên



Hình 4. Cắt đại tràng phải do ung thư đại tràng góc gan

Giai đoạn trễ của ung thư, không phẫu thuật triệt để được: giai đoạn D (Dukes) hay giai đoạn IV (theo TNM), thể trạng bệnh nhân quá kém không thể chịu đựng được cuộc mổ lớn.

3.6 Các phương pháp phẫu thuật điều trị ung thư đại tràng

a) Điều trị ung thư đại tràng chưa biến chứng Triệt để

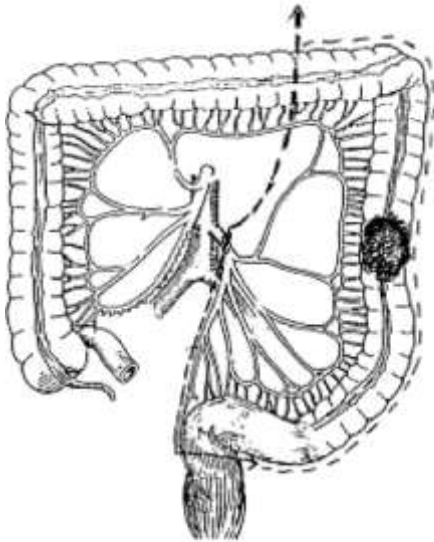
❖ Cắt đại tràng phải

Chỉ định

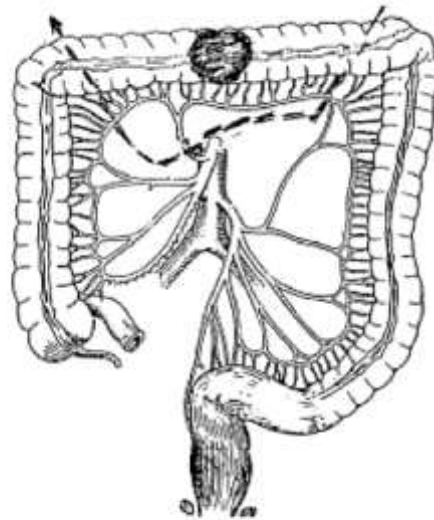
Các khối u ung thư ở đại tràng phải: manh tràng, đại tràng lên, góc gan, đoạn đại tràng ngang bên phải cách góc gan 0-5cm.

Kỹ thuật

- Cắt toàn bộ đại tràng phải thành một khối: gồm 20cm cuối của hồi tràng, manh tràng, đại tràng lên, góc gan và 1/3 hoặc 1/2 bên phải của đại tràng ngang tùy vị trí của khối u.
- Cắt mạc treo đại tràng phải với mạch máu và hạch mạc treo.



Hình 5. Cắt đại tràng trái do ung thư đại tràng xuống



Hình 6. Cắt đại tràng ngang do ung thư đại tràng ngang

- Lập lại lưu thông ruột: nối hồi tràng với đại tràng ngang (Hình 3 và 4).

Tai biến phẫu thuật

Trong phẫu thuật cắt đại tràng phải, khi bóc tách mạc Told dính vào sau với tá tràng, niệu quản phải và tĩnh mạch chủ dưới nhất là trường hợp khối u to và xâm lấn dễ gây tổn thương các cơ quan này:

- Rách tá tràng
- Tổn thương niệu quản phải: đứt niệu quản phải hoặc khâu thắt niệu quản phải
- Rách tĩnh mạch chủ dưới.

Biến chứng sau mổ

- Bục xì miệng nối gây viêm phúc mạc, rò phân.
- Viêm khoang tế bào sau phúc mạc.
- Tiêu lỏng: thật ra đây không phải là biến chứng mà là hậu quả sau cắt đại tràng phải do cắt bỏ phần hấp thu nước của đại tràng phải. Tiêu lỏng thường xảy ra trong vài tuần lễ đầu sau mổ.

❖ Cắt đại tràng trái

Chỉ định

Các khối u ung thư ở đại tràng trái: đại tràng ngang bên trái cách góc lách 0-5cm, đại tràng góc lách, đại tràng xuống, phần đầu của đại tràng chậu hông.

Kỹ thuật

- Cắt đại tràng trái thành một khối từ 1/2 đại tràng ngang bên trái, đại tràng góc lách, đại tràng xuống, phần đầu của đại tràng chậu hông.
- Cắt bỏ mạc treo đại tràng trái với mạch máu, hạch vùng.
- Lập lại lưu thông ruột, nối đại tràng ngang với đại tràng chậu hông (Hình 5).

Tai biến phẫu thuật

- Vỡ lách.
- Tổn thương niệu quản trái: đứt hoặc khâu thắt niệu quản trái.

Biến chứng sau mổ

- Bục xì miệng nổi gây viêm phúc mạc, rò phân.
- Viêm khoang tế bào sau phúc mạc.

❖ **Cắt đại tràng ngang**

Chỉ định

Khối u ung thư ở đoạn giữa của đại tràng ngang.

Kỹ thuật

- Cắt đoạn đại tràng ngang.
- Cắt mạc treo đại tràng ngang, động tĩnh mạch đại tràng giữa và hạch mạc treo vùng.
- Lập lại lưu thông ruột: nối hai đầu đại tràng ngang phải và trái (Hình 6).

Tai biến phẫu thuật

Tổn thương tá tràng, tụy hiếm xảy ra.

Biến chứng sau mổ

Bục xì miệng nổi gây viêm phúc mạc, rò phân.

❖ **Cắt đại tràng chậu hông**

Chỉ định

Khối u ung thư ở đoạn đại tràng chậu hông.

Kỹ thuật

- Cắt đoạn đại tràng chậu hông trên và dưới khối u ít nhất 5cm.
- Cắt mạc treo đại tràng chậu hông và lấy hạch mạc treo vùng.
- Lập lại lưu thông ruột, nối hai đầu đại tràng xuống và trực tràng (Hình 7).

Tai biến phẫu thuật

Tổn thương niệu quản trái, động tĩnh mạch hạ vị.

Biến chứng sau mổ

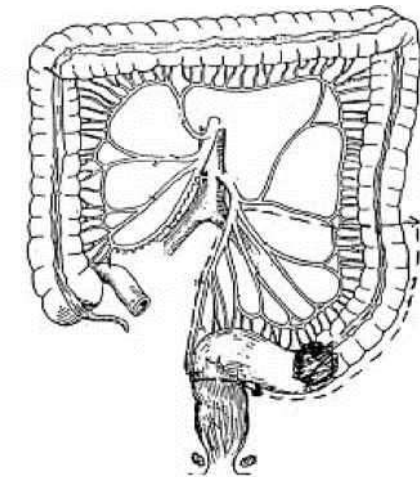
Bục xì miệng nổi gây viêm phúc mạc, rò phân.

Tạm bợ

- Phẫu thuật làm sạch

Cắt bỏ đoạn đại tràng có khối u, chỉ cần trên và dưới khối u 5cm, mà không cần cắt rộng rãi.

- **Nối tắt đoạn trên và dưới khối u**



Hình 7. Cắt đoạn đại tràng chậu hông

Nội hồi tràng-đại tràng ngang bên-bên cho các ung thư ở đại tràng phải mà không cắt được; nối đại tràng ngang-đại tràng chậu hông bên-bên cho các ung thư ở đại tràng trái mà không cắt được.

- **Hậu môn nhân tạo trên dòng Cắt đại tràng qua nội soi ổ bụng**

Năm 1990, kỹ thuật cắt đại tràng qua nội soi ổ bụng được áp dụng ở một số nước. Tuy nhiên kỹ thuật này chưa phổ biến và còn hạn chế. Vài năm gần đây, một số bệnh viện trong nước đã bắt đầu áp dụng kỹ thuật này, chỉ định thực hiện ở các trường hợp ung thư đại tràng ở giai đoạn sớm và khu trú.

3.6.2. Điều trị ung thư đại tràng có biến chứng Tắc ruột

Trong trường hợp tắc ruột do ung thư đại tràng, điều trị phải giải quyết: tắc ruột và bệnh lý ung thư. Do đó, nếu tình trạng bệnh nhân cho phép phẫu thuật triệt để cắt đại tràng, có nối ngay hay không tùy tình trạng của đại tràng.

- Trong tắc ruột do ung thư đại tràng phải, thường có thể nối ngay, nhưng tắc ruột do u ở đại tràng trái thì hạn chế nối ngay vì thường dễ bực, chỉ nối khi thực hiện phương pháp tưới rửa đại tràng thật tốt trong mổ.

- Khi không có điều kiện cắt đại tràng trong cấp cứu thì đưa đại tràng trước khối u làm hậu môn nhân tạo tạm và cắt bỏ đại tràng thì sau vài tuần lễ. Nhưng đa số trường hợp tắc ruột, ung thư ở giai đoạn muộn, nên hầu hết chỉ thực hiện phẫu thuật tạm bợ.

Viêm phúc mạc do vỡ khối u hay vỡ đại tràng trên khối u vào ổ bụng

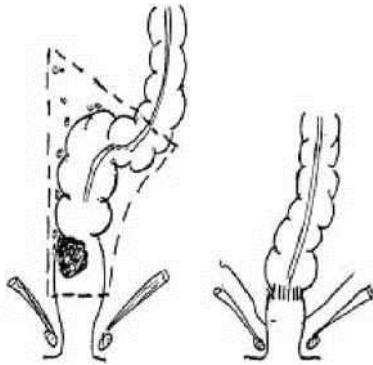
- Cắt bỏ đoạn đại tràng có khối u vỡ và không được nối ngay mà làm hậu môn nhân tạo tạm sẽ phục hồi lại sau vài tháng.

- Hoặc đưa chỗ vỡ của đại tràng trước khối u ra làm hậu môn nhân tạo tạm và phẫu thuật triệt để ở thì 2 sau vài tuần nếu giai đoạn ung thư còn cho phép cắt được.

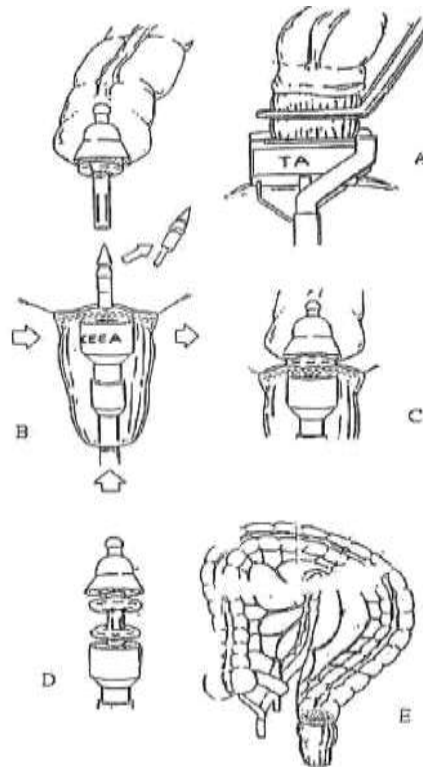
Áp xe thành bụng do khối u vỡ ra thành bụng

- Rạch tháo mủ tại chỗ áp xe.

- Phẫu thuật triệt để cắt đại tràng thì 2 nếu còn cắt được. Trường hợp không còn cắt bỏ được khối u triệt để thì nối tắt hay làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn trên dòng.



Hình 8. Cắt đoạn đại trực tràng và nối đại trực tràng bằng tay



Hình 9. A, B, C, D, E: Cắt đoạn đại trực tràng và nối đại trực tràng bằng máy khâu

Rò các cơ quan lân cận

- Rò đại tràng-bàng quang: thực hiện hậu môn nhân tạo trên dòng, sau đó sẽ phẫu thuật mở rộng cắt đại tràng và bàng quang. Phẫu thuật ít thực hiện vì thường có di căn xa.
- Rò đại tràng-dạ dày: cắt đại tràng ngang và dạ dày nếu còn khả năng cắt được.
- Rò đại tràng-ruột non: cắt đại tràng và đoạn ruột non bị rò.

Xuất huyết tiêu hóa dưới nặng do u đại tràng

Cắt bỏ đại tràng có khối u trong cấp cứu để cầm máu.

4. Các phương pháp phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng

a) Điều trị ung thư trực tràng chưa biến chứng Triệt để

❖ Cắt trực tràng giữ lại cơ vòng hậu môn

Phẫu thuật cắt đại tràng-trực tràng trước và nối ngay.

Chỉ định

Các khối u ở đoạn trên và giữa của trực tràng, cách bờ hậu môn trên 6cm.

Kỹ thuật

Cắt bỏ đoạn đại tràng chậu hông và trực tràng có khối u và nối đại tràng-trực tràng bằng tay (Hình 8) hay bằng máy (staplers). Nhờ những tiến bộ về máy khâu nối, các khối u ở thấp có thể

được cắt bỏ và nối lại được mà khâu nối tay không thể thực hiện. Người ta dùng máy cắt TA để cắt trực tràng đoạn thấp và nối tận-tận bằng máy khâu nối EEA (Hình 9).

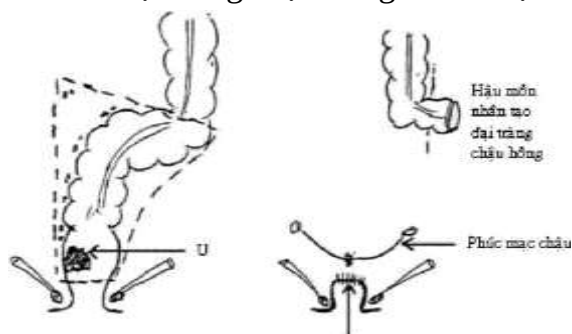
❖ Phẫu thuật Hartmann: Phẫu thuật được Hartmann thực hiện năm 1921.

Chỉ định

Các khối u nằm ở đoạn trực tràng giữa mà không thể khâu nối được. Hiện phẫu thuật này ít áp dụng khi có máy khâu nối. Thường áp dụng trong cấp cứu và bệnh nhân thể trạng kém.

Kỹ thuật

Cắt đoạn đại tràng chậu hông và trực tràng. Đóng mồm trực tràng dưới lại và đưa đầu trên đại tràng chậu hông ra hố chậu trái làm hậu môn nhân tạo (Hình 10).



Hình 10. Phẫu thuật Hartmann

Ưu điểm

Phẫu thuật còn giữ lại cơ vòng hậu môn và không sợ biến chứng bực xì sau mổ, tỷ lệ tử vong ít.

Khuyết điểm

Bệnh nhân phải mang hậu môn nhân tạo suốt đời mặc dù hậu môn thật còn giữ lại và trực tràng vẫn còn bài tiết ra chất nhầy của đoạn trực tràng còn lại.

- ❖ **Phẫu thuật kéo tuột (Pull-through)** của Babcock Bacon và các kỹ thuật cải biên
Phẫu thuật này được hai tác giả Babcock và Bacon thực hiện năm 1956 và được cải biên về sau.

Chỉ định

- Các khối u ở đoạn trực tràng thấp cách bờ hậu môn 3-6cm.
- Ung thư ở giai đoạn sớm (Dukes A, B) và kích thước khối u <2cm.
- Không xâm lấn cơ vòng hậu môn.

Kỹ thuật

Cắt bỏ toàn bộ trực tràng, kéo tuột đại tràng chậu hông qua lỗ hậu môn và nối đại tràng với hậu môn theo ngã tăng sinh môn (Hình 11).

Ưu điểm

Cắt bỏ khối u và tạo lập lưu thông tiêu hóa bảo đảm chức năng sinh lý của hậu môn.

Khuyết điểm

Phẫu thuật khó vì u ở thấp, biến chứng bực miệng nối và ung thư tái phát tại chỗ.

- ❖ **Các loại phẫu thuật khác**

- Phẫu thuật Kraske: cắt bỏ khối u nhỏ ở thành sau trực tràng qua ngã sau xuyên xương cùng.
- Phẫu thuật cắt u xuyên qua lỗ hậu môn: ít được dùng vì tỷ lệ tái phát cao.

- ❖ **Cắt trực tràng lấy cả cơ vòng hậu môn**

Phẫu thuật cắt cụt trực tràng theo 2 ngã bụng và tầng sinh môn (phẫu thuật Miles): phẫu thuật này được tác giả Miles thực hiện năm 1908.

Chỉ định

Các khối u ở đoạn thấp của trực tràng (1/3 dưới) cách bờ hậu môn < 6cm có xâm lấn cơ vòng hậu môn và các khối u to ở 1/3 giữa trực tràng khả năng cắt được mà không thực hiện phẫu thuật bảo tồn cơ vòng hậu môn được.

Kỹ thuật

Cắt bỏ phần dưới của đại tràng chậu hông và toàn bộ trực tràng, các cơ vòng hậu môn, cơ nâng hậu môn, lấy luôn hậu môn với 2 kíp mổ: ngã bụng và tầng sinh môn. Đưa đại tràng chậu hông trên ra ngoài ổ bụng ở hố chậu trái làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn (Hình 12).

Ưu điểm

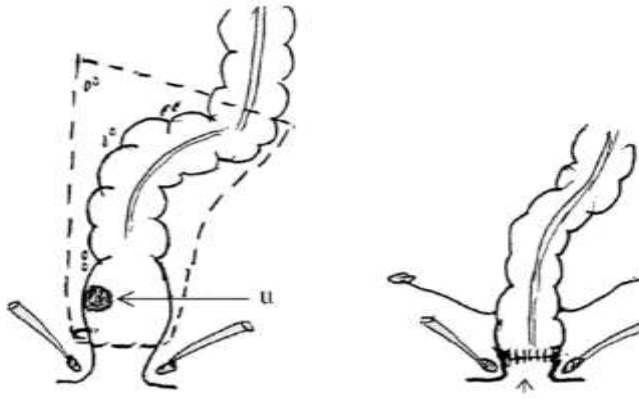
- Cắt bỏ rộng rãi triệt để lấy hết khối u ung thư và hạch vùng.
- Kết hợp cắt bỏ rộng rãi các cơ quan xâm lấn vùng chậu: tử cung và âm đạo hoặc bàng quang. Tuy nhiên các phẫu thuật mở rộng này thường rất nặng: đoạn chậu sau hay đoạn chậu toàn phần.

Khuyết điểm

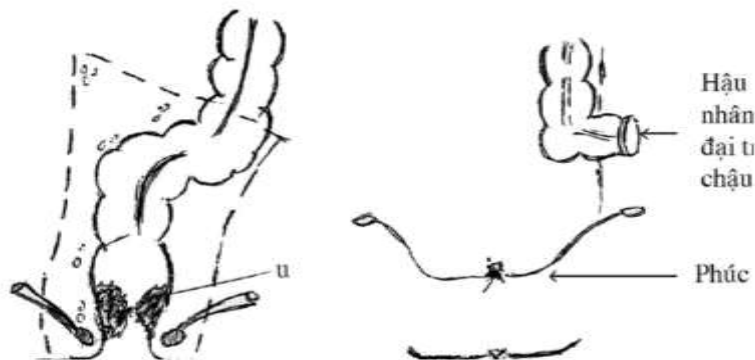
- Phẫu thuật nặng, nhiều tai biến trong mổ và biến chứng hậu phẫu.
- Tai biến chảy máu trước xương cùng hay gặp nhất và các tổn thương niệu quản, bàng quang và niệu đạo (nam) và âm đạo (nữ).
- Biến chứng nhiễm trùng vết mổ tầng sinh môn thường kéo dài.
- Bệnh nhân phải mang hậu môn nhân tạo vĩnh viễn.

Tạm bợ

Thường làm hậu môn nhân tạo ở đại tràng chậu hông hoặc đại tràng ngang tùy vào sự tiến triển và xâm lấn của ung thư.



Hình 11. Phẫu thuật Pull-Through



Hình 12. Phẫu thuật Miles

b) Điều trị ung thư trực tràng có biến chứng Tắc ruột

Thường bệnh nhân trong tình trạng nặng và vị trí khối u ở thấp nên phẫu thuật tốt nhất là đưa đại tràng chậu hông ở trên ra làm hậu môn nhân tạo để giải quyết tắc ruột. Đánh giá:

- Ung thư ở giai đoạn còn cắt bỏ được sẽ can thiệp phẫu thuật triệt để thì 2 sau vài tuần lễ có chuẩn bị đại tràng và bệnh nhân được hồi sức tốt.
- Ung thư không còn khả năng phẫu thuật triệt để được sẽ để hậu môn nhân tạo này vĩnh viễn. Viêm phúc mạc

Chỗ vỡ là khối u ở đoạn trực tràng trong ổ bụng hoặc có trường hợp u ở đoạn trực tràng ngoài ổ bụng, nhưng gây vỡ trực tràng phía trên khối u trong ổ bụng. Nguyên tắc là đưa đại tràng chậu hông trên chỗ vỡ ra làm hậu môn nhân tạo và khâu lại chỗ thủng hoặc phải cắt bỏ khối u bị thủng theo phương pháp Hartmann. Thường biến chứng này rất nặng và tỷ lệ tử vong cao. Phẫu thuật triệt để sẽ can thiệp thì 2.

Rò vào cơ quan lân cận

Rò trực tràng-âm đạo ở nữ và rò trực tràng-bàng quang ở nam. Thường phẫu thuật 2 thì:

- Thì 1: Làm hậu môn nhân tạo trên dòng ở đại tràng chậu hông.
- Thì 2: Phẫu thuật triệt để cắt rộng cả trực tràng và cơ quan bị rò (tử cung, phần phụ và âm đạo hoặc bàng quang).

4. Theo dõi sau mổ và tiên lượng

Sau mổ ung thư đại trực tràng cần phải theo dõi các biến chứng sớm của phẫu thuật và theo dõi lâu dài: sự tái phát và di căn.

4.1. Theo dõi các biến chứng sau mổ

- Chảy máu sau mổ.
- Bục xì miệng nối.
- Nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng tầng sinh môn (trong phẫu thuật Miles).
- Các biến chứng của hậu môn nhân tạo.
- Các biến chứng đường tiết niệu.
- Các biến chứng tim mạch, hô hấp nhất là ở các bệnh nhân lớn tuổi.

4.2. Tái phát

Mặc dù mổ triệt để cắt rộng, nhưng vẫn có một số trường hợp ung thư tái phát tại chỗ hoặc di căn.

- Thường tái phát ở miệng nối gây hẹp miệng nối.
- Tái phát ở mồm trực tràng còn lại sau phẫu thuật Hartmann.
- Tái phát ở tầng sinh môn và vùng chậu sau phẫu thuật Miles.
- Tái phát ở lỗ hậu môn nhân tạo.
- Tái phát ở vết mổ bụng.

Hiện nay, người ta theo dõi sự gia tăng của kháng nguyên ung thư phôi CEA (Carcino- embryonic Antigen) sau mổ để phát hiện sớm sự tái phát của ung thư đại trực tràng trước khi có các dấu hiệu lâm sàng. Nhờ đó, có thể can thiệp phẫu thuật lại sớm.

4.3. Di căn

Thường di căn gan và di căn ổ bụng hay phúc mạc là nhiều nhất, kế đến là phổi, ít khi gặp di căn não và xương.

5. Điều trị ung thư tái phát và di căn**5.1. Tái phát**

Ung thư đại trực tràng tái phát nếu còn khả năng cắt bỏ lại được vẫn có chỉ định can thiệp phẫu thuật, nhưng thường số bệnh nhân được phẫu thuật lại hiếm. Đa số điều trị bổ túc bằng hóa trị kết hợp thuốc miễn dịch (hoặc xạ trị cho trường hợp ung thư trực tràng). Ngày nay một số tác giả dùng xạ trị trước mổ, trong mổ và sau mổ cho các ung thư trực tràng được mổ lần đầu và xạ trị cho các trường hợp ung thư trực tràng tái phát.

5.2. Di căn

Khi ung thư đã di căn thường thể trạng bệnh nhân rất yếu kém, đa số tác giả không can thiệp phẫu thuật, chỉ điều trị bổ túc với hóa chất hoặc kết hợp với miễn dịch. Một số tác giả đã điều trị cắt bỏ một phần gan hoặc phổi bị ung thư di căn nếu ung thư nguyên phát tại chỗ ở đại trực tràng không tái phát, nhưng kết quả chưa khả quan nhiều và chỉ định còn cân nhắc. Hóa trị bổ trợ ở Giai đoạn I không ích lợi gì, ở Giai đoạn II, ích lợi chưa rõ, ở Giai đoạn III, ích lợi rõ, tăng tỉ lệ sống từ 50% lên 65% với 6 chu kỳ hóa trị SFU+ Acide folinique Leucovorin.

Hóa chất thường được dùng là 5FU (5-Fluoro Uracil) kết hợp với các thuốc Acide folinique... để điều trị bổ túc.

+ Kết hợp 5FU với Acide Folinique Theo Machover 1986, dùng liều lượng lớn trong thời gian ngắn.

- 5FU: truyền tĩnh mạch trong 4 giờ 400mg/m² da cơ thể/ngày x 5 ngày.

- Acide Folinique: truyền tĩnh mạch trong 1-2 giờ 200mg/m² da cơ thể/ngày x 5 ngày. Một tháng sau nhắc lại liều trên và dùng trong 6 tháng, cách 1 tháng 1 đợt.
- Sử dụng hóa trị cần chú ý đến các tác dụng phụ và phải có chỉ định cụ thể. Chỉ hóa trị cho ung thư ở giai đoạn C và D hay giai đoạn III và IV.

6. Kết quả và tiên lượng

6.1. Kết quả

Tỷ lệ tử vong sau mổ:

- Ung thư đại tràng: 3-5% khi chưa có biến chứng và 20-30% khi có biến chứng.
- Ung thư trực tràng: 1-13% tùy theo tác giả.

6.2. Tiên lượng

Đánh giá kết quả điều trị ung thư đại trực tràng phải theo dõi thời gian sống thêm sau điều trị 5 năm. Tiên lượng của ung thư đại trực tràng thường tốt hơn các ung thư khác ở đường tiêu hóa.

- Ung thư đại trực tràng: tỷ lệ sống thêm sau 5 năm là 40-55% và tùy theo các giai đoạn:

A	70-85%
B	50-60%
C	25-45%
D	0-6%

- Ung thư trực tràng: tỷ lệ sống thêm sau 5 năm là 50-60% và tùy theo các giai đoạn:

A	80%
B	55-65%
C	25-45%
D	0-5%

(Theo Francois Yves, 1991).

Có 4 giai đoạn: giai đoạn I thì có T1 và T2, chưa có hạch di căn, phẫu thuật đúng, 90% BN sống qua 5 năm; giai đoạn II thì chia IIa (T3) và IIb (T4), chưa di căn hạch, phẫu thuật đúng, 75% BN sống qua 5 năm; giai đoạn III, đã có di căn hạch, chia ra IIIa (T1-T2, N1-M0), IIIb (T3-T4, N1,M0) và IIIc (T bất kỳ, N2, M0), phẫu thuật đúng, 50% BN sống qua 5 năm; IV: đa số phẫu thuật tam bộ để chữa các biến chứng. Chỉ có < 5% BN sống qua 5 năm. Để đánh giá phẫu thuật cần phải xem mặt cắt: mặt cắt không còn bướu là R0, còn sót bướu trên vi thể là R1, còn bướu trên đại thể là R2.

RÒ HẬU MÔN

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

- Rò hậu môn là bệnh lý thường gặp ở vùng hậu môn trực tràng.
- Rò hậu môn là một nhiễm khuẩn mãn tính ở vùng hậu môn trực tràng, đường rò là một đường hầm, lớp trong là một tổ chức hạt do quá trình viêm tạo nên.
- Rò hậu môn là hậu quả của một áp xe quanh hậu môn trực tràng không được điều trị, ổ áp xe vỡ ra ngoài thành một đường rò.

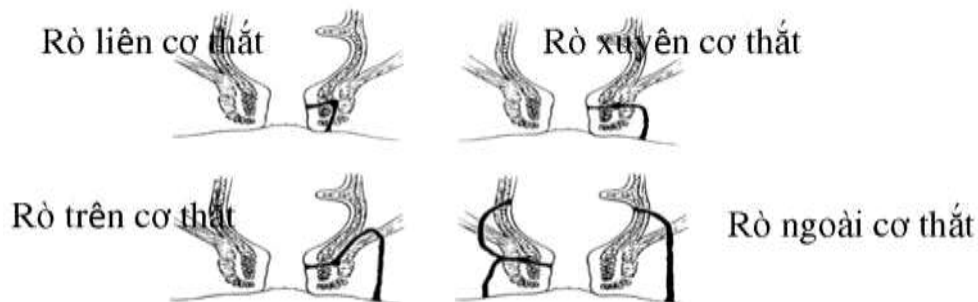
1.2. Nguyên nhân

- Đặc hiệu 10% do lao, crohn, nấm.
- Không đặc hiệu 90% do nhiễm trùng khe_ tuyến.

1.3. Phân loại

Có nhiều cách phân loại khác nhau

- Theo tính chất của đường rò
 - + Rò hoàn toàn, đường rò có hai lỗ thông nhau
 - + Rò không hoàn toàn, đường rò chỉ có một lỗ
 - + Rò đơn giản và rò phức tạp (có nhiều đường rò, nhiều lỗ rò).
- Theo quan hệ giữa đường rò với cơ thắt: mối liên quan giữa đường rò với giải phẫu của cơ vòng hậu môn.

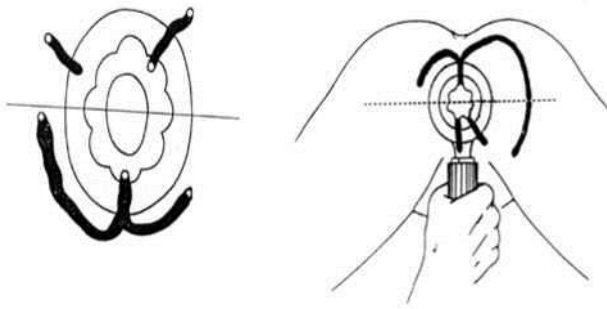


2. LÂM SÀNG

- Sau ổ áp xe quanh hậu môn tự vỡ ra, thường tự liền lại nhưng để lại một núm tổ chức hạt lồi hoặc hơi lõm, tại vị trí này thường có dịch chảy ra, hoặc mủ.
- Sờ thấy chắc, cứng, ấn đau.
- Thăm trực tràng có thể thấy lỗ trong của đường rò.

Theo Goodsall và Miles có 5 điểm thiết yếu trong chẩn đoán rò hậu môn:

- 1, Xác định vị trí lỗ rò ngoài.
- 2, Xác định vị trí lỗ rò trong.
- 3, Phát hiện đường đi của đường rò nguyên phát.
- 4, Phát hiện sự hiện diện của đường rò thứ phát (đường nhánh).
- 5, Phát hiện sự hiện diện của bệnh lý khác gây ra rò.



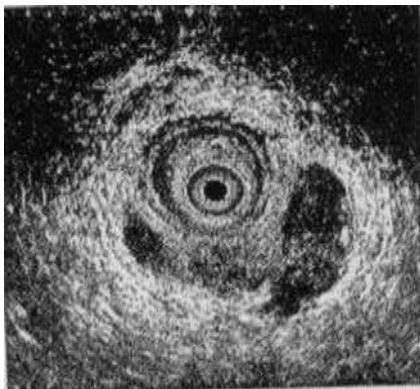
Định luật Goodsall (tìm lỗ rò trong nguyên ủy): trong loại rò mà lỗ nông nằm ở nửa sau của đường thẳng ngang đi qua lỗ hậu môn thì có lỗ sâu nằm ở đường giữa sau. Trong loại rò mà lỗ nông nằm ở nửa trước của đường thẳng đi ngang qua lỗ hậu môn thì đường rò đi thẳng trong ống hậu môn theo chiều hướng tâm

3. CẬN LÂM SÀNG

Chụp đường rò có bơm thuốc cản quang Telebrix.

Các xét nghiệm tiền phẫu.

- Glucose, Urê, Creatinine, AST, ALT, Điện giải đồ 3 thông số.
- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, TQ, TCK, Nhóm máu ABO, RhD.
- ECG, siêu âm Doppler tim màu với Bn > 60 tuổi hay có bệnh tim mạch đi kèm.
- CR tim phổi thẳng; Nội soi hậu môn trực tràng.
- Siêu âm qua ngã trực tràng.
- MRI.



Tiêu chuẩn vàng chẩn đoán:
siêu âm qua nội soi hậu môn
trực tràng

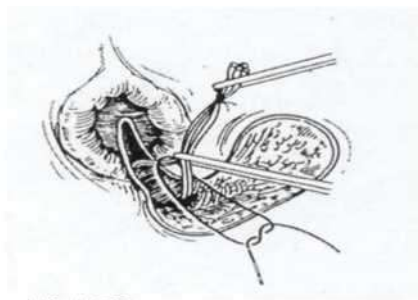
4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc phẫu thuật

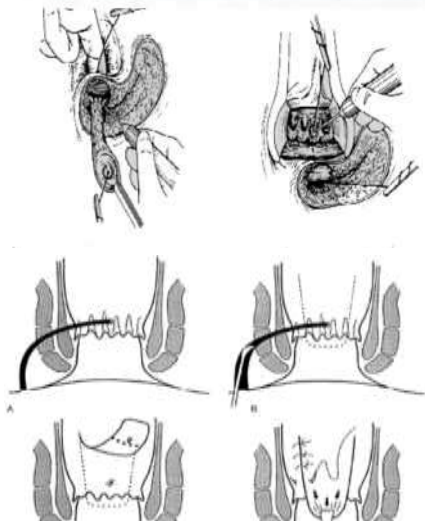
- Tìm được lỗ rò trong (lỗ rò nguyên phát)
- Lấy hết tổ chức xơ, cắt bỏ đường rò
- Tránh làm tổn thương các cơ thắt (áp dụng pp cắt từ từ hay mổ làm nhiều thì)

4.2. Các phương pháp phẫu thuật

Mở đường rò khi rò thấp

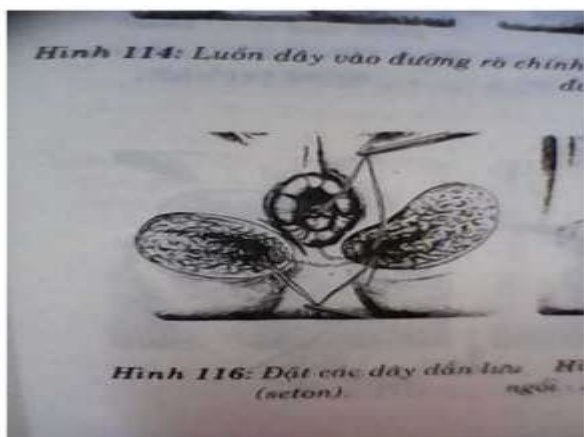


Cột cơ thắt khi rò trên, xuyên
cột thắt cao



Cắt bỏ 1 phần đường rò, khâu
lỗ rò trong, hạ niêm mạc che
phủ lỗ rò

Điều trị rò mống ngựa: làm 2 thì

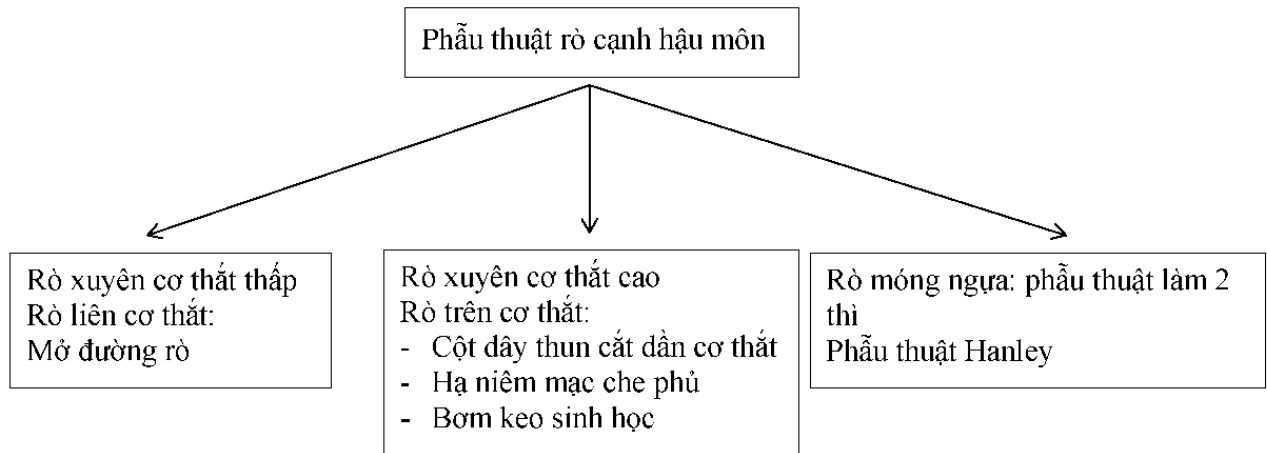


Thì 1: lấy bỏ phần đường rò ngoài cơ thắt 2 bên

Thì 2: phẫu thuật đường rò chính



4.3. Lưu đồ phẫu thuật: phương pháp phẫu thuật phụ thuộc mối liên quan giữa đường rò và cơ thắt.



4.4. Điều trị sau mổ: Kháng sinh, giảm đau hiệu quả, ngâm hậu môn, thay băng.

5. THEO DÕI TÁI KHÁM

5.1. Tiêu chuẩn nhập viện: khám hậu môn_trực tràng phát hiện đường rò.

5.2. Tiêu chuẩn xuất viện: hậu phẫu ngày thứ 2_3 ổn cho xuất viện, dặn bệnh nhân ngâm hậu môn với nước muối ấm ngày 2 lần.

5.3. Theo dõi tái khám

- Biến chứng hay gặp là mất tự chủ hậu môn do tổn thương cơ thắt.
- Chảy máu vết mổ.
- Tái phát đường rò.
- Hẹn tái khám sau 2 tuần kiểm tra dây thun thắt, sự liền vết mổ, tái phát đường rò

SỎI ĐƯỜNG MẬT

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa: Sỏi mật bao gồm sỏi đường mật (trong, ngoài gan) và sỏi túi mật.

1.2. Nguyên nhân: Sỏi đường mật có hai nguồn gốc khác nhau là hình thành tại chỗ hoặc di chuyển từ túi mật vào đường mật. Sỏi đường mật ở Việt Nam chủ yếu là sỏi hình thành tại chỗ do yếu tố vi khuẩn và ký sinh trùng đường mật.

1.3. Phân loại:

- Theo thành phần: Thành phần chủ yếu trong sỏi đường mật là muối mật (bilirubin) được xếp thành từng lớp đồng tâm và có khi lẫn với trứng giun và xác giun đũa.

- Theo vị trí: Sỏi nằm trong ống mật chủ (OMC) hay gặp nhất là đoạn sau tá tụy và đoạn thấp của OMC. Sỏi ở các ống gan, sỏi nằm trong ống gan hạ phân thùy III, V và VII thường rất khó lấy vì sự gấp khúc của các nhánh đường mật.

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

2.1. Bệnh sử, khám lâm sàng

- Khi sỏi còn nhỏ di chuyển được thường không có triệu chứng hoặc chỉ có biểu hiện bằng cơn đau nhẹ thoáng qua vùng dưới sườn phải.

- Sỏi OMC gây tắc mật điển hình biểu hiện bằng bệnh cảnh lâm sàng kinh điển của sỏi OMC phối hợp của cơn đau bụng gan, vàng da và hội chứng nhiễm trùng với các mức độ khác nhau.

2.1.1. Bệnh sử

- Đau bụng: điển hình là cơn đau bụng gan. Đau dưới sườn phải, xuyên ra sau lưng và lan lên vai phải, cường độ đau thay đổi theo mức độ và thời gian tắc mật, tình trạng nhiễm trùng đường mật. Cơn đau khởi phát và kết thúc thường đột ngột, khi kèm theo tắc mật, ứ đọng và nhiễm trùng trong đường mật sẽ có các triệu chứng kết hợp sốt rồi vàng da xuất hiện (tam chứng Charcot).

- Sốt: Khi có dấu hiệu viêm, nhiễm trùng đường mật sẽ sốt cao, rét run. Nhiễm khuẩn nặng với viêm mũ đường mật sốt cao nhiệt độ 39oC - 40oC và rất dễ dàng dẫn đến nhiễm khuẩn máu.

- Vàng da: Khi sỏi OMC gây cản trở lưu thông mật, vàng da sẽ xuất hiện. Nếu được điều trị chống nhiễm khuẩn, giảm đau, tình trạng lưu thông đường mật có thể tạm thời hồi phục vàng da có thể hết. Tuy nhiên, tắc mật lại có thể xuất hiện trở lại với các triệu chứng đau bụng, sốt và vàng da.

- Ngứa biểu hiện do ứ đọng axit mật gây kích thích các tận cùng thần kinh ở dưới da.

- Nước tiểu vàng, sẫm màu do có sắc tố mật.

- Phân màu sắc bình thường ngay cả khi có nhiều sỏi và sỏi lớn ở OMC.

- Các triệu chứng khác: Mệt mỏi, chán ăn, gầy sút cân.

2.1.2. Khám lâm sàng

- Da, niêm mạc vàng.

- Gan to do ứ mật.

- Túi mật to do ứ mật.

- Triệu chứng khác: vết trầy xước da do gãi ngứa, mạch chậm do tăng axit mật trong máu kích thích thần kinh X.

2.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm: Bạch cầu, bạch cầu đa nhân trung tính, bilirubin toàn phần, bilirubin trực tiếp, ALT, AST, GGT, CRP, BUN, creatinin, cholesteron và các thành phần của lipit máu. Ure, muối mật, sắc tố mật nước tiểu...

- Siêu âm bụng: Dấu hiệu trực tiếp của sỏi mật như hình ảnh sỏi cản âm với bóng lưng cản âm, vị trí, kích thước, số lượng sỏi. Dấu hiệu gián tiếp của tắc mật do sỏi như kích thước ống mật, túi mật, thành túi mật, gan...

- X quang: Chụp X quang bụng không chuẩn bị có thể thấy hình cản quang của sỏi mật vô hiệu.

- Chụp đường mật ngược dòng qua nội soi (ERCP: Endoscopic Retrograde Cholangio-pancreatography): Nội soi dạ dày, tá tràng để đặt catheter qua cơ Oddi vào OMC bơm thuốc cản quang và chụp.

- Chụp đường mật qua da (PTC: Percutaneous transhepatic cholangiography): Chọc dò đường mật qua da và nhu mô gan hoặc dưới hướng dẫn của siêu âm bơm thuốc cản quang vào đường mật và chụp X quang. Thực hiện khi đường mật trong gan giãn và đôi khi ở những trường hợp chụp nội soi mật tụy ngược dòng không thực hiện được.

- Chụp cắt lớp vi tính (CT-scanner): Thấy được sỏi và kích thước của các ống mật. Mặc dù giá thành cao, nhưng lại có giá trị trong chẩn đoán và đánh giá được các tạng lân cận và liên quan, đặc biệt là tụy.

- Chụp cộng hưởng từ đường mật MRCP (Magnetic Resonance Cholangio - Pancreatography): là kỹ thuật tạo hình chuẩn, có độ nhạy cao, không dùng tia xạ, không có tác dụng sinh học có hại, có thể khảo sát dòng chảy mà không dùng chất tương phản. Có thể dựng lại hình ảnh toàn thể đường mật. Tuy nhiên giá thành cao.

- Chụp đường mật trong mổ, nội soi đường mật trong mổ: Thực hiện sau khi mở OMC lấy sỏi, qua ống Kehr bơm thuốc cản quang chụp hoặc đặt ống soi vào trong đường mật kiểm tra trực tiếp đường mật từ bóng Vater đến ngã ba ống gan để đánh giá tình trạng lòng ống mật, xem có sót sỏi, qua nội soi có thể lấy sỏi và dị vật sót.

- Nội soi đường mật qua da: Dùng ống soi mềm, nhỏ qua da vào OMC. Phương pháp này hiện đang được phát triển, có giá trị chẩn đoán và điều trị lấy sỏi tốt.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định

- Lâm sàng: dựa vào tam chứng Charcot (đau bụng, sốt, vàng da), tiểu vàng, ngứa.

- Cận lâm sàng: bilirubin máu tăng (trực tiếp > gián tiếp), siêu âm đường mật giãn, có hình ảnh sỏi trong đường mật.

3.2. Chẩn đoán phân biệt: nguyên nhân của hội chứng vàng da tắc mật không do sỏi, vàng da tại gan, vàng da trước gan.

3.3. Chẩn đoán thể lâm sàng

- Thể tắc mật.

- Thể vàng da liên tục.

- Thể không vàng da.

- Các thể giải phẫu đặc biệt.

3.4. Chẩn đoán biến chứng

- Thấm mật phúc mạc.
- Viêm phúc mạc mật.
- Viêm mũ đường mật và áp xe đường mật.
- Chảy máu đường mật.
- Áp xe túi mật, đám quánh túi mật.
- Viêm tụy cấp.
- Hội chứng gan thận, viêm thận cấp.
- Sỏi mật gây tắc mật, tái diễn nhiều lần, diễn biến đến xơ gan do ứ mật.

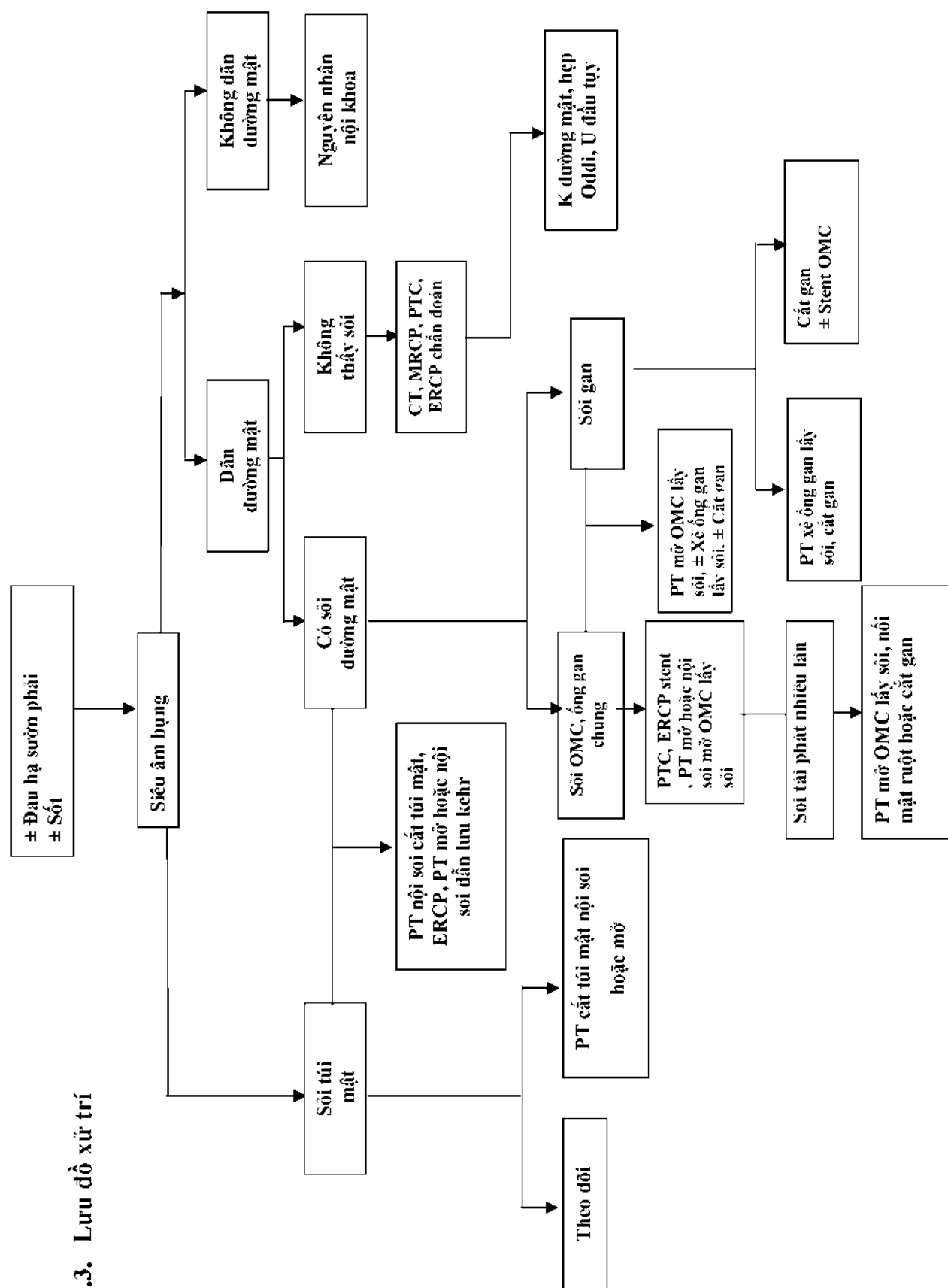
4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị: lấy sạch sỏi, tạo lưu thông đường mật và chống nhiễm khuẩn.

4.2. Điều trị cụ thể

- Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP), mở cơ vòng lấy sỏi.
- Phẫu thuật (PT) mở OMC (OMC) lấy sỏi, với nhiều kỹ thuật dẫn lưu: dẫn lưu ống chữ T (dẫn lưu Kehr), dẫn lưu kiểu Volker (dẫn lưu OMC qua cơ Oddi và thành tá tràng), dẫn lưu ống mật hạ phân thùy trong gan qua nhu mô gan ra da, dẫn lưu trong qua miệng nối mật - ruột (nối OMC với đường tiêu hóa).
- Tán sỏi trong và ngoài cơ thể.

4.3. Lưu đồ xử trí



5. THEO DÕI, TÁI KHÁM

5.1. Tiêu chuẩn nhập viện: Có đau bụng gan, sốt, vàng da, xét nghiệm bilirubin máu tăng (bilirubin trực tiếp tăng ưu thế), siêu âm có giãn đường mật trong hoặc cả trong và ngoài gan, có hình ảnh sỏi đường mật.

5.2. Tiêu chuẩn xuất viện: Bệnh nhân được điều trị lấy sỏi hết đau bụng, hết sốt, vàng da giảm dần, xét nghiệm bilirubin máu dần trở về bình thường, ăn uống, tiêu tiểu bình thường, sức khỏe hồi phục dần.

5.3. Theo dõi: những trường hợp sau mổ cắt túi mật, nếu xuất hiện vàng da cần lưu ý đến khả năng sỏi sỏi OMC hoặc biến chứng hẹp đường mật sau mổ. Cần xác định nguyên nhân để có hướng điều trị thích hợp.

Sau mổ OMC: Nếu còn sỏi sỏi cần lưu ống Kehr để tán sỏi qua đường hầm Kehr, ERCP.

5.4. Tái khám: Khi có sỏi túi mật, sỏi gan mà đường mật ngoài gan không dẫn, không triệu chứng lâm sàng, chưa có chỉ định mổ, chỉ cần theo dõi và tái khám, siêu âm bụng mỗi 2-3 tháng hay khi đau bụng, sốt, vàng da.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SỎI TIẾT NIỆU

Sỏi thận - bể thận:

Chẩn đoán:

- Lâm sàng: có cơn đau quặn thận hoặc không
- Siêu âm: có sỏi, dẫn hoặc không dẫn đài bể thận
- KUB: thấy hình ảnh cản quang vùng thận
- CT hoặc UIV: hình ảnh sỏi trong đài, bể thận Điều trị:
- Sỏi nhỏ dưới 1cm không ứ nước thận: Uống nhiều nước, theo dõi, tầm soát những nguyên nhân nghi ngờ là nguyên nhân sỏi thận (cường chức năng tuyến cận giáp, gout...).
- Sỏi dưới 1cm có ứ nước đài, bể thận, sỏi trên 1cm: thứ tự ưu tiên: tán sỏi ngoài cơ thể, tán lấy sỏi thận qua da, nội soi hông lưng mở bể thận lấy sỏi, mổ hở.

Sỏi niệu quản 1/3 trên:

Chẩn đoán:

- Lâm sàng: có cơn đau quặn thận hoặc không
- Siêu âm: có thận ứ nước
- KUB: có hình cản quang trên đường đi của niệu quản
- CT hoặc UIV: có sỏi trong niệu quản 1/3 trên Điều trị: Thứ tự ưu tiên:
- Tán sỏi ngoài cơ thể
- Nội soi niệu quản ống mềm tán lấy sỏi
- Nội soi hông lưng lấy sỏi
- Nội soi niệu quản ống cứng tán lấy sỏi hoặc đặt thông JJ dẫn lưu tạm thời nếu không tiếp cận được sỏi
- Mổ hở

Sỏi niệu quản 1/3 giữa và dưới:

Chẩn đoán:

- Tương tự sỏi 1/3 trên

Điều trị:

- Thứ tự ưu tiên:
- Nội soi niệu quản ống cứng tán lấy sỏi
- Nội soi niệu quản ống mềm tán lấy sỏi
- Mổ hở

Sỏi bàng quang:

Chẩn đoán:

- Lâm sàng: tiểu nhiều lần, tiểu ngắt quãng, tiểu buốt, tiểu rất
- Siêu âm: sỏi trong bàng quang
- KUB: hình cản quang trong bàng quang Điều trị: Thứ tự ưu tiên:
- Gắp sỏi mù
- Bóp sỏi qua nội soi
- Tán sỏi qua nội soi bàng quang
- Mổ hở

Sỏi niệu đạo:

Chẩn đoán:

- Lâm sàng: bí tiểu, tiểu đau, sờ thấy sỏi ở niệu đạo trước
- Siêu âm: thấy sỏi ở niệu đạo tiền liệt tuyến
- KUB: hình cản quang ở niệu đạo Điều trị: Thứ tự ưu tiên:
- Dùng kelly gấp sỏi ở miệng sáo
- Nội soi niệu đạo tán gấp sỏi
- Đẩy sỏi vào bàng quang rồi bóp sỏi qua nội soi bàng quang hoặc gấp sỏi mù

THOÁT VỊ BỆNH

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa: thoát vị là tình trạng các tạng bên trong ổ phúc mạc đi ra ngoài qua điểm yếu ở thành sau của ống bẹn.

1.2. Phân loại

1.2.1. Theo cơ chế bệnh sinh

- Thoát vị bẹn gián tiếp: tạng thoát vị đi qua lỗ bẹn sâu, vào trong ống bẹn, thoát ra khỏi lỗ bẹn nông để xuống bìu. Túi thoát vị nằm trong bao xơ thừng tinh.
- Thoát vị bẹn trực tiếp: tạng thoát vị đi qua tam giác bẹn. Túi thoát vị nằm trong bao xơ thừng tinh. Hiếm khi tạng thoát vị ra khỏi lỗ bẹn nông để xuống bìu.
- Thoát vị bẹn thể kết hợp gián tiếp và trực tiếp

1.2.2. Theo Nyhus (1991)

- Độ I: Thoát vị gián tiếp, lỗ bẹn sâu bình thường.
- Độ II: Thoát vị bẹn gián tiếp, lỗ bẹn sâu rộng, thành bẹn sau còn tốt (bó mạch thượng vị dưới không bị đẩy lệch). Thoát vị chưa xuống bìu.
- Độ III: Thành bẹn sau hư.

A: Thoát vị bẹn trực tiếp.

B: Thoát vị bẹn gián tiếp, lỗ bẹn sâu dẫn, mạc ngang của tam giác Hesselbach bị phá hủy hoặc thoát vị hỗn hợp.

C: Thoát vị đùi.

- Độ IV: Thoát vị tái phát.

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

2.1. Bệnh sử

- Ở giai đoạn sớm của thoát vị, bệnh nhân hầu như không có triệu chứng gì. Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là bệnh nhân phát hiện được một khối phòng ở vùng bẹn.

Khối phòng này xuất hiện khi nâng một vật nặng, khi chảy nhảy hoặc khi rặn. Một số bệnh nhân mô tả là có cảm giác co kéo và đau lan xuống bìu, nhất là đối với thoát vị bẹn gián tiếp. Khi khối thoát vị lớn dần nó tạo cảm giác không thoải mái hoặc đau chói và bệnh nhân phải nằm hoặc lấy tay đẩy vào.

2.2. Triệu chứng thực thể

- Triệu chứng đặc hiệu của thoát vị là nhìn hoặc sờ thấy khối phòng ở vùng bẹn khi bệnh nhân đứng, rặn hay ho; ngược lại khi nằm hoặc dùng tay đẩy vào thì khối phòng biến mất. Thoát vị đi xuống tận bìu bao giờ cũng là thoát vị gián tiếp. Thoát vị trực tiếp bao giờ cũng có dạng khối tròn và đối xứng, ở cạnh xương mu khi ho và dễ biến mất khi bệnh nhân nằm ngửa. Trong khi đó, thoát vị gián tiếp thường có dạng elip và khó tự biến mất hơn.
- Khi sờ, thành bẹn sau chắc trong thoát vị gián tiếp nhưng yếu thậm chí khuyết hẳn trong thoát vị trực tiếp. Khi bệnh nhân ho hay rặn, khối thoát vị trực tiếp trồi ra chạm lòng ngón còn thoát vị gián tiếp chạy xuống dọc theo ống bẹn chạm vào đầu ngón (nghiệm pháp chạm ngón). Khi dùng tay chèn lỗ bẹn sâu rồi cho bệnh nhân ho, rặn nếu là gián tiếp thì thoát vị không xuống được, nhưng khối thoát vị trực tiếp vẫn trồi ra được (nghiệm pháp chèn lỗ bẹn sâu).

- Soi đèn: Soi bằng đèn bấm trong phòng tối. Soi từng bên búi và so sánh bên đối diện. Trong trường hợp tràn dịch màng tinh hoàn, tràn dịch ống Nuck hay nang nước thừng tinh, nang ống Nuck thì có hiện tượng thấu sáng. Trong trường hợp thoát vị bẹn thì giảm sáng so với bên đối diện.

2.3. Cận lâm sàng

Việc chẩn đoán thoát vị hầu như chỉ dựa vào lâm sàng là đủ, cận lâm sàng có thể dùng khi thoát vị không rõ.

- Siêu âm: dùng để chẩn đoán xác định thoát vị bẹn. Siêu âm cho thấy hình ảnh của các quai ruột hay mạc nối trong khối phồng. Đôi khi siêu âm cho phép đo được đường kính lỗ bẹn sâu.

- CT - scan bụng cản quang: có thể thấy rõ hơn, nhưng tốn kém, thường không cần thiết.

- Đối với thoát vị bẹn nghẹt: những trường hợp đến muộn, có biến chứng cần làm thêm các xét nghiệm công thức máu, ure niệu, điện giải đồ, yếu tố đông máu,... để đánh giá tiên lượng và căn cứ vào đây mà hồi sức thích hợp.

- Chụp X - quang bụng không chuẩn bị: phát hiện các dấu hiệu tắc ruột.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

- Việc chẩn đoán thoát vị bẹn hầu như chỉ dựa vào lâm sàng là đủ, cận lâm sàng có thể dùng khi thoát vị không rõ.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Dẫn tĩnh mạch thừng tinh.
- Tràn dịch màng tinh hoàn.
- Nang nước thừng tinh.
- Tinh hoàn lạc chỗ, viêm tinh hoàn cấp, xoắn tinh hoàn, viêm mào tinh,...
- U máu, nang bã, viêm hạch bẹn, áp xe cơ psoas, ung thư di căn,....

3.3. Chẩn đoán biến chứng

Hai biến chứng thường gặp nhất là thoát vị kẹt và thoát vị nghẹt

- Thoát vị kẹt: Tạng thoát vị chui xuống nhưng không đẩy lên được do dính vào túi thoát vị hoặc do tạng trong túi dính với nhau. Khác với thoát vị nghẹt, trong trường hợp này chức năng và sự tưới máu của tạng thoát vị không bị ảnh hưởng do đó thoát vị dính không đau và không gây tắc ruột. Thoát vị kẹt không đẩy lên được gây cảm giác vướng víu nhiều hơn, thường xuyên hơn và dễ bị chấn thương hơn.

- Thoát vị nghẹt: Đây là biến chứng nguy hiểm và thường gặp nhất. Nguyên nhân là do tạng thoát vị bị xiết ở cổ túi, khiến cho không những bản thân tạng đó không thể tự tụt trở vào ổ bụng được mà mạch máu nuôi tạng đó cũng bị chèn ép, khiến cho tạng có nguy cơ bị hoại tử. Biến chứng này thường gặp trong thoát vị gián tiếp. Khám lâm sàng phát hiện một khối chắc vùng bẹn, đau, không đẩy xẹp được và đôi khi có hội chứng tắc ruột. Đây là tình huống phải can thiệp cấp cứu tránh hoại tử ruột.

- Ngoài hai biến chứng trên còn có biến chứng chấn thương tạng thoát vị. Biến chứng này thường gặp trong trường hợp khối thoát vị lớn và xuống tương đối thường xuyên, bị chấn thương từ bên ngoài gây nên dập, vỡ các tạng bên trong.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Nguyên tắc là điều trị ngoại khoa. Tuy nhiên, tùy thuộc vào tuổi và tình trạng toàn thân của bệnh nhân mà có chỉ định can thiệp ngoại khoa hay không và nếu có thì nên can thiệp ngoại khoa khi nào.

- Vấn đề băng treo bìu có thể áp dụng cho người quá già yếu, hay bệnh lý nội khoa nặng nề, không có chỉ định phẫu thuật. Phương pháp này chống chỉ định khi cổ túi thoát vị nhỏ và đôi khi có thể làm cho một trường hợp thoát vị không nghẹt nhưng cầm tù trở nên nghẹt.

4.2. Kỹ thuật dùng mô tự thân

4.2.1. Kỹ thuật Bassini: Lớp khâu tạo hình bao gồm cơ chéo bụng trong, cơ ngang và lá trên của mạc ngang (3 lớp của Bassini) khâu vào dây chằng bẹn bằng các mũi rời. Tuy nhiên thực tế phẫu thuật viên chỉ đơn giản khâu cơ ngang bụng cùng với cơ chéo trong (chỉ có 2 lớp) vào dây chằng bẹn mà không có mạc ngang.

4.2.2. Kỹ thuật Shouldice: Tương tự Bassini, có sử dụng dây chằng bẹn, nhưng thay vì khâu chung cả 3 thành phần vào dây chằng bẹn, Shouldice đã tách ra thành 4 lớp riêng biệt bằng các mũi khâu vắt liên tục. Nếu Bassini không chú trọng đến việc làm dày lớp mạc ngang (thành sau của ống bẹn) thì Shouldice lại nhấn mạnh đến việc khâu xếp lớp mạc ngang bằng 2 mũi khâu vắt nhằm sửa chữa thành sau của ống bẹn.

4.2.3. Kỹ thuật Mc Vay: Khâu cung cân cơ ngang bụng vào dây chằng Cooper bằng các mũi chỉ rời bắt đầu từ sát xương mu đi ra ngoài cho tới lỗ bẹn sâu. Ưu điểm là sử dụng dây chằng Copper rất chắc nằm ở lớp sâu nên chỗ khâu cũng vững và hợp sinh lý hơn so với dây chằng bẹn, điều trị đồng thời cả thoát vị bẹn và đùi. Nếu làm tốt, tỉ lệ tái phát thấp. Nhược điểm là dễ căng chỗ khâu phải thực hiện thêm đường rạch dẫn trên bao cơ thẳng và nếu không cẩn thận có thể gặp tai biến làm rách tĩnh mạch đùi.

4.3. Kỹ thuật dùng mảnh ghép nhân tạo:

- Ưu điểm: không gây căng, do đó ít đau sau mổ, phục hồi nhanh hơn. Mảnh ghép nhân tạo khi được tổ chức hóa thì trở thành lớp cân mới rất chắc chắn.

- Nhược điểm: Có thể bị nhiễm trùng mảnh ghép thì rất khó trị, do đó điều kiện vô trùng phải đảm bảo.

4.3.1. Kỹ thuật Lichtenstein: Đặt mảnh ghép che phủ toàn bộ chỗ yếu thành bụng, đầu dưới phủ lên củ mu, bờ ngoài dính vào dây chằng bẹn, bờ trong dính vào lớp cân của cơ chéo bụng trong và bao cơ thẳng bụng. Phần đuôi mảnh ghép được xẻ ra ôm lấy thừng tinh tại lỗ bẹn sâu.

4.3.2. Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép trong ổ bụng: Mảnh ghép lớn được đặt trong ổ bụng phủ kín chỗ khiếm khuyết gây thoát vị. Mảnh ghép cố định bằng tacker, khâu hoặc clip. Khuyết điểm là mảnh ghép được đặt trong bụng có thể gây các tai biến: tổn thương các tạng, mạch máu, thần kinh và các biến chứng như dính ruột, tắc ruột, thủng ruột,.

4.3.3. Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc qua ngã bụng: Đầu tiên sẽ vào bụng, sau đó cắt phúc mạc, phẫu tích vùng thoát vị, lỗ cơ lược và đặt mảnh ghép che

phủ toàn bộ vùng thoát vị, lỗ cơ lược, cố định mảnh ghép. Sau đó phúc mạc được khâu lại.

4.3.4. Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc: Phẫu thuật viên sẽ đi vào khoang ngay phía sau cơ thẳng bụng. Đây là vùng vô mạch nên ít gây chảy máu. Mảnh ghép được đặt vào khoang này che phủ vùng thoát vị.

5. THEO DÕI TÁI KHÁM

5.1. Tiêu chuẩn nhập viện

- Khôi thoát vị có biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng cần phải phẫu thuật.

5.2. Tiêu chuẩn xuất viện

- Sau phẫu thuật phục hồi thành bẹn, bụng.
- Thoát vị không nghẹt hoặc kẹt, không đau, bệnh nhân lớn tuổi có nhiều bệnh lý nội khoa.

5.3. Theo dõi tái khám

- Tái khám 1 tuần sau phẫu thuật
- Tái khám khi vết mổ nhiễm trùng. Nhận biết sớm dấu hiệu nhiễm trùng vết mổ để phẫu thuật lấy mảnh ghép.

THÙNG DẠ DÀY-TÁ TRÀNG**1. ĐẠI CƯƠNG**

- Thủng dạ dày - tá tràng là một biến chứng nặng và thường gặp của các ổ loét tá tràng, các ổ loét dạ dày và đôi khi của bệnh ung thư dạ dày.
- Là cấp cứu ngoại khoa thường gặp và chẩn đoán thường dễ vì đại đa số các trường hợp triệu chứng khá điển hình, rõ rệt. Hậu quả lỗ thủng ổ loét dạ dày - tá tràng là viêm phúc mạc.

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN**2.1. Triệu chứng lâm sàng**

- Bệnh nhân thường đau bụng đột ngột, dữ dội giống như giao đâm vùng thượng vị làm cho bệnh nhân nhớ rất rõ thời điểm đau, sau đó lan khắp bụng. Đau nhiều đến nỗi bệnh nhân không dám xoay trở người. Đau là triệu chứng chính và cũng là nguyên nhân đưa bệnh nhân đến bệnh viện.
- Trong giai đoạn đầu, dấu hiệu sinh tồn chưa thay đổi, khoảng 30% bệnh nhân bị sốc trong những giờ đầu sau khi thủng. Sốc thường thoáng qua vài phút đến nửa giờ với các biểu hiện: mặt tái nhợt, toát mồ hôi lạnh, hạ thân nhiệt, huyết áp giảm nhẹ, sau đó toàn thân trở về bình thường. Ở giai đoạn viêm phúc mạc do vi trùng, bệnh nhân sốt cao, mạch nhanh, nước tiểu giảm. Nếu bệnh nhân được phát hiện trễ sẽ dẫn tới tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc nặng. Giai đoạn trễ, tình trạng viêm phúc mạc nặng có thể đưa tới liệt ruột, làm bệnh nhân có triệu chứng bí trung đại tiện, nhu động ruột không nghe thấy, bụng chướng căng.
- Triệu chứng viêm phúc mạc toàn thể biểu hiện rất rõ: bệnh nhân nằm yên, không dám cử động vì đau, bụng không di chuyển theo nhịp thở. Bụng gồng cứng như gỗ, có thể mất vùng đục trước gan. Khám trực tràng - âm đạo, bệnh nhân thấy đau ở túi cùng Douglas.

2.2. Cận lâm sàng

- X-quang phổi hoặc chụp bụng không chuẩn bị tìm liềm hơi. Hình ảnh chủ yếu là xuất hiện những bóng sáng dưới cơ hoành ở tư thế đứng, hình liềm hơi nằm giữa mặt lõm cơ hoành ở trên là mặt lồi của gan ở dưới. Bên trái thì nằm giữa cơ hoành trái và túi hơi dạ dày. Có khi chỉ có ở bên phải, có khi có cả hai bên ít khi chỉ thấy đơn thuần bên trái. Nếu ở tư thế đứng không thể chụp được, thì chụp ở tư thế nằm ngửa hoặc nghiêng trái đặt bóng chụp ngang và chụp nghiêng sẽ thấy hơi nằm giữa thành bụng và gan hoặc nằm giữa thành ngực.
- Khi nghi ngờ thủng dạ dày hoặc tá tràng mà trên phim X quang không thấy liềm hơi không được loại trừ chẩn đoán, có thể đặt ống thông dạ dày bơm hơi vào dạ dày sau đó chụp.
- Siêu âm bụng có khi xác định được hơi và dịch tự do ổ bụng.
- CT Scan bụng cản quang cũng cần thiết để xác định chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt với một số nguyên nhân khác.
- Xét nghiệm có giá trị hồi sức và điều trị chủ yếu là xét nghiệm máu, điện giải đồ....

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

- Có tiền sử loét dạ dày tá tràng.
- Đau bụng dữ dội đột ngột.
- Co cứng thành bụng hoặc cảm ứng phúc mạc.
- Mất vùng đục trước gan.
- X quang thấy liềm hơi dưới hoành.
- Siêu âm bụng, Ct scan bụng có hơi và dịch tự do.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm phúc mạc ruột thừa
- Thủng một tạng khác:
 - + Thủng ruột non do thương hàn.
 - + Thủng túi thừa.
 - + Thủng ruột non, đại tràng sau chấn thương bụng kín. Đây là trường hợp hay gặp nhưng thường được chẩn đoán trễ khi có dấu hiệu của viêm phúc mạc rõ ràng.
 - + Thủng đại tràng do bệnh lý.
- Thấm mật phúc mạc do viêm phúc mạc mật.
- Viêm tụy cấp

4. ĐIỀU TRỊ**4.1. Nguyên tắc điều trị**

- Thủng dạ dày - tá tràng là một cấp cứu ngoại khoa. Hầu hết thủng dạ dày - tá tràng đều phải phẫu thuật. Tuy nhiên, trong một số ít trường hợp thủng bít có thể không cần phẫu thuật.

4.2. Điều trị cụ thể**4.2.1. Nội Khoa**

- Dùng giảm đau khi đã có chẩn đoán xác định.
- Đặt thông mũi dạ dày và hút.
- Nhịn ăn uống.
- Bồi hoàn nước và điện giải, máu và các chất dinh dưỡng.
- Kháng sinh mạnh đường truyền tĩnh mạch.
- Có thể đặt sonde foley theo dõi nước tiểu.

4.2.2. Ngoại khoa

- Thăm dò: đánh giá tình trạng ổ bụng dịch, thức ăn, giả mạc nhiều hay ít, bẩn hay sạch.
- Đánh giá tổn thương: tìm lỗ thủng, lỗ thủng to hay nhỏ, cứng hay mềm, mủn, phù nề.

4.3. Các phẫu thuật điều trị biến chứng thủng**4.3.1. Khâu lỗ thủng đơn thuần**

- Phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng (thủng ổ loét hành tá tràng, bệnh nhân trẻ, đến sớm dưới 12 giờ, không có bệnh lý nặng đi kèm) khi lỗ thủng nhỏ có thể khâu theo hình chữ X hoặc khâu gấp theo trục dạ dày - tá tràng bằng các mũi chỉ không tiêu, mũi rời, có thể phủ mạc nối lớn lên.

- Mô hở khâu lỗ thủng.
- Khâu lỗ thủng kết hợp với kết hợp với tiết trừ H. Pylori giúp ngăn ngừa biến chứng loét tái phát.

4.3.2. Phẫu thuật cắt dạ dày

- Phẫu thuật cắt dạ dày 2/3 vừa điều trị biến chứng thủng, vừa điều trị bệnh loét. Tuy nhiên, đây là phẫu thuật nặng, có thể có những biến chứng, di chứng về sau nhất là khi bệnh nhân không được chuẩn bị kỹ, khoang bụng bẩn,...

Chỉ định:

- Thủng trên loét xơ chai to, khó khâu và dễ bục.
- Thủng kèm với các biến chứng khác như chảy máu hoặc hẹp môn vị.
- Thủng dạ dày nghi ngờ ung thư.

Điều kiện:

- Khoang bụng phải sạch.
- Thể trạng bệnh nhân tốt.
- Phòng mổ trang bị tốt, và phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm.

4.3.3. Khâu lỗ thủng và cắt dây thần kinh X

- Cũng như phẫu thuật cắt dạ dày, đây là phương pháp phẫu thuật nhằm điều trị triệt căn bệnh loét.
- Chỉ định: Phẫu thuật cắt dây thần kinh X chỉ có tác dụng với ổ loét tá tràng, không tác dụng với ổ loét dạ dày.
- Điều kiện: Khoang bụng sạch vì đòi hỏi bóc tách nhiều, việc bóc tách dễ gây nhiễm trùng ở vùng này nếu khoang bụng bẩn. Phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

4.3.4. Phương pháp Newmann

- Với những lỗ thủng quá to, tổ chức xung quanh xơ cứng, khâu dễ mủn nát, dễ bục chỉ, tình trạng bệnh nhân yếu, không cho cắt dạ dày ngay, lúc đó có thể đặt qua lỗ thủng một ống cao su to quấn mạc nối xung quanh và dính vào thành bụng.

5. THEO DÕI TÁI KHÁM

5.1. Tiêu chuẩn nhập viện: đau bụng cấp

5.2. Theo dõi: theo dõi và điều trị nguyên nhân tiếp theo cho bệnh nhân: (thuốc kháng tiết, tiết trừ Helicobacter pylori). Hẹn nội soi tiêu hóa trên sau 1 tháng.

5.3. Tiêu chuẩn xuất viện: bệnh nhân ăn uống, trung tiện được, đau vết mổ ít.

5.4. Tái khám: sau 7 ngày, đánh giá lại kết quả phẫu thuật và lấy kết quả giải phẫu bệnh lý.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT**Chẩn đoán:****1. Lâm sàng:**

- Tiểu khó
- Tiểu nhiều lần
- Tiểu đêm
- Thăm trực tràng: tiền liệt tuyến to, đồng nhất

2. IPSS (International Prostate Symptom Score)

- Từ 0 đến 7 điểm: mức độ nhẹ
- Từ 8 đến 19 điểm: mức độ trung bình
- Từ 20 đến 35 điểm: mức độ nặng

3. Đánh giá điểm chất lượng cuộc sống (QoL: Quality of Life)

- Từ 1 đến 2 điểm: sống tốt hoặc bình thường
- Từ 3 đến 4 điểm: sống được hoặc tạm được
- Từ 5 đến 6 điểm: không chịu được

4. Cận lâm sàng:

- Siêu âm: Tiền liệt tuyến phì đại, có nhân xơ
- PSA: dưới 10, thăm khám trực tràng không nghi ngờ K. Nếu PSA trên 10, thăm khám trực tràng nghi ngờ K phải sinh thiết tuyến tiền liệt

Điều trị:

1. Theo dõi: Chỉ theo dõi định kỳ 6 hoặc 12 tháng bằng thang điểm IPSS và siêu âm, không điều trị khi:

- IPSS dưới 19 điểm
- Chưa có bí tiểu cấp tính

2. Điều trị nội khoa:

a. Chỉ định điều trị nội khoa khi:

- IPSS bằng và trên 19 điểm
- Bí tiểu cấp tính lần đầu

b. Thuốc:

- Thuốc chẹn alpha:
 - a. Alfuzosin: 10mg 1 lần/ngày
 - b. Tamsulosin: 0,4 đến 0,8mg 1 lần/ngày
 - c. Doxazosin: 1 đến 8mg 1 lần/ngày
 - d. Tarazosin: 1 đến 10mg 1 lần/ngày
- Thuốc ức chế 5 alpha reductase (5 - ARI)
 - a. Dutasteride: 0,5mg 1 lần/ngày
 - b. Finasteride: 5mg 1 lần/ngày
- Thuốc kháng muscarinic:
 - a. Oxybutynin ER: 5mg 2 đến 3 lần/ngày
 - b. Solifenacin: 5 đến 10mg 1 lần/ngày

- Thuốc đối kháng vasopressin - desmopressin chỉ định khi tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có tiểu đêm do đa niệu ban đêm.

a. Desmopressin: 0,1mg đến 0,4mg 1lần trước khi đi ngủ

5. Điều trị ngoại khoa:

a. Chỉ định:

- Nhiễm trùng tiết niệu tái diễn
- Sỏi bàng quang
- Đái máu tái diễn
- Bí tiểu cấp tái diễn
- Giãn niệu quản do bướu tiền liệt tuyến
- Túi thừa bàng quang
- Suy thận sau thận do bướu chèn ép niệu quản
- Điều trị nội khoa không kết quả (chỉ định tương đối)

b. Phương pháp can thiệp ngoại khoa

- Cắt đốt qua ngả niệu đạo
- Mổ hở
- Đốt bằng vi sóng, laser, nhiệt
- Chích botox vào bướu

TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI TỰ PHÁT**I. ĐẠI CƯƠNG**

Tràn khí màng phổi tự phát (không do chấn thương) xảy ra do vỡ một bóng khí nhỏ hoặc lớn ở phổi. Không khí đi qua chỗ xì giống như van một chiều, vào khoang màng phổi mà không đi ra được, làm tràn khí màng phổi tăng dần lên cho đến khi fibrin bịt chỗ xì thì không tràn khí nữa. Tràn khí màng phổi tự phát chia làm 2 loại

Tràn khí màng phổi tự phát-nguyên phát (primary spontaneous pneumothorax = PSP), gặp ở bệnh nhân trẻ, thường là nam, có thể trạng cao, gầy và không có bệnh phổi đi kèm đáng kể.

Có đến 90% trường hợp tìm thấy bóng khí trong lúc mổ và đến 80% thấy trên CT ngực. Nguyên nhân bóng khí chưa rõ nhưng chắc chắn có vai trò của thuốc lá. Nguy cơ tràn khí màng phổi ở người hút thuốc lá là 12% so với người không- hút là 0,1%.

Sau khi bị tràn khí màng phổi lần đầu, bệnh nhân dễ bị tái phát với tỉ lệ tái phát cùng bên là 50%; sau lần hai là 62% và sau lần ba là 80%. Nguy cơ bị tràn khí màng phổi đối bên sau lần đầu khoảng 10%.

Tràn khí màng phổi tự phát thứ phát (secondary spontaneous pneumothorax=SSP) thường ở bệnh nhân > 40-50 tuổi, có bệnh phổi đáng kể đi kèm, đa số là bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính và lao, một số lớn hay gặp là khí phế thũng ở bệnh nhân nghiện thuốc lá.

II. CHẨN ĐOÁN**1. Tràn khí màng phổi tự phát-nguyên phát:**

Đau ngực là triệu chứng nổi bật. Khó thở ít xảy ra, bệnh nhân trẻ không có bệnh phổi đi kèm có thể hoàn toàn không có triệu chứng lúc nghỉ và khí máu động mạch hầu như bình thường dù xẹp gần hoàn toàn một bên phổi.

2. Tràn khí màng phổi tự phát-thứ phát:

Khó thở là triệu chứng nổi bật. Do bệnh nhân có bệnh phổi nên lâm sàng có thể rất dữ dội gồm ngòai thở, nói không thành tiếng, toát mồ hôi, tim nhanh, tím tái... Đôi khi có tràn khí dưới da và tràn khí trung thất.

Xquang phổi được dùng để chẩn đoán xác định và mức độ tràn khí màng phổi. Nói chung, tràn khí màng phổi gọi là nhiều khi khoảng cách giữa bờ lá tạng và bờ trong thành ngực trên xquang phổi là 2 cm hoặc hơn; dưới 2 cm gọi là ít. Thường kèm theo chút dịch huyết thanh (serosanguineous) tạo thành mực nước hơi nhỏ ở góc sườn-hoành. Chẩn đoán phân biệt thường là bóng khí lớn ở phổi. Vài trường hợp khó cần nhờ đến CT scan ngực.

III. ĐIỀU TRỊ

Bệnh nhân nên nghỉ ngơi. Hạn chế hoạt động trong ít nhất 2-3 ngày đầu.

Xử trí ban đầu tràn khí màng phổi tự phát-nguyên phát có hai trường hợp chính như sau:

Nếu bệnh nhân có khó thở và/hoặc tràn khí màng phổi > 2cm → chọc hút khí hoặc dẫn lưu màng phổi.

Nếu chọc hút thất bại (bệnh nhân vẫn khó thở và/hoặc xquang phổi không tốt), dẫn lưu màng phổi hoặc cân nhắc chọc hút lại nhất là khi ống catheter trong chọc hút lần đầu bị gấp góc hoặc bị lệch.

Nếu chọc hút lần 2 mà thất bại thì đặt dẫn lưu màng phổi.

Kỹ thuật: hút bằng tay. Dụng cụ gồm 1 ống catheter 8, ống nối dịch truyền 3 đường (a three way stopcock) và ống chích 50ml. Lưu lại ống catheter khi chụp xác định phổi nở để hút tiếp nếu cần, hoặc có thể nối với an under water seal system.

Nếu bệnh nhân không khó thở và/hoặc tràn khí màng phổi < 1 cm → không xử trí. Theo dõi nếu bệnh nhân ổn định (xquang phổi sau 6-8 giờ cho thấy tràn khí màng phổi giảm hoặc không tăng) thì xuất viện sau 24 giờ và tái khám sau đó. Nếu tổn thương tăng lên thì xử trí như trên.

Tràn khí màng phổi 1 -2cm thì cân nhắc giữa hai cách xử trí trên.

1. Xử trí ban đầu tràn khí màng phổi tự phát-thứ phát:

Tràn khí màng phổi tự phát-thứ phát là phải can thiệp. Triệu chứng chính là khó thở dù tràn khí màng phổi lượng ít và khu trú. Do đó, hầu như mọi trường hợp tràn khí màng phổi tự phát-thứ phát luôn cần đặt dẫn lưu màng phổi. Chỉ không dẫn lưu màng phổi nếu bệnh nhân không khó thở+tràn khí màng phổi < 1 cm hoặc chỉ ở đỉnh; tuy nhiên vẫn phải theo dõi sát để xử trí kịp thời.

Những bệnh nhân này thường bị dò khí kéo dài. Do nguy cơ phẫu thuật cao ở những bệnh nhân này nên điều trị dẫn lưu màng phổi thường kéo dài hơn so với nhóm bệnh tràn khí màng phổi nguyên phát (trung bình là 19 ngày). Hầu như mọi dò khí trong tràn khí màng phổi tự phát-thứ phát đều lành tốt nếu dẫn lưu màng phổi đầy đủ (có thể cần 2 ống), nếu phổi nở hoàn toàn và nếu bác sĩ kiên nhẫn.

2. Nguyên tắc dẫn lưu màng phổi:

TKMP khu trú: phải đặt ống đúng vị trí tràn khí.

TKMP toàn bộ: về kinh điển, đặt ống ở liên sườn 2 trung đòn. Nhưng hiện nay, vị trí được ưa chuộng là liên sườn 3,4, hoặc 5 ở đường nách giữa hoặc trước vì ưu điểm (1) thẩm mỹ vì dấu sẹo, (2) tránh được ống đi qua mô vú ở nữ, (3) kỹ thuật dễ hơn vì thành ngực mỏng hơn, (4) an toàn hơn vì không phạm động mạch vú trong.

Có thể không cần hút ống dẫn lưu ngay sau khi dẫn lưu màng phổi, nhưng nếu sau 48 giờ mà vẫn còn bọt khí ở bình dẫn lưu hoặc phổi nở không hoàn toàn thì nên hút dẫn lưu màng phổi với áp lực -10 đến - 20 cm H₂O. Khi chọn áp lực hút phải theo dõi sự thích ứng của bệnh nhân. Nếu bệnh nhân than đau hoặc mệt thì phải giảm lực hút lại.

Khi phổi đã nở hoàn toàn, lưu ống ít nhất là 3-4 ngày để tạo phản ứng viêm tại chỗ, làm giảm tỉ lệ tái phát tràn khí.

Quy trình rút ống:

- Rút ống khi có bằng chứng phổi nở tốt và không tái phát tràn khí.
- Ống dẫn lưu hết ra bọt khí + nghe phổi nở tốt + Xq phổi nở hoàn toàn kẹp Ống 24h.
- Sau đó, chụp Xq lại xác định phổi vẫn nở hoàn toàn sau 24 giờ kẹp ống rút ống.
- Rút ống trong lúc bệnh nhân hít sâu và nín thở, hoặc đang đầu thì thở ra. Chú ý: khi kẹp ống phải theo dõi tình trạng tràn khí tái phát. Nếu thấy bệnh nhân khó thở hoặc ứn khí dưới da thì phải tháo kẹp ngay và cho hút lại đồng thời chụp xqphổi kiểm tra.

3. Chỉ định phẫu thuật:

Khi đặt dẫn lưu màng phổi xong, cần theo dõi để có chỉ định ngoại khoa kịp thời

Chỉ định phẫu thuật thường chủ yếu với tràn khí màng phổi tự phát-nguyên phát

- Xì khí nhiều và không thấy phổi nở chút nào sau 1 -2 ngày. Hoặc chỉ nở một phần và dẫn lưu đã kéo dài 5-7 ngày.
- Bóng khí lớn ở đỉnh phổi thấy trên xquang phổi.
- Tràn khí màng phổi lần thứ nhì cùng bên (vì tỉ lệ tái phát rất cao) hoặc đôi bên (để tránh khả năng xì cả hai bên cùng lúc có thể gây tử vong).
- Tràn khí màng phổi tự phát cùng lúc 2 bên, rất hiếm. Thường là bên trước bên sau và cần đặt ống cả hai bên. Mối ít nhất một bên để tránh xẹp phổi toàn bộ nếu xì tái phát 2 bên cùng lúc.
- Người có nghề nghiệp liên quan đến việc thay đổi áp suất như phi công, thợ lặn có bình khí nén, hoặc những người sống ở vùng xa.
- Có bệnh phổi nặng phía đối bên hoặc đã cắt phổi đối bên.
- Có biến chứng tràn máu màng phổi nặng.
- Có thai nên điều trị bảo tồn nhưng chú ý tràn khí màng phổi có thể xảy ra lúc chuyển dạ.

Đối với tràn khí màng phổi tự phát-thứ phát, nên điều trị bảo tồn dù thời gian nằm viện lâu hơn nhiều vĩ chức năng phổi kém. Nếu nguy cơ phẫu thuật cao, nên làm dây dính màng phổi để tránh tràn khí màng phổi tái phát và nếu tái phát thì cũng không nặng. Nhớ rằng, ở những bệnh nhân này, làm dính màng phổi là gây thêm hội chứng hạn chế vào hội chứng tắc nghẽn đã có. Tuy nhiên, nếu nguy cơ phẫu thuật chấp nhận được (operative risk is satisfactory) thì mổ mở thường là phẫu thuật được chọn.

4. Xử Trí Phẫu Thuật:

Có 2 mục đích trong xử trí ngoại khoa tràn khí màng phổi là lấy bỏ bóng khí được coi là thủ phạm gây tràn khí và làm dính màng phổi để tránh tái phát.

Lấy bỏ bóng khí: chỗ dò khí thường có kèm bóng khí được cắt bỏ, khâu kín bằng chỉ hoặc cắt bằng staples. Phẫu thuật được làm gồm mổ ngực lớn, mổ ngực nhỏ ở nách hoặc mổ nội soi lồng ngực.

Với tràn khí màng phổi tự phát-nguyên phát: mổ nội soi lồng ngực là phương pháp thích hợp, cho kết quả sau mổ và mức độ tái phát không thua gì mổ hở cùng nhiều lợi điểm khác.

Với tràn khí màng phổi tự phát-thứ phát: mổ ngực hở vẫn còn là phương pháp được chọn. Hoặc nếu mổ nội soi mà không xác định được kén khí hay chỗ xì khí thì nên chuyển qua mổ hở.

Làm dính màng phổi bằng hoá chất

Dùng bột talc rẻ, hiệu quả khoảng 91 % trường hợp dù dùng bột sệt bơm qua ống dẫn lưu hoặc bột khô bơm qua nội soi lồng ngực. Liều dùng tốt nhất là 5g sterile talc. Tác dụng phụ như suy hô hấp cấp ở người lớn hoặc tràn mủ màng phổi rất hiếm

Dùng iodopovidone: rẻ, sẵn có, nhưng hiệu quả không rõ rệt.

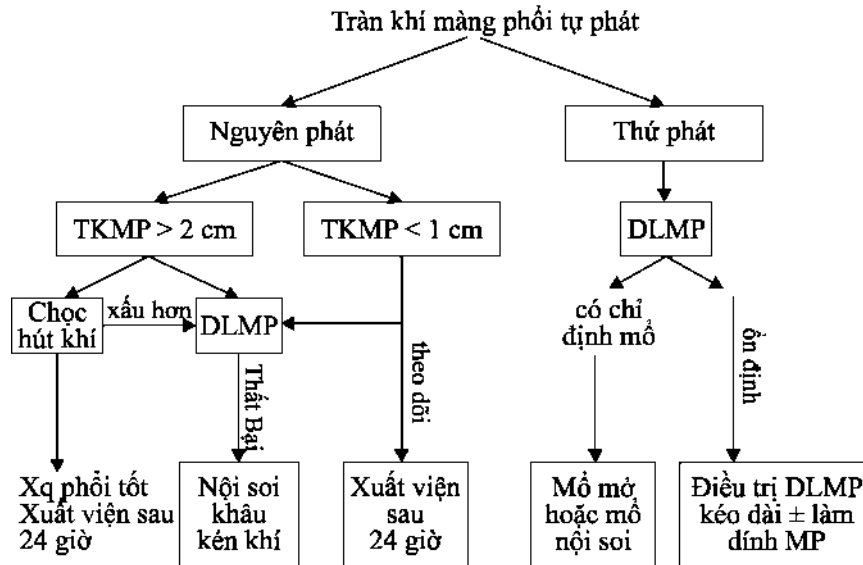
Làm dính màng phổi trong lúc mổ cắt kén khí

Cắt màng phổi thành: lột bỏ lá thành màng phổi ra khỏi xương sườn và cơ liên sườn cho kết quả tốt nhưng biến chứng sau mổ cao, chỉ nên dành cho những trường hợp cực khó.

Chà sát màng phổi: chà sát rướm máu chủ yếu ở lá thành để tạo dính giữa lá thành và lá tạng. Rất quan trọng trong trường hợp không xác định được chỗ xì khí.

Chỉ cắt màng phổi thành ở đỉnh: được Deslauriers báo cáo năm 1980 dùng kết hợp với cắt bỏ kén khí qua đường mổ ngực nhỏ ở nách

SƠ ĐỒ XỬ TRÍ TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI TỰ PHÁT



BỆNH TRĨ**1. ĐẠI CƯƠNG****1.1. Định nghĩa**

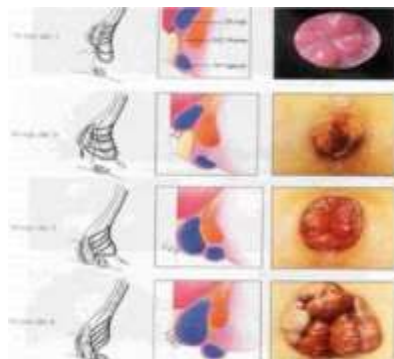
- Trĩ là một bệnh rất phổ biến, tỷ lệ mắc trong cộng đồng khoảng 35%. Bản chất của trĩ là hiện tượng dẫn của các tĩnh mạch hậu môn trực tràng
- Trĩ hình thành do sự giãn quá mức đám rối tĩnh mạch trĩ
 - Trĩ nội trên đường lược
 - Trĩ ngoại nằm dưới đường lược

1.2. Nguyên nhân

- Thuyết cơ học: các mô sợi cơ đàn hồi giữ đám rối tĩnh mạch chùng dần dần, mô lỏng lẻo nhất là khi áp lực xoang bụng tăng gây ra sa trĩ. Các nguyên nhân làm tăng áp lực trong ổ bụng, các nguyên nhân táo bón, bí tiểu, ngồi nhiều, đứng nhiều, mang vác nặng
- Thuyết huyết động học: cơ chế đóng mở các shunt động tĩnh mạch vùng ống hậu môn

1.3. Phân loại

- Theo Milligan-Morgan: Gồm có 3 loại
Trĩ nội Trĩ ngoại
Trĩ hỗn hợp; trĩ vòng
- Mức độ: Chia làm 4 phân độ



- ☐ Độ I: Nằm hoàn toàn trong ống hậu môn
- ☐ Độ II: Sa khi đi cầu tự thụt vào
- ☐ Độ III: Sa khi đi cầu, nghỉ ngơi tự trở vào
- ☐ Độ IV: Thường xuyên nằm ngoài

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN**2.1. Bệnh sử**

- Đi ngoài ra máu tươi
- Cảm giác nặng tức ở hậu môn, mót rặn
- Búi trĩ sa ra ngoài
- Nếu có biến chứng thrombosis, nứt kẽ hậu môn cảm giác đau dữ dội.

2.2. Khám lâm sàng

- Thăm trực tràng là động tác quan trọng: trĩ nghẹt, thrombosis, rối loạn chức năng cơ thắt
- Soi hậu môn
- Khám toàn thân: xơ gan gây trĩ triệu chứng

2.3. Cận lâm sàng

Các xét nghiệm tiền phẫu

- Glucose, Urê, Creatinine, AST, ALT, Điện giải đồ 3 thông số
- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, TQ, TCK, Nhóm máu ABO, RhD
- ECG, siêu âm Doppler tim màu với Bn > 60 tuổi hay có bệnh tim mạch đi kèm
- CR_tim phổi thẳng; Nội soi hậu môn trực tràng
- Videoproctoscope

3. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Ít máu tươi: U trực tràng, Polyp trực tràng, ly, viêm trực tràng, lồng ruột động tác thăm hậu môn _ trực tràng và soi trực tràng sẽ xác định chẩn đoán

Sa trực tràng: quan sát thấy các rãnh niêm mạc trực tràng tạo thành vòng tròn đồng tâm.

- Đau tức hậu môn: Nứt hậu môn.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị nội

- Chỉ định cho trĩ độ I và độ II
- Cách thức: Nghỉ ngơi, thay đổi chế độ ăn, chống táo bón, thể dục liệu pháp, thuốc Daflon, Ginkor fort, Proctolog

4.2. Thủ thuật: Thắt thun với trĩ độ II, tiêm thuốc gây xơ hóa búi trĩ

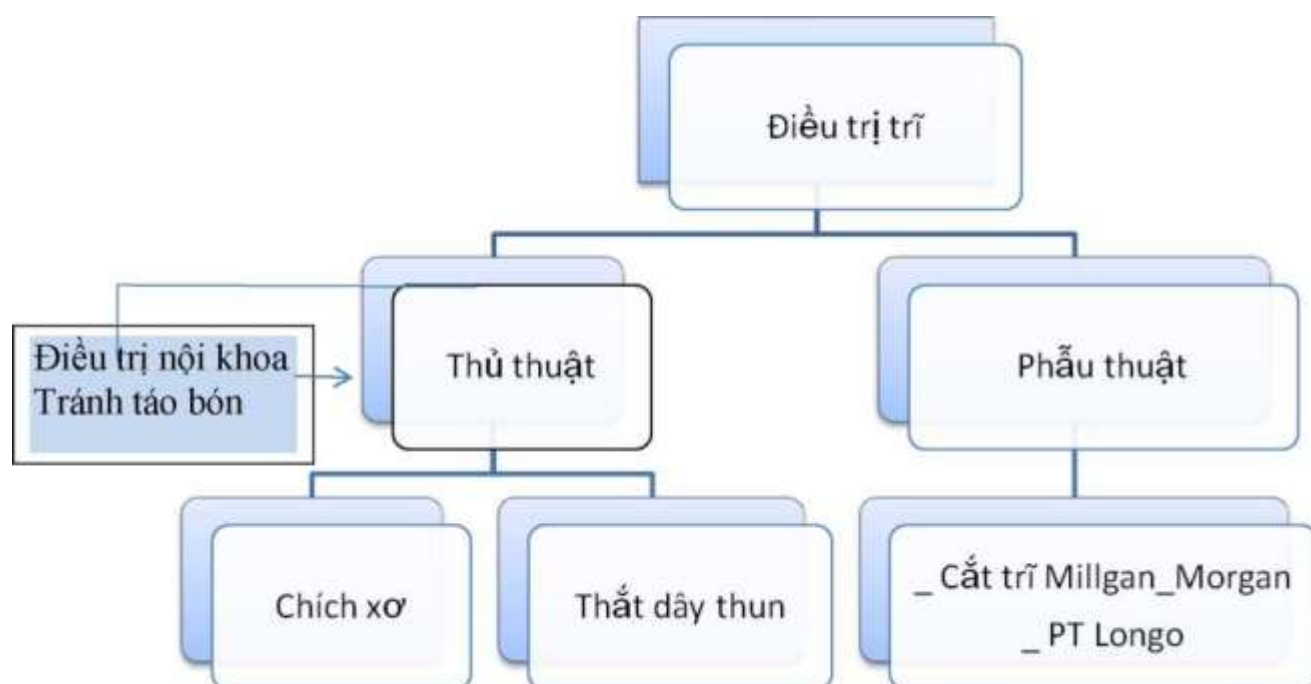
4.3. Điều trị phẫu thuật

- Chỉ định cho trĩ độ III và độ IV, trĩ ngoại thuyên tắc huyết khối
- Phẫu thuật Milligan-Morgan; phẫu thuật Ferguson; PT Whitehead
- Phẫu thuật Longo: giảm lưu lượng máu đến búi trĩ; treo đệm hậu môn vào ống hậu môn.
- Kỹ thuật khâu treo trĩ bằng tay M.Hussen, Nguyễn Trung Tín (cải biên từ phương pháp Longo): bao gồm đường khâu triệt mạch và đường khâu treo trĩ

•Đường khâu triệt mạch gồm 12 mũi khâu chữ X, trên đường lược 2 cm, lấy lớp niêm mạc và dưới niêm

•Đường khâu treo trĩ: 8 mũi khâu chữ I khâu treo đường khâu thứ nhất, trên đường lược 6 cm, lấy niêm mạc _ dưới niêm mạc và một phần vào lớp cơ trực tràng

Xu hướng điều trị trĩ hiện nay: bảo tồn lớp đệm hậu môn, giảm thể tích búi trĩ, ít đau Sử dụng vùng trên đường lược.



5. THEO DÕI TÁI KHÁM

5.1. Tiêu chuẩn nhập viện

-Trĩ nội sa độ 3, độ 4; trĩ vòng sa độ 3_4; trĩ ngoại tắc mạch; trĩ loét bội nhiễm

5.2. Tiêu chuẩn xuất viện

-Hậu phẫu ngày thứ 2_3 ổn cho xuất viện.

5.3. Theo dõi, tái khám

- Chảy máu vết mổ, bí tiểu hậu phẫu, đau sau mổ
- Hẹp hậu môn
- Đại tiện không tự chủ
- Thủng trực tràng (biến chứng Longo)
- Tái khám khi có biến chứng, tái phát

VẾT THƯƠNG THÁU BỤNG

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa: Là vết thương thành bụng trước xâm nhập vào xoang bụng (thủng phúc mạc thành), vết thương ngực xâm nhập vào xoang bụng thủng cơ hoành, vết thương vùng hông lưng xâm nhập vào khoang sau phúc mạc.

1.2. Nguyên nhân

- Thời bình: Thường do bạch khí (dao, vật sắc nhọn), có thể do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, té ngã, đá thương...

- **Thời chiến: Thường do hoả khí (đạn, mảnh bom, mìn)**

1.3. Phân loại

- vết thương thẩu bụng không tổn thương tạng
- vết thương thẩu bụng tổn thương tạng(tạng rỗng, tạng đặc, mạch máu)

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

2.1. Bệnh sử

- Hỏi bệnh sử cần chú ý khai thác giờ xảy ra tai nạn, hướng tác động, lực tác động, tác nhân gây tổn thương (hình dạng, kích thước) ^ có thể tiên đoán trước mức độ thương tổn cũng như tạng bị tổn thương.

2.2. Triệu chứng cơ năng

- Đau bụng, ói ra máu, tiêu ra máu, tiểu ra máu.

2.3. Triệu chứng thực thể

- Nhìn: có vết thương vùng bụng trước hay hông lưng. Các vết thương vùng ngực thấp bên (T), (P), (gian sườn 6,7,8.) vết thương có lòi mạc nổi, ruột. các sonde mũi-dạ dày, sonde tiểu có máu.

- Sờ: ấn bụng đau, có thể có đề kháng thành bụng, phản ứng phúc mạc.

- Gõ đục vùng thấp khi có chảy máu hoặc dịch trong ổ bụng. Khoảng 40% xuất huyết nội không có biểu hiện lâm sàng ở lần thăm khám đầu tiên, vì vậy việc thăm khám định kỳ và thường xuyên là rất quan trọng.

2.4. Cận lâm sàng

2.4.1. Cận lâm sàng thường qui

- Công thức máu (có thể làm nhiều lần), đông máu toàn bộ, xét nghiệm sinh hóa máu (chức năng gan, chức năng thận, amylase, lipate...), X-quang ngực.

2.4.2. Cận lâm sàng giúp chẩn đoán

- X quang bụng đứng không sửa soạn: Khí tự do trong ổ bụng hay không?

- Siêu âm bụng: Có dịch, có khí trong ổ bụng không?

- CT Scan bụng: Có thể phát hiện dịch hoặc khí trong ổ bụng, các cơ quan bị thương tổn và mức độ thương tổn các cơ quan đó.

3. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

3.1. Vết thương thẩu bụng:

- Có tạng trong ổ bụng (mạc nổi, ruột non.) phòi ra ngoài hoặc khi thăm sát vết thương thấy có thủng phúc mạc hoặc siêu âm có dịch ổ bụng hoặc X-quang bụng có hơi tự do trong ổ bụng.

3.2. Vết thương thành bụng

- Siêu âm không có dịch ổ bụng. X-quang bụng không có hơi tự do trong ổ bụng.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

- Có vết thương thấu bụng thì phải mở bụng hoặc nội soi ổ bụng thám sát (nếu có huyết động ổn định) và xử trí thương tổn nếu có.

4.2. Điều trị đặc hiệu

- Bệnh nhân có vết thương thấu bụng mà huyết động học không ổn định thì phải mở bụng thám sát và xử trí thương tổn. Nếu huyết động ổn định thì thám sát vết thương tại chỗ, nếu không thủng phúc mạc thì tiếp tục theo dõi, nếu thủng phúc mạc thì có thể nội soi ổ bụng chẩn đoán. Nếu qua nội soi ổ bụng có thủng lá phúc mạc mà không tổn thương nội tạng bụng (tỉ lệ này từ 40%-58%) thì tiếp tục theo dõi. Nếu thủng phúc mạc và có tổn thương tạng: phẫu thuật nội soi điều trị (khâu thủng tạng rỗng hoặc đốt, khâu cầm máu tạng đặc) hay mở bụng xử trí thương tổn.

4.2.1. Tạng rỗng

- Đối với dạ dày: có thể khâu 1 hoặc 2 lớp. vết thương 1 lỗ đơn độc ở ruột non chỉ cần cắt lọc và khâu lại là đủ. Hai lỗ thủng ruột non kề cận nhau có thể được cắt xén thành 1 lỗ duy nhất và khâu lại để tránh bị hẹp ruột. Nhiều lỗ thủng nhỏ rải rác trên 1 đoạn ruột cũng có thể lần lượt được khâu lại hoặc cắt đoạn trong khi thủng và rách một đoạn ruột non dài kèm với bầm dập ruột có thể được cắt bỏ đi và nối lại tận- tận.
- Đối với tổn thương tá tràng: bắt buộc mở bụng điều trị. Khoảng 75%-80% tổn thương tá tràng có thể được xử trí bằng cách cắt lọc mép vết thương và khâu lại đơn thuần. 20%-25% trường hợp cần phải xử trí phức tạp hơn như:
 - >Khâu lỗ vỡ và dung một quai hồng tràng đắp lên chỗ vỡ (patch).
 - >Khâu lỗ vỡ và nối vị tràng.
 - >Khâu lỗ vỡ và cắt dạ dày.
 - >Cắt đôi tá tràng, đóng đầu dưới, đưa một quai hồng tràng lên nối với đầu trên tá tràng kiểu Rouxen-Y.
 - >Cắt tá tràng-đầu tụy theo phương pháp Whipple (khi có tổn thương tá tràng và đầu tụy kết hợp) v.v...

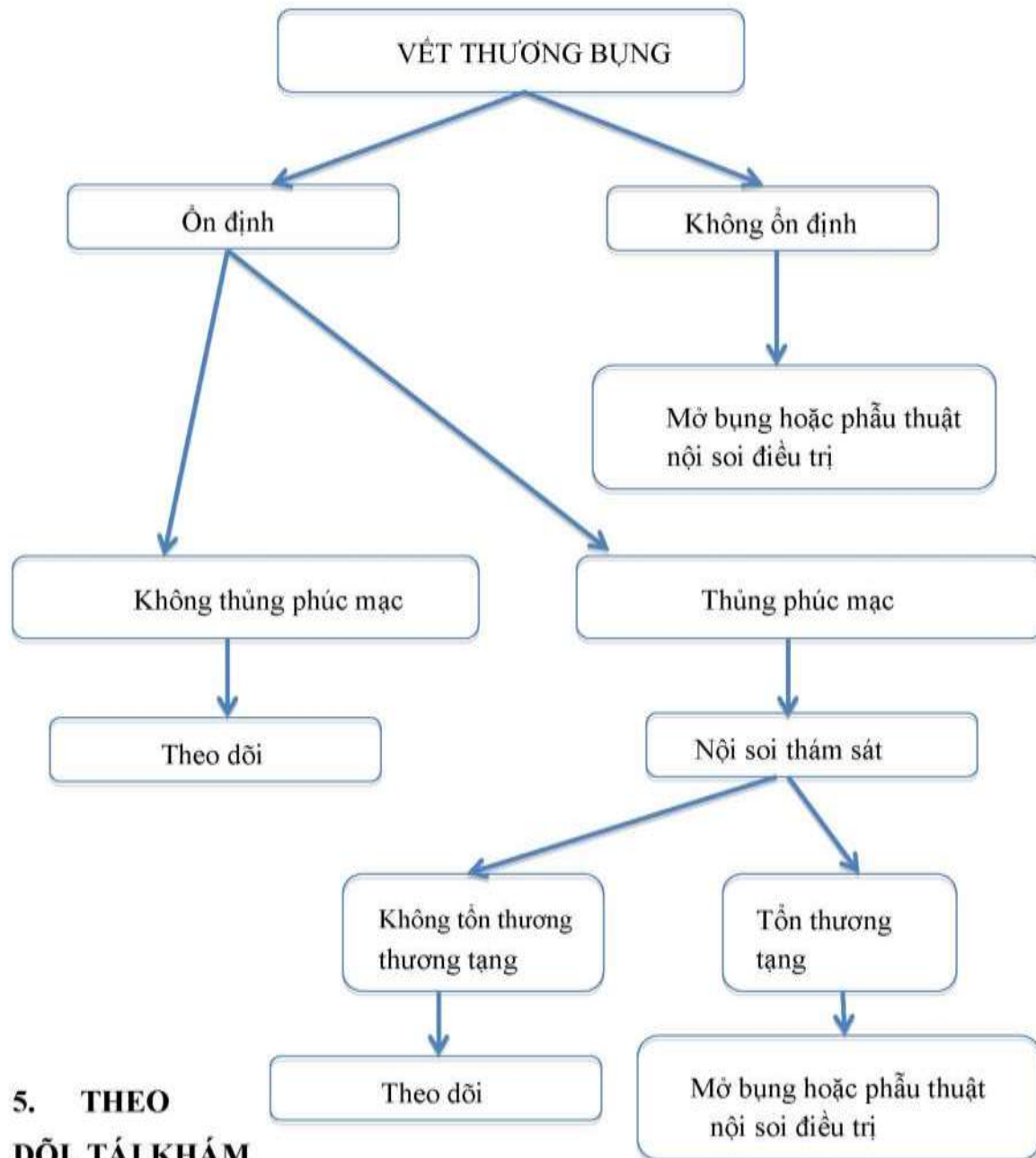
- Đối với thương tổn ruột già: khâu hoặc làm hậu môn tạm.

4.2.2. Tạng đặc

- Đối với vết thương gan, trong 50% trường hợp, chảy máu tự cầm hoặc cầm khi đè bằng gạc, hoặc khâu cầm máu chỗ vỡ gan, tốt nhất là cầm máu từng điểm ở hai mép chỗ vỡ, hoặc cắt phần gan bị bầm dập hoặc cắt thùy gan trong trường hợp không thể khâu được. Nếu lách bị đứt một đoạn ngắn, máu chỉ chảy rỉ rả thì chúng ta có thể khâu bảo tồn lách, nếu máu chảy nhiều nhưng khu trú, rốn lách không bị ảnh hưởng thì có thể cắt lách bán phần, nếu máu chảy nhiều hoặc vỡ đến cuống lách thì nên cắt lách toàn phần.
- Đối với vết thương tụy, chẩn đoán thường khó khăn, trong mổ dựa vào hai dấu hiệu kinh điển là tụ máu hậu cung mạc nối và vẩy nến (khi mổ muộn sau 24h). Thương tổn tụy thường dựa theo bảng phân loại của Moore (1990) từ độ I đến độ V, nặng ở các vị trí đầu tụy và cổ tụy và mức độ nặng ở độ III, IV và V.

- >Thương tổn tụy độ I, chỉ cần dẫn lưu ổ tụy.
- >Độ II, khâu lại nhu mô và dẫn lưu ổ tụy.
- >Độ III có thương tổn ống tụy, nên cắt bỏ đuôi tụy hoặc thân đuôi tụy kèm cắt lách hoặc khâu tụy và khâu ống Wirsung có đặt stent trong lòng dẫn vào tá tràng.
- >Độ IV, khâu bịt mồm của đầu tụy và nối thân đuôi tụy với hồng tràng kiểu Rouxen-Y.
- > Độ V, cắt khối tá tụy.

4.3. Lưu đồ xử trí



5. THEO

DÕI, TÁI KHÁM

5.1. Tiêu chuẩn nhập viện

- Bệnh nhân được chẩn đoán vết thương thấu bụng → nhập viện phẫu thuật (nội soi thăm sát, xử trí thương tổn).

- Bệnh nhân nghi ngờ vết thương thấu bụng (sau khi thám sát tại chỗ không thủng phúc mạc) → nhập viện theo dõi xác định chẩn đoán.

5.2. Theo dõi sau mổ: Cần theo dõi tình trạng bụng, các ống dẫn lưu, các biến chứng sau mổ như chảy máu, xì phân, rò mật, rò tụy, áp-xe tụy, viêm tụy cấp, nang giả tụy và nặng nhất là hoại tử tụy hầu như tử vong 100%.

5.3. Tiêu chuẩn ra viện

- Bệnh nhân được ra viện khi không có biến chứng, sinh hiệu ổn định, ăn uống, trung đại tiện được, hết đau bụng, vết mổ lành, không sốt.

5.4. Tái khám

- Khi đau bụng, sốt hay có dấu hiệu bất thường khác...

VIÊM RUỘT THỪA

PHẠM VI ÁP DỤNG PHÁC ĐỒ

Phác đồ này được áp dụng cho bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên và phụ nữ có thai.

I. ĐẠI CƯƠNG (ĐỊNH NGHĨA)

Viêm ruột thừa là một cấp cứu ngoại khoa và thường là nguyên nhân gây đau bụng cấp ở cả trẻ em và người trưởng thành dưới 50 tuổi. Bệnh thường xuất hiện ở độ tuổi từ 20 đến 30.

Tuy ngày càng có nhiều xét nghiệm mới để chẩn đoán viêm ruột thừa nhưng tỷ lệ không chẩn đoán được vẫn ở mức 15-15,3%. Tỷ lệ này cao hơn nữ giới.

Có khoảng 14 loại vi khuẩn gây viêm ruột thừa, đa phần là *Escherichia coli* và *Bacteroides fragilis*. Vì vậy, ngoài phẫu thuật cắt một thừa (mở hay nội soi) là điều trị chuẩn, sử dụng kháng sinh dự phòng để làm giảm tình trạng nhiễm trùng vết mổ và áp xe trong ổ bụng với VRT cấp chưa có biến chứng và kháng sinh điều trị cho VRT cấp có biến chứng (hoại tử, áp xe RT, viêm phúc mạc RT) là cần thiết. Kháng sinh thường được dùng 24 - 48h sau mổ đối với một thừa chưa vỡ và 7 -10 ngày sau mổ đối với ruột thừa đã vỡ.

Ở phụ nữ có thai, nguy cơ sảy thai sau mổ ruột thừa là 4%.

II. DỊCH TỄ HỌC-SINH BỆNH HỌC

Mỗi năm có khoảng 250.000 ca viêm ruột thừa ở Mỹ với tỷ lệ nam:nữ là 1,4:1. Nguy cơ bị viêm ruột thừa ít nhất 1 lần trong đời ở nam và nữ lần lượt là 8,6% và 6,7%. Tỷ lệ viêm ruột thừa mỗi năm là 10/10.000.

Chẩn đoán viêm một thừa khó khăn do liên quan đến những cơ quan xung quanh ruột thừa kể cả ở nam và ở nữ và các vị trí khác nhau của ruột thừa.

Nguồn gốc của ruột thừa là từ manh tràng, cách phía dưới valve hồi manh tràng khoảng 3 cm. Ruột thừa dài trung bình khoảng 8-10cm, đôi khi dài tới 25cm.

Các vị trí của ruột thừa: quặt ngược sau manh tràng, dưới manh tràng, trong tiểu khung, trước hồi tràng, sau hồi tràng...

Sự tắc trong lòng ruột thừa là nguyên nhân chủ yếu gây viêm ruột thừa. Quá trình diễn tiến bệnh chia làm 5 giai đoạn: (1) tắc lòng ruột thừa gây căng lòng ruột, (2) gây tiết T8-T10 thần kinh tạng dẫn đến đau bụng ở vùng thượng vị kéo dài từ 4-6 giờ, (3) áp lực trong lòng ruột tăng dẫn đến tăng áp lực trong lòng mạch ở thành ruột thừa đưa đến tắc nghẽn mạch máu và thiếu máu nuôi mô, (4) sự thiếu máu nuôi dẫn đến phản ứng viêm và xâm nhập vi khuẩn vào thành ruột thừa, (5) phản ứng viêm và xâm nhập vi trùng xuyên qua thành ruột gây viêm phúc mạc thành và đau khu trú ở Vĩ dưới phải.

Thời gian diễn ra quá trình này có thể thay đổi. Một số nghiên cứu cho là thời gian trung bình dẫn đến hoại tử là 46-71 giờ. Tuy nhiên đa số đồng ý là 80% ruột thừa vỡ sau 48 giờ đau.

Một số thể khác là viêm ruột thừa tái phát, viêm ruột thừa bán cấp, viêm ruột thừa mạn tính.

III. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH

Tắc nghẽn ở lòng ruột thừa (60%) do:

- Sỏi phân mà nhân của các hòn sỏi này là các sợi xơ của đồ ăn, là giun đũa, giun kim, sán dây, là carcinoma, carcinoid.
- Cũng có thể là các hạch bạch huyết tăng sản to lên (nguyên phát hay thứ phát từ một nguồn nhiễm, đặc biệt ở trẻ em).
- Tắc nghẽn còn do chèn ép từ ngoài, xoắn vặn, bị gập.
Thương tổn viêm có thể bắt đầu từ một chỗ loét niêm mạc.

IV. CHẨN ĐOÁN

1. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

1.1. LÂM SÀNG:

- Bệnh sử: theo nghiên cứu của Wagner và cộng sự (meta-analysis)
 - + Triệu chứng gợi ý: (1) đau di chuyển từ thượng vị hay quanh rốn sang hố chậu phải(+LR=3,1), (2) xuất hiện đau ở hố chậu phải (+LR =8), (3) đau trước, sau đó nôn Ói(+LR=2,76).
 - + Triệu chứng không gợi ý: (1) không đau ở hố chậu phải (-LR=0,2), có tiền sử đau trước đó (kể cả viêm ruột thừa tái phát cũng không nghĩ chẩn đoán cấp cứu cho bệnh nhân-LR=0,3).
 - + Triệu chứng không cải thiện thêm chẩn đoán là nôn ói và không thèm ăn. Tuy rằng y văn ghi nhận 90% bệnh nhân viêm ruột thừa than phiền là không thèm ăn. Trong nghiên cứu này thì độ nhạy của không thèm ăn trung bình là 68% và độ đặc hiệu là 36%.
 - + Theo ACEP clinical policy 2010 thì đau hố chậu phải, đau di chuyển và quá trình đau góp phần trong chẩn đoán viêm một thừa.
- Thăm khám lâm sàng:
 - + Triệu chứng ấn đau ở điểm Mc-Burney, ngoài ra một số điểm khác như điểm Lanz, Clado là những dấu chứng ban đầu, sau đó diễn tiến qua có phản ứng dội, đề kháng thành bụng, co cứng thành bụng nhẹ và co cứng thành bụng dữ dội.
 - + Dấu hiệu cơ thắt lưng chậu, dấu cơ bít, Rovsing, tăng cảm giác da vùng bụng.
 - + Sốt từ 37,3-38°C.
 - + Vết mặt nhiễm trùng: môi khô, lưỡi đỏ, hơi thở hôi.
 - + Cũng giống như bệnh sử, không thể dựa vào 1 dấu hiệu riêng lẻ trong thăm khám để chẩn đoán viêm ruột thừa. Tuy nhiên có vài dấu hiệu giúp tiên đoán viêm một thừa: phản ứng thành bụng và co cứng thành bụng vùng hố chậu phải.

1.2. CẬN LÂM SÀNG

- Bilan XN thường quy
 - + Xét nghiệm trong viêm một thừa cấp bao gồm: bạch cầu tăng, công thức bạch cầu lệch trái, CRP tăng.

	Sử dụng nhiều	Ít sử dụng	Không sử dụng
Bệnh sử	Đau đi chuyển Đau hố chậu (P) Đau trước, sau đó ới	Nôn ới Giới nam	Không thèm ăn Buồn nôn Đau tăng khi ho hay đi chuyển
Thăm khám lâm sàng	Đau hố chậu phải Cơ cứng thành bụng	Phản ứng dội Đề kháng Đau khi gõ Nhiệt độ >38,3 °C (101 °F) Đau cơ psoas	Thăm trực tràng Dấu Rovsing Tăng nhiệt độ vùng hố chậu (P)
Xét nghiệm thường qui	WBC ≥ 10 và CRP ≥ 8	WBC > 15 Đa nhân > 85%	WBC > 10

- BilanXN hình ảnh học

+ Siêu âm: hình ảnh viêm ruột thừa trên siêu âm là ruột thừa ấn không xẹp với đường kính > 6 mm. Ngoài ra là hình ảnh tăng âm, thâm nhiễm mỡ xung quanh (dấu của phản ứng viêm) và ổ áp xe.

Siêu âm là lựa chọn đầu tiên trong chẩn đoán viêm ruột thừa.

+ CT scan: hình ảnh viêm ruột thừa là (1) tăng đường kính ngang của ruột thừa > 6 mm, (2) thành ruột thừa dày > 2mm, (3) sỏi phân (30%), (4) dấu phản ứng viêm xung quanh (thâm nhiễm mỡ, cơ kéo mạc treo, dịch quanh ruột thừa).

CT được chỉ định khi lâm sàng và siêu âm gặp khó khăn trong chẩn đoán.

+ MRI: thường được sử dụng cho các trường hợp VRT khó chẩn đoán ở thai phụ hay người chống chỉ định chụp CT bụng (độ nhạy là 100% và độ đặc hiệu là 98%).

- Hệ thống tính điểm: có một vài hệ thống điểm số được sử dụng trong chẩn đoán viêm ruột thừa như thang điểm của Alvarado hay MANTRELS và một số khác như Kharbanda và Lintula.

	Các biến	Giá trị
Bệnh sử	- Đau đi chuyển - Không thèm ăn - Buồn nôn - nôn ới	1 1 1
Thăm khám lâm sàng	- Đau vùng hố chậu phải - Phản ứng dội - Nhiệt độ ≥ 37.3C	2 1 1
Xét nghiệm	- WBC > 10.000/ μL - Công thức bạch cầu lệch trái (> 75% neutrophil)	2 1
Tổng số điểm		10

Tóm lại: Viêm ruột thừa cấp là một vấn đề tiếp tục đặt ra những tình huống khó xử cho các nhà lâm sàng. Mặc dù chỉ với các dấu chứng lâm sàng không đủ để chẩn đoán viêm ruột thừa nhưng không thể xem nhẹ tầm quan trọng của bệnh sử và thăm khám lâm sàng. Lợi ích mang lại khi bệnh sử, thăm khám lâm sàng, xét nghiệm thường qui và xét nghiệm hình ảnh được xem xét cùng nhau sẽ giúp ích nhiều hơn và tránh bỏ sót.

2. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT RUỘT THỪA VỠ HAY CHƯA VỠ

Phân biệt ruột thừa vỡ hay không trước mổ cần thiết để tư vấn cho bệnh nhân về lựa chọn điều trị ban đầu (cắt ruột thừa sớm hay muộn), nguy cơ biến chứng và dự hậu sau mổ. Theo nghiên cứu của Anderson thì các dấu chứng về phản ứng viêm như bạch cầu và CRP cao là có giá trị trong chẩn đoán. Williams và cộng sự có phát triển thang

điểm đánh giá ruột thừa vỡ ở trẻ em dựa trên các yếu tố cơ bản là bệnh sử, thăm khám lâm sàng, xét nghiệm thường qui, các dấu chứng trên CT. Tuy nhiên, nghiên cứu này chỉ được thực hiện ở 1 trung tâm và không thực hiện trên người trưởng thành.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

- Viêm ruột do Yersinia, Campylobacter, Salmonella.
- Viêm mạc nối lớn.
- Nhiễm trùng đường tiết niệu, viêm đài bể thận.
- Thoát vị, tắc một, túi thừa manh tràng, xoắn manh tràng.
- Xoắn tinh hoàn ở nam.
- Riêng ở nữ: viêm phúc mạc chậu, nang buồng trứng vỡ, apxe tai vòi, xoắn buồng trứng và thai ngoài tử cung vỡ.

V. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

1. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

1.1 Điều trị hỗ trợ

- Bù dịch đường tĩnh mạch (Lactat Ringer hay NaCl 0,9%) kết hợp điều trị triệu chứng (chống nôn, giảm đau..
- Kháng sinh:
 - +Kháng sinh dự phòng thường được sử dụng trong viêm ruột thừa chưa vỡ để ngừa nhiễm trùng vết mổ và nhiễm trùng ổ bụng sau mổ.
 - +Chọn kháng sinh có phổ kháng khuẩn trên vi khuẩn Gram âm và kỵ khí.
 - +Cephlosporin thế hệ 2, 3 (Cefotetan, Cefoxitin, Cefuroxim, Ceftriaxone, Ceftazidim có thể được lựa chọn.
 - +Các Penicillin (ampicillin, piperacillin, ticarcillin) kết hợp với các chất ức chế beta-lactamase (Clavulanat, Sulbactam, Tazobactam) cũng thường được sử dụng đơn trị.
 - +Ở những người dị ứng với Penicillin thì Carbapenem là lựa chọn tốt.
 - +Aminoglycoside sử dụng trong điều trị vi khuẩn Gram (-) nhưng khi phối hợp với Penicillin sẽ làm tăng độc tính nên thường ít được lựa chọn.
 - +Phối hợp kháng sinh diệt vi khuẩn yếm khí là cần thiết, nhất là khi VRT có biến chứng áp xe hay viêm phúc mạc ruột thừa.
 - +Trong trường hợp nặng, phân tầng bệnh nhân theo yếu tố nguy cơ để chọn kháng sinh thích hợp.

Nhóm bệnh nhân	Đơn trị liệu	Đa trị liệu
Người trưởng thành	Cefoxitin, Ertapenem, Moxifloxacin, Tigecyclin hoặc Ticarcillin-Clavulanic acid	Metronidazol kết hợp với Cephazolin, Cefuroxim, Ceftriaxon, Cefotaxim, Ciprofloxacin hoặc Levofloxacin**
Bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ*	Imipenem-cilastatin, Meropenem, Doripenem hoặc Piperacillin-tazobactam	Metronidazol kết hợp với Cefepim, Ceftazidim, Ciprofloxacin hoặc Levofloxacin**

* Các yếu tố nguy cơ:

- Lớn tuổi, suy đa tạng, dinh dưỡng kém.
- Suy giảm miễn dịch.

- Viêm phúc mạc toàn thể, APACHE >15, hoặc điều trị ban đầu muộn > 24 giờ. **
Fluroquinolon chỉ được sử dụng khi tỉ lệ nhạy với E. coli > 90% tại nơi sử dụng.
Ngưng kháng sinh khi bệnh nhân không sốt và bạch cầu về bình thường

2. PHẪU THUẬT

- + Cắt một thừa mỡ mở: hạn chế cho các trường hợp chống chỉ định mổ nội soi (choáng nhiễm trùng, suy hô hấp nặng...) hay bị viêm phúc mạc toàn thể nang (bụng trướng nhiều, giả mạc lan tỏa, khó bộc lộ một thừa).
- + Cắt ruột thừa nội soi: ưu tiên chọn lựa cho hầu hết các trường hợp còn lại. Theo SAGES (Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons):
 - Cắt ruột thừa nội soi là phương pháp an toàn và hiệu quả trong viêm ruột thừa không biến chứng và có thể thay thế phẫu thuật tiêu chuẩn cắt ruột thừa hở (level 1, grade A).
 - Mổ nội soi là phương pháp phẫu thuật an toàn đối với ruột thừa vỡ (level 2, grade B), và là phương pháp được ưa chuộng hơn (level 3, grade C).
 - Mổ nội soi thường được lựa chọn ờng điều trị cho người lớn tuổi (level 2, grade B).
 - Mổ nội soi có thể an toàn cho sản phụ nghi ngờ viêm một thừa (level 2, grade B).
 - Mổ nội soi là biện pháp an toàn và hiệu quả trên người béo phì (level 2, grade B) và có thể là biện pháp được thích hợp (level 3, grade C).

3. ĐIỀU TRỊ BIẾN CHỨNG ÁP-XE RUỘT THỪA

3.1 ĐỊNH NGHĨA

Khối ruột thừa là hậu quả sau cùng của thủng thành ruột thừa được phân loại từ viêm tấy (đám quánh) đến áp-xe ruột thừa. Khối này bao gồm: ruột thừa, mạc nối, ruột non, đại tràng...

3.2 CÁC QUAN ĐIỂM ĐIỀU TRỊ

3.2.1 Phẫu thuật cắt ruột thừa cấp cứu:

- Dễ dẫn đến vậy nhiễm sang những vùng khác trong ổ bụng và khó khăn trong mổ do tình trạng phù nề, mô hoại tử dễ dẫn đến rò tiêu hoá. Ngoài ra, còn dễ tụ dịch sau mổ và dính ruột.
- Tình trạng viêm có thể gây chẩn đoán lầm với bệnh lý ác tính và dẫn đến cắt đại tràng, hay bệnh lý ác tính nhưng chỉ phẫu thuật cắt ruột thừa.
- Có vẻ là phương pháp điều trị hơi quá tay so với điều trị nội khoa bảo tồn.
- Tỉ lệ biến chứng khoảng 26%.

a) 3.2.2 Điều trị bảo tồn không mổ và chờ mổ sau 6-10 tuần:

- Điều trị bảo tồn bao gồm kháng sinh đường truyền phổ rộng và cho một nghỉ ngơi.
- Tỉ lệ thành công từ 76% - 97%. Tỉ lệ thất bại từ 9% -15%, tỉ lệ này không bao gồm điều trị với chọc hút dẫn lưu.
- Thời gian chờ mổ sau điều trị bảo tồn từ 6 -10 tuần vì tỉ lệ tái phát viêm một thừa sau điều trị bảo tồn và chẩn đoán lầm với bệnh lý ác tính khác (ung thư, Crohn, lao...) khoảng 5%.

- Tỷ lệ tái phát nhiều thay đổi từ 15% -37%.

b) 3.3.3 Điều trị bảo tồn không mổ và theo dõi không có phẫu thuật:

- Do tỉ lệ tái phát ngày càng giảm và tỉ lệ tái phát thường diễn ra khoảng 5 tháng đầu sau điều trị bảo tồn, sau 2 năm thì tỉ lệ tái phát giảm rất thấp.
- Đối với bệnh nhân trên 40 tuổi sau khi điều trị bảo tồn 2-4 tuần phải tầm soát bằng nội soi đại tràng hay chụp đại tràng hoặc chụp CT scan để tránh chẩn đoán lầm với bệnh lý ác tính.

4. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ÁP-XE RUỘT THỪA

Áp-xe ruột thừa được chẩn đoán dựa vào CT Scan hoặc siêu âm. dựa vào kích thước ổ áp-xe:

1. Nếu ổ áp-xe nhỏ hay chỉ là viêm tay sẽ theo dõi sinh hiệu:

- a. Không sốt (hạ sốt):** điều trị kháng sinh đường uống kết hợp chế độ ăn và có thể xuất viện nếu tình trạng ổn định.
- b. Sốt hay có tình trạng nhiễm trùng:** điều trị kháng sinh phổ rộng và/hoặc dẫn lưu ổ áp-xe.

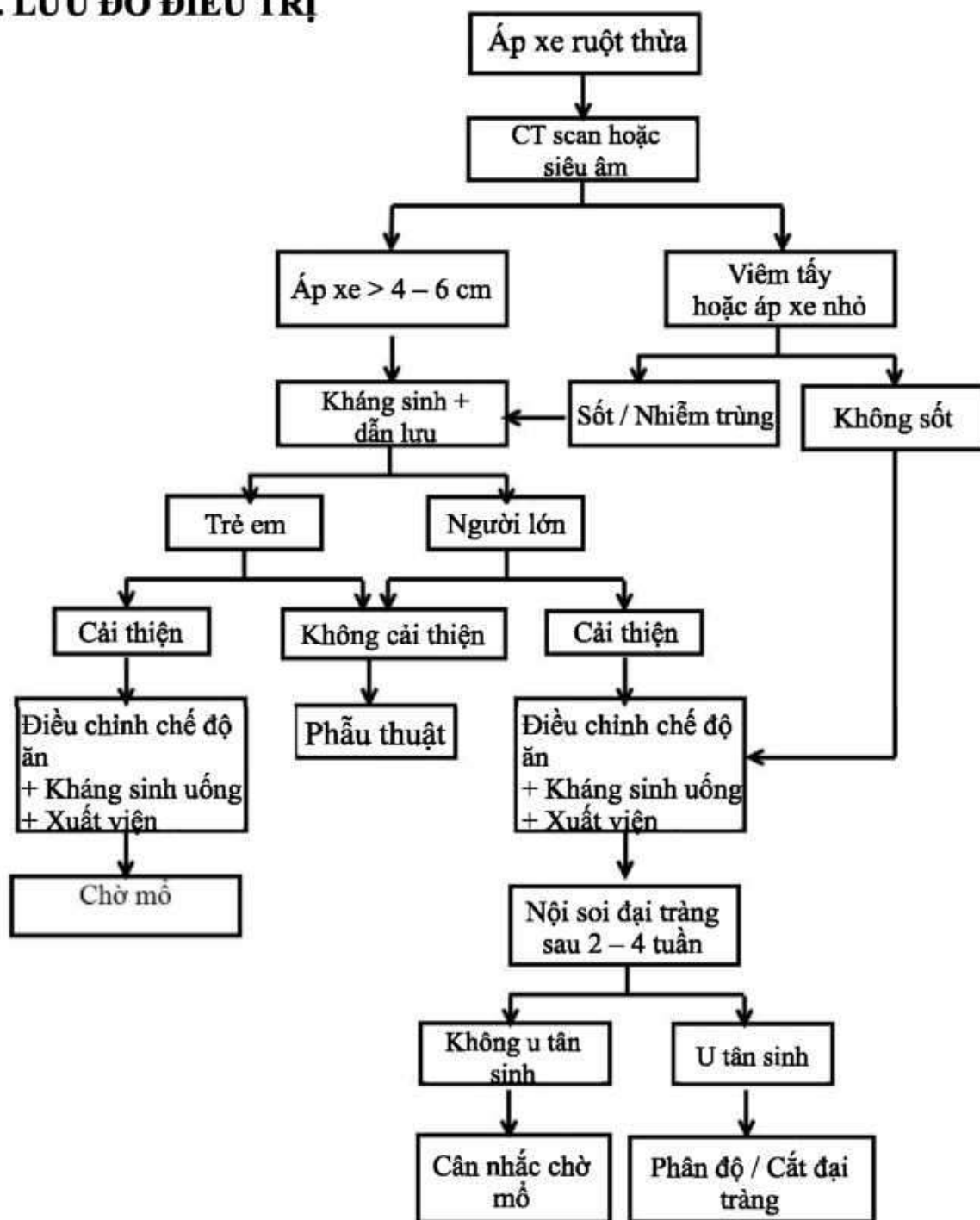
2. Nếu ổ áp-xe lớn hơn 4-6 cm: điều trị kháng sinh phổ rộng và/hoặc dẫn lưu ổ áp-xe.**a. Đối với trẻ em**

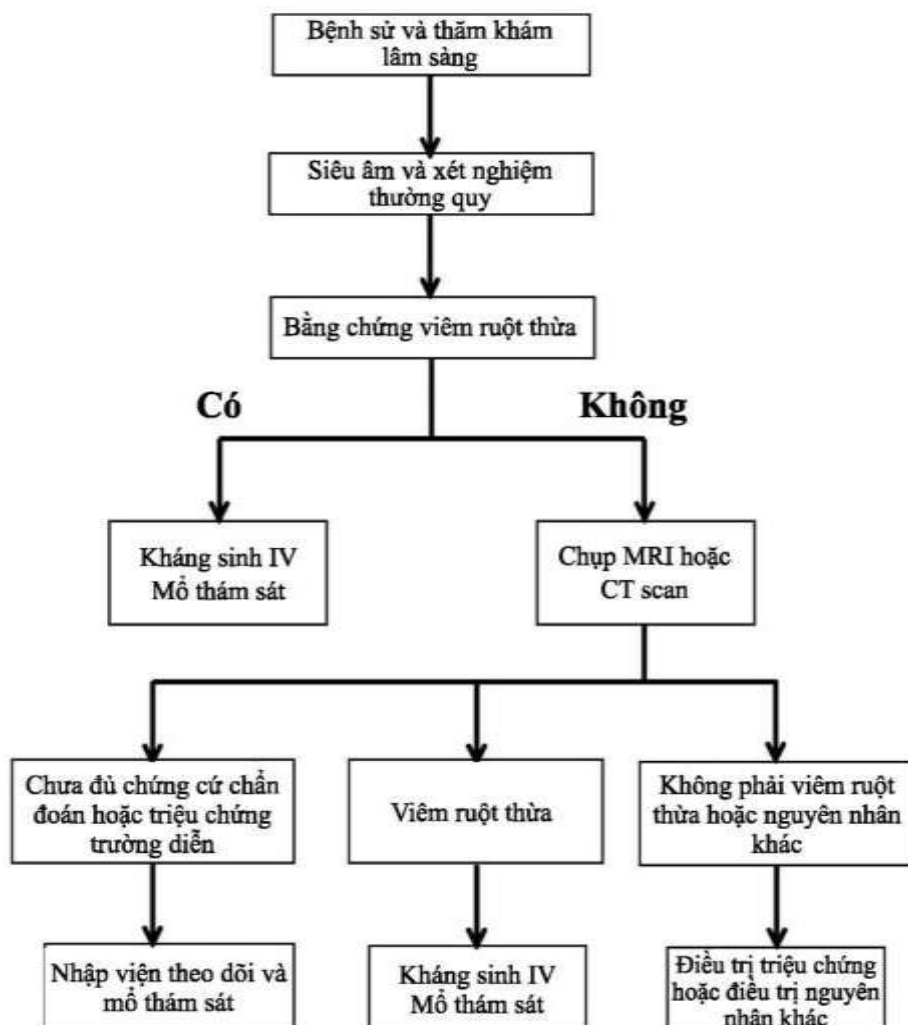
- Tình trạng cải thiện: điều chỉnh chế độ ăn + kháng sinh đường uống + xuất viện.
- Nếu tình trạng không cải thiện sau vài ngày (sốt cao, bạch cầu máu tăng cao) thì phẫu thuật.

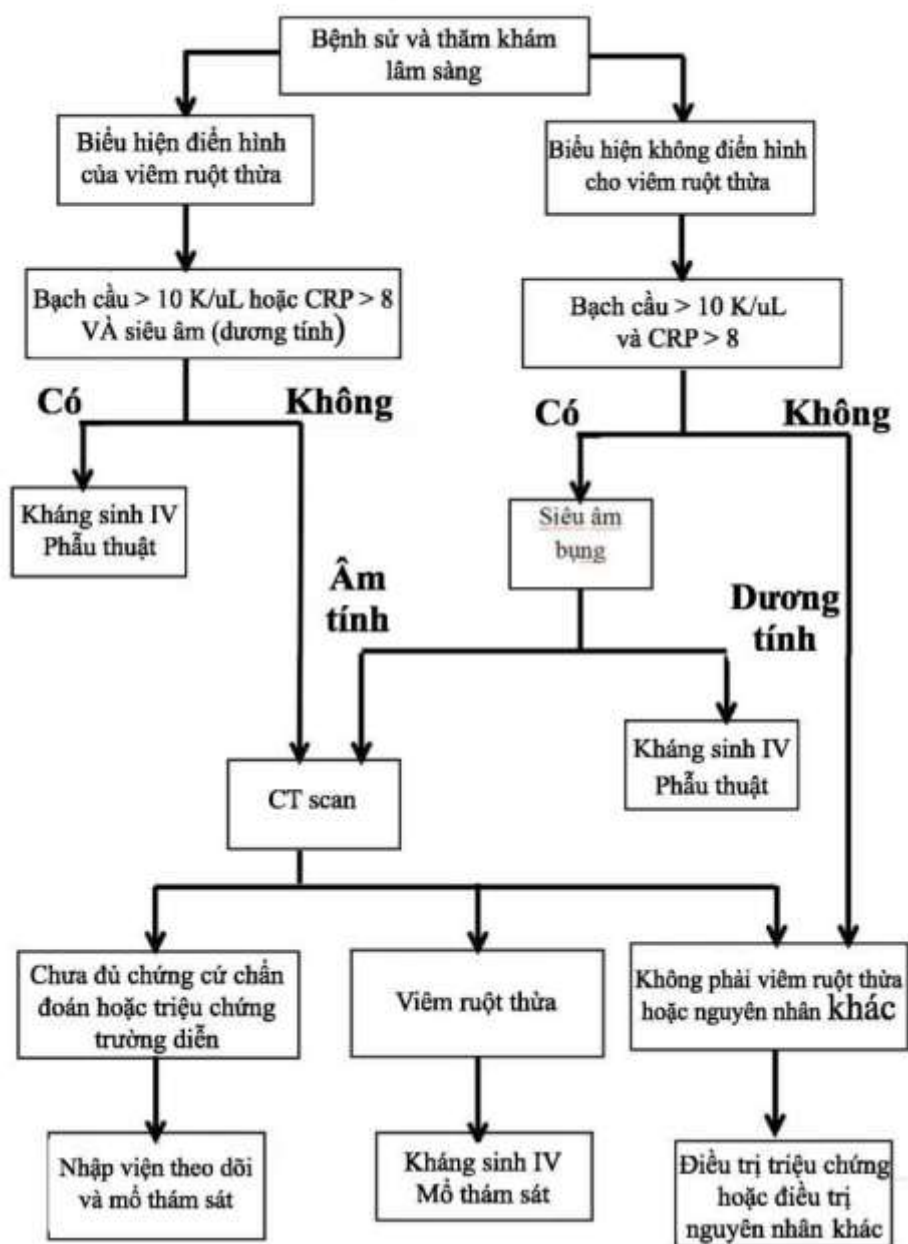
b. Đối với người lớn:

- Tình trạng không cải thiện thì phẫu thuật.
- Tình trạng cải thiện: điều chỉnh chế độ ăn + kháng sinh đường uống + xuất viện, sau đó hẹn bệnh nhân tái khám sau 2-4 tuần để soi đại tràng (hay chụp đại tràng) tầm soát u tân sinh vì có khoảng 5% là ung thư đại tràng. Nếu không có u tân sinh thì chờ sau 6-10 tuần sẽ phẫu thuật cắt ruột thừa. Nếu có u tân sinh, đánh giá giai đoạn và phẫu thuật cắt đại tràng.

Dẫn lưu ổ áp-xe có thể qua trực tràng hay qua âm đạo dưới hướng dẫn siêu âm nếu ở vị trí hợp lý hay dẫn qua da dưới hướng dẫn của siêu âm hay CT scan.

VI. LƯU ĐỒ ĐIỀU TRỊ

Lưu đồ áp xe ruột thừa

Lưu đồ xử trí viêm ruột thừa cho phụ nữ có thai

VIÊM TÚI MẬT CẤP**1. ĐẠI CƯƠNG**

1.1. Định nghĩa: Viêm túi mật cấp được định nghĩa là tình trạng viêm của túi mật, với nguyên nhân thường gặp là do tắc nghẽn do sỏi kẹt cổ ống túi mật.

- Khoảng 90% các ca lâm sàng liên quan đến sỏi túi mật, 10% các ca còn lại viêm túi mật xảy ra khi không có bằng chứng của sỏi túi mật.

- Viêm túi mật không do sỏi thường có liên quan đến vấn đề ứ mật như: suy kiệt không ăn uống hoặc ăn kém, chịu phẫu thuật lớn, chấn thương nặng, sốc nhiễm trùng, nuôi ăn qua mạch máu kéo dài v.v...

- Vài nguyên nhân khác có thể góp phần gây viêm túi mật không do sỏi như: bệnh lý tim mạch (ĐB nhồi máu cơ tim), bệnh hồng cầu hình liềm, nhiễm thương hàn salmonella, tiểu đường, bệnh nhân nhiễm HIV (nhiễm các dòng cytomegalovirus, cryptosporidiosis, mocosporidiosis...).

1.2. Diễn tiến

1. Bắt đầu: sỏi kẹt cổ gây viêm túi mật thể sung huyết hay xuất tiết.
2. Viêm túi mật mưng mủ
3. Viêm túi mật hoại tử
4. Thấm mật phúc mạc
5. Viêm phúc mạc mật hay thủng túi mật
6. 2+3: có thể tạo đám quánh túi mật nhờ các tạng xung quanh bao bọc tốt
7. Ung thư túi mật diễn ra trên nền sỏi túi mật hoặc polyp túi mật có thể biểu hiện bằng tình trạng viêm túi mật.

1.3. Tiên lượng

- Viêm túi mật không có biến chứng thường có tiên lượng tốt, tỷ lệ tử vong khá thấp. Hầu hết viêm túi mật khi được điều trị thích hợp thì có thể thuyên giảm triệu chứng sau 1-4 ngày. Tuy nhiên, có khoảng 25-30% số ca không đáp ứng điều trị, phát triển thành dạng biến chứng cần phải can thiệp bằng phẫu thuật

- Ngược lại, khi túi mật có biến chứng hoại tử hoặc thủng thì tiên lượng khá nghèo nàn. Thủng túi mật xảy ra ở 10-15% trường hợp. Những bệnh nhân viêm túi mật không do sỏi có tỷ lệ tử vong vào khoảng 10-50%, lớn hơn nhiều so với tỷ lệ 4% của các ca viêm có sỏi

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN**2.1. Lâm sàng**

- Khởi phát là cơn đau quặn mật: đau quặn cơn ở thượng vị hay hạ sườn phải, có thể lan lên vai phải, buồn nôn và nôn, đau thường diễn ra sau bữa ăn nhiều dầu mỡ...

- Sau hơn 6 tiếng, cơn đau không giảm đau liên tục, có thể có sốt (38 hoặc 38,5 độ). Khám thấy nghiệm pháp Murphy dương tính

- Nếu đến muộn hơn, bệnh nhân đau nhiều, dữ dội, đề kháng cả vùng hạ sườn phải, sốt cao hơn (39- 40 độ), hội chứng nhiễm trùng rõ rệt.

- Một số trường hợp viêm túi mật có thể xuất hiện thêm vàng da. Lúc đó cần chú ý đến các vấn đề: viêm túi mật có kèm theo sỏi đường mật, viêm túi mật có sỏi làm nghẽn

đường mật (hội chứng Mirrizzi), viêm túi mật có biến chứng gây thủng mật phúc mạc hay viêm phúc mạc mật, có bệnh lý viêm gan kèm theo v.v...

2.2. Cận lâm sàng

2.2.1. Các xét nghiệm về máu

- Bạch cầu tăng cao, chuyển trái
- AST, ALT, Bilirubin toàn phần-trực tiếp: nếu có tăng nên chú ý vấn đề có bệnh kết hợp
- Amylase: nếu tăng có thể nghi có viêm tụy hoặc không
- Các xét nghiệm cần thiết khác để đánh giá bệnh nhân: đường huyết, chức năng thận, chức năng đông máu, nhóm máu.... và một số xét nghiệm khác nếu lâm sàng có nghi ngờ.

2.2.2. Chẩn đoán hình ảnh

- Siêu âm là phương tiện đầu tay: siêu âm nhận thấy túi mật căng to, thành túi mật dày > 4mm, có thể có hoặc không sỏi, đánh giá sỏi đường mật kết hợp hoặc các bệnh lý trong chẩn đoán phân biệt.
- XQ bụng đứng và XQ ngực thẳng: để loại trừ các vấn đề thủng tạng rỗng, tắc ruột, viêm đáy phổi phải....
- CT scan được chỉ định trong các trường hợp khó chẩn đoán hoặc nghi ngờ viêm túi mật có biến chứng hoặc có bệnh lý kết hợp
- MRI cũng được khuyến cáo sử dụng để chẩn đoán viêm túi mật cấp, đặc biệt là trên những bệnh nhân triệu chứng không rõ ràng hoặc phụ nữ có thai.
- Nội soi dạ dày tá tràng có thể được chỉ định nếu bệnh nhân đã đáp ứng điều trị nội khoa, được xếp mổ chương trình và có yếu tố nghi đến bệnh lý dạ dày tá tràng trước đó.

3. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Thường cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý sau đây:

1. Bệnh mạch vành
2. Viêm tụy cấp
3. Loét dạ dày tá tràng
4. Viêm ruột thừa
5. Cơn đau quặn thận

Các bệnh sau đây cũng nên được nghĩ tới nếu có yếu tố nghi ngờ

1. Phình động mạch chủ bụng
2. Thiếu máu mạc treo
3. Viêm đài bể thận cấp
4. Viêm phần phụ

4. ĐIỀU TRỊ

- Viêm túi mật cấp là một cấp cứu ngoại khoa có trì hoãn và bệnh nhân cần được theo dõi tại khoa Ngoại

4.1. Nội khoa

Giai đoạn đầu của điều trị là điều trị nội khoa.

Nguyên tắc điều trị bao gồm:

- Nhịn ăn, có thể cho đặt thông mũi-dạ dày để tránh kích thích túi mật và tụy.

- Truyền dịch nuôi dưỡng và nâng đỡ.
- Dùng thuốc giảm đau, kháng viêm: NSAIDS, Parafalgan....
- Thuốc giảm co bóp hoặc ức chế phó giao cảm: atropine, nospa, alverine...
- Kháng sinh: theo khuyến cáo của Sanford
 - + Những trường hợp viêm túi mật cấp mức độ nhẹ- trung bình, khởi đầu dùng kháng sinh đơn trị. Khuyến cáo chọn lựa các loại kháng sinh sau: Piperacilin/tazobactam, ampicillin/sulbactam, carbapenem... Trong trường hợp viêm nặng có đe dọa tính mạng, Sanford khuyến cáo dùng đến kháng sinh imipenem/cilastatin.
 - + Điều trị tiếp theo có thể kết hợp nhóm cephalosporin thế hệ III với metronidazole.
- Theo dõi công thức bạch cầu mỗi 6 tiếng, khám lại và lấy nhiệt độ mỗi 2-3 giờ, tốt nhất nên cùng một bác sĩ hoặc một nhóm trực.
- Đa số viêm túi mật có thể thoái lui, bệnh nhân giảm đau cũng nên được sắp xếp mổ chương trình. Khoảng 5 trường hợp sau điều trị nội sẽ diễn tiến đến viêm túi mật hoại tử hoặc viêm phúc mạc, cần được mổ cấp cứu.

4.2. Ngoại khoa

- Điều trị ngoại khoa nên bắt đầu sớm trong vòng 72 giờ đầu sau khi dùng kháng sinh hoặc sớm hơn nếu có bằng chứng của viêm túi mật có biến chứng.
- Phẫu thuật nội soi cắt túi mật được khuyến cáo trong trường hợp túi mật viêm đã được điều trị nội ổn định và nên được thực hiện bởi các bác sĩ có kinh nghiệm. Tỷ lệ phẫu thuật nội soi chuyển mổ hở trong cắt túi mật chương trình vào khoảng 5%. Tỷ lệ này cao hơn hẳn trong trường hợp phải mổ cấp cứu, khoảng 30%
- Khi đã chẩn đoán viêm túi mật có biến chứng cần mổ ngay(nội soi hoặc mổ hở), hoặc mổ túi mật ra da nếu bệnh nhân nặng, không chịu nổi cuộc mổ kéo dài.
- Tỷ lệ tử vong ở những bệnh nhân mổ thông túi mật ra da cao gấp 5-10 lần bình thường do đa số bệnh nhân đều là bệnh nặng, nguy kịch.
- ERCP cần được chỉ định trong trường hợp nghi ngờ có sỏi ống mật chủ kèm theo hay tắc nghẽn đoạn cuối chưa rõ nguyên nhân.
- ERCP và phẫu thuật nội soi cắt túi mật có thể làm trong 1 lần hay chia 2 lần khác nhau. ERCP nên làm trước phẫu thuật nội soi cắt túi mật.

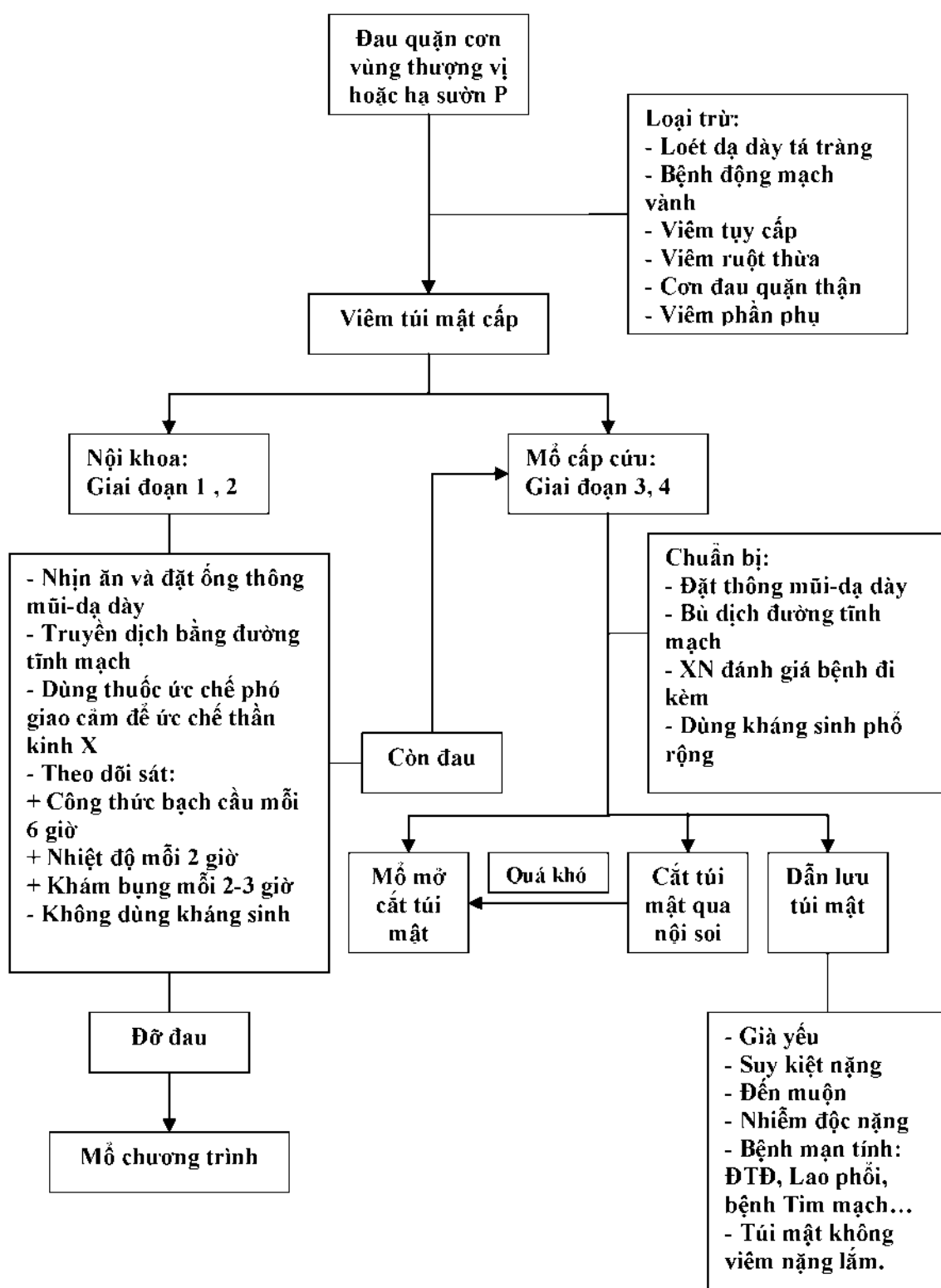
4.2.1. Các chống chỉ định của phẫu thuật nội soi cắt túi mật bao gồm

- Nguy cơ cao khi gây mê toàn thân
- Bệnh nhân quá béo phì
- Có các dấu hiệu của thủng túi mật: apxe, viêm phúc mạc, dò...
- Sỏi mật quá lớn hoặc nghi ngờ có bệnh lý ác tính.
- Bệnh suy gan nặng (có tăng áp cửa và rối loạn đông máu nặng)
- Sốc nhiễm trùng đường mật
- Viêm tụy cấp
- Thiếu ê kip mổ hoặc trang bị không đảm bảo
- Phẫu thuật viên chưa có kinh nghiệm
- Chống chỉ định tương đối: bụng có vết mổ cũ

4.2.2. Tai biến và biến chứng của phẫu thuật

- Tồn thương đường mật là tai biến đáng sợ nhất. Do đó phẫu thuật nội soi cắt túi mật cần phẫu thuật viên có kinh nghiệm và phẫu tích tốt vùng tam giác Calot trước khi cắt, nếu nghi ngờ cần chụp đường mật trong mổ hoặc chuyển qua mổ hở cho an toàn.
- Chảy máu: đa số chảy máu từ giường túi mật hay từ một nhánh nhỏ của động mạch túi mật. Thường chảy máu phát hiện trong vòng 12 tiếng sau mổ. Những bệnh nhân này nên được mổ lại để giải quyết chỗ chảy máu và lấy máu đông.
- Nhiễm trùng, áp-xe tồn lưu, nhiễm trùng vết mổ.

4.3. Lưu đồ xử trí



5. TIÊU CHUẨN NHẬP, XUẤT VIỆN

5.1. Tiêu chuẩn nhập viện: tất cả các bệnh nhân viêm túi mật cấp cần được nhập viện, theo dõi và điều trị tại khoa Ngoại.

5.2. Tiêu chuẩn xuất viện: Tất cả bệnh nhân có viêm túi mật cần được phẫu thuật cắt túi mật (chương trình hoặc cấp cứu) trừ những trường hợp có chống chỉ định của phẫu thuật thì cần điều trị nội khoa tích cực. Tiêu chuẩn có thể xuất viện là:

- Hết đau
- Không sốt
- Bụng xẹp
- Ăn uống, trung tiện bình thường

KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRONG PHẪU THUẬT NGOẠI KHOA**PHẦN 1****KHÁNG SINH DỰ PHÒNG CHU PHẪU TRONG TIẾT NIỆU****1. Giới thiệu**

Mục đích của kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật tiết niệu là để giảm số lượng của vi khuẩn trong phẫu trường tại thời điểm phẫu thuật để ngăn ngừa các biến chứng nhiễm khuẩn sinh ra từ các thủ thuật chẩn đoán và điều trị. Tuy nhiên, bằng chứng cho sự lựa chọn kháng sinh và phác đồ dự phòng tốt nhất là khá hạn chế (Bảng 1).

Phân loại bệnh nhân trước phẫu thuật dựa vào:

- Tình trạng sức khỏe tổng quát dựa theo thang điểm của Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ (ASA) từ P1 đến P5
- Các yếu tố nguy cơ chung như tuổi già, đái tháo đường, suy giảm miễn dịch, suy dinh dưỡng, béo phì.
- Các yếu tố nguy cơ nội sinh hoặc ngoại lai như: có tiền sử nhiễm khuẩn đường tiết niệu hoặc nhiễm khuẩn hệ niệu dục, đặt thông niệu đạo bằng quang lưu, gánh nặng vi khuẩn, các can thiệp trước đó, yếu tố di truyền.
- Loại phẫu thuật và gánh nặng nhiễm khuẩn của phẫu trường.
- Mức độ xâm lấn của phẫu thuật, thời gian và các khía cạnh kỹ thuật.

Chỉ Sinh thiết tuyến tiền liệt qua trực tràng (LE: 1b, GR: A) và cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt qua ngã niệu đạo (LE: 1a, GR: A) là được ghi nhận nhiều.

Không có bằng chứng cho thấy lợi ích của việc dùng kháng sinh dự phòng trong thủ thuật nội soi bàng quang niệu quản đơn giản và trong tán sỏi ngoài cơ thể. Tuy nhiên, ***kháng sinh dự phòng được khuyến cáo trong các thủ thuật phức tạp và ở những bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ được xác định. Kháng sinh dự phòng không được khuyến cáo trong các phẫu thuật sạch***, nhưng 1 liều hoặc 1 ngày dùng kháng sinh được khuyến cáo trong các phẫu thuật sạch nhiễm (các phẫu thuật đi vào đường niệu hoặc có làm tổn thương niệu mạc). Trong các phẫu thuật nhiễm thì kháng sinh dự phòng thay đổi tùy thuộc vào loại phẫu thuật, mức độ dây nhiễm vào vùng mổ và độ khó của cuộc mổ.

Cấy nước tiểu được khuyến cáo thực hiện trước khi tiến hành phẫu thuật và phải kiểm soát trước mổ tình trạng khuẩn niệu (LE: 1b, GR A). Kháng sinh dự phòng được sử dụng với 1 liều duy nhất hoặc dùng trong 1 giai đoạn ngắn bằng đường uống hoặc đường tiêm.

Đường dùng được khuyến cáo phụ thuộc vào loại phẫu thuật và đặc điểm bệnh nhân. Đường uống đòi hỏi các loại thuốc có sinh khả dụng tốt. ***Trong trường hợp dẫn lưu kín liên tục nước tiểu, không khuyến cáo việc dùng kéo dài kháng sinh dự phòng trong thời gian chu phẫu.*** Nhiều kháng sinh phù hợp với kháng sinh dự phòng chu phẫu, ví dụ: co-trimoxazole, cephalosporin thế hệ 2, fluoroquinolones, aminopenicillins cộng với một chất ức chế beta- lactam, và aminoglycosides. Tuy nhiên, các kháng sinh phổ rộng hơn như ***fluoroquinolones và nhóm carbapenem không nên được sử dụng hoặc chỉ được sử dụng cẩn trọng trong một vài trường hợp được lựa chọn kỹ càng.*** Điều này cũng tương tự khi sử dụng Vancomycin. Việc sử dụng kháng sinh nên được dựa trên hiểu biết về đặc điểm của bệnh nguyên của địa phương và mô hình tính nhạy cảm của

kháng sinh. Tốt nhất là thực hành **giám sát và thống kê các biến chứng nhiễm khuẩn**.

Bảng 1: Tóm tắt các mức độ chứng cứ (LE) và cấp độ khuyến cáo (GR) của kháng sinh dự phòng chu phẫu trong các thủ thuật Tiết niệu cơ bản.

Thủ thuật	LE	GR	Ghi chú	Kháng sinh dự phòng
Các thủ thuật chẩn đoán				
Nội soi bàng quang	1b	A	Tần suất nhiễm khuẩn thấp. Đánh giá các yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn cho từng cá nhân (Vd: khuẩn niệu, tiền sử nhiễm khuẩn đường tiết niệu có sốt)	Không
XN Niệu động học	1a	A	Tần suất nhiễm khuẩn thấp. Đánh giá các yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn cho từng cá nhân (tương tự nội soi bàng quang)	Không

Sinh thiết tuyến tiền liệt bằng lõi kim qua trực tràng	1b	A	Nguy cơ nhiễm khuẩn cao. Đánh giá cẩn thận các yếu tố nguy cơ, bao gồm cả khả năng mang các chủng vi khuẩn kháng thuốc (Vd: kháng Fluoroquinolone)	Có
Nội soi niệu quản chẩn đoán	4	C	Hiện không có nghiên cứu nào	Tùy chọn
Các thủ thuật điều trị tiết niệu thông thường				
Đốt điện bướu bàng quang nhỏ.	2b	C	Tương tự Nội soi bàng quang	Không
Nội soi niệu đạo cắt bướu bàng quang (TUR-BT)	2b	C	Ít dữ liệu. Không liên quan đến các yếu tố của khối u (kích thước, nhiều bướu hay bướu hoại tử)	Tùy chọn
Nội soi niệu đạo cắt bướu tuyến tiền liệt	1a	A	Nguy cơ cao nhiễm khuẩn có sốt và nhiễm khuẩn huyết. Phải kiểm soát khuẩn niệu / nhiễm khuẩn đường tiết niệu và các yếu tố nguy cơ khác trước phẫu thuật	Có
Tán sỏi ngoài cơ thể (tiêu chuẩn, không có khuẩn niệu, không có ống thông và bệnh nhân khỏe mạnh)	1a	A	Tần suất nhiễm khuẩn thấp	Không
Tán sỏi ngoài	1a	A	Tăng nguy cơ nhiễm khuẩn.	Có

cơ thể khi có các nguy cơ nhiễm khuẩn			Phải kiểm soát khuẩn niệu và các yếu tố nguy cơ	
Nội soi niệu quản tán sỏi	2b	B (A)	Tần suất nhiễm khuẩn thấp nhưng thay đổi tùy theo vị trí sỏi (vd sỏi kẹt niệu quản đoạn gần). Phải kiểm soát khuẩn niệu và các yếu tố nguy cơ	Tùy chọn, tùy thuộc vào mức độ khó của thủ thuật / vị trí sỏi
Lấy sỏi thận qua da và lấy sỏi thận ngược chiều	1b	A	Nguy cơ cao nhiễm khuẩn có sốt và nhiễm khuẩn huyết	Có
Các phẫu thuật mổ mở và / hoặc nội soi ổ bụng thông thường				
<i>Phẫu thuật sạch (không cắt mở hoặc xâm phạm vào đường niệu)</i>				
Cắt thận	3	C	Nhiễm khuẩn vết mổ hoặc vùng mổ ít được ghi nhận. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu /khuẩn niệu thứ phát liên quan đến ống thông hậu phẫu	Không
Phẫu thuật biu, thắt ống dẫn tinh, cột tinh mạch tinh	3	C	Các dữ liệu còn nhiều mâu thuẫn	Không
Cấy ghép các bộ phận giả	3	B	Các dữ liệu ghi nhận còn giới hạn	Có
<i>Phẫu thuật sạch nhiễm (cắt mở hoặc xâm phạm vào đường niệu)</i>				
Cắt thận – niệu quản	3	B	Các dữ liệu ghi nhận còn ít Kiểm soát khuẩn niệu và các yếu tố nguy cơ khác trước phẫu thuật	Có

			Nhiễm khuẩn/khuẩn niệu liên quan đến ống thông hậu phẫu thứ phát	
Cắt tuyến tiền liệt toàn phần (tận gốc)	2a			Có
Phẫu thuật tạo hình khúc nối bể thận - niệu quản	4	C		Có
Cắt bàng quang bán phần	3			Có
<i>Phẫu thuật sạch nhiễm / nhiễm (mở đoạn ruột, chuyển lưu nước tiểu)</i>				
Cắt bỏ bàng quang có chuyển lưu nước tiểu	2a	B	Nguy cơ nhiễm khuẩn cao	Có

Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu đưa ra định hướng phân loại cho từng loại thủ thuật tiết niệu có liên quan đến mức độ nhiễm khuẩn của vùng phẫu thuật để hỗ trợ cho việc dùng kháng sinh dự phòng khi thiếu các bằng chứng y học.

1.1. Mục tiêu của kháng sinh dự phòng chu phẫu

Kháng sinh dự phòng và kháng sinh điều trị là hai vấn đề riêng biệt. Kháng sinh dự phòng nhằm đến mục tiêu ngăn ngừa nhiễm khuẩn liên quan chăm sóc y tế sinh ra từ các thủ thuật chẩn đoán hoặc điều trị. **Kháng sinh dự phòng chỉ là một trong các biện pháp dự phòng nhiễm khuẩn và không thể thay thế được việc giữ vệ sinh và kỹ thuật mổ.** Ngược lại, kháng sinh điều trị nhằm điều trị một trường hợp nhiễm khuẩn được chứng minh hoặc nghi ngờ trên lâm sàng.

Bảng 2: Các nhóm nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế trong Tiết niệu

Vị trí nhiễm khuẩn	Nhẹ	Nặng
Nhiễm khuẩn vết thương rạch da/vùng mổ (SSI)	Nhiễm khuẩn vết thương nông	Nhiễm khuẩn vết thương sâu Bung vết mổ (hở thành bụng) Ap xe sâu trong ổ bụng hoặc áp xe vùng mổ.
Nhiễm khuẩn đường tiết niệu hoặc nhiễm khuẩn cơ quan Bao gồm nhiễm khuẩn đường tiết niệu liên quan đến ống thông	Khuẩn niệu không triệu chứng Nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới có triệu chứng (viêm bàng quang)	Nhiễm khuẩn đường tiết niệu có sốt Viêm bể thận Áp xe thận Áp xe quanh thận
Máu	Nhiễm khuẩn huyết không có dấu hiệu đáp ứng viêm toàn thân	Nhiễm khuẩn huyết có dấu hiệu đáp ứng viêm toàn thân (SIRS)
Nhiễm khuẩn hệ sinh dục nam	Viêm mào tinh (tinh hoàn)	Viêm tuyến tiền liệt cấp do vi khuẩn (Typ 1)
Các nơi khác		Thuyên tắc do nhiễm khuẩn huyết Viêm phổi Nhiễm khuẩn xương khớp

Mục tiêu của kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật tiết niệu là các biến chứng nhiễm khuẩn được trình bày trong Bảng 2 khi liên quan trực tiếp đến phẫu thuật. Điều này có thể được mở rộng cho các trường hợp khuẩn niệu không triệu chứng và nhiễm khuẩn vết thương nhẹ. Khuẩn niệu không triệu chứng sau CĐNS bước tuyến tiền liệt qua ngã niệu đạo hoặc các thủ thuật nội soi niệu khác có thể biến mất tự nhiên và thường không có ý nghĩa lâm sàng.

2. Các yếu tố nguy cơ

Các yếu tố nguy cơ là rất quan trọng trong việc đánh giá bệnh nhân trước phẫu thuật.

- Sức khỏe chung của bệnh nhân được xác định bởi điểm số ASA P1-P5.
- Sự hiện diện của các yếu tố nguy cơ chung như tuổi già, đái tháo đường, suy giảm miễn dịch, suy dinh dưỡng, béo phì.
- Sự hiện diện của các yếu tố nguy cơ nội sinh hoặc ngoại sinh như tiền sử nhiễm khuẩn đường tiết niệu hoặc nhiễm khuẩn niệu sinh dục, ống thông tiểu, gánh nặng vi khuẩn, các thủ thuật niệu trước đó, yếu tố di truyền.
- Loại phẫu thuật và phẫu trường bị nhiễm khuẩn.
- Mức độ xâm lấn, thời gian và các khía cạnh kỹ thuật của phẫu thuật.

Cách phân loại truyền thống của phẫu thuật theo Cruse và Foord thành phẫu thuật sạch, sạch nhiễm, nhiễm, và nhiễm khuẩn/ bẩn, áp dụng đối với mổ mở chứ không dành cho các can thiệp nội soi niệu. Các Hướng dẫn điều trị hiện nay xem các thủ thuật đi vào đường tiết niệu và làm tổn thương niệu mạc là phẫu thuật sạch nhiễm vì tổng phân tích nước tiểu không phải luôn luôn là yếu tố dự báo có nhiễm khuẩn và đường niệu dưới hay bị ngoại nhiễm bởi các vi khuẩn, ngay cả khi nước tiểu vô trùng. Ngoài ra, tình trạng khuẩn niệu không triệu chứng, được thể hiện qua cấy nước tiểu trước mổ, là dấu hiệu cho thấy một mức độ nhiễm khuẩn (Bảng 5)

Bảng 3: Các yếu tố nguy cơ trong các biến chứng nhiễm khuẩn

Yếu tố nguy cơ tổng quát	Các yếu tố nguy cơ đặc biệt làm tăng lượng vi khuẩn
Tuổi già	Nằm viện dài ngày trước khi phẫu thuật hoặc lần nhập viện gần đây
Suy dinh dưỡng	Tiền sử nhiễm khuẩn niệu sinh dục tái phát
Suy giảm miễn dịch	Các phẫu thuật liên quan đến đoạn ruột
Đái tháo đường	Ngoại nhiễm vi khuẩn
Hút thuốc	Dẫn lưu dài ngày
Béo phì	Bé tắc đường niệu
Đồng nhiễm khuẩn cùng với 1 cơ quan khác	Sỏi niệu
Thiếu sự kiểm soát các yếu tố nguy cơ	

Nguy cơ lây nhiễm thay đổi tùy từng loại can thiệp. Chỉ định can thiệp rộng rãi và các tiến bộ hiện nay trong các phẫu thuật xâm lấn tối thiểu đã gây khó khăn trong việc đưa ra các khuyến cáo rõ ràng. Hơn nữa, lượng vi khuẩn, thời gian và khó khăn gặp phải trong phẫu thuật, kỹ năng của phẫu thuật viên và mức độ chảy máu chu phẫu cũng có thể ảnh hưởng đến nguy cơ nhiễm khuẩn. Đối với phẫu thuật tiết niệu, các yếu tố nguy cơ tổng quát của bệnh nhân và nguy cơ tiết niệu phải được kiểm soát (tình trạng khuẩn niệu, bế tắc đường tiểu,...).

3. Nguyên lý của kháng sinh dự phòng

Kháng sinh dự phòng nhằm mục đích bảo vệ bệnh nhân mà không phải trả giá

bằng việc gia tăng tính đề kháng kháng sinh của vi khuẩn. Tuy nhiên, có bằng chứng cho thấy việc sử dụng kháng sinh dự phòng tốt có thể làm giảm tổng mức sử dụng kháng sinh, ***cần cá thể hóa kháng sinh dự phòng cho từng bệnh nhân với các yếu tố nguy cơ khác nhau, cần cấy nước tiểu trước mổ***. Kháng sinh không thể thay thế các biện pháp phòng ngừa nhiễm khuẩn khác.

3.1. Thời gian

Mặc dù các Hướng dẫn điều trị dựa vào các nghiên cứu vết rạch da, phẫu thuật sạch nhiễm hay nhiễm trên các phẫu thuật tiêu hóa, nhưng có lý do để tin rằng những nguyên lý này có thể áp dụng trên phẫu thuật tiết niệu. ***Thời gian tối ưu cho kháng sinh dự phòng là 1-2 h trước khi can thiệp***. Một số nghiên cứu về phẫu thuật ruột cho thấy kết quả kéo dài lên tới 3h sau khi bắt đầu can thiệp.

Thực tế, kháng sinh đường uống nên được thực hiện khoảng 1 giờ trước can thiệp trong khi kháng sinh đường tĩnh mạch nên được thực hiện khoảng 30 phút trước khi rạch da, ví dụ: thời điểm lúc dẫn mê. Những khoảng thời gian này cho phép các kháng sinh có thể đạt được nồng độ đỉnh vào thời điểm nguy CO' cao nhất của cuộc phẫu thuật, và nồng độ hiệu quả ngay sau đó.

3.2. Đường sử dụng kháng sinh

Kháng sinh đường uống có hiệu quả tương đương như đường tĩnh mạch đối với những kháng sinh có sinh khả dụng đủ mạnh. Đây là khuyến cáo tốt cho hầu hết các phẫu thuật khi bệnh nhân có thể uống thuốc 1 giờ trước khi tiến hành mổ. Với các trường hợp khác, kháng sinh đường tĩnh mạch được khuyến cáo. ***Kháng sinh tưới rửa tại vùng phẫu thuật không được khuyến cáo***.

3.3. Thời gian dùng kháng sinh

Đối với hầu hết các phẫu thuật, thời gian sử dụng kháng sinh phòng ngừa không được đề cập và ***hiếm khi có một phác đồ rõ ràng***, về nguyên tắc, thời gian điều trị kháng sinh dự phòng khi phẫu thuật nên được giảm thiểu, lý tưởng là chỉ với một liều kháng sinh duy nhất chu phẫu. Kháng sinh dự phòng chỉ nên kéo dài khi có các yếu tố nguy CO' rõ ràng.

3.4. Lựa chọn kháng sinh

Không có khuyến cáo rõ ràng nào được đưa ra, vì có những khác biệt đáng kể ở các nước liên quan đến phổ vi khuẩn và tính nhạy cảm với kháng sinh khác nhau. Vì vậy, ***kiến thức về bệnh sinh của từng khu vực địa lý, tính nhạy cảm và độc lực của vi khuẩn là bắt buộc cho việc thiết lập các hướng dẫn điều trị đối với từng địa phương. Việc xác lập nguyên nhân bệnh sinh chính yếu của từng loại thủ thuật cũng cần thiết***. Khi chọn lựa một nhóm kháng sinh, việc cần thiết là phải đánh giá yếu tố nguy cơ của từng loại thủ thuật, mức độ nhiễm khuẩn, cơ quan tác dụng và vai trò của hiện tượng viêm khu trú. ***Nhiều kháng sinh thích hợp cho điều trị dự phòng ngừa nhiễm khuẩn khi phẫu thuật như co-trimoxazole, cephalosporin thế hệ II, aminopenicillins kèm chất ức chế tiết beta lactamase (BU), aminoglycosides***. Kháng sinh phổ rộng hơn như ***fluoroquinolones, cephalosporin thế hệ III và nhóm carbapenem nên được sử dụng một cách dè dặt và dành cho kháng sinh điều trị***. Cách dùng Vancomycin cũng tương tự như vậy.

3.5. Các phác đồ kháng sinh dự phòng cho từng loại thủ thuật phẫu thuật

Không phải tất cả các thủ thuật đều được dùng kháng sinh dự phòng như nhau. Có một sự khác biệt lớn trong mức độ xâm lấn và yếu tố nguy cơ giữa các loại can thiệp. Khuyến cáo dùng kháng sinh phòng ngừa trong các phẫu thuật tiết niệu chuẩn được tóm tắt trong Bảng 4 và 5.

5. Kháng sinh dự phòng theo từng loại thủ thuật

5.1. Thủ thuật chẩn đoán

5.1.1. Sinh thiết tuyến tiền liệt xuyên trực tràng:

Kháng sinh dự phòng trong sinh thiết tuyến tiền liệt bằng lõi kim được khuyến cáo mạnh (LE: 1b, GR: A). Tuy nhiên, các phác đồ lựa chọn vẫn còn tranh cãi. Hầu hết các phác đồ đều có hiệu quả và các nghiên cứu gần đây đề nghị dùng kháng sinh 1 ngày và thậm chí 1 liều duy nhất ở những bệnh nhân nguy cơ thấp (LE: 1b, GR: A). Sự gia tăng đề kháng fluoroquinolone của nhóm vi khuẩn cư ngụ trong phân đã nêu lên vấn đề về khả năng phù hợp của các hướng dẫn điều trị hiện tại. Không có bằng chứng rõ ràng về vấn đề này. Trong một nghiên cứu tổng hợp gần đây, có khuyến cáo những **người có nguy cơ chứa chủng kháng fluoroquinolone sẽ được dùng một kháng sinh thay thế dựa vào kết quả của phết trực tràng**. Ngoài ra, một số phác đồ chuẩn bị ruột đang được nghiên cứu, mặc dù vẫn chưa được chứng minh là có tác động đáng kể về tỷ lệ lây nhiễm. Bác sĩ Tiết niệu phải cân nhắc giữa sự cần thiết sinh thiết tuyến tiền liệt với những rủi ro liên quan, đánh giá rủi ro của từng cá nhân bao gồm cả nguy cơ có một vi khuẩn kháng thuốc (như ESBL) và cân nhắc làm phết trực tràng trước khi sinh thiết.

5.1.2. Soi bàng quang

Tần suất của biến chứng nhiễm khuẩn sau khi nội soi bàng quang, niệu động học tiêu chuẩn và nội soi niệu quản để chẩn đoán ở những người khỏe mạnh là thấp. Trong 1 nghiên cứu với số lượng lớn về nội soi bàng quang, nguy cơ lây nhiễm thấp và khả năng vi khuẩn kháng thuốc, kháng sinh dự phòng không được khuyến cáo. Tuy nhiên, khuẩn niệu, ống thông tiểu, triệu chứng đường tiết niệu dưới do nguyên nhân thần kinh và tiền sử nhiễm khuẩn niệu sinh dục là những yếu tố nguy cơ cần cân nhắc (LE: 1b, GR: A)

5.2. Thủ thuật nội soi niệu điều trị

5.2.1. Cắt đốt nội soi bươu bàng quang ngả niệu đạo (TUR-BT)

Có rất ít bằng chứng cho thấy lợi ích của kháng sinh dự phòng trong TURBT. Các nghiên cứu không phân biệt giữa cắt đốt sinh thiết đơn giản (= soi bàng quang) và cắt đốt các khối bướu lớn hoặc nhiều bướu, bướu có hoại tử hay không. Do đó, Hướng dẫn điều trị hiện nay đề nghị tùy theo loại khối u (Bảng 5) mà lựa chọn kháng sinh dự phòng cho phù hợp (LE: 2b, GR: C).

5.2.2. Cắt đốt nội soi bươu tuyến tiền liệt ngả niệu đạo (TUR-P)

Cắt đốt nội soi bươu tuyến tiền liệt ngả niệu đạo là sự can thiệp được nghiên cứu nhiều nhất trong tiết niệu. Ít nhất hai phân tích gộp với số lượng lớn nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng được kiểm soát, gồm nhiều bệnh nhân, cho thấy một lợi ích rõ rệt của kháng sinh dự phòng với việc giảm nguy nhiễm khuẩn niệu và nhiễm khuẩn huyết lần lượt là 65% và 77% (LE: 1a, GR: A).

5.2.3. Nội soi niệu quản

Các nghiên cứu so sánh có đối chứng được thiết kế tốt về nội soi niệu quản đang còn thiếu. Dùng kháng sinh phòng ngừa là hợp lý, tuy nhiên cần phân biệt thủ thuật nguy cơ thấp như nội soi niệu quản chẩn đoán hay tán sỏi niệu quản đoạn xa ở những bệnh nhân khỏe mạnh, với những thủ thuật có nguy cơ cao như điều trị sỏi kẹt niệu quản đoạn gần có tắc nghẽn. Do đó, các Hướng dẫn điều trị khuyến cáo việc phân loại dựa theo các mức độ nặng của bệnh, vị trí giải phẫu của sỏi và các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân (bảng 5).

5.2.4. Tán sỏi thận qua da

Nguy cơ nhiễm khuẩn của tán sỏi thận qua da rất cao và việc sử dụng kháng sinh dự phòng đã được chứng minh làm giảm đáng kể nguy cơ biến chứng nhiễm khuẩn (LE: 1b, GR: A). Một liều kháng sinh duy nhất cho thấy đủ hiệu quả phòng ngừa nhiễm khuẩn. Tán sỏi ngược chiều với sỏi trong thận cũng có những yếu tố nguy cơ tương tự.

5.2.5. Tán sỏi ngoài cơ thể

Không khuyến cáo dùng kháng sinh dự phòng. Tuy nhiên, kiểm soát khuẩn niệu và kháng sinh dự phòng được khuyến cáo trong trường hợp có đặt stent niệu quản trước đó, do sự gia tăng gánh nặng vi khuẩn (vd: thông niệu đạo, ống mờ thận ra da hoặc sỏi nhiễm khuẩn) (LE: 1a-1b, GR: A) (Bảng 5). Hầu hết các nhóm kháng sinh được đánh giá là có hiệu quả, chẳng hạn như fluoroquinolones, chất ức chế beta-lactamase (BLI), cephalosporin, và co-trimoxazole. cần dùng kháng sinh theo kết quả cấy nước tiểu.

5.3. Phẫu thuật nội soi ổ bụng

Hiện còn thiếu những nghiên cứu về phẫu thuật nội soi ổ bụng. Tuy nhiên, có vẻ như hợp lý khi sử dụng kháng sinh dự phòng cho phẫu thuật nội soi ổ bụng giống như loại phẫu thuật mở mở tương ứng (LE: 4, GR: C).

5.4. Mở mở hoặc phẫu thuật nội soi ổ bụng mà không mở ống tiết niệu hay sinh dục (phẫu thuật sạch)

Không có chuẩn sử dụng kháng sinh dự phòng nào được khuyến cáo trong các phẫu thuật sạch.

5.5. Mở mở hoặc phẫu thuật nội soi ổ bụng có mở ống tiết niệu hay sinh dục (phẫu thuật sạch-nhiễm)

Trong trường hợp có mở đường tiết niệu, một liều tiêm kháng sinh duy nhất trong chu phẫu được khuyến cáo (LE: 3, GR: C). Điều này rất có giá trị đối với các thủ thuật chuẩn như cắt tuyến tiền liệt tận gốc. Trong mổ mở bóc nhân tăng sản lành tính tuyến tiền liệt tuyến (adenoma) nguy cơ nhiễm khuẩn hậu phẫu đặc biệt cao (LE: 2b, GR: B).

5.6. Phẫu thuật niệu mở mở có mở một đoạn ruột (phẫu thuật sạch-nhiễm hoặc nhiễm)

Kháng sinh dự phòng được đề nghị, như đối với phẫu thuật sạch nhiễm trong phẫu thuật tổng quát. Một liều hoặc một ngày kháng sinh được khuyến cáo, mặc dù việc phẫu thuật kéo dài và các yếu tố nguy cơ khác có thể đưa đến sử dụng kháng sinh kéo dài hơn, nhưng nên < 72h. Lựa chọn kháng sinh nên tập trung vào vi khuẩn kỵ khí và hiếu khí. Bằng chứng sử dụng kháng sinh nên dựa vào các phẫu thuật đại trực tràng (LE: 1a, GR: A), nhưng kinh nghiệm đối với từng loại phẫu thuật tiết niệu còn hạn chế (LE:

2a, GR: B).

5.7. Dẫn lưu đường tiết niệu hậu phẫu

Nếu có dẫn lưu đường niệu liên tục sau mổ, việc kéo dài kháng sinh dự phòng chu phẫu không được khuyến cáo, trừ trường hợp nghi ngờ có nhiễm khuẩn cần điều trị.

Chỉ nên điều trị khuẩn niệu không triệu chứng sau khi rút bỏ các ống dẫn lưu nước tiểu và nếu xét thấy cần thiết (LE: 3, GR: B)

5.8. Cấy các bộ phận giả

Nhiễm khuẩn xảy ra trong phẫu thuật cấy ghép các implants thường là nghiêm trọng và phải loại bỏ các bộ phận giả. Đái tháo đường là một yếu tố nguy CO' cụ thể đối với nhiễm khuẩn. Tụ cầu ở trên da thường là nguyên nhân chủ yếu. Kháng sinh sử dụng phải nhắm đến các nhóm vi khuẩn này (LE: 2a, GR: B)

Bảng 4: Phân loại vết mổ theo phẫu thuật tiết niệu liên quan đến các mức độ nhiễm khuẩn của vết mổ

Mức độ nhiễm của vùng phẫu thuật	Mô tả	Phẫu thuật mở hoặc nội soi ổ bụng trong tiết niệu	Nguyên lý của kháng sinh dự phòng
Sạch (I) (1-4%)	Vùng mổ không bị nhiễm Không đi vào đường tiết niệu sinh dục Không có bằng chứng viêm Kỹ thuật mổ không gây phá vỡ cấu trúc	Cắt thận đơn giản Phẫu thuật bìu chương trình Thắt ống dẫn tinh Phẫu thuật dẫn tĩnh mạch tĩnh	Không
Sạch nhiễm (IIA) (không được nghiên cứu nhiều)	Có đi vào đường tiết niệu sinh dục mà không có hoặc có ít trào nước tiểu ra ngoài (kiểm soát được) Không làm đứt ống dẫn tiểu Kỹ thuật mổ không gây phá vỡ cấu trúc	Tạo hình khúc nối bể thận – niệu quản Cắt một phần thận có bướu Cắt tuyến tiền liệt tận gốc Phẫu thuật bàng quang, cắt một phần bàng quang	1 liều trước (uống) hoặc trong (tiêm tĩnh mạch) phẫu thuật
Sạch nhiễm (liên quan đến ruột) (IIB)	Đi vào đường tiêu hóa mà không hoặc rất ít trào dịch tiêu hóa Kỹ thuật mổ không gây phá vỡ cấu trúc	Chuyển lưu nước tiểu (ruột non) Bàng quang thay thế trực vị, ống hồi tràng	1 liều trước (uống) hoặc trong (tiêm tĩnh mạch) phẫu thuật
Nhiễm (IIIA)	Đi vào đường tiết niệu sinh dục và/hoặc ống tiêu hóa, làm trào dịch tiêu hóa, mô viêm Có khuẩn niệu Kỹ thuật mổ gây phá vỡ cấu trúc	Chuyển lưu nước tiểu (ruột già) Trào dịch tiêu hóa (từ ruột non và ruột già) Bệnh ống tiêu hóa đồng thời	Kiểm soát khuẩn niệu trước mổ 1 liều kháng sinh lúc phẫu thuật Xem xét dùng kháng sinh kéo dài
	nhiều Các vết thương hở mới	Phẫu thuật chấn thương	
Bẩn (IV)	Có nhiễm khuẩn trước Thủng tạng Vết thương do chấn thương cũ	Dẫn lưu apxe. Phẫu thuật chấn thương bẩn lớn.	Điều trị theo tính nhạy kháng sinh của vi khuẩn gây bệnh

Bảng 5: Phân loại các thủ thuật tiết niệu nội soi chẩn đoán và điều trị liên quan với mức độ nhiễm ở vùng phẫu thuật

Mức độ nhiễm vùng phẫu thuật	Khuẩn niệu	Thủ thuật chẩn đoán	TUR-BT và TUR-P	URS PNL	SWL	Nguyên lý dùng kháng sinh dự phòng
Sạch (I)*	Không	Soi bàng quang Xét nghiệm niệu động học	Đốt bướu bàng quang nhỏ (tương đương nội soi bàng quang)	Nội soi niệu quản chẩn đoán (đơn giản) Không tiền sử nhiễm khuẩn đường tiết niệu	Sỏi thận hoặc sỏi niệu quản đơn giản (không bế tắc, không tiền sử nhiễm khuẩn đường tiết niệu)	Không
Sạch nhiễm (IIA)	Không	Sinh thiết tuyến tiền liệt xuyên tầng sinh môn	TUR-BT với bướu lớn (Không tiền sử nhiễm khuẩn đường tiết niệu) TUR-P	Nội soi niệu quản chẩn đoán (đơn giản) Sỏi không phức tạp (không bế tắc, không đặt stent, sỏi không	Sỏi thận hoặc niệu quản đơn giản, bế tắc mức độ vừa và/hoặc có tiền sử nhiễm khuẩn	1 liều trước (uống) hoặc trong (tiêm tĩnh mạch) phẫu thuật

			(không có các yếu tố nguy cơ) Khuẩn niệu được kiểm soát	khảm) Có tiền sử nhiễm khuẩn đường tiết niệu	đường tiết niệu	
Nhiễm (IIIA)	Có	Sinh thiết tuyến tiền liệt xuyên tầng sinh môn (có tiền sử nhiễm khuẩn đường tiết niệu) Sinh thiết tuyến tiền liệt xuyên trực tràng	TUR-BT với bướu hoại tử Khuẩn niệu TUR-P người đang mang ống thông tiểu hoặc có khuẩn niệu	Sỏi phức tạp (bể tắc mức độ vừa, sỏi khảm)	Sỏi phức tạp Có bế tắc Có thông mở thận ra da hoặc thông JJ	Kiểm soát khuẩn niệu trước phẫu thuật (3-5 ngày) 1 liều kháng sinh lúc phẫu thuật Xem xét dùng kháng sinh kéo dài
Nhiễm khuẩn / Bẩn (IV)	Có	Sinh thiết tuyến tiền liệt ở đàn ông có mang ống thông tiểu hoặc bị nhiễm khuẩn đường tiết niệu	Dấu hiệu lâm sàng của nhiễm khuẩn đường tiết niệu Dẫn lưu nếu cần thiết TUR-BT, TUR-P cấp cứu			Kháng sinh điều trị dựa vào độ nhạy kháng sinh của vi khuẩn

*Mặc dù có đi vào đường tiết niệu hay bàng quang, các thủ thuật tiêu chuẩn, tiến hành thuận lợi và không gây sang chấn, được xem là sạch ở bệnh nhân không có khuẩn niệu hoặc tiền sử nhiễm khuẩn đường tiết niệu sau thủ thuật này; TUR-BT: cắt đốt nội soi bướu bàng quang; TUR-P: cắt đốt nội soi bướu tuyến tiền liệt.

Bảng 6: Các khuyến cáo cho kháng sinh dự phòng chu phẫu cho mỗi loại thủ thuật cho từng mầm bệnh nghi ngờ và các yếu tố nguy cơ cá nhân

Thủ thuật	Mầm bệnh (nghi ngờ)	Kháng sinh dự phòng	Lưu ý	Lựa chọn kháng sinh
Thủ thuật chẩn đoán				
Sinh thiết tuyến tiền liệt qua ngã trực tràng	Enterobacteriaceae Anaerobes	Tất cả bệnh nhân Kháng sinh thay thế nhằm trúng đích	1 liều hiệu quả cho bệnh nhân nguy cơ thấp Xem xét kéo dài thời gian dùng kháng sinh ở BN nguy cơ cao (tiền sử nhiễm khuẩn đường tiết niệu sinh dục)	Fluoroquinolon es TMP ± SMX Kháng sinh thay thế ² Metronidazole ¹
Nội soi bàng quang Nội soi bàng quang + đốt bướu XN Niệu động học	Enterobacteriaceae Enterococci Staphylococci	Không	Xem xét BN nguy cơ cao (tiền sử nhiễm khuẩn đường tiết niệu sau khi làm thủ thuật)	TMP ± SMX Cephalosporin thế hệ II Nitrofurantoin
Nội soi niệu quản	Enterobacteriaceae Enterococci	Không	Xem xét BN nguy cơ cao	

	Staphylococci			
Phẫu thuật nội soi niệu và Tán sỏi ngoài cơ thể (SWL)				
SWL	Enterobacteriaceae Enterococci	Không	Xem xét BN nguy cơ cao	TMP ± SMX Cephalosporin thế hệ II Aminopenicillin /BLI ^a
SWL ở BN có thông mở thận ra da hoặc stent	Enterobacteriaceae Enterococci	Tất cả BN	BN có nguy cơ	TMP ± SMX Cephalosporin thế hệ II Aminopenicillin /BLI ^a
Nội soi niệu quản cho sỏi niệu quản đoạn xa, không phức tạp	Enterobacteriaceae Enterococci Staphylococci	Không	Xem xét BN có nguy cơ	TMP ± SMX Cephalosporin thế hệ II Aminopenicillin /BLI Fluoroquinolone
Nội soi niệu quản cho sỏi đoạn gần hoặc sỏi khảm, lấy sỏi qua da	Enterobacteriaceae Enterococci Staphylococci	Tất cả BN	Kháng sinh ngăn ngừa Kháng sinh tĩnh mạch ngay trước phẫu thuật	TMP ± SMX Cephalosporin thế hệ II Aminopenicillin /BLI Fluoroquinolone
TUR-P	Enterobacteriaceae Enterococci	Tất cả BN	BN nguy cơ thấp hoặc tuyến tiền liệt nhỏ có thể không cần kháng sinh dự phòng	TMP ± SMX Cephalosporin thế hệ II Aminopenicillin /BLI
TUR-BT	Enterobacteriaceae Enterococci	Không cần với những thủ thuật nhỏ	Xem xét BN nguy cơ cao, bướu lớn hoặc có hoại tử	TMP ± SMX Cephalosporin thế hệ II Aminopenicillin

				/BLI
Mổ mở hoặc phẫu thuật nội soi ổ bụng				
Phẫu thuật sạch	Mầm bệnh từ da, vd: staphylococci Mầm bệnh liên quan đến ống thông niệu đạo	Không	Xem xét BN nguy cơ cao Bệnh nhân đặt thông sau mổ thời gian ngắn không cần điều trị	
Phẫu thuật sạch nhiễm (có mở ống tiết niệu)	Enterobacteriaceae Enterococci Staphylococci	Được khuyến cáo	1 liệu trình chu phẫu	TMP ± SMX Cephalosporin thế hệ II Aminopenicillin /BLI
Phẫu thuật sạch nhiễm/nhiễm (có sử dụng đoạn ruột)	Enterobacteriaceae Enterococci Anaerobes Mầm bệnh từ da	Tất cả BN	Như trong phẫu thuật đại tràng	Cephalosporin thế hệ II Metronidazole
Đặt dụng cụ cấy ghép	Mầm bệnh từ da, vd: staphylococci	Tất cả BN		Cephalosporin thế hệ II Penicillin (bền vững với penicillinase)

¹Vai trò của vi khuẩn yếm khí trong sinh thiết tuyến tiền liệt bằng lõi kim chưa được xác nhận và không có bằng chứng cho việc dùng metronidazole; ² Cần đánh giá sự gia tăng đề kháng với fluoroquinolone. ^a = Vi khuẩn Gram âm ngoại trừ *Pseudomonas aeruginosa*.

PHẦN 2

KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRONG PHẪU THUẬT NGOẠI TỔNG QUÁT

1. Khái niệm

Sử dụng kháng sinh dự phòng trong ngoại khoa là sử dụng kháng sinh trước khi phẫu thuật, tạo được nồng độ kháng sinh đủ cao cần thiết tại vùng mô của cơ thể hoặc vết thương nơi phẫu thuật sẽ được tiến hành. Nồng độ kháng sinh cao là cần thiết để bảo vệ chống lại các vi khuẩn có thể sinh sản tại vùng giải phẫu tương ứng.

Kháng sinh dự phòng được dùng nhằm hạn chế những nguy cơ nhiễm khuẩn sau mổ, khi chưa có nhiễm khuẩn. Vì vậy kháng sinh dự phòng khác với kháng sinh điều trị sớm, khi quá trình nhiễm khuẩn đã hình thành hoặc khi có ổ nhiễm khuẩn xuất hiện trong khi tiến hành phẫu thuật.

2. Phân loại phẫu thuật

Kháng sinh dự phòng được dùng khi có nguy cơ nhiễm khuẩn cao, do tính chất phẫu thuật hoặc do tình trạng của người bệnh.

Phân loại các phẫu thuật theo Altemeier. Năm 1955 Altemeier phân loại các phẫu thuật theo nguy cơ nhiễm khuẩn trong mổ và sau mổ, các loại phẫu thuật được chia làm 4 loại:

- **Loại I: Phẫu thuật sạch:** Bao gồm các phẫu thuật da còn nguyên vẹn, không viêm, không sang chấn, không liên quan đến miệng hầu, ống tiêu hoá, hệ thống hô hấp, hệ niệu sinh dục.
- **Loại II: Phẫu thuật sạch - nhiễm:** Bao gồm các phẫu thuật da còn nguyên vẹn có liên quan đến ống tiêu hoá, hệ hô hấp, tiết niệu nhưng chưa có nhiễm khuẩn.
- **Loại III: Phẫu thuật nhiễm:** Bao gồm vết thương mới do chấn thương không nhiễm bẩn; phẫu thuật liên quan đến tiết niệu, đường mật, tiêu hoá có nhiễm khuẩn.
- **Loại IV: Phẫu thuật bẩn:** Bao gồm các vết thương do chấn thương trên 4 giờ; thủng tạng rỗng; vết thương có dị vật, mô hoại tử.

3. Chỉ định kháng sinh dự phòng: căn cứ vào 2 yếu tố

3.1. Loại phẫu thuật

Loại II là loại có chỉ định dùng kháng sinh dự phòng.

Loại I không dùng kháng sinh dự phòng, nếu phẫu thuật ngắn, được tiến hành trong điều kiện vô khuẩn nghiêm ngặt, người bệnh được chuẩn bị sạch (tắm sạch, buồng bệnh sạch). Chỉ dùng kháng sinh dự phòng khi bệnh nhân có nguy cơ CO'.

Loại III, IV thuộc về điều trị kháng sinh sớm ở đây có tính dự phòng, không phải để tránh nhiễm khuẩn, mà tránh lây lan và diễn biến nặng thêm.

3.2. Người bệnh có nguy cơ

Những người bệnh cao tuổi (trên 80 tuổi), béo phì hay quá gầy, đái tháo đường, HIV/AIDS, đang dùng corticoid hoặc thuốc chống miễn dịch.

Những người bệnh dễ bị mắc bệnh nhiễm khuẩn trong bệnh viện, như nằm viện lâu trên vài tuần, đã dùng kháng sinh trong thời kỳ nằm viện, mổ nhiều lần.

Người bệnh phải dùng vật ghép nhân tạo như ghép mạch máu, thay van tim.

Phẫu thuật kéo dài > 2 giờ', phẫu thuật bệnh ung thư.

Sử dụng kháng sinh dự phòng cần phải theo dõi diễn biến lâm sàng của người bệnh, nếu có biểu hiện nhiễm khuẩn cần chuyển ngay sang kháng sinh điều trị.

4. Sử dụng kháng sinh dự phòng

Chọn kháng sinh thích hợp với vi khuẩn gây bệnh dựa trên tần suất các vi khuẩn thường gặp đối với từng loại phẫu thuật điều trị và các dạng nhạy cảm của chúng. Loại kháng sinh được dùng cần có nồng độ đủ mạnh và đủ dài ở mô trong quá trình phẫu thuật, và không gây độc hại cho cơ thể (dị ứng, suy thận...). Sau cùng cần chọn kháng sinh không quá gây tổn kém, không tương tác với thuốc gây mê.

Danh mục kháng sinh dự phòng để lựa chọn vì thế có thể thay đổi hàng năm theo tình hình thực tế của bệnh viện, do hội đồng khoa học kỹ thuật của bệnh viện quyết định.

Chọn đường đưa vào CO' thể cho thích hợp để duy trì nồng độ cần thiết lúc phẫu thuật. Đường tĩnh mạch là đường thông dụng nhất. Tuy nhiên có thể dùng tiêm bắp, nhưng tác dụng chậm. Đường uống được sử dụng trong việc diệt các vi khuẩn ái khí và kỵ khí trong phẫu thuật đại trực tràng trong phạm vi 48 - 24 giờ.

Thời điểm dùng kháng sinh dự phòng rất quan trọng. Thông thường tiêm kháng sinh tĩnh mạch vào lúc khởi mê (15 phút trước phẫu thuật), nếu tiêm bắp thì cần tiêm trước khởi mê 1 giờ.

Thời gian dùng kháng sinh dự phòng không nên quá 24 giờ, nhất là khi dùng các kháng sinh mạnh, để tránh tạo ra các vi khuẩn đề kháng kháng sinh. Việc dùng kháng sinh dự phòng kéo dài trong nhiều ngày không đem lại tác dụng tốt hơn khi dùng trong 24 giờ.

Kháng sinh dự phòng được khuyến cáo:

- Cephalosporine thế hệ thứ 2 (Cefuroxim 0,750gr, tiêm tĩnh mạch 15 phút trước phẫu thuật).
- Amoxicilline+Acid clavulanic (Augmentin® 1gr, tiêm tĩnh mạch 15 phút trước phẫu thuật).
- Ampicillin+Sulbactam (Unasyn® 1,5gr, tiêm tĩnh mạch 15 phút trước phẫu thuật).

Tóm lại kháng sinh dự phòng đưa lại một lợi thế quan trọng cho ngoại khoa, đặc biệt đối với loại II theo Altemeier hoặc loại I trong trường hợp người bệnh có nguy cơ nhiễm khuẩn. Kháng sinh dự phòng phải được dùng đúng chỉ định, đúng nguyên tắc để phát huy tác dụng của phương pháp mà không gây tổn hại cho chính người bệnh cũng như cho cộng đồng.

CHẤN THƯƠNG THẬN KÍN

1. **TRIỆU CHỨNG TOÀN THÂN:** có thể do chấn thương hay do mất máu (triệu chứng mất máu).
2. **TRIỆU CHỨNG NIỆU KHOA:**
 - Đái máu: đại thể, có hay không có máu cục, không song hành với mức độ tổn thương thận.
 - Đau vùng thắt lưng, đau bụng phía chấn thương, đau có thể lan rộng và có dấu cảm ứng phúc mạc.
 - Máu tụ quanh thận: nói lên phần nào độ nặng của chấn thương thận kín.
3. **TỒN THƯƠNG PHỐI HỢP:**
 - Cần chú ý khám toàn diện
 - Phát hiện sớm các tổn thương khác
 - Xử trí theo thứ tự ưu tiên trong cấp cứu ngoại
4. **CẬN LÂM SÀNG:**
 - Đánh giá tình trạng mất máu: Hct, số lượng hồng cầu...
 - Đánh giá chức năng thận và mức độ tổn thương thận: BUN, creatinin huyết tương
 - Siêu âm cấp cứu:
 - + Máu tụ sau phúc mạc
 - + Có tổn thương thận
 - + Dịch trong ổ bụng
 - + Tổn thương các tạng khác
 - + Sự hiện diện của thận bên kia to
 - CT Scan: có giá trị cao trong chẩn đoán
 - + phân loại sang thương thận (bảng 2)
 - + các tổn thương phối hợp tại gan, lách t
 - Chụp động mạch thận ít được sử dụng trong giai đoạn sớm
5. **ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ TỔN THƯƠNG** (xem bảng 1)

Bảng 1: Phân loại mức độ tổn thương

Mức độ	Nhẹ	Vừa	Nặng
Tổng trạng	Tốt - mạch huyết áp ổn định	Tương đối tốt - mạch nhanh, huyết	Sốc mất máu

		áp: 10/8	
Đái máu	Đại thể ít, không máu cục	Đại thể thường có nhiều máu cục	Đại thể có nhiều máu cục
Máu tụ quanh thận	Dưới vỏ hoặc không có	+	+++
Siêu âm	Bình thường – hình ảnh sinh écho ở chủ mô thận.	Khối máu tụ quanh thận. Hình ảnh túi máu rộng ở chủ mô thận	Khối máu tụ quanh thận lớn. Thận mất cấu trúc bình thường và biến dạng. Thận có thể bình thường (tắc nghẽn động mạch thận).

Bảng 2: Xếp loại sang thương trong chấn thương thận

Độ	Sang thương	Mô tả sang thương
I	đụng dập tụ máu	Đái máu đại thể hay vi thể nhưng không có sang thương ở thận Tụ máu dưới vỏ, không phát triển, không rách chủ mô
II	tụ máu rách	Tụ máu quanh thận, khu trú và không phát triển Rách vỏ thận < 1cm chiều sâu và không thoát nước tiểu ra mô xung quanh
III	rách	Rách vỏ thận > 1cm chiều sâu và không thoát nước tiểu ra mô xung quanh
IV	rách mạch máu	Rách vỏ thận tới hệ bài tiết (thoát chất cản quang ra ngoài) Tổn thương động mạch hay tĩnh mạch thận với khối máu tụ khu trú. Tổn thương nhánh động mạch hay tĩnh mạch thận (nhồi máu vùng chủ mô tương ứng)
V	rách mạch máu	Thận vỡ làm nhiều mảnh Đứt cuống thận

Theo Moore E.E, Sharford S.R, Pachter H.L, Organ injury scaliing: spleen, liver and kidney. J.Trauma, 1989, vol. 29, pp. 1664

6. Xử trí:

6.1. Đối với những trường hợp nhẹ và trung bình

- Theo dõi sát bệnh nhân
- Làm CT scan theo sơ đồ
- Điều trị bảo tồn + Nằm yên bất động cho đến khi hết đái máu và theo dõi trong 12 ngày + Kháng sinh

6.2. Chỉ định mổ khẩn: đối với các trường hợp nặng:

- Có máu tụ trong bàng quang, khối máu tụ quanh thận lớn và có xu hướng to ra, chóiang nặng không hồi phục sau khi truyền máu (500ml), phản ứng phúc mạc lan rộng.
- Những trường hợp có tổn thương kèm theo trong ổ bụng.

6.3. Chỉ định mổ có thảo luận

Những trường hợp khối máu tụ trung bình (không lan quá đường ngang rốn), máu đại thể nhưng không có máu cục trong bàng quang, và sau khi truyền máu (500ml) huyết động học trở lại ổn định

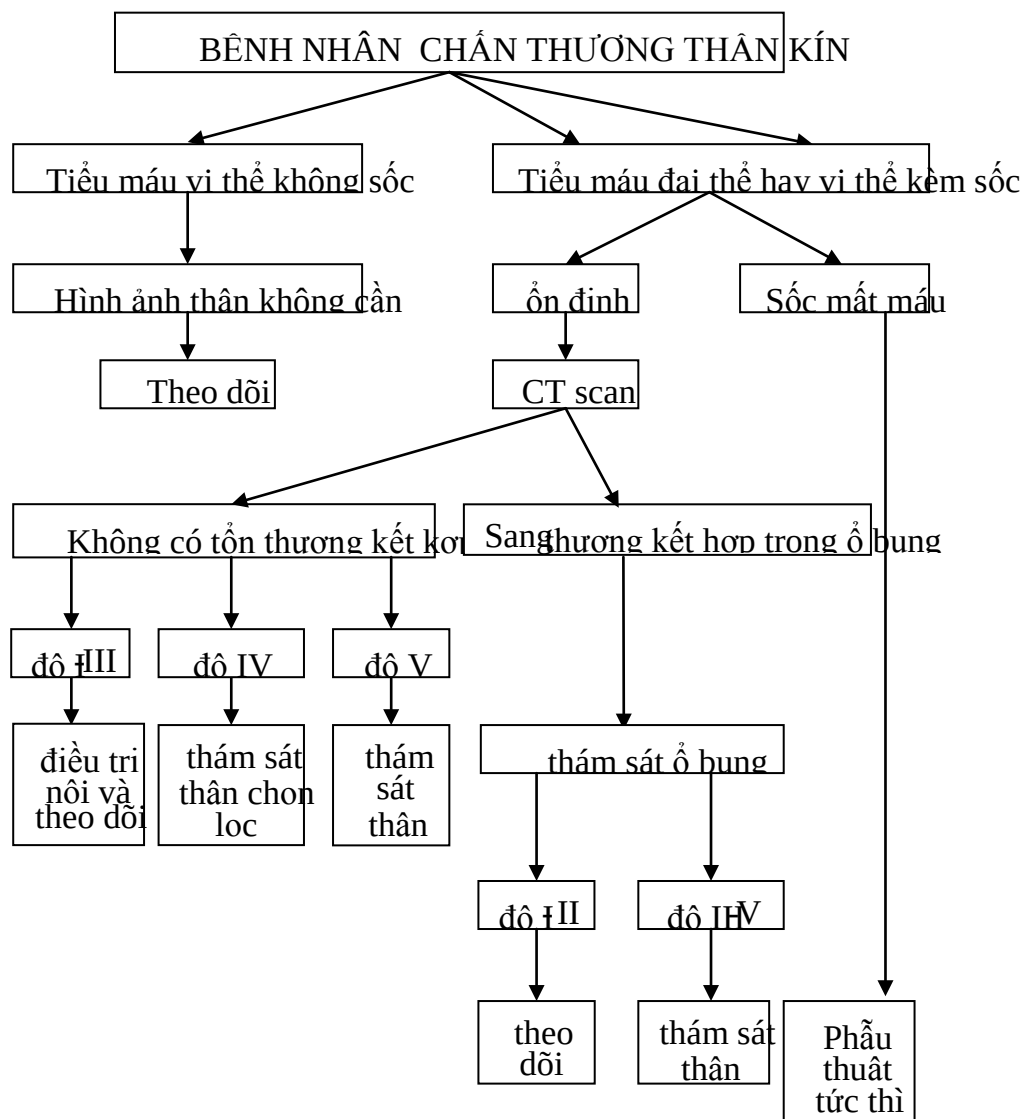
Trong những trường hợp này cần phải đợi

Nếu bệnh nhân máu nhiều và kéo dài, CT scan cho thấy thương tổn ở thận nặng thì nên mổ vào ngày thứ 7 đến ngày thứ 14 sau chấn thương

6.4. Điều trị ngoại khoa:

- Hồi sức
- Khâu lại chủ mô thận, các đài thận nếu bị rách
- Cắt bán phần thận nếu một cực bị dập nát
- Cắt bỏ thận để cầm máu đối với các tổn thương quá lớn không thể bảo tồn được.
- Dẫn lưu máu tụ.

SƠ ĐỒ CẤP CỨU CHẤN THƯƠNG THẬN KÍN



HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT**1. Mở đầu**

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLTTTL) là bệnh lý gặp ở nam giới lớn tuổi do tuyến tăng sinh. TSLTTTL tăng lên theo tuổi.

Ở nam giới trên 50 tuổi, khoảng 40,5% có triệu chứng đường tiết niệu dưới (LUTS), 26,9% có tuyến tiền liệt lớn lành tính (BPE) và khoảng 17,3% có tình trạng dòng tiểu kém nghi ngờ có tình trạng tắc nghẽn do tuyến tiền liệt lành tính (BPO). Từ tuổi 50 đến 80, thể tích tuyến tiền liệt có sự tăng lên đáng kể (24 lên 38ml) và tốc độ dòng tiểu giảm đi rõ (22,1 còn 13,7ml/s). Ở Việt nam hiện nay vẫn chưa có thống kê về tần suất mắc bệnh chung.

2. Chẩn đoán**2.1. Những công việc cần thực hiện****❖ Hỏi bệnh**

- Hỏi tiền sử, bệnh sử liên quan như tiền sử chấn thương vùng chậu, phẫu thuật đặc biệt vùng chậu, tăng sinh môn, các loại thuốc đã uống...

- Xác định các triệu chứng cơ năng dựa trên những bảng câu hỏi của bảng điểm quốc tế triệu chứng tuyến tiền liệt (IPSS) và bảng điểm chất lượng cuộc sống (QoL). Chú ý tới hai hội chứng thường gặp: hội chứng kích thích bàng quang (tiểu gắt nhất cả ngày lẫn đêm, són tiểu, tiểu khàn...) và hội chứng tắc nghẽn đường tiểu dưới (đái khó: chờ tiểu, tia tiểu yếu, tiểu ngắt quãng, thời gian mỗi lần đi tiểu kéo dài...).

❖ Đánh giá điểm IPSS để đánh giá tình trạng tắc nghẽn:

- 0-7 điểm: nhẹ

- 8-19: trung bình

- 20 - 35: nặng

❖ Đánh giá điểm QoL

- 1-2 điểm: sống tốt hoặc bình thường

- 3-4 điểm: Sống được hoặc tạm được

- 5-6: Không chịu được

❖ **Nhật ký đi tiểu:** hướng dẫn cho bệnh nhân đánh vào phiếu theo dõi tình trạng đi tiểu để đánh giá tổng thể tình trạng đi tiểu của bệnh nhân. Nhật ký đi tiểu nên được theo dõi tối thiểu là trong 2 ngày.

❖ Khám lâm sàng

- Khám hệ tiết niệu: khám thận, khám cầu bàng quang đặc biệt để xác định cầu bàng quang mạn, khám bộ phận sinh dục ngoài.
- Thăm trực tràng là bắt buộc để đánh giá các đặc điểm của tuyến tiền liệt như kích thước, bề mặt, mật độ, giới hạn của tuyến tiền liệt với các cơ quan xung quanh.

❖ Các xét nghiệm cận lâm sàng

- Phân tích nước tiểu: nhằm xác định sơ bộ tình trạng nhiễm khuẩn niệu (nitrite, bạch cầu niệu), hồng cầu niệu, đường niệu...
- Xét nghiệm máu:

Δ Đánh giá chức năng thận: định lượng creatinine, ure máu.

Δ Xét nghiệm định lượng PSA: theo khuyến cáo của Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam, không thực hiện sàng lọc nhưng chỉ định cho bệnh nhân nhập viện nghi do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt. i) PSA < 2.5 ng/l, xét nghiệm kiểm tra 2 năm/lần; ii) PSA 2.5 -4 ng/l, xét nghiệm kiểm tra mỗi năm/lần; iii) PSA 4-10 ng/l, thử tỉ lệ tự do/toàn phần. Nếu tỉ lệ < 20: sinh thiết tuyến tiền liệt qua trực tràng, nếu tỉ lệ >20: theo dõi năm/lần; iv) PSA >10 ng/l, chỉ định sinh thiết tuyến tiền liệt qua trực tràng, nếu kết quả bình thường, xét nghiệm kiểm tra PSA 1 năm/lần.

*Chú ý: PSA có thể tăng theo thể tích tổ chức tuyến tiền liệt, hoặc trong trường hợp viêm tuyến tiền liệt, đặt thông tiểu, bí tiểu cấp...

Siêu âm:

Δ Khảo sát tuyến tiền liệt qua đường trên xương mu hoặc qua đường trực tràng: khảo sát hình thái, tính chất, thể tích tuyến tiền liệt.

Δ Khảo sát toàn bộ hệ tiết niệu: đánh giá tình trạng thành bàng quang, giãn đường tiết niệu trên.

Δ Đo thể tích nước tiểu tồn lưu sau khi đi tiểu. Bình thường < 30ml. >100ml: có tình trạng tắc nghẽn có ý nghĩa.

Những xét nghiệm nên làm

Đo lưu lượng dòng tiểu (uroflowmetry): bằng máy hoặc phương pháp thủ công để đánh giá tốc độ dòng tiểu trung bình, tốc độ dòng tiểu cực đại (Qmax), lượng nước tiểu đi được, thời gian đi tiểu... Chỉ có giá trị chẩn đoán tắc nghẽn khi lượng nước tiểu mỗi lần tiểu > 150ml. Đánh giá tình trạng tắc nghẽn đường tiểu dưới:

Trung bình: Qmax 10-15ml/s.

Nặng: Qmax <10ml/s

Cấy nước tiểu: trong trường hợp xác định nhiễm khuẩn đường tiết niệu và định danh vi khuẩn, sự nhạy cảm của vi khuẩn với kháng sinh.

Chụp X quang hệ tiết niệu: khi nghi ngờ có sỏi bàng quang hoặc sỏi hệ tiết niệu kèm theo.

Soi bàng quang - niệu đạo: khi nghi ngờ có bệnh lý khác kèm theo ở bàng quang, niệu đạo như u bàng quang.

Đo áp lực bàng quang, niệu đạo: khi nghi ngờ có một số bệnh lý ở bàng quang kèm theo như bàng quang tăng hoạt.

3. Phác đồ xử trí

3.1. Theo dõi

- Chỉ định: cho bệnh nhân có triệu chứng đường tiểu dưới nhẹ và vừa, chưa có tình trạng tắc nghẽn nặng, bệnh nhân chưa có những than phiền về các triệu chứng trên. Các thông số trên xét nghiệm cận lâm sàng còn ở mức độ bình thường hoặc rối loạn mức độ nhẹ.
- Các chỉ tiêu theo dõi: theo dõi định kỳ 6 - 12 tháng
- Thăm khám để biết mức độ phản nản của BN về các triệu chứng đường tiết niệu dưới
- Đánh giá chỉ số IPSS và QoL
- Siêu âm đo kích thước tuyến tiền liệt, khảo sát hình thái hệ tiết niệu, đo thể tích nước tiểu tồn lưu
- Xét nghiệm nước tiểu
- Đo lưu lượng dòng tiểu (nếu cần thiết). Nếu các chỉ số trên có biến đổi theo hướng nặng dần thì cần chọn phương pháp điều trị thích hợp.

3.2. Điều trị nội khoa

a) Các thuốc

- Các thuốc chẹn alpha

- Alfuzosin: liều 10mg x 1lần/ngày.
- Tamsulosin: Liều dùng 0,4mg/ngày, có thể tăng đến 0,8mg/ngày (1 lần) không cần điều chỉnh liều. Thuốc nên được uống 30 phút sau bữa ăn và cùng một thời điểm giữa các ngày, không được nghiền, nhai hay mở viên nang.
- Doxazosin: Liều dùng 1mg/ngày, có thể tăng đến 2-4mg và tối đa 8mg.
- Terazosin: Liều khởi đầu 1mg trước khi ngủ. Có thể tăng dần đến 5-10mg/ngày.

- Thuốc ức chế 5-alpha reductase (5 - ARI)

- Dutasteride: thuốc ức chế cả hai men 5-alpha reductase type I và II, men này biến đổi testosterone thành dihydrotestosterone (DHT). Liều dùng 0,5 mg/ngày.
- Finasteride: thuốc ức chế men 5 alpha reductase type II, men này biến đổi testosterone thành dihydrotestosterone (DHT). Liều dùng 5mg/ngày.

- Thuốc kháng muscarinic

- Các chất dẫn truyền thần kinh chiếm ưu thế của bàng quang là acetylcholine có thể kích thích thụ thể muscarinic (m-cholinoreceptors) trên bề mặt tế bào cơ trơn của cơ detrusor. Kháng thụ thể muscarinic sẽ làm giảm co thắt của bàng quang. Các loại thuốc được sử dụng hiện nay ở Việt Nam.

Δ Oxybutynin ER 2-3 lần x 5 mg

Δ Solifenacin 1 lần x 5-10 mg

- Thuốc đối kháng vassopressin - desmopressin

- Chỉ định cho bệnh nhân tiểu đêm do đa niệu ban đêm
- Thuốc chống lợi niệu học môn arginine vasopressin (AVP) có vai trò chủ đạo trong việc giữ nước trong cơ thể và kiểm soát sự sản sinh nước tiểu do gắn với thụ thể V2 trong ống góp của thận.

Δ Desmopressin 1 lần x 0,1-0,4mg/uống trước khi đi ngủ

- Thảo dược

- Một số các loại cây có tác dụng lên tuyến tiền liệt cũng đang được áp dụng trong điều trị ở nhiều nước, tuy nhiên cơ chế tác dụng cho đến nay vẫn chưa được rõ. Nguồn gốc được thảo gồm: cây cỏ lùn Nam Mỹ (serenoa repens), cây mận châu Phi (pygeum africanum), cỏ ngòi sao Nam Phi (hypoxis rooperi), cây thông, cây vân sam (pinus, picea), cây tầm ma (urtica dioica et urens), phần hoa (secale cereale), hạt bầu bí (cucurbita pepo), hoa cây xương rồng (opuntia), cây trinh nữ hoàng cung (crinum latifolium)...

b) Chỉ định điều trị

- Thuốc chẹn alpha: được sử dụng ưu tiên cho những trường hợp tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có triệu chứng đường tiết niệu dưới, mức độ tắc nghẽn trung bình. Thuốc tác dụng sớm.
- Thuốc 5ARI: thuốc được chỉ định cho những trường hợp có triệu chứng đường tiết niệu dưới, mức độ tắc nghẽn trung bình trở lên, tuyến tiền liệt lớn > 40ml. 5ARI có thể làm giảm nguy cơ bí tiểu cấp và phẫu thuật. Thuốc có công dụng làm giảm kích thước tuyến tiền liệt và đạt hiệu quả lâm sàng tối đa bắt đầu từ tháng thứ 3.

- Phác đồ phối hợp 5ARI với thuốc chẹn alpha được chỉ định điều trị ưu tiên trong những trường hợp có triệu chứng đường tiết niệu dưới, mức độ tắc nghẽn trung bình trở lên, tuyến tiền liệt lớn > 40ml, Qmax giảm. Phác đồ phối hợp cũng có hiệu quả trong những trường hợp điều trị bằng thuốc chẹn alpha đơn thuần kém hiệu quả.
- Thuốc kháng muscarinic được chỉ định cho bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có triệu chứng đường tiết niệu dưới, mức độ tắc nghẽn trung bình đồng thời có triệu chứng của bàng quang nổi trội. Cần thận trọng đối với bệnh nhân có tắc nghẽn đường tiết niệu dưới, chống chỉ định khi thể tích nước tiểu tồn lưu > 100ml.
- Phác đồ phối hợp thuốc kháng muscarinic với thuốc chẹn alpha có thể được sử dụng khi mỗi thuốc hiệu quả chưa cao.
- Thuốc đối kháng vasopressin - desmopressin được chỉ định cho bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có tiểu đêm do đa niệu ban đêm.
- Các thảo dược hiện nay chưa có khuyến cáo chỉ định một cách rõ ràng.

3.3. Điều trị ngoại khoa

a) Chỉ định

- Chỉ định tuyệt đối
 - Nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái diễn
 - Sỏi bàng quang
 - Tiểu máu tái diễn
 - Bí tiểu cấp tái diễn
 - Giãn niệu quản nguyên nhân từ tắc nghẽn do tuyến tiền liệt lành tính
 - Túi thừa bàng quang
 - Suy thận nguyên nhân từ tắc nghẽn do tuyến tiền liệt lành tính
- Chỉ tương đối
 - Điều trị nội khoa không hiệu quả

b) Cắt đốt nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt nội soi qua niệu đạo

- Phương pháp này được thực hiện đầu tiên vào năm 1935, đến nay vẫn được xem là tiêu chuẩn vàng trong điều trị phẫu thuật tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt.
- Phương tiện: Dụng cụ cắt đốt nội soi qua đường niệu đạo. Dao cắt đơn cực.

- Chỉ định: những trường hợp tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có thể tích tuyến < 80ml.

c) Các thay đổi kỹ thuật nội soi qua niệu đạo

- Xẻ rãnh tuyến tiền liệt nội soi qua niệu đạo

- Chỉ định: thể tích tuyến tiền liệt < 30ml và không có thùy giữa lớn. Nên chỉ định cho bệnh nhân < 60 tuổi.

- Phương pháp này ít biến chứng hơn so với cắt đốt nội soi qua niệu đạo.

- Cắt đốt tăng sinh tuyến tiền liệt nội soi qua niệu đạo bằng dao điện lưỡng cực

- Phương tiện: dụng cụ cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt. Dao cắt lưỡng cực

- Chỉ định: như đối với cắt đốt bằng dao đơn cực.

- Ưu điểm: so với cắt đốt bằng dao đơn cực thì hiệu quả tức thời tốt hơn. Có thể sử dụng nước muối sinh lý trong quá trình cắt đốt.

- Mô mở

- Phương pháp: sử dụng đường vào qua bàng quang hoặc đường sau xương mu bóc nhân tăng sinh tuyến tiền liệt.

- Chỉ định:

s Bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có triệu chứng đường tiểu dưới và có thể tích tuyến tiền liệt > 80ml. s Túi thừa bàng quang có chỉ định cắt bỏ. s Phẫu thuật nội soi thất bại. s Sỏi bàng quang lớn.

- Điều trị bằng nhiệt vi sóng qua niệu đạo (Transurethral Microwave Therapy- TUMT)

- Điều trị bằng nhiệt vi sóng dựa trên nguyên lý sử dụng bức xạ vi sóng phát ra từ một thiết bị an-ten đặt trong niệu đạo nhằm làm tăng nhiệt độ ở tuyến tiền liệt. Mô sẽ bị phá hủy khi nhiệt độ tăng lên trên ngưỡng gây độc tế bào (>45°C).

- Chỉ định: Giống chỉ định của TUNA.

- Hủy TTL bằng kim nhiệt qua niệu đạo (Transurethral Needle Ablation - TUNA)

- TUNA hoạt động trên nguyên tắc gây hoại tử bằng sự hoại tử đông ở vùng chuyển tiếp của tuyến tiền liệt.

- Chỉ định cho bệnh nhân không muốn điều trị bằng cắt đốt nội soi tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt với ưu thế làm giảm tỉ lệ phóng tinh ngược dòng.

❖ **Chú ý:** Cần cảnh báo cho bệnh nhân về tỉ lệ phải điều trị lại cao và ít cải thiện về triệu

chúng cũng như chất lượng cuộc sống. Phương pháp này không chỉ định cho bệnh nhân có kích thước tuyến tiền liệt lớn (>75ml).

- Bóc tuyến tiền liệt bằng laser Holmium:

- Sử dụng laser holmium: Yttrium-Aluminum-Garnet (Ho:YAG) với bước sóng 2140nm để bóc hoặc cắt tuyến tiền liệt. Đây là loại laser rắn.

- Cắt tuyến tiền liệt nên chỉ định đối với tuyến <60ml.

- Bóc tuyến tiền liệt có thể áp dụng đối với tuyến lớn hơn.

- Bóc hơi tuyến tiền liệt bằng laser ánh sáng xanh (532 nm ('Greenlight') laser

- Sự bốc hơi mô tuyến tiền liệt khi có sự tăng đột ngột nhiệt độ trong mô từ 50°C đến 100°C nhờ năng lượng của laser.

- Chỉ định: Bóc hoặc cắt tuyến tiền liệt bằng laser được chỉ định như cắt đốt nội soi qua niệu đạo.

- Nhược điểm: không có mẫu mô để làm giải phẫu bệnh lý.

3.4. Các biến chứng của phẫu thuật có thể gặp

- Chảy máu

- Tổn thương cơ quan lân cận

- Hội chứng cắt đốt nội soi

- Tiểu không tự chủ

- Bí tiểu và nhiễm trùng niệu

- Hẹp niệu đạo

- Xơ hẹp cổ bàng quang

- Phóng tinh ngược dòng

- Rối loạn cương

4. Xử trí một số tình huống lâm sàng

4.1. Bí tiểu cấp do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt

a) Thông niệu đạo - bàng quang

- Tiến hành đặt và lưu thông niệu đạo- bàng quang: dùng thông Foley 16-18Fr.

- Thuốc:

- Kháng sinh: đường uống hoặc tiêm
- Thuốc chẹn alpha

- Nghiệm pháp rút thông thử: cho rút thông Foley, thời gian rút dưới 3 ngày kể từ ngày đặt thông. Nếu bệnh nhân tiểu được, tiếp tục đánh giá để có thái độ xử trí tiếp. Nếu bệnh nhân không tiểu được, chọn lựa phương pháp điều trị ngoại khoa thích hợp.

b) Thông niệu đạo-bàng quang thất bại

- Trường hợp đặt thông thất bại, tiến hành dẫn lưu bàng quang trên xương mu bằng trocar. Sau đó đánh giá lại bệnh nhân và chọn phương pháp điều trị thích hợp.

c) Suy thận do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt

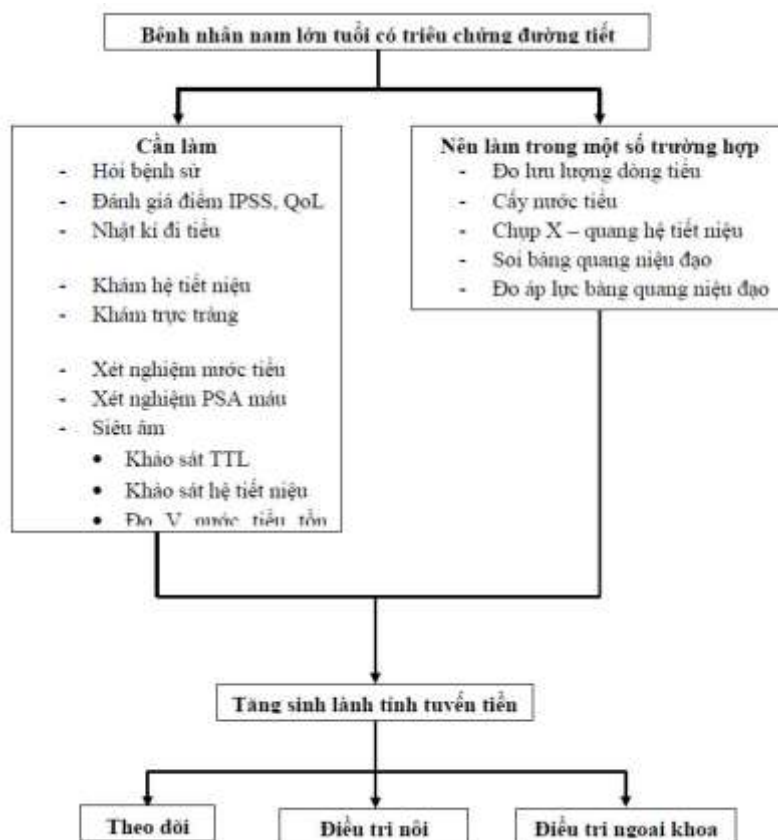
- Bệnh nhân có tình trạng giãn niệu quản 2 bên, cầu bàng quang mạn, ure và creatinin tăng cao. Tiến hành đặt thông niệu đạo-bàng quang cho bệnh nhân, sau 2-3 ngày thử lại các xét nghiệm đánh giá chức năng thận.

• Nếu cải thiện và trở về bình thường, tiến hành đánh giá và chọn lựa phương pháp điều trị thích hợp.

• Nếu xét nghiệm chức năng thận có thay đổi theo chiều hướng tốt lên nhưng chưa về bình thường, tiến hành dẫn lưu bàng quang trên mu bằng trocar. Theo dõi và đánh giá tiếp cho đến khi chức năng thận trở về bình thường, chọn lựa phương pháp điều trị thích hợp.

d) Tắc nghẽn do tuyến tiền liệt lành tính có viêm mủ bàng quang, niệu đạo, viêm tinh hoàn mào tinh hoàn, các bệnh lý nội khoa nặng: Mở thông bàng quang trên xương mu.

PHÁC ĐỒ



HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ SỎI NIỆU QUẢN

Sỏi niệu quản (NQ) sỏi được hình thành từ thận và di chuyển xuống NQ và dừng lại ở những vị trí hẹp tự nhiên của NQ. So với sỏi thận thì sỏi NQ chiếm tỷ lệ ít hơn và tương đối dễ định bệnh, dễ điều trị hơn nhưng sớm ảnh hưởng đến chức năng thận nếu bị bế tắc lâu ngày. Phần lớn sỏi có kích thước chiều ngang (so với NQ) nhỏ hơn 5 mm sẽ được tổng xuất tự nhiên theo dòng nước tiểu.

1. Đặc điểm sỏi niệu quản

1.1. Nguyên nhân sỏi NQ

Có hai loại sỏi tiết niệu: sỏi cơ thể (sỏi nguyên phát) và sỏi cơ quan (sỏi thứ phát). Sự rối loạn sinh hóa trong cơ thể sẽ sinh ra sỏi nguyên phát, sỏi thứ phát bắt nguồn từ những nguyên nhân gây tắc nghẽn đường bài tiết dẫn đến ứ đọng nước tiểu.

Hầu hết sỏi NQ có nguồn gốc từ thận, di chuyển xuống và dừng lại ở một đoạn nào đó của NQ, đặc biệt tại các chỗ hẹp sinh lý.

1.2. Diễn tiến của sỏi NQ

Khả năng sỏi từ thận di chuyển xuống bàng quang phụ thuộc vào 2 yếu tố: kích thước và vị trí của sỏi. Sỏi NQ đoạn xa dễ di chuyển xuống bàng quang hơn sỏi NQ đoạn giữa và NQ đoạn gần. Chiều ngang của viên sỏi là chỉ số quan trọng nhất ảnh hưởng đến sự di chuyển của sỏi. Phần lớn sỏi niệu quản sẽ di chuyển xuống bàng quang trong vòng 4–6 tuần. Đối với sỏi 2–4 mm, 95% di chuyển xuống bàng quang trong vòng 31 đến 40 ngày. Tỷ lệ sỏi di chuyển tự nhiên phụ thuộc nhiều vào vị trí sỏi, lần lượt là 22%, 46%, 71% theo NQ đoạn gần, đoạn giữa và đoạn xa. Do đó, điều trị nội khoa chờ sỏi được tổng xuất tự nhiên sẽ áp dụng với sỏi kích thước

≤ 5 mm, ngược lại cơ hội tổng xuất tự nhiên đối với sỏi trên 5 mm rất thấp và can thiệp lấy sỏi chủ động cần được xem xét. Các vị trí sỏi dễ bị kẹt là khúc nối bể thận–niệu quản (10%), chỗ NQ bắt chéo bó mạch chậu (20%), đoạn NQ nội thành bàng quang (70%). Trong khi di chuyển, sỏi NQ gây ra các tổn thương cho NQ. Sự phù nề

của niệu mạc xung quanh hòn sỏi tạo điều kiện cho sỏi bám vào niệu mạc, không thể di chuyển.

1.3. Lâm sàng

Triệu chứng cơ năng

Đau: sỏi NQ thường gây đau dưới nhiều dạng tùy thuộc nhiều yếu tố: tổn thương cơ thể bệnh lý, hỗn loạn sinh lý, vị trí của sỏi.

Cơn đau quặn thận: đây là cơn đau điển hình do sỏi di chuyển trong NQ, gây co thắt NQ. Cơn đau thường xuất hiện đột ngột, lúc bệnh nhân đang khỏe mạnh. Sỏi NQ thường gây ra cơn đau bão thận hơn sỏi thận vì: i) sỏi NQ hay di động do nhu động của NQ và do kích thước tương đối nhỏ của sỏi; ii) NQ có nhiều dây thần kinh hơn chủ mô thận, bề thận, đài thận nên sự cọ sát của sỏi vào niêm mạc thường gây phản ứng co thắt các đường tiểu trên. Theo Akram, triệu chứng đau quặn thận chiếm đa số (40,1%).

Đau do kích ứng: tiểu gắt, tiểu buốt do niêm mạc bàng quang bị kích thích, phóng tính đau do túi tinh, ống dẫn tinh bị viêm có thể gợi ý đến sỏi NQ chậu, đoạn sát bàng quang.

Tiểu máu: có thể vi thể hoặc đại thể.

Tiểu đục: nước tiểu đục, có mủ là dấu hiệu của nhiễm trùng thận ngược chiều, nên lưu ý khi sốt kèm rét run. Trường hợp này đe dọa trầm trọng chức năng thận, có nguy cơ nhiễm trùng huyết và choáng nhiễm trùng.

Vô niệu: vô niệu do sỏi NQ là cấp tính, bắt nguồn từ sự tắc nghẽn đường tiểu, vô niệu do sỏi NQ xuất hiện đột ngột nhưng khi bế tắc đường tiểu được giải quyết, thận cũng sớm hồi phục. Triệu chứng suy thận mạn tính: sỏi NQ hai bên hay sỏi NQ một bên với sỏi thận bên còn lại, lâu ngày có thể đưa đến tình trạng suy thận mạn tính với các triệu chứng tiêu hóa như sinh bụng, đầy hơi, ói mửa, ăn không tiêu hay các biểu hiện thiếu máu, mất ngủ ...

Những triệu chứng không điển hình: đôi khi sỏi NQ diễn tiến mờ hồ trong một thời gian dài, vì sỏi không di động và không gây bế tắc đường tiểu cấp tính. Mỗi lưng là than phiền nhiều nhất, gia tăng khi làm việc nặng. Sỏi NQ bên phải mang tính chất đau của viêm túi mật, loét hành tá tràng, viêm dạ dày hay sỏi bên trái có triệu chứng đại tràng xuống, dễ chẩn đoán nhầm trên lâm sàng.

Triệu chứng thực thể

- Thăm khám vùng bụng và hông lưng có thể phát hiện thận lớn với dấu hiệu chạm thận dương tính nếu thận bị ứ nước, đau vùng hông lưng nếu viêm quanh thận.
- Cảm giác đau được nhận biết khi thăm khám vùng hố chậu, cho phép gợi ý sỏi NQ đoạn giữa, đặc biệt khi có phản ứng viêm quanh NQ.
- Đau dưới sườn nhưng không co cứng thành bụng gập trong sỏi NQ đoạn trên.

1.4. Cận lâm sàng

Tổng phân tích và cấy nước tiểu

- Hiện diện nhiều hồng cầu, có thể có bạch cầu và vi trùng. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu có thể gây albumin trong nước tiểu.
- Các loại vi khuẩn được phân lập từ nước tiểu chủ yếu là gram âm, bao gồm *E. coli* (38,3%), *Proteus* spp. (13,6%), *Staphylococcus* spp. (8,2%), *Klebsiella* spp. và *Pseudomonas aeruginosa* (5,5%).

Chụp X quang bộ niệu không chuẩn bị (KUB)

- Phim KUB giúp xác định vị trí, kích thước và hình dáng của sỏi, từ đó cho phép dự đoán khả năng đào thải tự nhiên của viên sỏi cũng như lựa chọn phác đồ điều trị. Tuy nhiên, độ nhạy và độ đặc hiệu của KUB tương đối thấp, lần lượt từ 44 - 77% và 80 - 87%. KUB không phát hiện các loại sỏi không cản

quang. Phim KUB chỉ có thể dự đoán khoảng 39 – 40% thành phần sỏi nên không thể sử dụng để phân tích thành phần sỏi trên lâm sàng.

Siêu âm bụng

- Là phương tiện cận lâm sàng không xâm lấn giúp phát hiện sỏi và tình trạng ứ nước ở thận. Siêu âm cũng cho phép quan sát phần nào sỏi NQ, đặc biệt sỏi kém cản quang. Mặc dù rất hữu ích trong cấp cứu nhưng siêu âm mang tính định hướng nhiều hơn vì không mô tả được vị trí của sỏi và chức năng thận.

Chụp X quang hệ niệu có cản quang (UIV)

- Là phương pháp rất giá trị trong các trường hợp sỏi niệu buộc phải can thiệp phẫu thuật.

Phim UIV mô tả hai điểm cơ bản: hình thể đài bể thận và NQ, nhờ đó xác định vị trí của hòn sỏi trong đường tiết niệu cũng như mức độ giãn nở của đài bể thận. Ngoài ra, UIV phản ánh chức năng của thận có sỏi và thận bên đối diện.

- Trong trường hợp ứ nước nhiều, thận có thể không bài tiết trên UIV. Nên chụp phim muộn sau khi tiêm thuốc cản quang từ 2 - 4 - 8 giờ. Nếu chụp phim muộn vẫn không thấy thận bài tiết, nhiều khả năng thận bị hư hại trầm trọng, tiên lượng về sự phục hồi của thận sau khi lấy sỏi rất dè dặt. Nếu 2 thận đều có sỏi, UIV rất cần thiết để chọn thận ưu tiên phẫu thuật.
- Đối với sỏi NQ, UIV phản ánh mức độ giãn nở của NQ phía trên hòn sỏi. Trường hợp sỏi không cản quang, hình ảnh NQ giãn nở và thuốc cản quang bị dừng lại tại vị trí sỏi được thể hiện đặc trưng trên UIV. Để chẩn đoán phân biệt giữa sỏi NQ vùng hố chậu với những vết vôi hóa trong vùng này, trên phim chụp nghiêng vẫn thấy sỏi NQ nằm trên đường đi của NQ, trong khi các vết vôi hóa định vị bên ngoài.

Chụp NQ–bể thận ngược dòng (UPR)

- Trong trường hợp các triệu chứng lâm sàng (LS) và cận lâm sàng (CLS) khác kể cả UIV chưa thể kết luận sỏi NQ, UPR trở nên cần thiết. Trước khi bơm chất

cản quang, việc đưa ống thông lên chạm sỏi cũng là một yếu tố **giúp chẩn đoán**. Hình ảnh UPR cản quang cho thấy sỏi màu trắng nhạt giữa một màu trắng đậm, hoặc hình ảnh khuyết giữa NQ màu trắng đậm. Hình ảnh thuốc cản quang được bơm ngược theo ống thông NQ đến chỗ có sỏi sẽ bị dội xuống cho phép phát hiện vị trí sỏi NQ hoặc hẹp NQ.

- UPR chỉ nên áp dụng khi thật cần thiết vì thủ thuật này có tính xâm hại và có thể đưa vi khuẩn từ niệu đạo lên đường tiêu trên. Ngày nay, CTscan đã thay thế kỹ thuật này.

Multislice CTScan (MSCT)

- CT scan có thể xác định sỏi và mức độ tắc nghẽn với độ nhạy 96% so với 87% của KUB. CT scan không tiêm cản quang cung cấp nhiều dữ liệu về mật độ cũng như thành phần sỏi. CT scan hiệu quả trong trường hợp sỏi NQ kém cản quang và chụp UIV không thấy hình ảnh của thận và vị trí NQ bị tắc nghẽn. Ngoài ra, CT scan cũng đánh giá được chức năng thận.
- Kích thước sỏi rất thay đổi, từ 2 mm đến >2 cm. Hầu hết sỏi < 5 mm đều có thể di chuyển tự nhiên ra ngoài. Kích thước sỏi là một yếu tố quan trọng cùng với mức độ đau trên lâm sàng, mức độ bế tắc, tình trạng nhiễm trùng niệu, chức năng thận sẽ quyết định phác đồ điều trị: theo dõi điều trị nội chờ sỏi tự ra ngoài hay cần phải can thiệp lấy sỏi chủ động.

2.1. Điều trị cấp cứu

- Trong những trường hợp sỏi niệu quản gây nhiễm khuẩn và sốc nhiễm khuẩn cần xử trí như sau: (1) Mở thận ra da (2) Hoặc đặt thông niệu quản và phối hợp với kháng sinh thích hợp. Điều trị sỏi niệu quản trong trường hợp này được dời lại đến khi nào tình trạng nhiễm khuẩn được giải quyết.
- Ngoài ra, chỉ định cấp cứu còn được thực hiện trong những trường hợp sỏi niệu quản hai bên hay sỏi niệu quản một bên trên thận độc nhất, gây tắc nghẽn với tổn thương thận cấp tính

- Trong điều trị đau quặn thận, thuốc kháng viêm không steroids (NSAID) là thuốc được lựa chọn đầu tiên. NSAID có tác dụng giảm đau tốt hơn các thuốc opioid trong điều trị đau quặn thận. Diclofenac sodium, 100–150 mg/ngày, 3 – 10 ngày.

2.2. Điều trị nội khoa

- Vì sỏi NQ gây bế tắc và nguy cơ phá hủy thận nặng, nhanh nên chỉ điều trị nội khoa khi sỏi còn nhỏ, đường kính ≤ 5 mm, sỏi nhẵn, bờ rõ nét, chức năng thận và NQ bình thường, có khả năng theo dõi sát bệnh nhân. Phác đồ dựa trên nguyên tắc tạo điều kiện để sỏi di chuyển ra ngoài bằng cách giảm co thắt, giảm đau nếu BN trong cơn đau, uống nhiều nước hoặc truyền nhiều dịch mặn, ngọt đẳng trương. Sỏi > 6 mm, tỷ lệ tự đào thải chỉ khoảng 8%.
- Chất ức chế thụ thể adrenergic hay ức chế kênh Ca^{2+} được dùng trong điều trị sỏi NQ nhằm làm tăng sự di chuyển của sỏi thông qua việc làm giãn cơ trơn NQ. Sỏi được tống xuất tự nhiên trong 65% bệnh nhân dùng thuốc ức chế thụ thể adrenergic hay ức chế kênh Ca^{2+} nhiều hơn nhóm không dùng thuốc. Điều trị nội khoa không những làm tăng tỷ lệ sỏi di chuyển xuống bàng quang mà còn giảm bớt thời gian di chuyển của sỏi và những cơn đau quặn thận. Thuốc giãn NQ như ức chế thụ thể adrenergic hay ức chế kênh Ca^{2+} còn làm tăng áp suất thủy tĩnh phía trên sỏi nên giúp sỏi di chuyển dễ dàng. Tác dụng phụ thường gặp là hạ huyết áp thoáng qua và mạch chậm khoảng 3,5% trường hợp.
- Tamsulosin là chất ức chế thụ thể adrenergic được sử dụng phổ biến nhất. Tuy nhiên, alfulosin, terazosin và doxazosin cũng có hiệu quả tương đương.

2.3. Điều trị ngoại khoa

Chỉ định can thiệp ngoại khoa:

- Sỏi có khả năng di chuyển tự nhiên thấp (> 5 mm).
- Sỏi NQ gây tắc nghẽn + nhiễm khuẩn đường tiết niệu
- Không đáp ứng với giảm đau.

- Không đáp ứng với điều trị nội khoa.

- Ảnh hưởng chức năng thận (suy thận, sỏi NQ/thận độc nhất, sỏi NQ hai bên).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Matlaga B.R., Lingeman J.E. "Surgical management of upper urinary tract calculi".

Campbell–Walsh's Urology, 10th ed., 2012.

2. Turk C., Knoll T., Petrik A., Sarica K., Skolarikos A., Straub M., Seitz C.,
"Guidelines on urolithiasis". 2013.

HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI SỎI THẬN

1. Dịch tễ học sỏi niệu:

Ở Mỹ, hằng năm có hơn 400 000 bệnh nhân nhập viện vì sỏi niệu. Đa số bệnh nhân có tuổi từ 30 – 50. Nam có tỉ lệ mắc bệnh gấp 3 lần nữ. Người da trắng nhiều hơn gấp 4-5 lần so với người da đen. Một người có tiền căn tiểu ra sỏi, 15% có khả năng tiểu ra sỏi sau 3 năm, còn sau 15 năm thì tỉ lệ này là 30%. Bệnh sỏi niệu là bệnh có thể xảy ra trong suốt đời người bệnh, thời gian cách khoảng giữa 2 lần mắc bệnh là 2 năm.

2. Sỏi thận:

a) Biểu hiện lâm sàng

Sỏi thận thường không gây ra triệu chứng gì cho đến khi sỏi kẹt ở niệu quản, lúc đó sẽ gây ra tiểu máu hoặc các triệu chứng của bế tắc như đau, nhiễm trùng, buồn nôn, ói mửa. Cơn đau có thể lan xuống bẹn, bìu hoặc dương vật tùy theo mức độ bế tắc. Khoảng 25% bệnh nhân có tiền sử gia đình có người bị sỏi niệu. Lúc đau thường kèm theo tiểu máu đại thể hay vi thể. Nếu quan sát kỹ cặn lắng trong nước tiểu có thể cho ta đoán được bản chất sỏi là loại nào.

b) Chẩn đoán lâm sàng

Trước tiên phải làm tổng phân tích nước tiểu, cấy nước tiểu và chụp phim KUB. Khoảng 2/3 trường hợp là sỏi cản quang có thể thấy trên KUB. Sau đó là làm siêu âm thận. Siêu âm giúp phát hiện sỏi thận và đánh giá mức độ ứ nước.

Chụp MSCT scan có thể xác định sỏi và mức độ ứ nước.

Trong phim UIV, đôi khi cần chụp các phim muộn (sau 24 giờ), nhất là trường hợp sỏi không cản quang như sỏi acid uric, hoặc khi sỏi nằm chồng lên các xương cột sống. Chụp phim nghiêng giúp ta phân biệt sỏi niệu với các vôi hóa tĩnh mạch. Chụp phim tư thế nằm sấp giúp phát hiện các trường hợp có bế tắc nhiều. Mặc dù vẫn còn hữu dụng trong một vài trường hợp nhưng dần dần phim UIV được thay thế bằng phim MSCT scan. Chụp MSCT scan thì nhanh, không cần rửa ruột và không dùng thuốc cản quang. Nó giúp xác định chính xác sỏi bể thận và niệu quản.

c) Điều trị:

Việc điều trị cơn đau quặn thận cấp phụ thuộc vào kích thước sỏi, vị trí, mức độ bế tắc và tổng trạng bệnh nhân.

Chỉ định các phương pháp điều trị.

Nếu bệnh nhân có nhiễm trùng hoặc bế tắc nhiều cần phải can thiệp ngay. Hoặc bằng cách đặt thông niệu quản lưu, hoặc mở thận ra da bằng cách chọc dò qua da.

Nếu có sỏi nhỏ có thể điều trị bằng cách cho uống nước nhiều và dùng thuốc giảm đau. Sỏi niệu quản có kích thước nhỏ hơn 4mm thì 90% sẽ tự tiêu ra, nếu sỏi lớn hơn 6mm thì khả năng tiêu ra sỏi chỉ khoảng 20%.

Sỏi niệu quản thường hay kẹt tại 3 chỗ: (1) khúc nối bẹn thận niệu quản, (2) niệu quản bắt chéo động mạch chậu, (3) và chỗ hẹp nhất là khúc nối niệu quản bàng quang. Sỏi nằm ở đoạn trên ít có khả năng được tiêu ra hơn sỏi với sỏi niệu quản nằm ở đoạn thấp.

Điều trị nội khoa.

Thường được áp dụng đối với sỏi không gây bế tắc, không gây triệu chứng, không có nhiễm trùng, kích thước sỏi nhỏ hơn 4mm và nằm ở đoạn thấp của niệu quản.

Bệnh nhân được khuyên uống nhiều nước và rặn mạnh khi đi tiểu, và phải hứng lấy sỏi để phân tích nếu tiêu ra sỏi. Cần chụp phim KUB mỗi tuần để biết độ di chuyển của sỏi. Thường sẽ tiêu ra sỏi sau 4-6 tuần.

Gắp sỏi qua nội soi.

Thường dùng đối với sỏi nằm thấp mà điều trị nội thất bại (5). Ngày nay người ta thường dùng máy soi niệu quản cứng hoặc mềm để thay thế cho gắp sỏi mù hoặc gắp dưới hướng dẫn của X quang. Ít khi phải nong rộng niệu quản khi ta dùng máy soi có đường kính 7F. Khi đã soi thấy sỏi ta có thể lôi bằng gắp 3 chấu hoặc dùng rọ để gắp sỏi ra. Nếu sỏi lớn ta cần tán sỏi bằng siêu âm, bằng thủy điện lực, bằng khí hoặc bằng Lazer trước khi gắp sỏi ra. Tỷ lệ thành công 95%.

Tán sỏi ngoài cơ thể (chuyển tuyến).

Trước kia người ta dùng tán sỏi ngoài cơ thể cho các trường hợp sỏi thận (1), ngày nay phương pháp này cũng có thể áp dụng với sỏi niệu quản, nhất là khi sỏi nhỏ hơn 8mm. Trước khi tán sỏi ngoài cơ thể ta có thể đặt hoặc không đặt thông niệu quản lưu. Đối với sỏi nằm ở đoạn thấp của niệu quản, ta đặt bệnh nhân nằm sấp, để dễ xác định sỏi và tránh sự che lấp sỏi bởi xương chậu.

Phẫu thuật nội soi lấy sỏi

Ứng dụng trong các trường hợp sỏi niệu quản trên, sỏi bồn thận đơn giản (2).

Lấy sỏi thận qua da (chuyên tuyến)

Phương pháp này sử dụng cho những trường hợp sỏi trong thận, sỏi nằm bồn thận (4).

Mổ hở lấy sỏi niệu quản.

Vì các phương pháp tán sỏi ngoài cơ thể, gắp sỏi qua nội soi niệu quản đạt kết quả cao, nên ngày nay người ta ít khi mổ mở lấy sỏi niệu quản.

3.Theo dõi sau điều trị.

Nên **uống nhiều nước**, ít nhất là 2 lít mỗi ngày.

Ăn nhạt, ít muối. Ăn ít thịt động vật, nên dùng cá thay thịt.

Nên ăn nhiều rau tươi.

Nên uống nhiều nước chanh, cam tươi, bưởi tươi.

Hạn chế thức ăn dễ tạo sỏi:

1. Bệnh nhân sỏi thận dạng PHOSPHAT cần hạn chế dùng:

- a. Ca cao, bơ.
- b. Gan, đậu nành.
- c. Cá sardine.
- d. Cá mòi hộp.

2. Bệnh nhân sỏi thận dạng URATE cần hạn chế dùng:

- a. Cật heo, óc.
- b. Cá chày.

- c. Cá đối.
 - d. Thịt bê, gan.
3. Bệnh nhân sỏi thận dạng OXALATE cần hạn chế dùng:
- a. Củ cải đỏ.
 - b. Dưa chuột.
 - c. Hành tây, dâu tây.
 - d. Trà, hạt tiêu.
4. Bệnh nhân sỏi thận dạng CALCIUM cần hạn chế dùng:
- a. Đậu nành, ca cao, sữa, trứng, hạt dẻ.
 - b. Tôm hùm, sò hến, cua, chocola, quả vải.
 - c. Rau diếp, phomat, đậu hòa lan, hạnh nhân.
 - d. Đậu haricot, quả olive.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Andreassen et al., 1997. Andreassen KH, Dahl C, Andersen JT, et al: Extracorporeal shock wave lithotripsy as first line monotherapy of solitary calyceal calculi. Scand J Urol Nephrol 1997; 31:245-248.*
2. *Deger et al., 2004. Deger S, Tuellmann M, Schoenberger B, et al: Laparoscopic anatrophic nephrolithotomy. Scand J Urol Nephrol 2004; 38:263-265.*
3. *Gaur et al., 2002. Gaur DD, Trivedi S, Prabhudesai MR, et al: Laparoscopic ureterolithotomy: Technical considerations and long-term follow-up. BJU Int 2002; 89:339-343.*
4. *Kavoussi et al., 1992. Kavoussi LR, Albala DM, Basler JW, et al: Percutaneous management of urolithiasis during pregnancy. J Urol 1992; 148(pt 2):1069-1071.*

5. Harmon et al., 1997. Harmon WJ, Sershon PD, Blute ML, et al: Ureteroscopy: Current practice and long-term complications. *J Urol* 1997; 157:28-32.

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG NIỆU ĐẠO

1. Đại cương

1.1. Nguyên nhân:

❖ Niệu đạo trước:

- Chấn thương kín: tai nạn giao thông, té kiêu cưỡi ngựa, đập vật cứng vào tầng sinh môn.
- Quan hệ tình dục: gãy dương vật, dụng cụ kích dục vào lòng niệu đạo
- Vết thương: đạn bắn, bị đâm, chó cắn, cắt bỏ dương vật
- Dải co thắt niệu đạo trong điều trị tiểu không kiểm soát
- Tổn thương niệu đạo do điều trị (iatrogenic): dụng cụ nội soi, đặt thông niệu đạo, nong niệu đạo

❖ Niệu đạo sau:

- Vỡ khung chậu
- Do điều trị: dụng cụ nội soi, đặt thông niệu đạo, nong niệu đạo, cắt tuyến tiền liệt tận căn.

❖ Niệu đạo nữ:

- Đụng dập do quá trình chuyển dạ.
- Vỡ khung chậu nghiêm trọng kèm theo tổn thương cổ bàng quang và âm đạo.
- Do điều trị: đặt thông niệu đạo kéo dài, xạ trị vùng chậu, phẫu thuật cắt túi thừa niệu đạo, phẫu thuật điều trị tiểu không kiểm soát.

1.2. Phân loại:

Bảng 1: Phân loại chấn thương niệu đạo theo Hiệp hội phẫu thuật chấn thương Hoa Kỳ

Độ	Mô tả	Biểu hiện
I	Đụng dập	Chảy máu miệng niệu đạo Chụp niệu đạo bình thường
II	Kéo dẫn	Niệu đạo bị kéo dẫn nhưng không thoát thuốc cản quang ra ngoài khi chụp niệu đạo
III	Vỡ một	Thoát thuốc cản quang ra ngoài niệu đạo nhưng thuốc cản quang vẫn còn

	phần	vào được bàng quang
IV	Vỡ hoàn toàn	Thoát thuốc cản quang ra ngoài tại vị trí tổn thương, thuốc cản quang không vào được bàng quang Chiều dài niệu đạo đứt xa < 2 cm
V	Vỡ hoàn toàn	Đứt niệu đạo hoàn toàn > 2cm, hoặc tổn thương kéo dài đến tuyến tiền liệt hoặc âm đạo

a) Chẩn đoán

❖ Lâm sàng

Có thể nghi ngờ bệnh nhân có chấn thương/vết thương niệu đạo khi căn cứ vào hoàn cảnh xảy ra chấn thương, kết hợp với những triệu chứng phối hợp của bệnh nhân như sau:

1. Chảy máu ở miệng niệu đạo
2. Máu ở âm hộ (ở nữ)
3. Tiểu máu
4. Tiểu đau
5. Tiểu khó hoặc bí tiểu
6. Phù nề hoặc máu tụ tầng sinh môn
7. Thăm trực tràng: tuyến tiền liệt di chuyển lên cao hoặc không sờ thấy (ở nam)

❖ Cận lâm sàng

1. Chụp niệu đạo ngược dòng (RUG): tiêu chuẩn vàng
2. Siêu âm: giúp đánh giá các thương tổn phối hợp chấn thương niệu đạo
3. CT scan và MRI: không phải là một phần của đánh giá ban đầu
4. Nội soi niệu đạo: dùng thay thế chụp niệu đạo ngược dòng ở nữ

Bảng 2: Phân loại Goldman chấn thương niệu đạo dựa trên RUG

Phân loại	Mô tả
Loại 1	Niệu đạo sau bị kéo giãn, nhưng còn nguyên vẹn
Loại 2	Rách niệu đạo tuyến tiền liệt - màng phía trên hoành niệu dục
Loại 3	Rách một phần hoặc toàn bộ niệu đạo trước và sau, với sự gián đoạn của hoành niệu dục
Loại 4	Chấn thương bàng quang kéo dài đến niệu đạo

Loại 4a	Chấn thương tại bàng quang gây thoát nước tiểu bàng quang quanh niệu đạo tạo hình ảnh giống chấn thương niệu đở sau
Loại 5	Chấn thương niệu đạo trước đơn thuần một phần hoặc hoàn toàn

b) Điều trị

❖ Nguyên tắc điều trị:

- Hồi sức chống sốc, chống nhiễm trùng
- Xác định vị trí chảy máu từ các cơ quan
- Xử trí thương tổn tại niệu đạo, tùy tình huống mà có thái độ xử trí khác nhau.

❖ Niệu đạo trước:

* Chấn thương kín:

• Xử trí cấp cứu: tạo hình niệu đạo cấp cứu hoặc sớm không có chỉ định, tốt nhất là chuyển lưu nước tiểu trên xương mu. Trường hợp rách niệu đạo một phần, có thể chuyển lưu trên xương mu hoặc đặt thông niệu đạo vô trùng nhẹ nhàng.

• Điều trị tiếp theo: Sau khi những thương tổn kết hợp phục hồi và tình trạng chấn thương niệu đạo ổn định, tiến hành chụp lại niệu đạo ít nhất sau 3 tháng để đánh giá:

- Đoạn hẹp ngắn và nhẹ: có thể nội soi cắt trong hoặc nong niệu đạo.

- Hẹp nặng, đoạn hẹp < 1cm: phẫu thuật tạo hình có thể nối tận - tận,

- Hẹp nặng, đoạn hẹp > 1cm: tạo hình bằng mảnh ghép hoặc vạt da có cuống (nối tận - tận sẽ bị cong dương vật).

* vết thương:

• Xử trí cấp cứu:

- Nam: vết thương niệu đạo thường phối hợp với thương tổn ở dương vật và tinh hoàn, do đó cần thiết phải phẫu thuật thám sát. Trong phẫu thuật, có thể thám sát và nối niệu đạo nếu cần thiết.

- Nữ: vết thương niệu đạo thường kết hợp rách âm đạo và bàng quang. Do đó được phẫu thuật kết hợp ngay thời điểm ban đầu.

- Bắt buộc sử dụng kháng sinh chu phẫu.

• Điều trị tiếp theo: Trong trường hợp đoạn vỡ lệch xa 1-1,5cm thì việc nối lại sớm không khả thi. Nên mở 2 đầu đoạn vỡ ra da để chuẩn bị cho tạo hình niệu đạo 2 thì. Phẫu thuật lại sau ít nhất 3 tháng.

❖ Niệu đạo sau:

* Chấn thương:

• Xử trí cấp cứu:

- Vỡ niệu đạo một phần: mở bàng quang ra da hoặc đặt thông niệu đạo vô trùng nhẹ nhàng. Chụp niệu đạo lại sau 2 tuần khi vết thương lành.

- Vỡ niệu đạo hoàn toàn: việc đầu tiên là mở bàng quang ra. Việc điều trị tiếp theo còn phụ thuộc vào bệnh lý và tổn thương phối hợp.

- Sau khi mở bàng quang ra da, có thể lựa chọn những phương pháp điều trị sau:

- Nội soi làm thẳng hàng niệu đạo

- Mở mở làm thẳng hàng niệu đạo trong trường hợp có kèm thương tổn cổ bàng quang và trực tràng

- Lưu ý: Tạo hình niệu đạo sớm không được chỉ định.

• Điều trị tiếp theo:

- Tạo hình niệu đạo trì hoãn sớm (trong vòng 2 tuần sau chấn thương: được chỉ định ở nữ, nhưng thiếu bằng chứng tính hiệu quả ở nam giới)

- Tạo hình niệu đạo trì hoãn là tiêu chuẩn vàng (ít nhất 3 tháng sau chấn thương)

- Nội soi cắt trong niệu đạo trì hoãn (ít nhất 3 tháng sau chấn thương)

* vết thương:

• Xử trí ban đầu: Nếu tình trạng bệnh nhân ổn định, mổ mở nối niệu đạo nên được thực hiện

• Điều trị trì hoãn: Trường hợp tình trạng bệnh nhân không ổn định hoặc có những thương tổn khác ngoài hệ niệu cần can thiệp cấp cứu thì chỉ mở bàng quang ra da, chỉnh sửa niệu đạo có thể được trì hoãn.

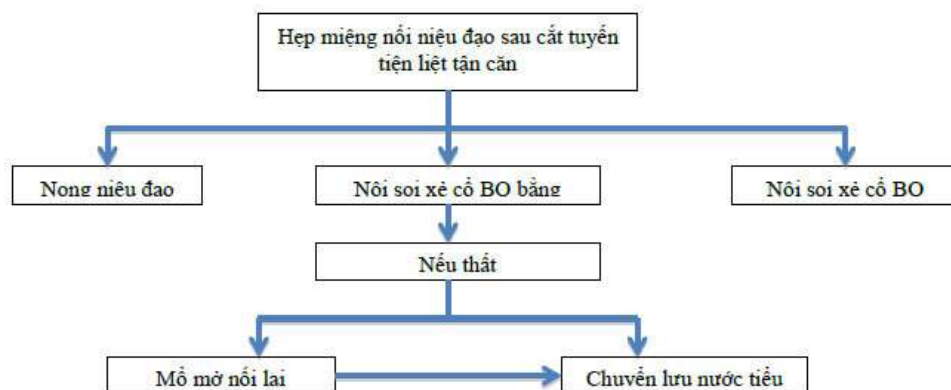
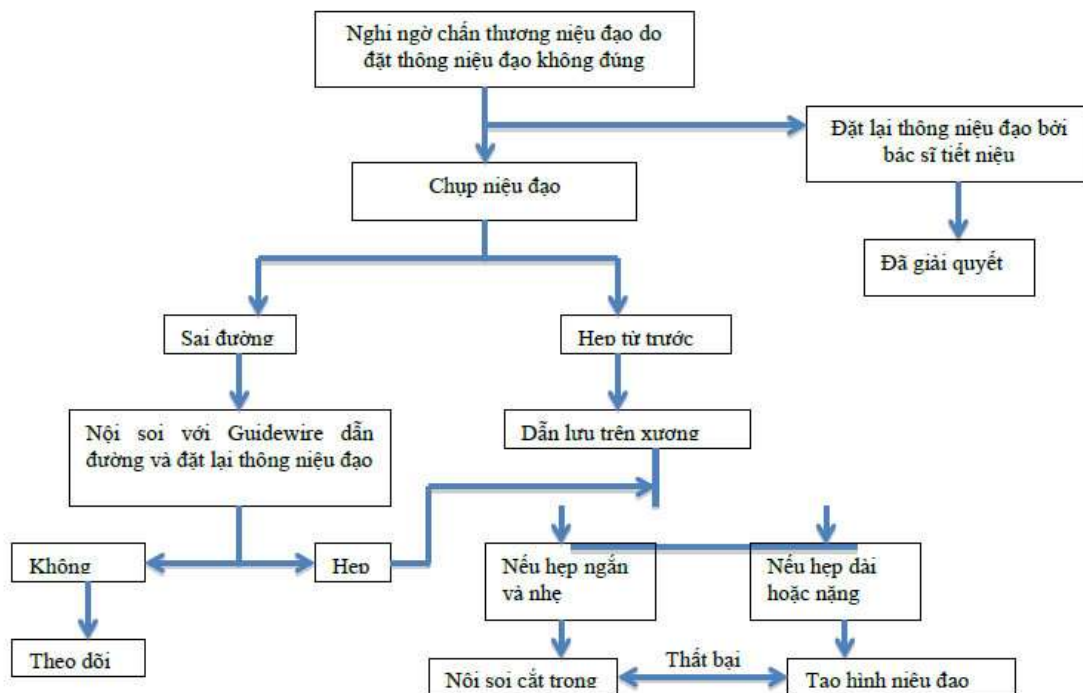
Bảng 3: Chấn thương niệu đạo và hướng xử trí theo Hội Tiết niệu châu Âu

Phân loại	Mô tả	Hướng xử trí
Loại 1	Tổn thương kéo dài. Niệu đạo bị kéo dài mà không thoát thuốc cản quang trên phim niệu đạo	Không cần điều trị
Loại 2	Đụng Dập. Chảy máu miệng niệu đạo nhưng không thoát thuốc cản quang trên phim niệu đạo	Có thể được điều trị thận trọng với mở bàng quang ra da hoặc đặt thông niệu đạo

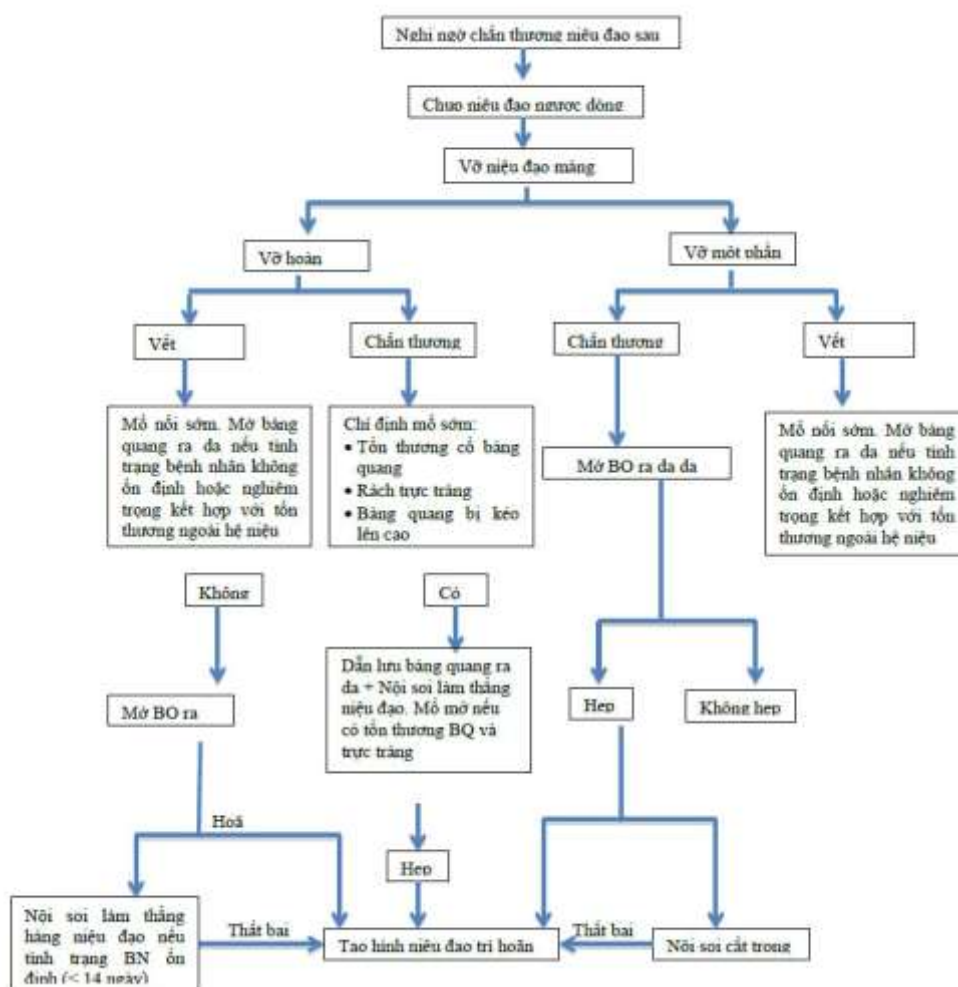
Loại 3	Vỡ một phần của niệu đạo trước hoặc sau. Thoát thuốc cản quang ở vị trí tổn thương nhưng thuốc còn vào được bàng quang	Có thể được điều trị thận trọng với mở bàng quang ra da hoặc đặt thông niệu đạo
Loại 4	Vỡ hoàn toàn niệu đạo trước. Thoát thuốc cản quang ở vị trí tổn thương nhưng thuốc không vào niệu đạo sau và bàng quang	Sẽ cần điều trị mổ mở hoặc nội soi, sớm hoặc trì hoãn.
Loại 5	Vỡ hoàn toàn niệu đạo sau. Thoát thuốc cản quang ở vị trí tổn thương nhưng thuốc không vào bàng quang	Sẽ cần điều trị mổ mở hoặc nội soi, sớm hoặc trì hoãn.
Loại 6	Vỡ hoàn toàn hay một phần niệu đạo sau kết hợp với rách cổ bàng quang hay âm đạo	Yêu cầu phẫu thuật mở sớm

2. Các phác đồ xử trí:

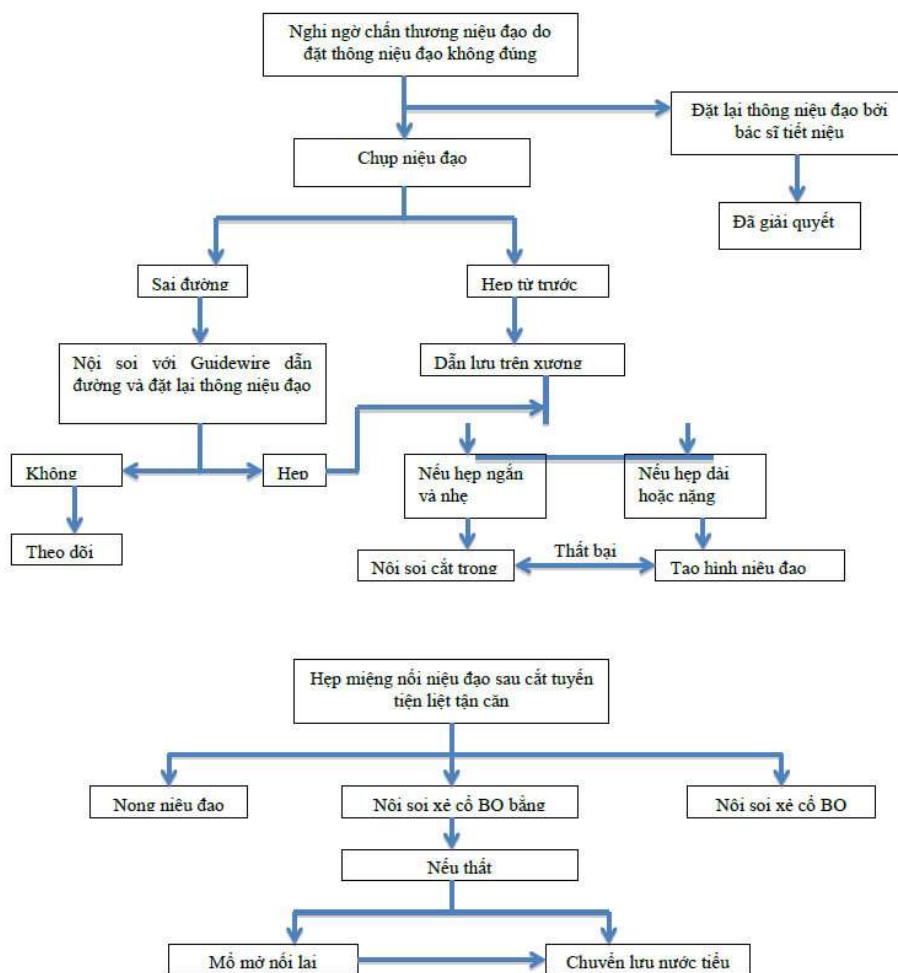
Phác đồ xử trí chấn thương niệu đạo trước theo Hội Tiết niệu Châu Âu (2013):



phác đồ xử trí chấn thương niệu đạo sau theo Hội Tiết niệu Châu Âu (2013):



Phác đồ xử trí chấn thương niệu đạo do bv điều trị:



HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI VỠ BÀNG QUANG

1. Đại cương

Vỡ bàng quang là bệnh lý cấp cứu niệu khoa, cần phải được chẩn đoán sớm và chính xác để điều trị kịp thời.

Các dấu hiệu lâm sàng của vỡ bàng quang tương đối ít nổi bật nên thường được chẩn đoán tương đối muộn, dưới bệnh cảnh là một tình trạng vỡ tạng rỗng.

Tuy bàng quang là một tạng rỗng nhưng không giống như ống tiêu hóa. Vỡ bàng quang có những đặc điểm bệnh học và lâm sàng riêng biệt. Việc điều trị cần phải tôn trọng các nguyên tắc của bệnh lý này.

Tổn thương bàng quang xảy ra thường nhất là do lực từ bên ngoài tác động vào và thường kết hợp với gãy xương chậu, rất phức tạp.

2. Nguyên Nhân:

Do vị trí giải phẫu của bàng quang được bảo vệ bởi xương chậu nên hiếm khi bị tổn thương. Tuy nhiên, bàng quang và niệu đạo thường hay bị tổn thương khi xương chậu bị vỡ hoặc chấn thương nặng vùng bụng dưới có thể gây vỡ bàng quang lúc bàng quang đang căng đầy nước tiểu. Có 4 trường hợp chấn thương kín gây vỡ bàng quang:

2.1. Chấn thương lúc bàng quang căng đầy

Đây là trường hợp thông thường nhất, thường gặp ở những bệnh nhân uống nhiều rượu bia rồi bị té ngã hay tai nạn lúc bàng quang căng đầy. Ngoài ra còn có những trường hợp do trâu bò húc hay tai nạn giao thông. Khi bàng quang căng đầy, thành bàng quang rất mỏng và sức ép bên trong bị tăng cao đột ngột khi có chấn thương, lúc này mặt sau bàng quang là điểm yếu nhất, các thương tổn thường tập trung ở đây.

2.2. Bàng quang phải chịu một sức căng quá độ do mất cảm giác

Sự mất cảm giác có thể xảy ra do tê, gây mê. Trường hợp này hay xảy ra trong soi bàng quang, soi niệu quản hoặc những phẫu thuật lớn, kéo dài mà không được đặt thông tiểu. Sự mất cảm giác có thể do thương tổn thần kinh như đứt tuỷ sống, bệnh nhân hôn mê.

2.3. Bàng quang bị xé rách hay đâm thủng

Trường hợp này xảy ra trong chấn thương gây gãy xương chậu hay toác rộng khớp mu. Mảnh xương nhọn có thể đâm thủng bàng quang hoặc sự di lệch của vách mặt trước bàng quang qua các dây chằng chậu mu.

2.4. Bàng quang có điểm yếu từ trước

Bàng quang có túi ngách hay các cột hõm xảy ra trong trường hợp bàng quang chống đối lâu ngày, hoặc bàng quang có vết loét do viêm nhiễm hay ung thư.

Trong trường hợp này, một chấn thương nhẹ cũng có thể gây vỡ bàng quang mà người ta không tìm thấy được nguyên nhân nên được gọi là vỡ bàng quang tự nhiên.

Vỡ bàng quang có thể xảy ra trong phẫu thuật can thiệp. Trong phẫu thuật nội soi phụ khoa. Ngoài ra còn có thể xảy ra ở những phẫu thuật vùng chậu bẹn, sa sinh dục, phẫu thuật qua ngã niệu đạo.

3. Chẩn đoán

3.1. Lâm sàng:

a) Triệu chứng chung

- Choáng: Là triệu chứng xuất hiện đầu tiên, nhất là trong vòng nửa giờ đầu sau chấn thương khi kèm đa chấn thương, đặc biệt là khi có gãy xương chậu.
- Đau vùng hạ vị: Bệnh nhân thấy đau nhói vùng hạ vị và lan đến hai hố chậu. Thăm khám sẽ có dấu hiệu phản ứng thành bụng.
- Buồn tiểu nhưng không tiểu được, có trường hợp bệnh nhân tiểu được 20-40ml nước tiểu có lẫn máu.
- Đặt thông tiểu: Chỉ ra khoảng 20-40ml nước tiểu có lẫn máu. Bơm rửa bàng quang sẽ thấy nước tháo ra ít hơn nước bơm vào, trừ trường hợp ống thông chui qua lỗ thủng vào ở máu tụ hoặc vào phúc mạc.

b) Triệu chứng đặc hiệu

➤ Vỡ bàng quang trong phúc mạc: Tiếng kêu Douglas. Gõ đục hai bên hông. Đặt

thông tiểu chỉ ra ít nước tiểu lẫn máu. Bơm nước vào bàng quang thấy nước tháo ra ít hơn nước bơm vào. Sau 24 giờ sẽ có dấu hiệu chướng bụng và phản ứng thành bụng lan khắp bụng.

➤ Vỡ bàng quang dưới phúc mạc: Các dấu hiệu của gãy cung trước xương chậu. Phản ứng thành bụng ở vùng hạ vị nhưng không lan đến thượng vị. Thông tiểu thấy ít nước tiểu lẫn máu đỏ hoặc toàn máu đỏ nếu đầu thông vào ở máu tụ. Sốt cao sau 24 giờ. Sau 72 giờ sẽ có dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc toàn thân sốt cao mach nhanh, lơ mơ, bạch cầu tăng cao trên

20.000, vùng hạ vị sẽ có hiện tượng phù nề lan đến lớp tế bào dưới da và có thể xuống bìu.

Sau một vết thương, bệnh nhân có tiểu máu dù bất kỳ mức độ nào cũng phải đánh giá cẩn thận: thận, niệu quản, bàng quang, niệu đạo. Tổn thương bàng quang được gợi ý bởi quỹ đạo của dao hoặc đạn. Tất cả những bệnh nhân tiểu máu nghi từ bàng quang phải được chụp X quang bàng quang hoặc thám sát trong mổ.

Sau một chấn thương, đau lan bụng vùng hạ vị, phản ứng thành bụng, bầm tím, phải nghĩ đến tổn thương bàng quang. Tuy nhiên những dấu hiệu trên khó phân biệt với nhưng triệu chứng của gãy xương chậu.

3.2.Cận lâm sàng:

a) *Siêu âm*: Có thể thấy dịch ổ bụng, lòng bàng quang ít dịch. Ngoài ra có thể thấy những

tổn thương đi kèm.

b) *X.Quang*:

❖ Bụng không chuẩn bị: Có thể thấy gãy xương chậu, nước giữa các quai ruột

❖ UCR:

- Vỡ bàng quang trong phúc mạc: Thấy thuốc cản quang lan toả vào giữa các quai ruột. Tháo hết thuốc cản quang chụp sẽ thấy: Thuốc ứ đọng ở hai hốc chậu. Hoặc thuốc đọng ở túi cùng Douglas.
- Vỡ bàng quang dưới phúc mạc: Bàng quang có hình giọt nước. Thuốc cản quang đọng lại ở hai hốc chậu ngoài bàng quang. Thuốc đọng lại ở khớp mu sau khi tháo thuốc ra.
- Bơm hơi vào bàng quang sẽ thấy liềm hơi dưới hoành ở những bệnh nhân vỡ bàng quang trong phúc mạc.

c) *CT Scan*: CT Scan cũng có vai trò nhất định đối với những trường hợp cần

khảo sát những thương tổn kèm theo trong ổ bụng bằng CT Scan.

4. Điều trị

Phác đồ xử trí những bệnh nhân gãy xương chậu nghi vỡ bàng quang hoặc niệu

đạo

Điều trị bao gồm: Hồi sức chống choáng, kháng sinh và phẫu thuật.

Tuỳ theo tổn thương của bàng quang và của các cơ quan khác đi kèm mà có cách giải quyết cụ thể riêng cho từng trường hợp.

4.1.Tổn thương đụng dập

Những tổn thương này không đòi hỏi điều trị đặc hiệu.

4.2.Vỡ bàng quang trong phúc mạc

Cần phải mổ cấp cứu, thám sát ổ bụng tìm những tổn thương phối hợp. Mổ theo đường giữa dưới rốn vào khoang phúc mạc thấy nước tiểu có lẫn máu, khâu lỗ thủng bằng chỉ Chromic bằng các mũi rời. Mổ bàng quang ra da, đặt ống dẫn lưu ở túi cùng Douglas. Ngày nay còn có thể phẫu thuật nội soi khâu lỗ vỡ bàng quang.

Một số tác giả không mổ bàng quang ra da mà đặt thông tiểu. Tuy nhiên một phân tích của Volpe và cộng sự (1999) kết luận rằng mổ bàng quang ra da và đặt thông tiểu kết quả tốt như nhau.

4.3.Vỡ bàng quang dưới phúc mạc

Rạch da đường giữa dưới rốn vào khoang Retzius, hút sạch máu và nước tiểu. Khâu lại vết rách bằng chromic mổ bàng quang ra da. Nếu khoang mô liên kết quanh bàng quang đã bị viêm tấy nặng cần phải dẫn lưu thật tốt theo phương pháp Fullerton hay Buyansky.

Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc có thể được điều trị bảo tồn bằng đặt thông tiểu. Tuy nhiên chống chỉ định điều trị bảo tồn trong trường hợp mảnh xương gãy đâm vào bàng quang. Xương chậu gãy hở và rách trực tràng có nguy cơ nhiễm trùng cao nếu điều trị bảo tồn.

Mặc dù hầu hết các tác giả tán thành điều trị không phẫu thuật của vỡ bàng quang ngoài phúc mạc, tuy nhiên cũng có nhiều quan điểm bất đồng.

4.4.Vỡ bàng quang phối hợp phức tạp

- Khẩn trương hồi sức và chẩn đoán đầy đủ các thương tổn -
- Tiến hành mổ sớm khi tình trạng bệnh nhân cho phép.
- Chỉ thực hiện các phẫu thuật cần thiết nhưng hữu hiệu với mục tiêu là cứu sống bệnh nhân và tạo điều kiện thuận lợi cho các phẫu thuật tạo hình về sau, chủ yếu là tránh tình trạng nhiễm trùng trong chậu hông bé.
- Dẫn lưu máu tụ ở vị trí thấp nhất
- Làm hậu môn nhân tạo để chuyển lưu phân trong trường hợp có vết thương trực tràng.
- Khâu vết rách bàng quang và mổ bàng quang ra da. Cố định xương chậu gãy và giải quyết các vết thương phần mềm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Trần Văn Sáng (1998), Vỡ bàng quang, Bài giảng bệnh học niệu khoa, Nhà xuất bản Cà Mau, Tr45-61*
2. *Lê Ngọc Từ (2003), Chấn thương bàng quang, Bệnh học tiết niệu, Nhà xuất bản Y học, Tr166-171.*
3. *Ngô Gia Hy (1985), Vết thương bọng đái do hoả khí, Niệu học tập I, Nhà xuất bản y học, Tr 393-401.*
4. *Trần Lê Linh Phương (2003), Điều trị chấn thương đường niệu dưới phức tạp trong gãy khung chậu nặng, Luận án tiến sĩ y học.*
5. *Dương Quang Trí (2002), Điều Trị Chấn Thương Niệu Sinh Dục, Niệu học lâm sàng, Nhà xuất bản y học, Tr 282 – 292.*
6. *Jack W.McAnich (2008), Injuries to the Genitourinary Tract, Smith's General Urology, 17th Edition, The McGraw – Hill Companies, pp: 278-296.*
7. *Allen F. Morey (2012), Genital and Lower Urinary Tract Trauma, Campbell – Wash Urology, 10th Edition, volume 3, pp: 2507-2520.*

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHÈN ÉP KHOANG CẤP TÍNH**I. ĐỊNH NGHĨA**

Chèn ép khoang (CEK) cấp tính chỉ tình trạng tăng áp lực mô trong một khoang kín giải phẫu làm gián đoạn lưu thông máu hệ thống mao mạch dẫn đến rối loạn chức năng cơ, thần kinh. Lưu thông máu ở các trực mạch máu chính vẫn lưu thông bình thường.

Do các nguyên nhân:

Các nguyên nhân làm giảm bớt thể tích khoang giải phẫu

- Băng bột hoặc nẹp quá chặt các chi
- Bỏng rộng và sâu
- Khâu kín cân, mạc quá căng tức
- Hội chứng vùi lấp

Các nguyên nhân làm tăng dung tích trong khoang

- Chấn thương phần mềm đụng dập cơ nhiều
- Gãy xương chấn thương: kể cả gãy hở có vết thương da nhỏ
- Mọi phương pháp điều trị gãy xương đều có thể bị CEK cấp tính
 - Cố định bảo tồn
 - Cố định ngoài
 - Phẫu thuật KHX bên trong

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN**1. Lâm sàng**

Tiêu chuẩn chẩn đoán CEK cấp tính trên lâm sàng chủ yếu dựa vào triệu chứng đau và dấu hiệu thần kinh.

- Dấu hiệu đau
 - Là triệu chứng xuất hiện sớm nhất, quan trọng nhất
 - Đau dữ dội ngày càng tăng
 - Đau khi sờ lên mặt da căng bóng
 - Đau tăng thêm khi kéo căng thụ động các cơ trong khoang bị chèn ép

(test căng khoang)

- Dấu hiệu thần kinh

- Rối loạn cảm giác: cảm giác tê bì, kiến bò, giảm cảm giác. Phải phát hiện sớm điều trị mới có hy vọng phục hồi
- Rối loạn vận động: phát hiện rối loạn vận động và quá muộn, ít hy vọng phục hồi hoàn toàn

2. Cận lâm sàng: đo áp lực khoang

Đối với các trường hợp nạn nhân là trẻ em, hôn mê, nạn nhân đa chấn thương, không hợp tác,...khi đó không còn có khả năng xác định chính xác các dấu hiệu lâm sàng chủ quan nữa. Đo áp lực khoang (ALK) và ΔP là bằng chứng khách quan để chẩn đoán sớm và quyết định can thiệp kịp thời nhằm tránh các di chứng cho bệnh nhân. $\Delta P = HA \text{ tâm trương} - ALK$, $\Delta P < 30\text{mmHg}$ quyết định can thiệp phẫu thuật giải áp khoang.

III. ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI – TÁI KHÁM

1. Điều trị ngoại trú

CEK không điều trị ngoại trú.

2. Điều trị nội trú

a. Điều trị bảo tồn

- Chỉ định khi thời gian CEK ≤ 6 giờ và chỉ có dấu hiệu đau.
- Tháo bỏ các phương tiện gây chèn ép bên ngoài: băng bột, băng thun, cắt chỉ các trường hợp khâu kín cân mạc.
- Tư thế chi dưới bị CEK: nên để chi ngang mức tim là phù hợp nhất.
- Thuốc giảm đau: Acetaminophen, NSAIDs.
- Tiếp tục theo dõi tiến triển mỗi giờ một lần.

b. Điều trị phẫu thuật

Phẫu thuật rạch mở cân mạc cấp cứu ngay tức thì khi có một trong các dấu hiệu sau:

- CEK quá 6 giờ, dù dấu hiệu lâm sàng nào kể trên.
- Xuất hiện dấu hiệu thần kinh (phải phát hiện sớm ngay khi mới chỉ có rối loạn cảm giác).

- $\Delta P \leq 30\text{mmHg}$.

c. Tái khám

Bệnh nhân chỉ được xuất viện khi đã ổn về CEK nên không cần tái khám về CEK.

IV. BIẾN CHỨNG

- Hội chứng Volkmann
- Liệt cơ
- Suy thận, dẫn đến tử vong.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY XƯƠNG HỖ

I. ĐỊNH NGHĨA

Gãy xương hở là gãy xương có kèm theo vết thương da hay niêm mạc và có sự thông thương ổ gãy với môi trường bên ngoài qua vết thương đó.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Có dấu hiệu chứng minh 2 sự việc:
 - Có gãy xương và có vết thương
 - Vết thương thông vào ổ gãy
- Biểu hiện:
 - Vết thương
 - + Có thể gần hoặc xa ổ gãy
 - + Có máu văng mỡ chảy ra từ vết thương
 - Gãy xương
 - + Dấu hiệu không chắc chắn: đau, sưng, bầm tím, mất cơ năng.
 - + Dấu hiệu chắc chắn: biến dạng, cử động bất thường, tiếng lạo xạo.

2. Hình ảnh học

- X-quang:
 - Thực hiện tối thiểu 2 bình diện (thẳng và nghiêng)
 - Chụp lấy đủ 2 khớp của thân xương dài
 - Chụp thêm các tư thế khác nếu cần
- Chụp CT Scan: thực hiện khi có gãy xương phức tạp, đặc biệt như một số trường hợp gãy vùng khớp,...
- Cộng hưởng từ (MRI): thực hiện khi cần xem các chi tiết của tổn thương như:
 - Sụn mặt khớp, sụn chêm
 - Mô mềm như gân, cơ, dây chằng.

3. Phân loại

Thường sử dụng phân loại của tác giả GUSTILO

- Độ I
 - Da rách < 1 cm
 - Vết thương hoàn toàn sạch, hầu hết do gãy hở từ trong ra.
 - Đụng dập cơ tối thiểu
 - Đường gãy xương là đường gãy ngang đơn giản hoặc chéo ngắn.
- Độ II
 - Tổn thương phần mềm rộng, có thể là tróc da còn cuống hoặc tróc hẳn vật da.
 - Vết rách da >1 cm
 - Cơ đụng dập từ nhẹ đến vừa, có khi làm nên chèn ép khoang.
 - Xương gãy với đường gãy ngang đơn giản hoặc chéo ngắn với mảnh nhỏ.
- Độ III

Tổn thương phần mềm rộng bao gồm cả cơ, da và cấu trúc thần kinh mạch máu. Tốc độ tổn thương cao đưa tới dập nát phần mềm nhiều và hợp thành chèn ép dữ dội. Loại này gồm 3 nhóm:

 - IIIA: vết rách phần mềm rộng tương ứng với vùng xương gãy hoặc vết thương trong tầm đạn bắn gần.
 - IIIB: vết rách phần mềm rộng, với màng bị tróc ra và đầu xương gãy lộ ra ngoài, vùng gãy xương bị nhiễm bẩn nhiều.
 - IIIC: vết thương dập nát nhiều, xương gãy phức tạp và có tổn thương mạch máu cần phải phục hồi.

III. ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI – TÁI KHÁM

- Trước hết phải xử lý các tổn thương có nguy cơ đe dọa tính mạng nếu có như các biên chứng sốc chấn thương, tắc mạch máu do mỡ, chèn ép khoang, tổn thương mạch máu, thần kinh và các phủ tạng...
- Xử trí ban đầu
 - Cố định tạm ổ gãy bằng nẹp gỗ 3 thanh hoặc nẹp bột.
 - Dịch truyền, thuốc giảm đau, kháng sinh, SAT,...

- Đối với gãy xương hở thì phẫu thuật cắt lọc là cần thiết dù là độ I.
 - 1. Điều trị nội trú
- Phương pháp điều trị: phẫu thuật.
 - Cắt lọc vết thương: da và mô dưới da, cân, cơ, mạch máu, thần kinh, xương gãy,...
 - Xử trí các biến chứng: chèn ép khoang, tổn thương thần kinh, mạch máu, nhiễm trùng,...
 - Nắn và bất động xương gãy
 - + Bất động vững chắc và liên tục sau khi đã nắn tốt.
 - + Gãy hở đến sớm (trước 24 giờ): có thể dùng cố định ngoài hoặc cố định bên trong để bất động xương gãy tùy theo loại gãy hở.
 - + Gãy hở đến muộn: chỉ nên dùng cố định ngoài để cố định xương gãy.
 - Dùng kháng sinh hỗ trợ
 - + Kháng sinh chỉ đóng vai trò hỗ trợ chứ không thay thế cắt lọc được.
 - + Dùng kháng sinh liên tục ít nhất 3 – 5 ngày sau mổ (kháng sinh cùng loại với kháng sinh sử dụng ban đầu khi tiếp nhận bệnh nhân).
 - + Có thể phối hợp với kháng sinh loại khác nếu đánh giá thấy vết thương bản có nguy cơ nhiễm trùng Gram +, Gram - hay kỵ khí.
 - Vật tư tiêu hao: dao, chỉ, gạc, dẫn lưu, các loại đinh, nẹp, vis,...
- Thuốc sử dụng
 - Các thuốc thường sử dụng:
 - + Dịch truyền: NaCl 0,9%, Lactate Ringer, Glucose 5%,...
 - + Các chế phẩm của máu
 - + Thuốc giảm đau: Acetaminophen
 - + NSAIDs
 - + Kháng sinh: nguyên tắc sử dụng như đã nêu trên.
 - Hàm lượng: theo nhà sản xuất
 - Thời gian dùng: trong thời gian nằm viện

- Chống chỉ định: dị ứng thuốc
- 2. Theo dõi
 - Các dấu hiệu cần theo dõi;
 - Tổng trạng, sinh hiệu, diễn tiến của các biến chứng nếu có.
 - Theo dõi tình trạng vết mổ, dẫn lưu.
 - Nếu có dùng các loại nẹp hoặc bột hỗ trợ thì phải theo dõi nguy cơ chèn ép.
 - Hình ảnh học sau mổ.
 - Thời gian theo dõi: trong thời gian nằm viện.
- 3. Tái khám
 - Thời gian tái khám: sau 1 tuần, 2 tuần, 4 tuần,...
 - Cận lâm sàng và thuốc cần thiết trong mỗi lần tái khám
 - XQ, huyết đồ, Vs, CRP,...
 - Thuốc: Acetaminophen, NSAIDs, kháng sinh,...

IV. BIẾN CHỨNG

- Choáng chấn thương
- Hội chứng tắc mạch máu do mỡ
- Hội chứng chèn ép khoang
- Tổn thương mạch máu
- Tổn thương thần kinh ngoại biên
- Gãy xương hở và nhiễm trùng
- Hội chứng rối loạn dinh dưỡng

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG KÍN**I. ĐỊNH NGHĨA**

Gãy xương là sự phá hủy đột ngột các cấu trúc bên trong của xương do nguyên nhân cơ học.

1. Các cấu trúc của xương gồm:

- Màng xương và hệ thống các mạch máu của màng xương.
- Xương (xương cứng và xương xốp).
- Ống tủy (tủy xương, hệ thống mạch máu trong ống tủy)

2. Các mô mềm bao quanh xương

Chủ yếu các cơ là nguồn cung cấp mạch máu màng xương.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Dựa vào bệnh sử, cơ chế chấn thương, tuổi giới để có gợi ý ban đầu về tình trạng chấn thương.
- Tìm các dấu hiệu gãy xương:
 - Dấu hiệu không chắc chắn: đau, sưng, bầm tím, mất cơ năng.
 - Dấu hiệu chắc chắn: biến dạng, cử động bất thường, tiếng lạo xạo.

2. Hình ảnh học

- X-quang
 - Thực hiện tối thiểu 2 bình diện (thẳng và nghiêng)
 - Chụp lấy đủ 2 khớp của thân xương dài.
 - Chụp thêm các tư thế khác nếu cần (VD: chụp phim chếch trong gãy kín thân xương tròn để xác định mức độ di lệch,...)
 - Phim XQ cho phép xác định những chi tiết sau: vị trí gãy, đường gãy, các di lệch, các đặc điểm hình ảnh mô mềm kèm theo.
- Chụp cắt lớp điện toán (CT Scan)

Thực hiện khi có gãy xương phức tạp, đặc biệt như một số trường hợp gãy vùng khớp,...

- Chụp cộng hưởng từ (MRI)

Thực hiện khi cần xem các chi tiết của tổn thương như:

- Sụn mặt khớp, sụn chêm.
- Mô mềm như gân cơ, dây chằng.

III. ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI – TÁI KHÁM

Xử trí ban đầu

Trước hết phải xử trí các tổn thương có nguy cơ đe dọa tính mạng nếu có như các biến chứng sốc chấn thương, tắc mạch máu do mỡ, chèn ép khoang tổn thương mạch máu, thần kinh và các phủ tạng,...

Cố định tạm ổ gãy bằng nẹp nếu cần.

1. Điều trị ngoại trú

a. Chỉ định, phương pháp điều trị

- Thường áp dụng cho trường hợp gãy xương ít di lệch có thể nắn và giữ vững bằng những phương tiện cố định bên ngoài. Bệnh nhân không có biến chứng do gãy xương hoặc bị đa chấn thương.
- Các phương tiện cố định xương gãy: đai, nẹp vải, nẹp bột, bó bột,...

b. Thuốc sử dụng

Các thuốc thường sử dụng:

- Acetaminophen
- NSAIDs
- Hàm lượng: theo nhà sản xuất
- Thời gian dùng: thường uống 1 – 2 tuần sau chấn thương
- Chống chỉ định: dị ứng thuốc

c. Theo dõi

Các dấu hiệu cần theo dõi:

- Các dấu hiệu chèn ép do bột hay nẹp
- Theo dõi sự lỏng của đai, nẹp hay bột hoặc bị hư bột
- Theo dõi xương gãy: có được cố định vững hay di lệch thứ phát

Thời gian theo dõi tại nhà: trong tuần đầu trước khi đi tái khám.

d. Tái khám

- Thời điểm tái khám: sai 1 tuần, 2 tuần, 4 tuần ,...
- Cận lâm sang và thuốc cần thiết trong mỗi lần tái khám:
 - XQ
 - Thuốc: Acetaminophen, NSAIDs, Canxi,...

2. Điều trị nội trú

a. Chỉ định, phương pháp điều trị

- Bảo tồn
 - Bệnh nhân có biến chứng của gãy xương hoặc ít đa chấn thương hoặc chấn thương nặng cần theo dõi nội viện. Gãy xương ít di lệch có thể nắn và giữ vững bằng những phương tiện cố định bên ngoài.
 - Các phương tiện cố định xương gãy: đai, nẹp vải, nẹp bột, bó bột,...
- Phẫu thuật
 - Gãy xương nặng di lệch nhiều, không vững, không giữ vững được bằng những phương tiện cố định bên ngoài hoặc có biến chứng do gãy xương cần giải quyết bằng phẫu thuật.
 - Phương pháp phẫu thuật
 - + Kết hợp xương bằng cố định ngoài, nẹp vis, đinh nội tủy, khớp nhân tạo,...
 - + Xử trí các biến chứng: chèn ép khoang, tổn thương thần kinh, mạch máu,...
 - Vật tư tiêu hao: dao, chỉ, gạc, dẫn lưu, các loại đinh, nẹp, vis,...
- Thuốc sử dụng
 - Các thuốc thường sử dụng:
 - + Dịch truyền: NaCl 0,9%, Lactate Ringer, Glucose 5%,...
 - + Các chế phẩm của máu
 - + Thuốc giảm đau: Acetaminophen
 - + NSAIDs

+Kháng sinh dự phòng phẫu thuật: thường dùng kháng sinh phổ rộng.

- Hàm lượng: theo nhà sản xuất
- Thời gian dùng: trong thời gian nằm viện
- Chống chỉ định: dị ứng thuốc

b. Theo dõi

- Các dấu hiệu cần theo dõi:
 - Tổng trạng, sinh hiệu, diễn tiến của các biến chứng nếu có.
 - Nếu điều trị bảo tồn: cần theo dõi các dấu hiệu chèn ép do bột hay nẹp, theo dõi sự lỏng của đai, nẹp hay bột,...Theo dõi xương gãy: có được cố định vững hay di lệch thứ phát.
 - Nếu điều trị phẫu thuật: theo dõi tình trạng vết mổ, dẫn lưu, hình ảnh học sau mổ
- Thời gian theo dõi: trong thời gian nằm viện.

c. Tái khám

- Thời gian tái khám: sau 1 tuần, 2 tuần, 4 tuần,...
- Cận lâm sàng và thuốc cần thiết trong mỗi lần tái khám
 - XQ
 - Thuốc: Acetaminophen, NSAIDs, kháng sinh, canxi,...

V. BIẾN CHỨNG

- Choáng chấn thương
- Hội chứng tắc mạch máu do mỡ
- Hội chứng chèn ép khoang
- Tổn thương mạch máu
- Tổn thương thần kinh ngoại biên
- Gãy xương hở và nhiễm trùng
- Hội chứng rối loạn dinh dưỡng

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG ống CỔ TAY**I. ĐỊNH NGHĨA**

Hội chứng ống cổ tay lần đầu tiên được mô tả bởi Paget năm 1854 là tình trạng chèn ép thần kinh ngoại biên thường gặp nhất ở chi trên, là hậu quả của việc thần kinh giữa bị chèn ép trong ống cổ tay.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN**1. Lâm sàng**

- Dị cảm vùng phân bố cảm giác của thần kinh giữa: ngón I, II, III và ½ ngoài ngón IV.
- Thường làm bệnh nhân giật mình thức giấc bởi cảm giác tê hay bỏng rát.
- Bệnh nhân có cơ mô cái teo so với bên đối diện.
- Dấu Tinel dương tính khi gõ vào vị trí thần kinh giữa tại cổ tay.
- Test Phalen dương tính khi gập cổ tay 90° trong khoảng thời gian 60 giây.

2. Cận lâm sàng

Điện cơ thường được dùng để chẩn đoán hội chứng ống cổ tay và các bệnh lý chèn ép thần kinh ngoại biên khác tuy nhiên độ đặc hiệu không cao.

3. Phân độ

Phân độ tùy theo điện cơ được phân thành mức độ rất nặng, nặng, trung bình và nhẹ.

III. ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI – TÁI KHÁM**1. Điều trị ngoại trú****a. Chỉ định, phương pháp điều trị**

- Khi bệnh nhân có triệu chứng nhẹ, không ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống và sinh hoạt, không có teo cơ mô cái.
- Đeo nẹp vải căng ban tay về đêm.
- Tránh hoạt động lặp đi lặp lại của cổ tay, cầm nắm mạnh.

b. Thuốc sử dụng

- NSAIDs.
- Vitamin B6.
- Steroid.

- c. Theo dõi (nêu rõ các dấu hiệu cần theo dõi, thời gian theo dõi tại nhà)
- d. Tái khám

Sau 2 đến 4 tuần để đánh giá hiệu quả điều trị.

2. Điều trị nội trú

a. Chỉ định, phương pháp phẫu thuật

- Phẫu thuật: khi teo cơ mô cái, khi triệu chứng tê, đau thường trực, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.
- Rạch da bắt đầu ở đường giữa ở phía trên nếp gấp xa cổ tay, kéo dài khoảng 3cm hướng về phía bờ trụ ngón III.
- Bọc lộ dây chằng ngang cổ tay bằng cách vén các sợi chạy song song của gân tay và vén mô mỡ của cơ mô út.
- Cắt dây chằng ngang và sau đó dùng kéo Metzenbaum cắt lên trên 2cm đoạn xa của mạc căng tay trước.
- Nếu thần kinh giữa dính vào mặt sau của dây chằng ngang, có thể tiến hành bóc vỏ bao thần kinh.
- Đóng vết mổ từng lớp và băng ép.

b. Thuốc sử dụng, vật tư tiêu hao

- Kháng sinh dự phòng trước mổ.
- Thuốc giảm đau, kháng viêm.
- Thuốc tê.
- Chỉ Nylon 3.0 hay 4.0, chỉ Vicryl 2.0 hay 3.0, chỉ Chromic Catgut 3.0.
- Dao 15 hay 10.

c. Theo dõi (nêu rõ các dấu hiệu cần theo dõi, thời gian theo dõi)

Theo dõi tụ máu, chảy máu sau mổ trong ngày đầu sau phẫu thuật.

d. Tái khám

Sau 1 tuần

- NSAIDs.
- Vitamin B6.
- Steroid.

IV. BIẾN CHỨNG

- Chảy máu – máu tụ.
- Nhiễm trùng.
- Tổn thương thần kinh giữa khi giải ép.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NGÓN TAY BẬT

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm hẹp bao gân gấp dẫn đến gây nên mất khả năng duỗi ngón tay.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

Lâm sàng:

- Đau khi ấn hoặc gấp duỗi ngón tay ở vùng khớp bàn ngón.
- Có thể cảm giác kẹt gân hoặc sờ thấy cục u di chuyển khi gấp duỗi ngón tay.

II. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị bảo tồn

- Nẹp ngón tay thẳng.
- Thuốc kháng viêm Non-steroid (Meloxicam, celecoxib, piroxicam...) hoặc chích Steroid tại chỗ: Betamethasone Dipropionate + Betamethasone Na Phosphate (Diprosan), Dectancyl,...

2. Phẫu thuật

Cắt ròn rọc A1.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM BAO GÂN DẠNG NGÓN I (DE QUERVAIN)

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm hẹp bao hoạt dịch gân dạng dài và đuôi ngắn ngón I.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

Lâm sàng:

- Thường liên quan đến hoạt động quá mức hoặc thấp khớp.
- Đau và ấn đau ở mỏm trâm quay.
- Đau tăng lên khi nắm ngón I và nghiêng trụ cổ tay (nghiệm pháp Finkelstein).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị bảo tồn

- Nẹp.
- Thuốc kháng viêm Non-steroid (Meloxicam, celecoxib, piroxicam...) hoặc chích Steroid (Diprosan, Dectancyl) tại chỗ hầu hết thành công trong 6 tuần đầu.

2. Phẫu thuật

- Giải ép khoang gân đuôi thứ 1.
- Kết quả không mong muốn sau phẫu thuật.
- Tổn thương nhánh thần kinh quay nông, bán trật gân.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG ĐÒN

I. ĐỊNH NGHĨA

- Gãy xương đòn là chấn thương thường gặp ở đai vai với khoảng 35- 43% các trường hợp, gặp ở mọi lứa tuổi. Gãy xương đòn thường do đập trực tiếp hoặc té chống tay, chủ yếu do cơ chế chấn thương gián tiếp mà nguyên nhân chủ yếu ở Việt Nam là tai nạn giao thông.
- Gãy xương thường xảy ra ở 1/3 giữa xương đòn (76- 82%), gãy đầu ngoài và đầu trong ít gặp hơn tuy nhiên chấn thương thường phức tạp và điều trị khó hơn.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Sưng đau , mất cơ năng khớp vai (không giơ tay lên đầu được).
- Vai xệ, tay lành đờ tay đau.
- Sờ thấy xương gãy gồ lên dưới da (biến dạng kiểu bậc thang).
- Ấn đau chói và có tiếng lạo xạo.
- Đo chiều dài mỏm cùng – xương ức ngắn hơn xương lành.

2. Cận lâm sàng

X quang xác định loại gãy và đường gãy, nhất là các loại gãy đầu ngoài và đầu trong xương đòn. Để thấy rõ đường gãy trong nhiều trường hợp khó, cần chụp xương đòn ở tư thế chiếu chéo 40°, hình ảnh xương đòn không chồng lên các xương sườn.

3. Phân loại

- Theo Allman chia làm ba vùng theo giải phẫu nói chung để mô tả gãy xương đòn. Tuy nhiên không tiên lượng được các di lệch, gãy nát hay tổn thương.
- Craig đã cải biên phân loại của Allman và Neer như sau:
 - Nhóm I: gãy 1/3 giữa xương đòn phổ biến nhất chiếm 80% tổng số, đa số vững.
 - Nhóm II: gãy 1/3 ngoài chiếm 12 – 15% tổng số, có 5 loại:
 - + Loại I: di lệch tối thiểu, gãy giữa dây chằng cùng đòn và dây chằng quạ đòn.
 - + Loại II: di lệch thứ phát vì gãy ở trong dây chằng quạ đòn, chia ra:
 - + Loại IIA: các dây chằng nón và thang còn.

- + Loại IIB: dây chằng nón rách, dây chằng thang còn.
- + Loại III: gãy diện khớp.
- + Loại IV: gãy ở trẻ em, dây chằng còn bám nguyên màng xương, di lệch đầu xa.
- Nhóm III: gãy 1/3 trong chiếm khoảng 5%.
- + Loại I: di lệch tối thiểu.
- + Loại II: di lệch nhiều (dây chằng rách).
- + Loại III: nội khớp.
- + Loại IV: bong rời đầu xương ở trẻ em.
- + Loại V: gãy vụn
- Phân loại của Robinson
 - Loại I: gãy đầu trong
 - + Loại IA: không di lệch, chia làm hai nhóm: A1 gãy ngoài khớp, A2 gãy phạm khớp
 - + Loại IB: di lệch, chia làm hai nhóm: B1 gãy ngoài khớp, B2 gãy phạm khớp.
 - Loại II: gãy thân xương
 - + Loại IIA: không di lệch, chia làm hai nhóm: A1 không gập góc, A2 gập góc.
 - + Loại IIB: di lệch, chia làm hai nhóm: B1 di lệch đơn giản hay mảnh thứ 3 hình nêm, B2 nhiều tầng hoặc gãy nát.
 - Loại III: gãy đầu ngoài
 - + Loại IIIA: không di lệch, chia làm hai nhóm: A1 gãy ngoài khớp, A2 gãy phạm khớp.
 - + Loại IIIB: di lệch, chia làm hai nhóm: B1 gãy ngoài khớp, B2 gãy phạm khớp.

III. ĐIỀU TRỊ - THEO DỖI – TÁI KHÁM

1. Điều trị ngoại trú

a. Chỉ định, phương pháp điều trị

- Chỉ định

- Hầu hết gãy xương đòn đều điều trị bảo tồn, tuy nhiên không nên áp dụng cho tất cả các trường hợp gãy. Nên lựa chọn điều trị thích hợp cho từng bệnh nhân và tùy vào loại thương tổn.

- Nhìn chung các trường hợp gãy kín xương đòn không di lệch hoặc di lệch ít có thể điều trị bảo tồn.
- Phương pháp: mang đai số 8
 - Mục đích để xương đòn không di động (không gây đau) khi bệnh nhân tập vận động khớp vai. Đai số 8 làm bằng thun tốt hơn dùng băng bột vì nó luôn ôm sát xương đòn trong mọi tư thế. Thời gian khoảng 4 – 6 tuần.
 - Dán băng keo thun (băng thun dính): để hạn chế bớt sự di động của xương đòn nên không gây đau. Một số người bệnh bị dị ứng với băng keo gây ngứa lở, cần tháo bỏ và dùng phương pháp khác.

b. Thuốc sử dụng

- Kháng viêm, giảm đau Nonsteroid.
- Thuốc bổ xương, Calci D...

c. Theo dõi, tái khám

- Hướng dẫn bệnh nhân tập vận động chủ động...
- Tái khám sau 1 tuần, 3 tuần, 6 tuần, 12 tuần.

2. Điều trị nội trú

a. Chỉ định, phương pháp điều trị

- Bảo tồn
 - Gãy kín xương đòn không di lệch hoặc di lệch ít, có tổn thương phối hợp như gãy xương sườn, gãy xương bả vai, hoặc có vấn đề hô hấp, tim mạch cần theo dõi.
 - Gãy xương đòn trên bệnh nhân có bệnh mãn tính kiểm soát không tốt như THA, ĐTĐ không thể phẫu thuật được.
- Phẫu thuật
 - Không liên: chỉ định chính, mổ cố định bên trong với đinh nội tủy hay nẹp vis và ghép xương.
 - Bị tổn thương thần kinh, mạch máu nên mổ sớm và kết hợp xương ngay.
 - Gãy đầu ngoài xương đòn.
 - Hai đầu gãy xa nhau do chèn phần mềm, đầu gãy nhọn chọc vào cơ delta, cơ thang, nắn không được có khi chọc thủng da.

- Vai bấp bênh: gãy hai nơi, xương đòn và cổ phẫu thuật xương bả vai làm chỗ gãy không vững.
- Gãy hở.
- Những yếu tố khác:
 - Đa thương đòi hỏi bệnh nhân mang được sức nặng và sử dụng chi trên sớm.
 - Bệnh nhân muốn nhanh chóng trở lại hoạt động bình thường: vận động viên thể thao chuyên nghiệp hay bán chuyên nghiệp.
 - Về mặt thẩm mỹ.

b. Thuốc sử dụng

- Kháng sinh phổ rộng dự phòng trước mổ.
- Kháng viêm, giảm đau Nonsteroid.

c. Theo dõi

- Vết thương sau mổ, cắt chỉ sau 10 – 14 ngày.
- Hướng dẫn tập vận động chủ động sau mổ.

d. Tái khám

Sau 1 tuần, 3 tuần, 6 tuần, 12 tuần.

V. BIẾN CHỨNG

1. Biến chứng sớm

- Chọc thủng da → gãy hở.
- Đè ép hoặc chọc thủng bó mạch dưới đòn: xuất hiện khối máu tụ to, mất mạch quay. Cần xử lý khẩn cấp về mạch máu.
- Tổn thương đám rối thần kinh cánh tay: do đè ép, kéo giãn hoặc đứt. Bệnh nhân mất cảm giác và liệt hoàn toàn hoặc một phần vận động chi trên.

2. Biến chứng muộn

- Can lệch: rất khó tránh vì rất khó cố định xương không di lệch thứ phát sau khi nắn. Thường can lệch này không ảnh hưởng nhiều đến chức năng, chỉ xấu về thẩm mỹ nhất là đối với phụ nữ và trẻ em (mặc áo cổ rộng). Đối với trẻ con can lệch không đáng ngại vì xương tự điều chỉnh. Một số can lệch quá xấu về thẩm mỹ hoặc đe dọa chọc thủng da bởi chồi xương, có thể mổ đục bớt chồi xương.

- Khớp giả: hiếm gặp, vì xương đòn gãy dễ liền do màng xương dày chắc, khi bị gãy xương chỉ bị rách mà không đứt hẳn. Nếu can thiệp bằng phẫu thuật có nguy cơ khớp giả. Cần điều trị bằng kết hợp xương, ghép xương.
- Đơ cứng khớp vai (hội chứng viêm quanh vai) do ít tập vận động hoặc do tổn thương các gân cơ xoay.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP CÙNG ĐÒN**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Trật khớp cùng đòn (TKCĐ) xảy ra do lực đập trực tiếp lên vai với cánh tay khép hoặc do gián tiếp té ngã trên cánh tay duỗi, vì vậy TKCĐ là loại chấn thương thường gặp, đặc biệt ở người trẻ do va chạm trong thể thao.
- Hiện nay tại Việt Nam do tình hình tai nạn giao thông tăng lên đặc biệt là xe gắn máy 2 bánh, gây té đập vai gây ra nhiều tổn thương khớp cùng đòn.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Sưng, đau vùng khớp cùng đòn
- Đầu ngoài xương đòn nhô cao, dấu phím đàn

2. Cận lâm sàng

- XQ khớp cùng đòn 2 bên
- XQ vai tổn thương và không tổn thương tư thế hock nách

3. Phân độ

Gồm 6 độ theo Rookwood

Độ	Dây chằng CĐ	Dây chằng quạ đòn	Cân Thang-Delta	Khoảng cách quạ đòn tăng trên XQ	Độ rộng khớp cùng đòn trên XQ	Nắn khớp CĐ
I	Bong gân	Còn nguyên	Còn nguyên	Bình thường (1.1 – 1.3cm)	Bình thường	
II	Đứt	Bong gân	Còn nguyên	< 25%	Rộng	Được
III	Đứt	Đứt	Đứt	25 – 100%	Rộng	Được
IV	Đứt	Đứt	Đứt	Tăng lên	Đầu ngoài xương đòn di lệch ra sau	Không
V	Đứt	Đứt	Đứt	100 – 300%		Không
VI	Đứt	Còn nguyên	Đứt	Giảm xuống		Không

III. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

Chỉ định

- Độ I, độ II
- Độ III: nếu bệnh nhân không thuộc nhóm trẻ tuổi hoặc có ngành nghề, thể thao cần vận động vai nhiều.

Phương pháp điều trị: mang đai treo tay 4 -6 tuần.

Thuốc: NSAIDs, Paracetamol

Chương trình tập vật lý trị liệu.

Theo dõi: tái khám mỗi 2 tuần

IV. ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT**1. Chỉ định**

- Độ III: nếu bệnh nhân thuộc nhóm trẻ tuổi hoặc có ngành nghề, thể thao cần vận động vai nhiều.
- Độ IV, V, VI.

2. Phương pháp phẫu thuật

- Phương pháp phẫu thuật tái tạo dây chằng quạ đòn 2 bó.

*** Dụng cụ phẫu thuật thiết yếu**

- + Dụng cụ lấy gân, dụng cụ đo đường kính và chiều dài gân.
- + Micro Suture Lasso Needle để giúp luồn mảnh hép qua các đường hầm xương.
- + Khoan điện, mũi khoan 5mm, 3.5mm, 4.0mm, 4.5mm, 5.0mm.
- + Kim Kirschner 1.8 – 2.0mm
- + Dụng cụ chữ T để giúp nắn khớp.
- + Chỉ bện không tan số 2.
- Tư thế bệnh nhân trước mổ: BN nằm ngửa, nửa nằm nửa ngồi (Beach chair). Tay bên vai đau được để tự do để có thể nắn chỉnh khớp cùng đòn được dễ dàng. Bờ trong xương bả vai sát mép bàn mổ, kê một gối nhỏ bên dưới.
- Phương pháp vô cảm

Tê vùng liên cơ bậc thang hoặc gây mê nội khí quản khi không thể làm phương pháp trên.

Các bước phẫu thuật:

- Đường rạch da bắt đầu ở bờ sau xương đòn và phía trong khớp cùng đòn khoảng 3.5cm, kéo dài xuống dưới tới móm quạ theo đường Langer. Có thể kéo dài đường mổ ra sau ngoài nếu cần. Rạch tới lớp cân thang – delta, bóc tách vạt da ngay trên lớp cân này. Cắt cân thang – delta ngay ranh giới giữa bám tận của cơ thang mặt sau xương đòn và nguyên ủy cơ delta mặt trước xương đòn, tách cân để bộc lộ 1/3 ngoài xương đòn, cắt mô mềm bộc lộ khớp cùng đòn, lấy hết mô nếu có, cắt bỏ sụn chêm rách, tách cơ delta bộc lộ móm quạ.
- Khoan 3 đường hầm xương tại vị trí giải phẫu 2 bó dây chằng quạ đòn tại xương đòn và móm quạ, vị trí:
 - + Đường hầm bó nón: 40 – 45 mm phía trong khớp cùng đòn và sát bờ sau xương đòn. Ngoài ra có thể sờ thấy lõi củ conoid mặt dưới xương đòn.
 - + Đường hầm bó thang: phía ngoài đường hầm bó nón 20 -25mm hơi ra phía trước.
 - + Đường hầm tại móm quạ: điểm vào phía trong sát gốc móm quạ hướng ra phía ngoài.
- Khoan đường kính bằng đường kính gân làm dây chằng tái tạo cộng với 2 hoặc 3 sợi chỉ bền không tan Fiberwire số 2, khoan rộng thêm 0.5mm (thường là 4.0 – 4.5mm).
- Gân làm dây chằng tái tạo có thể lấy từ gân gan tay dài 2 bên, cân mạc đùi, gân gấp nông ngón 3 hoặc gân Hamstring.
- Luồn dây chằng tái tạo và 2 hoặc 3 sợi chỉ Fiber số 2 qua 3 đường hầm, sử dụng dụng cụ Micro Suture Lasso Needle hỗ trợ.
- Nắn khớp cùng đòn: nếu nắn nhẹ nhàng thì không xuyên kim Kirschner từ móm cùng quạ qua xương đòn để cố định khớp.
- Cột 2 hoặc 3 sợi chỉ Fiber, cột và may dây chằng tái tạo trên 1/3 ngoài xương đòn.
- Bó dây chằng qua đường hầm bó nón kéo ra ngoài may vào mô mềm ở móm cùng vai để tái tạo phần trên dây chằng cùng đòn.
- Đóng vết mổ: cân thang – delta phải đóng lại cẩn thận.
- Sau mổ bệnh nhân được mang đai vai chi trên.

- Chương trình tập vật lý trị liệu phục hồi chức năng sau mổ (hướng dẫn bệnh nhân tự tập ở nhà nếu ở xa, không thể tới bệnh viện tập hằng ngày).

- Trong 6 – 8 tuần đầu mang đai vai chi trên, chỉ bỏ ra khi tập.
- 4 -6 tuần đầu tập đưa ra trước sau và dang vai dưới 90°.
- Sau 6 tuần tập lấy lại biên độ chủ động khớp vai.
- Trở lại công việc sau 3 tháng.
- Có thể chơi thể thao lại sau 6 tháng.

- Theo dõi:

- XQ: thẳng, tư thế nách cả 2 khớp cùng tròn.

Đánh giá 2 chỉ số:

+ Khoảng cách quạ đòn (CC) trên phim thẳng.

+ Khoảng cách cùng đòn (AC) trên phim nách.

Đánh giá vào thời điểm trước mổ, ngày sau mổ (chỉ phim thẳng), 8 , 12 tuần và 6 tháng, 12 tháng và 24 tháng sau mổ.

- Thuốc: kháng sinh phòng ngừa trước mổ và sau mổ 3 ngày.
- Tái khám: vào các thời điểm 1 tuần, 4 tuần, 6 tuần, 12 tuần, 6 tháng, 12 tháng và 24 tháng sau mổ.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠ XƯƠNG BẢ VAI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Chiếm 3 – 5% gãy xương vùng vai.
- Hầu hết là chấn thương năng lượng cao.
- Thường có tổn thương phối hợp (90% gãy xương bả vai có tổn thương phối hợp)
- Hầu hết được điều trị bảo tồn.
- Điều trị phẫu thuật: gãy ổ chảo, gãy mỏm cùng vai, gãy thân xương bả vai di lệch nhiều.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐÓN

1. Lâm sàng

- Chấn thương năng lượng cao.
- Sưng đau, bầm máu, biến dạng vùng vai
- Cánh tay áp vào thân mình
- Khó thở (nếu có tràn dịch, khí kèm theo)

2. Cận lâm sàng

- XQ vai tư thế thẳng (AP view), tư thế bên (Lateral view), tư thế nách (Axillary View).
- XQ phổi thẳng (gãy xương sườn, TDMP,...)
- CT Scan vai tái tạo 3 chiều

3. Phân độ

Theo Dravkovic và Damholt chia làm 3 type:

- Type I: gãy thân xương bả vai.
- Type II: gãy các mỏm xương (mỏm quạ, mỏm cùng).
- Type III: gãy góc trên: cổ, ổ chảo xương bả vai.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Chỉ định

a. Bảo tồn

- Hầu hết các trường hợp gãy cổ và thân xương bả vai.
- Bất động 2 – 3 tuần bằng đai vai chi trên, đai Desault,...
- Tập vận động khớp vai khi hết đau.
- Tập vận động chủ động khi xương bả vai lành trên XQ.

b. Phẫu thuật

- Gãy ổ chảo
 - Di lệch >4mm.
 - Bán trật, mất tương thích khớp vai.
- Gãy thân xương bả vai

Theo Cole và cộng sự:

- Gãy thân xương bả vai di lệch trên 2 cm (Lateralization).
- Gập góc thân xương > 45° trên Y view.
- Góc cổ thân <22°.
- Gãy thân xương bả vai kèm gãy xương đòn hoặc phức hợp mỏm cùng – xương đòn.

2. Chống chỉ định

- Shock chấn thương
- Tồn thương kèm theo: CTScan cột sống, dập phổi, tràn khí, dịch màng phổi.

IV. CHUẨN BỊ

1. Phương tiện

- Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên.
- Bộ nẹp vis khóa mắc xích, đầu dưới xương quay, vis xoắn,...

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tồn thương thần kinh quay, khớp giả, tai biến do gây tê đám rối,...) Nhịn ăn trước 6 giờ.

3. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn giải thích cho người bệnh và gia đình.

VI. TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: mê NKQ
2. Tư thế bệnh nhân
 - Nằm nghiêng: nếu đường mổ phía sau.
 - Nằm ngửa: nếu đường mổ phía trước.
3. Đường mổ
 - Judet
 - Đường delta – ngực.
4. Kỹ thuật
 - Bộc lộ ổ gãy
 - Làm sạch ổ gãy
 - Cố định tạm bằng Kirschner.
 - Nắn KHX bằng nẹp vis (gãy thân xương), vis xóp, vis rộng (gãy ổ chảo), phương pháp néo ép, nẹp vis (gãy mỏm cùng).

VII. THEO DÕI SAU MỔ

- Bất động sau mổ: đai vai CT, đai Desault,... 1 – 3 tuần.
- Tập vận động khớp vai có trợ giúp sau 3 tuần.
- Tập có kháng lực: XQ lành xương.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP VAI

I. ĐỊNH NGHĨA

- Trật khớp vai là trật khớp giữa chỏm xương cánh tay và ổ chảo xương bả vai.
- Khớp vai có tầm vận động lớn do mặt khớp chỏm xương cánh tay lớn gấp 3 lần mặt khớp ổ chảo xương bả vai nên khớp dễ vận động và dễ trật khi chấn thương.
- Khớp chỉ di lệch vào trong, gần với trục cơ thể, kết hợp với ra trước ra sau chứ không có di lệch ngoài (do cơ ngực kéo chỏm xương cánh tay vào trong).

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

1. Trật khớp vai ra trước

a. Lâm sàng

- Cơ năng: đau, sưng, mất vận động chủ động khớp.
- Thực tế biến dạng:
 - Cánh tay dạng, xoay ngoài.
 - Trục cánh tay lệch vào trong.
 - Mấu cùng vai nhô ra tạo nên vai vuông.
 - Mất rãnh delta – ngực, bề dày trước sau vai tăng.
 - Dấu ổ khớp rộng
 - Dấu lò xo.

b. Cận lâm sàng

- XQ vai thẳng, tư thế nách.
- CT Scan.

2. Các thể trật khớp vai khác

a. Gãy trật

- Trật khớp kèm gãy mấu động lớn
- Trật khớp kèm gãy cổ phẫu thuật xương cánh tay.
- Trật khớp kèm gãy ổ chảo xương bả vai.

b. Trật khớp cũ > 3 tuần

- c. Trật khớp vai tái hồi

III. ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI – TÁI KHÁM

1. Điều trị ngoại trú

a. Chỉ định

- Nắn trật khớp vai là chỉ định đầu tiên cho tất cả các loại trật khớp. Nắn càng sớm càng dễ và hiệu quả càng cao.

- Đai vai: BN $\leq$ 20 tuổi: 3 – 4 tuần

BN > 20 tuổi: 2 – 3 tuần

b. Thuốc

- Giảm đau
- Kháng viêm NSAIDs
- Chườm lạnh 20 phút/lần, 4 – 8 lần/ngày.

c. Tái khám

d. Tập VLTL

- Sau 1 tuần, 3 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng.
- Chụp XQ kiểm tra, tập VLTL

2. Điều trị nội trú

a. Chỉ định

- Bảo tồn
 - Trật khớp vai ra trước đơn thuần (hoặc gãy kèm máu động lớn)
 - Đai vai: BN $\leq$ 20 tuổi: 3 – 4 tuần
BN > 20 tuổi: 2 – 3 tuần

- Phẫu thuật

Mở mở

- Trật khớp vai ra trước đơn thuần (hoặc gãy kèm máu động lớn) nắn trật thất bại.
- Gãy trật, trật khớp khóa.

- Trật cũ > 3 tuần
- Đai vai : 6 tuần
- Thuốc
 - Giảm đau
 - Kháng viêm
 - Chườm lạnh 20 phút/lần, 4 – 8 lần/ngày

b. Tái khám

c. Tập VLTL

- Sau 1 tuần, 3 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng.
- Chụp XQ kiểm tra, tập VLTL

IV. **BIẾN CHỨNG**

- Tổn thương tủy thần kinh, mạch máu.
- Cứng khớp vai
- Thoái hóa khớp vai

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP VAI TÁI HỒI**I. ĐỊNH NGHĨA**

- Trật khớp vai là trật khớp giữa chỏm xương cánh tay và ổ chảo xương bả vai.
- Khớp vai có thể trật đi trật lại nhiều lần do điều trị không tốt ở lần trật đầu tiên gọi là trật khớp vai tái hồi.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

Khớp vai có thể trật đi trật lại nhiều lần do điều trị không tốt ở lần trật đầu tiên. Các tổn thương gây nên như: tổn thương xương chỏm xương cánh tay, bờ ổ chảo, rách bao khớp, bong tróc sụn viền. Điều trị loại gãy này đều phải phẫu thuật có thể mổ mở hay mổ nội soi.

1. Lâm sàng

- Bệnh sử: số lần trật, nghề nghiệp.
- Cơ năng: đau, sưng, mất vận động chủ động khớp.
- Thực thể
- Biến dạng
 - Cánh tay dạng, xoay ngoài.
 - Trục cánh tay lệch vào trong.
 - Mấu cùng vai nhô ra tạo nên vai vuông.
 - Mất rãnh delta – ngực, bề dày trước sau vai tăng.
 - Dấu ổ khớp rỗng
 - Dấu lò xo.
 - Test e sợ (+)

c. Cận lâm sàng

- XQ vai thẳng, tư thế nách.
- CT Scan.
- MRI

III. ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI – TÁI KHÁM**1. Điều trị ngoại trú**

Chỉ định phẫu thuật

2. Điều trị nội trú

a. Chỉ định

- Mổ mở (phẫu thuật Brishtow – Latarjet).

- Bony Bankart > 25%
- Hill – Sachs > 20%
- Tổn thương phần mềm rộng.
- Bệnh lý động kinh
- Trật > 50 lần
- Không thể mổ nội soi.

- Mổ nội soi

- Bony Bankart < 25%
- Hill – Sachs < 20%
- Tổn thương phần mềm ít
- Tổn thương chóp xoay, SLAP.

b. Chống chỉ định

- Bệnh lý thần kinh cơ.
- BN từ chối mổ
- Đai vai: 6 tuần

c. Thuốc

- Kháng sinh
- Giảm đau
- Kháng viêm
- Chườm lạnh 20phut1/lần, 4 – 8 lần /ngày

d. Tái khám

e. Tập VLTL

- Sau 1 tuần, 3 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng.
- Chụp XQ kiểm tra, tập VLTL.

IV. BIẾN CHỨNG

- Tổn thương tủy thần kinh, mạch máu
- Cứng khớp vai
- Thoái hóa khớp vai

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY ĐÀU TRÊN XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Chiếm 5% các gãy xương
- Hầu hết là chấn thương năng lượng cao
- Tổn thương phối hợp: chấn thương cột sống cổ, xương sườn, vùng vai...
- 80% được điều trị bảo tồn
- 20% được điều trị phẫu thuật

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Chấn thương năng lượng cao
- Sưng đau, bầm máu, biến dạng vùng vai
- Cánh tay áp vào thân mình
- Khó thở (nếu có tràn dịch, khí kèm theo)
- Tổn thương từng thần kinh

2. Cận lâm sàng

- XQ vai tư thế thẳng (AP view), tư thế bên (Lateral), tư thế nách (Axillary view)
- XQ phổi thẳng (gãy xương sườn, TDMP,...)
- CT Scan vai tái tạo 3 chiều

3. Phân độ

Theo Neer, phân độ dựa trên các mảnh gãy gồm: chỏm xương cánh tay, mấu động lớn, mấu động nhỏ và thân xương cánh tay.

- Gãy 2 mảnh
- Gãy 3 mảnh
- Gãy 4 mảnh
- Gãy trật

III. ĐIỀU TRỊ

1. Chỉ định

b. Bảo tồn

Theo Neer:

- Gập góc cổ thân xương cánh tay $<45^\circ$
- Di lệch các mảnh gãy $<1\text{cm}$
- Bất động 1-3 tuần bằng đai vai CT, đai Desault, tập vận động ngón tay, cổ tay, gập khuỷu
- Tập vận động khớp vai sau 3, 4 tuần
- Tập vận động có kháng lực sau 3 tháng

c. Phẫu thuật

- Gãy di lệch góc cổ thân xương cánh tay $>45^\circ$, di lệch mảnh gãy $>1\text{cm}$
- Gãy máu động lớn di lệch $>5\text{mm}$

2. Chống chỉ định

- Shock chấn thương
- Tổn thương kèm theo: CT cột sống cổ, dập phổi, tràn khí, dịch màng phổi

IV. CHUẨN BỊ

1. Phương tiện

- Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên
- Nẹp vis thường, nẹp vis khóa, đinh chốt, vis xỏ, đinh Kirschner, chỉ thép, chỉ bện không tan,...

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, khớp giả, tai biến do gây tê đám rối...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

3. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn giải thích cho người bệnh và gia đình.

V. TIẾN HÀNH

- Vô cảm: tê từng thân kinh, mê NKQ
- Tư thế bệnh nhân:
 - + Nằm ngửa/C – ARM
 - + Beach chair/C – ARM
- Đường mổ:
 - + Xẻ cơ Delta
 - + Đường Delta ngực
- Kỹ thuật
 - + Bọc lộ ổ gãy
 - + Làm sạch ổ gãy
 - + Cố định tạm bằng Kirschner
 - + Kiểm tra C – ARM
 - + Nắn KHX bằng nẹp vis, vis xoắn, phương pháp nẹp ép, nẹp vis (gãy máu động lớn), khâu xuyên xương,...
 - + Kiểm tra C –ARM 2 tư thế trước và sau nách.
 - + Khâu tăng cường gân chop xoay bằng chỉ bền không tan trong trường hợp gãy nhiều mảnh, bệnh nhân loãng xương,...

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Bất động sau mổ: đai vai CT, Desault 1 – 3 tuần
- Tập vận động khớp vai có trợ giúp sau 3 tuần.
- Tập có kháng lực: XQ lành xương.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Chiếm 3% các gãy xương
- Hầu hết là chấn thương năng lượng cao
- Tổn thương phối hợp: chấn thương vùng vai, khuỷu, xương cẳng tay.
- Tổn thương thần kinh quay thường gặp trong gãy 1/3 trên thân xương cánh tay

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Sưng đau, biến dạng cánh tay
- Chú ý các tổn thương kèm theo, đặc biệt xương cẳng tay ở trẻ em
- Khá đánh giá tổn thương thần kinh quay

2. Cận lâm sàng

- XQ cánh tay thẳng và nghiêng
- CT scan trong trường hợp có tổn thương đầu khớp trên hoặc dưới xương cánh tay

3. Phân độ

- Theo xương: theo vị trí gãy: 1/3 trên, giữa, dưới xương cánh tay
- Theo phần mềm: theo phân loại Gustilo

III. ĐIỀU TRỊ

1. Chỉ định

a. Bảo tồn

- Chồng ngắn <3cm
- Gập góc <20°
- Xoay < 30°
- Bất động bằng bột treo, hoặc bột Velpeau 6-8 tuần

b. Phẫu thuật

- Điều trị bằng phẫu thuật phụ thuộc vào 3 yếu tố (Mckee)

- Loại gãy
- Tổn thương phối hợp
- Tình trạng bệnh nhân
- Tiêu chuẩn vàng trong điều trị phẫu thuật gãy thân xương cánh tay:
 - Phục hồi chiều dài thân xương
 - Trục xương
 - Di lệch xoay
- Chỉ định
 - Loại gãy:
 - + Chồng ngắn >3cm
 - + Gập góc >20°
 - + Xoay >30°
 - + Gãy nhiều mảnh
 - + Gãy bệnh lý
 - + Gãy kèm tổn thương khớp vai, khuỷu.
 - Tổn thương phối hợp:
 - + Gãy hở
 - + Tổn thương mạch máu, thần kinh
 - + Có gãy xương cẳng tay cùng bên
 - + Gãy 2 xương cánh tay
 - + Gãy chi dưới đòi hỏi cánh tay phải chịu sức nặng
 - + Bỏng
 - + Gãy xương do đạn bắn
 - + Kết hợp với cứng khớp vai, khuỷu.
 - Tình trạng bệnh nhân:
 - + Đa chấn thương

- + CT đầu (chỉ số Glasgow = 8)
- + CT ngực
- + Bất lợi về cơ thể

2. Chống chỉ định

Shock chân thương

IV. CHUẨN BỊ

1. Phương tiện

- Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên.
- Nẹp vis thường, nẹp vis khóa, đinh chốt, nẹp mắc xích (trường hợp gãy gần khuỷu).

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, khớp giả, tai biến do gãy tê đám rối,...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

3. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ, chi tiết, các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình.

d. TIẾN HÀNH

- Vô cảm : tê tủy thần kinh , mê NKQ
- Tư thế BN
 - Nằm ngửa.
 - Nghiêng 90 độ.
- Đường mổ
 - Đường Henry
 - Đường sau khuỷu
 - Đường bên
- Kỹ thuật
 - Bộc lộ ổ gãy

- Làm sạch ổ gãy
- Bộc lộ thần kinh quay nếu sử dụng đường mổ sau
- Thăm sát thần kinh quay nếu có tổn thương
- Nén ép trong trường hợp có nhiều mảnh
- Kết hợp xương
- Kiểm tra C – ARM trong trường hợp gãy gần đầu trên hoặc đầu dưới xương cánh tay

e. THEO DÕI SAU MỔ

- Bất động sau mổ : đai vai CT , Desault, ... 1-3 tuần
- Tập vận động khớp vai có trợ giúp sau 3 tuần .
- Tập có kháng lực : XQ lành xương

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY LỖI CẦU NGOÀI – TRONG XƯƠNG CÁNH TAY

A. GỠY LỖI CẦU NGOÀI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là loại gãy ít phổ biến chiếm khoảng 10% gãy đầu dưới xương cánh tay
- Hầu hết ở độ tuổi trung niên
- Khoảng 20% có tổn thương phối hợp (trật khuỷu, đứt dây chằng bên ngoài, gãy chỏm quay).

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Nguyên nhân thường gặp là té ngã
- Sưng đau, bầm tím, ít biến dạng khuỷu

2. Cận lâm sàng

- XQ khuỷu thẳng và nghiêng
- CT Scan trong trường hợp gãy phức tạp, nhiều mảnh mặt khớp

3. Phân độ

- Type I (Hahn – Steintal): gãy LCN đường gãy dưới xương xóp thường gặp hơn
- Type II: hiếm gặp hơn (Kocher – Lorenz) gãy LCN bao gồm cả xương dưới sụn
- Type III: cũng là tổn thương ít phổ biến với đường gãy liên quan đến cả LCT hoặc cả 2 lổ cầu

III. ĐIỀU TRỊ

1. Bảo tồn

Gãy di lệch ít

2. Phẫu thuật

Điều trị phẫu thuật cho phép bệnh nhân tập vận động sớm

3. Chống chỉ định

Bệnh lý nội khoa liên quan đến gây tê hoặc mê

IV. CHUẨN BỊ

1. Phương tiện

- Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên
- Kirschner, vis, Herbert, Acutrak screw, nẹp vis,...

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, khớp giả, tai biến do gây tê đám rối,...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

3. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình.

V. TIỀN HÀNH

1. Vô cảm

Tê tòng thần kinh, mê NKQ

2. Tư thế bệnh nhân

- Nằm ngửa
- Nghiêng 90°

3. Đường mổ

- Đường sau khuỷu
- Đường bên (Kocher)

4. Kỹ thuật

- Bộc lộ rãnh Kocher
- Bộc lộ ổ gãy
- Làm sạch ổ gãy
- Cố định tạm bằng Kirschner
- Kết hợp xương bằng Kirschner, vis Herbert hoặc Acutrark screw, nẹp vis,...

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Bất động sau mổ: bột cánh bàn tay 4 tuần

- Tập vận động có trợ giúp sau 4 tuần
- Tập có kháng lực: XQ lành xương

B. GỠY LỎI CẦU TRONG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Chiếm khoảng 15% gãy đầu dưới xương cánh tay
- Gãy LCT thường gặp hơn và thường di lệch xa do nhóm cơ gấp kéo
- Ít có tổn thương trật khuỷu kèm theo ở trẻ nhỏ. Chỉ ¼ có trật khuỷu ở người lớn
- Thường xảy ra ở trẻ nam, nguyên nhân thường do tai nạn thể thao.

II. ĐIỀU TRỊ

- Điều trị bảo tồn đối với trường hợp ít di lệch, bất động bằng bột khoảng 2 tuần với khuỷu gấp 90° và cẳng tay sấp.
- Gãy di lệch hơn 1 cm hay kẹt khớp nên điều trị phẫu thuật để tránh giảm lực cầm nắm của ảg bàn tay, chèn ép thần kinh trụ và mất vững khuỷu.
- Phương tiện: Anchor Suture, vis xoắn, K, khâu xuyên xương.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY LIÊN LÒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Chiếm 2% các gãy xương
- Gãy đầu dưới xương cánh tay vẫn còn là thách thức mặc dù có nhiều tiến bộ về kỹ thuật và dụng cụ kết hợp xương
- Thường gãy liên quan đến mặt khớp và thường gặp ở người lớn tuổi có loãng xương
- Chức năng khớp kém vì cứng khớp, đau và yếu
- Chức năng khuỷu bình thường nhờ tiến bộ về dụng cụ, kỹ thuật mổ và chương trình tập phục hồi chức năng
- Hầu hết được điều trị phẫu thuật.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Chấn thương năng lượng thấp
- Thường gặp ở người lớn tuổi
- Sưng đau, biến dạng khuỷu

2. Cận lâm sàng

- XQ khuỷu thẳng và nghiêng
- CT Scan trong trường hợp gãy phức tạp, nhiều mảnh mặt khớp.

3. Phân độ

Theo Mehne và Mattta:

- Gãy “T” cao
- Gãy “T” thấp
- Gãy “Y”
- Gãy “H”
- Gãy Lamda trong
- Gãy Lamda ngoài

III. ĐIỀU TRỊ

Hầu hết được điều trị phẫu thuật

1. Chỉ định

a. Bảo tồn

- Có bệnh nội khoa kèm theo
- Người già yếu
- Bất động bằng bột cánh bàn tay ôm vai, đai vai CT, đai Desault.

b. Phẫu thuật

Tiêu chuẩn vàng trong điều trị là phục hồi giải phẫu mặt khớp và KHX vững chắc cho phép tập phục hồi chức năng sớm.

2. Chống chỉ định

Shock chấn thương

IV. CHUẨN BỊ

1. Phương tiện

- Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên
- Nẹp, vis thường, nẹp vis khóa, nẹp mắt xích thường/khóa, đinh Kirschner, chỉ thép, vis xoắn,...

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, khớp giả, tai biến do gây tê đám rối,...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

3. Hồ sơ bệnh án

Gh đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn giải thích cho người bệnh và gia đình.

V. TIẾN HÀNH

- Vô cảm

Tê tòng thần kinh, mê NKQ

- Tư thế bệnh nhân

• Nằm ngửa

- Nghiêng 90°
- Đường mổ
 - Đường Henry
 - Đường sau khuỷu
 - Đường bên
- Kỹ thuật
 - Bộc lộ, đánh dấu thần kinh trụ
 - Cắt khuỷu hoặc xẻ cơ 3 đầu hình V ngược
 - Bộc lộ ổ gãy
 - Làm sạch ổ gãy
 - Kết hợp xương LLC bằng vis xóp
 - Cố định tạm trụ trong và trụ ngoài bằng Kirschner
 - Đặt nẹp KHX ở trụ trong và ngoài

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Bất động sau mổ: đai vai CT, Desault,... 1-3 tuần
- Tập vận động khớp vai có trợ giúp sau 3 tuần
- Tập có kháng lực: XQ lành xương.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY CHỖM QUAY**I. ĐỊNH NGHĨA**

Chỗm quay được tính từ cổ xương quay trở lên, mặt khớp trên lõm hình đĩa tiếp khớp với chỗm con xương cánh tay và mặt khớp nằm viền xung quanh chỗm quay tiếp khớp với hõm sigma nhỏ của đầu trên xương trụ.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đau, sưng, cứng vùng khuỷu và cẳng tay
- Biến dạng khuỷu
- Hạn chế gấp duỗi khuỷu, sấp ngửa cẳng tay
- Đau chói vùng chỗm quay

2. Cận lâm sàng

- XQ khuỷu thẳng và nghiêng
- CT Scan khuỷu

3. Phân độ

Theo Mason:

- Loại I: gãy không di lệch
- Loại II: gãy chỗm xương quay có di lệch
- Loại III: gãy chỗm xương quay nhiều mảnh
- Loại IV: gãy chỗm xương quay kết hợp sai khớp khuỷu

III. ĐIỀU TRỊ - THEO DỖI – TÁI KHÁM

1. Điều trị ngoại trú

a. Chỉ định, phương pháp điều trị

- Chỉ định: bệnh nhân trẻ tuổi, gãy ít hoặc không di lệch,...
- Phương pháp: bó bột hoặc nẹp bột cánh bàn tay
- Điều trị bảo tồn (loại I, bệnh nhân lớn tuổi, nhiều bệnh nội khoa): bằng bó bột cánh bàn tay khuỷu 90° trong 6 tuần.
- Phẫu thuật (loại II, III, IV): mổ nắn KHX hoặc bỏ chỗm hoặc thay chỗm.

b. Thuốc sử dụng

- Acetaminophen 500mg ngày uống 3 lần, mỗi lần 1 viên
- Kháng viêm: Alphachymotrypsin ngày ngâm dưới lưỡi 3 lần, mỗi lần 2 viên.

c. Theo dõi (nêu rõ các dấu hiệu cần theo dõi, thời gian theo dõi tại nhà)

Sưng, tê, lạnh, tím các đầu ngón tay.

d. Tái khám

- Khám ngay khi có các dấu hiệu: sưng, tê, lạnh, tím các đầu ngón tay.
- Nếu không có gì tái khám sau 1 tuần, 2 tuần kế tiếp, 2 tuần tiếp,...
- Chụp XQ kiểm tra ổ gãy mỗi lần khám
- Thuốc giảm đau, kháng viêm, canxi...
- Thời điểm tái khám
- Các cận lâm sàng cần thiết trong mỗi lần tái khám, thuốc cụ thể sử dụng trong mỗi lần tái khám.

2. Điều trị nội trú

a. Chỉ định, phương pháp điều trị (vật tư tiêu hao)

- Bảo tồn
 - Loại I, bệnh nhân lớn tuổi, nhiều bệnh nội khoa bằng bó bột cánh bàn tay khuỷu 90° trong 6 tuần.
 - Bột bó, gòn bó bột
- Phẫu thuật
 - Gãy loại II,III,IV bằng mổ nắn KHX hoặc bỏ chỏm hoặc thay chỏm
 - Bộ dụng cụ phẫu thuật cẳng tay
 - Đinh Kirschner răng các loại, vis 1.5-2mm, vis rộng 2.5-3mm, nẹp vis khóa cho chỏm quay.

b. Thuốc sử dụng (ghi cụ thể hàm lượng, thời gian dùng)

- Kháng sinh dự phòng trước mổ
- Kháng viêm
- Giảm đau

c. Theo dõi nêu rõ các dấu hiệu cần theo dõi, thời gian theo dõi

- Sung, đau sau mổ
- Chảy máu vết mổ
- Vận động các ngón tay
- Bắt mạch quay, dấu bấm móng, màu sắc da vùng mổ và đoạn xa

d. Tái khám

- Tái khám sau 1 tuần, 2 tuần kế tiếp, 2 tuần tiếp,...
- Chụp XQ kiểm tra ổ gãy mỗi lần khám
- Kiểm tra vận động cảm giác chi
- Tập vận động chi
- Thuốc kháng sinh, giảm đau, kháng viêm, canxi...
- Thời điểm tái khám
- Các cận lâm sàng cần thiết trong mỗi lần tái khám, thuốc cụ thể sử dụng trong mỗi lần tái khám

IV. BIẾN CHỨNG

- Nhiễm trùng vết mổ, viêm xương...
- Tổn thương mạch máu, thần kinh
- Khớp giả
- Hạn chế vận động chi, teo cơ, cứng khớp...

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY ĐẦU TRÊN XƯƠNG TRỤ**I. ĐỊNH NGHĨA**

Đầu trên xương trụ gồm có mỏm khuỷu, mỏm vẹt, 2 mỏm này liên tục với nhau tạo thành hõm sigma lớn tiếp khớp với rãnh rọc xương cánh tay, mặt ngoài đầu trên xương trụ có hõm sigma nhỏ tiếp khớp với chỏm xương quay.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN**1. Lâm sàng**

- Hạn chế vận động xoay khớp khuỷu, không xoay được cẳng tay hoàn toàn
- Đau chói mỏm khuỷu
- Giảm cách giữa 2 đầu gãy
- Di động đoạn trung tâm
- Đường Hunter thay đổi
- Tam giác Hunter thay đổi (đảo ngược)

2. Cận lâm sàng

- XQ khuỷu thẳng, nghiêng
- CT Scan khuỷu

3. Phân độ

- Mỏm khuỷu theo Mayo
 - Độ I: gãy không di lệch, IA không có mảnh rời, IB có mảnh rời.
 - Độ II: gãy di lệch, IIA không mảnh rời, IIB có mảnh rời.
 - Độ III: gãy trật khuỷu, IIIA có mảnh rời, IIIB có mảnh rời
- Mỏm vẹt theo Regan- Morrey
 - Độ I: gãy đỉnh mỏm vẹt nhỏ hơn 2 mm
 - Độ II: gãy nhỏ hơn 50% chiều cao mỏm vẹt
 - Độ III: gãy lớn hơn 50% chiều cao mỏm vẹt

III. ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI – TÁI KHÁM**1. Điều trị ngoại trú**

a. Chỉ định, phương pháp điều trị

- Chỉ định: bệnh nhân trẻ tuổi, gãy ít hoặc không di lệch,...
- Phương pháp: bó bột hoặc nẹp bột cánh bàn tay.

b. Thuốc sử dụng

- Acetaminophen 500mg: ngày uống 3 lần, mỗi lần mỗi viên
- Kháng viêm Alphachymotrypsin: ngày ngâm dưới lưỡi 3 lần, mỗi lần 2 viên.

c. Theo dõi (nêu rõ các dấu hiệu cần theo dõi, thời gian theo dõi tại nhà)

Sưng, tê, lạnh, tím các đầu ngón tay.

d. Tái khám

- Khám ngay khi có các dấu hiệu: sưng, tê, lạnh, tím các đầu ngón tay.
- Nếu không có gì tái khám sau 1 tuần, 2 tuần kế tiếp, 2 tuần tiếp,...
- Chụp XQ kiểm tra ổ gãy mỗi lần khám
- Thuốc giảm đau, kháng viêm, canxi...
- Thời điểm tái khám
- Các cận lâm sàng cần thiết trong mỗi lần tái khám, thuốc cụ thể sử dụng trong mỗi lần tái khám.

2. Điều trị nội trú

a. Chỉ định, phương pháp điều trị (vật tư tiêu hao)

- Bảo tồn:
 - Gãy ít hoặc không di lệch, bệnh nhân lớn tuổi, nhiều bệnh nội khoa bằng bó bột cánh bàn tay khuỷu 90° trong 6 tuần.
 - Bột bó, gòn bó bột
- Phẫu thuật:

Gãy di lệch và có mảnh rời bằng mổ nắn và KHX

- Bộ dụng cụ phẫu thuật cẳng tay
- Đinh Kirschner, đinh răng các loại, chỉ thép, nẹp vis khóa đầu trên xương trụ, các loại vis xóp, vis vỏ,...

b. Thuốc sử dụng (ghi cụ thể hàm lượng, thời gian dùng)

- Kháng sinh dự phòng trước mổ
- Kháng viêm
- Giảm đau

c. Theo dõi (nêu rõ các dấu hiệu cần theo dõi, thời gian theo dõi)

- Sưng, đau sau mổ
- Chảy máu vết mổ
- Vận động các ngón tay
- Bắt mạch quay, dấu bấm móng, màu sắc da vùng mổ và đoạn xa.

d. Tái khám

- Tái khám sau 1 tuần, 2 tuần kế tiếp, 2 tuần tiếp,...
- Chụp XQ kiểm tra ổ gãy mỗi lần khám
- Kiểm tra vận động cảm giác chi
- Tập vận động chi
- Thuốc kháng sinh, giảm đau, kháng viêm, canxi...
- Thời điểm tái khám
- Các cận lâm sàng cần thiết trong mỗi lần tái khám, thuốc cụ thể sử dụng trong mỗi lần tái khám.

IV. BIẾN CHỨNG

- Nhiễm trùng vết mổ, viêm xương...
- Tồn thương mạch máu, thần kinh.
- Khớp giả
- Hạn chế vận động chi, teo cơ, cứng khớp...

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY THÂN HAI XƯƠNG CẰNG TAY**I. ĐẠI CƯƠNG**

Thân xương quay được tính từ cổ chỏm quay tới ranh giới giữa hành xương và thân xương. Thân xương trụ được tính từ mỏm vẹt tới cổ đầu xa xương trụ.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN**1. Lâm sàng**

- Đau, sưng, cứng vùng cẳng tay
- Biến dạng cẳng tay
- Hạn chế sấp ngửa cẳng tay
- Đau chói vùng xương gãy

2. Cận lâm sàng

XQ cẳng tay thẳng, nghiêng

3. Phân độ

Thường không có phân loại đơn độc mà theo thứ tự:

- Gãy xương gì (quay, trụ)
- Vị trí gãy (1/3 trên, giữa, dưới)
- Đường gãy (ngang, chéo, nhiều mảnh)
- Tổn thương khớp quay trụ (trên, dưới)
- Gãy kín hay hở
- Biểu hiện phần mềm trước đó
- Biến dạng xương trước đó
- Chất lượng xương

III. ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI – TÁI KHÁM**1. Điều trị ngoại trú****a. Chỉ định, phương pháp điều trị**

- Chỉ định: bệnh nhân gãy không di lệch, bệnh nhân lớn tuổi nhiều bệnh nội khoa
- Phương pháp: bó bột hoặc nẹp bột cánh bàn tay

b. Thuốc sử dụng

- Acetaminophen 500mg: ngày uống 3 lần, mỗi lần mỗi viên
- Kháng viêm Alphachymotrypsin: ngày ngâm dưới lưỡi 3 lần, mỗi lần 2 viên.

c. Theo dõi:

Sưng, tê, lạnh, tím các đầu ngón tay.

d. Tái khám:

- Khám ngay khi có các dấu hiệu: sưng, tê, lạnh, tím các đầu ngón tay.
- Nếu không có gì tái khám sau 1 tuần, 2 tuần kế tiếp, 2 tuần tiếp,...
- Chụp XQ kiểm tra ổ gãy mỗi lần khám
- Thuốc giảm đau, kháng viêm, canxi...

2. Điều trị nội trú

a. Chỉ định, phương pháp điều trị (vật tư tiêu hao)

- Bảo tồn:
 - Bệnh nhân gãy không di lệch, lớn tuổi, nhiều bệnh nội khoa bằng bó bột cánh bàn tay khuỷu 90° trong 6 -8 tuần
 - Bọt bó, gòn bó bột
- Phẫu thuật:
 - Bộ dụng cụ phẫu thuật cẳng tay
 - Gãy di lệch bằng mô nắn KHX
 - Nẹp + vis các loại cho cẳng tay, đinh Kirschner các loại, chỉ thép...

b. Thuốc sử dụng:

- Kháng sinh dự phòng trước mổ
- Kháng viêm
- Giảm đau

c. Theo dõi:

- Mạch, nhiệt độ, huyết áp
- Sưng, đau sau mổ

- Chảy máu vết mổ
- Vận động các ngón tay
- Bắt mạch quay, dấu bấm móng, màu sắc da vùng mổ và đoạn xa.

d. Tái khám:

- Tái khám sau 1 tuần, 2 tuần kế tiếp, 2 tuần tiếp,...
- Chụp XQ kiểm tra ổ gãy mỗi lần khám
- Kiểm tra vận động cảm giác chi
- Tập vận động chi
- Thuốc kháng sinh, giảm đau, kháng viêm, canxi...

IV. BIẾN CHỨNG

- Nhiễm trùng vết mổ, viêm xương,..
- Tồn thương mạch máu, thần kinh.
- Khớp giả
- Hạn chế vận động chi, teo cơ, cứng khớp...

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY ĐẦU DƯỚI HAI XƯƠNG CẰNG TAY

I. ĐỊNH NGHĨA

Đầu dưới xương quay được tính từ điểm nối giữa hành xương và thân xương đầu xa xương quay (khoảng 5cm từ mỏm trâm quay trở lên). Đầu dưới xương trụ tính từ cổ đầu xa xương trụ trở xuống.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đau, sưng, cứng vùng cổ tay
- Biến dạng cổ tay
- Hạn chế sấp ngửa cẳng tay
- Đau chói vùng xương gậy

2. Cận lâm sàng

XQ cổ tay thẳng, nghiêng

3. Phân độ

Có nhiều phân loại cho gãy đầu dưới xương quay nhưng phân loại cho gãy đầu dưới hai xương cẳng tay thì ít.

Phân loại của AO/OTA và Fernandez

- Loại I: khớp quay trụ dưới không tổn thương, bao gồm gãy đỉnh mỏm trâm trụ và gãy cổ đầu dưới xương trụ không lệch.
- Loại II: khớp quay trụ dưới trật nhẹ hoặc trật do rách TFCC hoặc gãy nền mỏm trâm trụ.
- Loại III: tổn thương khớp không vững, gãy trật gồm hõm sigma hoặc đầu xương trụ.
- AO/OTA thêm:
 - Q1: trật khớp quay trụ dưới (gãy nền mỏm trâm trụ)
 - Q2: gãy đơn thuần cổ xương trụ
 - Q3: gãy nhiều mảnh cổ xương trụ
 - Q4: gãy đầu xương trụ
 - Q5: gãy đầu và cổ xương trụ

- Q6: gãy xương trụ đầu gần tới cổ

III. ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI – TÁI KHÁM

1. Điều trị ngoại trú

a. Chỉ định, phương pháp điều trị

- Chỉ định: bệnh nhân gãy ít hoặc không di lệch, bệnh nhân lớn tuổi, nhiều bệnh nội khoa...
- Phương pháp: bó bột hoặc nẹp bột cánh bàn tay

b. Thuốc sử dụng

- Acetaminophen 500mg: ngày uống 3 lần, mỗi lần mỗi viên
- Kháng viêm Alphachymotrypsin: ngày ngâm dưới lưỡi 3 lần, mỗi lần 2 viên
- Canxi bồi bổ.

c. Theo dõi

Sưng, tê, lạnh, tím các đầu ngón tay

d. Tái khám

- Khám ngay khi có các dấu hiệu: sưng, tê, lạnh, tím các đầu ngón tay.
- Nếu không có gì tái khám sau 1 tuần, 2 tuần kế tiếp, 2 tuần tiếp,...
- Chụp XQ kiểm tra ổ gãy mỗi lần khám
- Thuốc giảm đau, kháng viêm, canxi...

2. Điều trị nội trú

a. Chỉ định, phương pháp điều trị

- Bảo tồn
 - Bệnh nhân gãy không di lệch, lớn tuổi, nhiều bệnh nội khoa bằng bó bột cánh bàn tay khuỷu 90° trong 6 -8 tuần
 - Bột bó, gòn bó bột
- Phẫu thuật:
 - Bộ dụng cụ phẫu thuật căng tay
 - Gãy di lệch bằng mỏ nắn KHX

- Nẹp chữ T + vis đầu dưới xương quay các cỡ, đinh Kirschner các loại, đinh răng, chỉ thép...

- Máy C – ARM

b. Thuốc sử dụng:

- Kháng sinh dự phòng trước mổ
- Kháng viêm
- Giảm đau

c. Theo dõi:

- Mạch, nhiệt độ, huyết áp
- Sung, đau sau mổ
- Chảy máu vết mổ
- Vận động các ngón tay
- Bắt mạch quay, dấu bấm móng, màu sắc da vùng mổ và đoạn xa.

d. Tái khám:

- Tái khám sau 1 tuần, 2 tuần kế tiếp, 2 tuần tiếp,...
- Chụp XQ kiểm tra ổ gãy mỗi lần khám
- Kiểm tra vận động cảm giác chi
- Tập vận động chi
- Thuốc kháng sinh, giảm đau, kháng viêm, canxi...

V. BIẾN CHỨNG

- Nhiễm trùng vết mổ, viêm xương,..
- Tổn thương mạch máu, thần kinh.
- Khớp giả
- Hạn chế vận động chi, teo cơ, cứng khớp...

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠ XƯƠNG BÀN TAY

I. ĐỊNH NGHĨA

- Là gãy 1 hay nhiều xương các xương bàn tay từ I – V
- Phân loại theo giải phẫu: gãy chỏm, thân, nền xương bàn.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Cơ chế chấn thương trực tiếp (lực đè, đập vào bàn tay) hoặc gián tiếp (lực dọc trực các xương bàn tay).
- Triệu chứng: đau chói, sưng nề, bầm tím, biến dạng (gồ xương mu tay, ngắn xương, lệch trục ngón tay), sờ có thể thấy lạo xạo xương, cử động bất thường ở ổ gãy.

2. Cận lâm sàng

XQ thường quy bàn tay tư thế thẳng, nghiêng, có thể chụp thêm tư thế chệch 45° tư thế nửa sấp hoặc nửa ngửa.

3. Phân độ

Phân loại theo gãy kín hay gãy hở

III. ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI – TÁI KHÁM

1. Điều trị ngoại trú

a. Chỉ định, phương pháp điều trị

- Chỉ định:
 - Các trường hợp gãy kín đều có chỉ định điều trị bảo tồn đầu tiên, nếu XQ kiểm tra sau bó bột chấp nhận → điều trị ngoại trú.
 - Các trường hợp bệnh nhân có tổng trạng kém, có các bệnh lý nội khoa không cho phép phẫu thuật và các trường hợp bệnh nhân từ chối nhập viện để phẫu thuật → điều trị ngoại trú.
- Phương pháp điều trị
 - Nắn chỉnh các di lệch, bó bột cố định bàn tay ôm ngón I (nếu gãy xương bàn I) hoặc bó bột cố định bàn tay kèm nẹp nhôm Iselin cố định ngón tay có xương gãy. Chú ý giữ ngón I ở tư thế dạng + đối, các ngón tay dài ở tư thế gấp khớp bàn đốt $60 - 70^\circ$, cổ tay duỗi $15 - 20^\circ$. Thời gian bó bột trung bình là 4 tuần.

- Trường hợp sưng nề nhiều hoặc có tổn thương da cần chăm sóc vết thương thì làm nẹp bất động (nẹp bột hoặc nẹp vải), khi các triệu chứng trên ổn định sẽ bỏ bột sau (thường sau 1 tuần).

b. Thuốc sử dụng

- Kháng sinh (nếu có vết thương): Ampicycline + Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavuronic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, nhóm Quinolon.
- Kháng viêm, giảm đau NSAIDs: Piroxicam, Meloxicam, Diclofenac, Celecoxib, Etoricoxib, Loxoprofen,...
- Giảm đau: Acetaminophen +/- codein, Flotafenine, tramadol.
- Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Serratiopeptidase.
- Canxi, Vitamin C, Vitamin D3

c. Theo dõi

- Các dấu hiệu cần theo dõi tại nhà: sưng nề, căng, bầm tím, đau tăng lên; các ngón tay lạnh, tím, tê, mất cảm giác → cần trở lại bệnh viện ngay.
- Thời gian theo dõi tại nhà: tái khám sau 7 ngày, 2 tuần, 3 – 4 tuần nếu không có triệu chứng bất thường.

d. Tái khám

- Tái khám sau 1 tuần, 2 tuần, 3 -4 tuần, 6 tuần
- XQ kiểm tra sau 1 tuần (nếu có di lệch thứ phát cần nắn lại hoặc chuyển qua điều trị phẫu thuật), 2 tuần, 4 tuần (tháo bột).
- Trong thời gian còn đang bó bột: chỉnh sửa lại bột (nếu cần), hướng dẫn bệnh nhân kê cao tay, vận động các ngón tay tự do.
- 186auk hi tháo bột: hướng dẫn bệnh nhân tập vật lý trị liệu cổ tay và các ngón tay để phục hồi tầm vận động và sức nắm của bàn tay.
- Thuốc: như trên. Khi bớt đau, bớt sưng thì dùng canxi, Vitamin D3.

2. Điều trị nội trú

a. Chỉ định, phương pháp điều trị

- Chỉ định:
 - Các trường hợp gãy kín nhưng có dấu hiệu đe dọa chèn ép khoang hoặc có các tổn thương khác kèm theo cần theo dõi tại bệnh viện → làm nẹp bột cố định bàn tay (có thể ôm ngón I hoặc kèm nẹp nhôm Iselin tùy xương gãy) +

điều trị nội trú kháng viêm + chống phù nề. Khi tình trạng ổn định → nắn, bó bột, điều trị ngoại trú. Nếu chèn ép khoang tăng nặng → phẫu thuật giải ép khoang +/- cố định xương gãy.

- Các trường hợp gãy hở → nhập viện để phẫu thuật cắt lọc làm sạch vết thương + cố định xương gãy.
- Các trường hợp gãy kín được điều trị bảo tồn thất bại (ngón I: gập góc $>20^{\circ}$ - 30° , cấp kênh mặt khớp $>1\text{mm}$, xoay; các ngón dài: gập góc $>20^{\circ}$, chỏm xương bàn V $>45^{\circ}$, di lệch $>1/2$ thân xương, xoay, cấp kênh mặt khớp $>1\text{mm}$) → nhập viện phẫu thuật kết hợp xương.
- Phương pháp phẫu thuật: tùy từng trường hợp có thể sử dụng
 - Nắn chỉnh các di lệch + xuyên kim Kirschner qua da dưới màn tăng sáng, nẹp bột cẳng bàn tay ôm ngón I (nếu gãy xương bàn I) hoặc bột cẳng bàn tay kèm nẹp nhôm Iselin cố định ngón tay có xương gãy. Chú ý giữa ngón I ở tư thế dạng + đối, các ngón tay dài ở tư thế gập khớp bàn đốt 60 – 70°, cổ tay duỗi 15 – 20°
 - Mổ nắn + kết hợp xương bằng kim Kirschner, chỉ thép, vis, nẹp vis hoặc khung bất động ngoài.
 - Nẹp bột hoặc nẹp vải nâng đỡ sau mổ trong 3 -4 tuần.

b. Thuốc sử dụng

- Kháng sinh (nếu có vết thương): Ampicycline + Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavuronic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, nhóm Quinolon, Clindamycine, Metronidazole.
- Kháng viêm, giảm đau NSAIDs: Piroxicam, Meloxicam, Diclofenac, Celecoxib, Etoricoxib, Loxoprofen,...
- Giảm đau: Acetaminophen +/- codein, Flotafenine, tramadol.
- Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Serratiopeptidase.
- Canxi, Vitamin C, Vitamin D3

c. Theo dõi

- Các dấu hiệu: căng nề, căng vết mổ → kê cao tay, cắt bớt môi chỉ thoát lưu máu tụ
- Thời gian theo dõi tại bệnh viện: tùy tình trạng vết mổ, thường từ 1-3 ngày.

d. Tái khám

- Tái khám sau 1 tuần, 2 tuần (cắt chỉ), 4 tuần (XQ kiểm tra), 6 tuần, 8 tuần (XQ) 3 – 6 tháng (XQ), 1 năm (XQ).
- Sau 3 – 4 tuần → bỏ nẹp bột, tập vật lý trị liệu
- Thời điểm lấy dụng cụ: khi có can xương, thường sau mổ 3 – 6 tháng, không nên để lâu hơn 1 năm
- Thuốc: như trên, khi bớt đau, bớt sưng thì dùng canxi, vitamin D3.

IV. BIẾN CHỨNG

1. Biến chứng sau điều trị bảo tồn

- Chèn ép bột
- Can lệch
- Khớp giả

2. Biến chứng sau điều trị phẫu thuật

- Chảy máu
- Nhiễm trùng
- Can lệch
- Khớp giả

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÂY XƯƠNG NGÓN TAY**I. ĐỊNH NGHĨA**

Là gãy một hay nhiều xương các xương đốt ngón tay từ ngón I-V.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN**1. Lâm sàng**

- Cơ chế chấn thương trực tiếp (lực đè, đập vào bàn tay) hoặc gián tiếp (lực dọc trực các ngón tay).
- Triệu chứng: đau chói, sưng nề, bầm tím, biến dạng (gồ xương, lệch trục ngón tay), sờ có thể thấy lạo xạo xương, cử động bất thường ở ổ gãy.

2. Cận lâm sàng

- XQ thường quy bàn tay tư thế thẳng, nghiêng với vị trí các ngón tay tách nhau, có thể chụp thêm tư thế chéo 45° tư thế nửa sấp hoặc nửa ngửa.

3. Phân độ

- Phân loại gãy kín, gãy hở.
- Phân loại theo giải phẫu: ngón I gồm 2 đốt gần và xa (đốt 1,2), ngón II – V gồm 3 đốt gần, giữa, xa (đốt 1, 2, 3).
- Phân theo gãy chỏm thân, nền đốt ngón.

III. ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI – TÁI KHÁM**1. Điều trị ngoại trú****a. Chỉ định, phương pháp điều trị**

- Chỉ định:
 - Phần lớn các trường hợp gãy kín đều có chỉ định điều trị bảo tồn đầu tiên, nếu XQ kiểm tra sau bó bột chấp nhận → điều trị ngoại trú.
 - Các trường hợp bệnh nhân có tổng trạng kém, có các bệnh lý nội khoa không cho phép phẫu thuật và các bệnh nhân từ chối nhập viện để phẫu thuật → điều trị ngoại trú.
- Phương pháp điều trị
 - Nắn chỉnh các di lệch, bó bột căng bàn tay ôm ngón I (nếu gãy xương đốt 1 ngón I) hoặc bột/nẹp bột căng bàn tay kèm nẹp nhôm Iselin cố định ngón tay có xương gãy (nếu gãy xương đốt 1, 2 các ngón dài). Chú ý giữ ngón I ở

tư thế dạng + đôi, các ngón tay dài ở tư thế gấp khớp bàn đốt 60 – 70°, cổ tay duỗi 15 – 20°. Thời gian bó bột trung bình là 3 – 4 tuần.

- Trường hợp sưng nề nhiều hoặc có tổn thương da cần chăm sóc vết thương thì phải rửa sạch, băng vết thương và làm nẹp bất động (nẹp bột hoặc nẹp vải) kèm Iselin cố định ngón tay gãy.
- Các trường hợp gãy đốt xa không/ít di lệch chỉ cần cố định riêng ngón tay với nẹp nhôm, thời gian 3 tuần.

b. Thuốc sử dụng

- Kháng sinh (nếu có vết thương): Ampicycline + Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavuronic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, nhóm Quinolon.
- Kháng viêm, giảm đau NSAIDs: Piroxicam, Meloxicam, Diclofenac, Celecoxib, Etoricoxib, Loxoprofen,...
- Giảm đau: Acetaminophen +/- codein, Flotafenine, tramadol.
- Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Serratiopeptidase.
- Canxi, Vitamin C, Vitamin D3

c. Theo dõi

- Các dấu hiệu cần theo dõi tại nhà: sưng nề, căng, bầm tím, đau tăng lên; các ngón tay lạnh, tím, tê, mất cảm giác → cần trở lại bệnh viện ngay.
- Thời gian theo dõi tại nhà: tái khám sau 1 tuần, 2 – 3 tuần nếu không có triệu chứng bất thường.

d. Tái khám

- Tái khám sau 1 tuần, 2 tuần, 3 -4 tuần
- XQ kiểm tra sau 1 tuần (nếu có di lệch thứ phát cần nắn lại hoặc chuyển qua điều trị phẫu thuật), 3 - 4 tuần (tháo bột).
- Trong thời gian còn đang bó bột: chỉnh sửa lại bột (nếu cần) trong tuần đầu, hướng dẫn bệnh nhân kê cao tay, vận động các ngón tay tự do.
- 190auk hi tháo bột: nếu còn đau ở gãy thì băng dính ngón gãy với ngón lành thêm 1 -2 tuần và hướng dẫn bệnh nhân tập vật lý trị liệu cổ tay và các ngón tay để phục hồi tầm vận động và sức nắm của bàn tay.
- Thuốc: như trên. Khi bớt đau, bớt sưng thì dùng canxi, Vitamin D3.

2. Điều trị nội trú

a. Chỉ định, phương pháp điều trị

- Chỉ định:

- Các trường hợp gãy kín nhưng có dấu hiệu đe dọa chèn ép khoang hoặc có các tổn thương khác kèm theo cần theo dõi tại bệnh viện → làm nẹp bột cẳng bàn tay (có thể ôm ngón I hoặc kèm nẹp nhôm Iselin tùy xương gãy) + điều trị nội trú kháng viêm + chống phù nề. Khi tình trạng ổn định → nắn, bó bột, điều trị ngoại trú. Nếu chèn ép khoang tăng nặng → phẫu thuật giải ép khoang +/- cố định xương gãy.
- Các trường hợp gãy hở → nhập viện để phẫu thuật cắt lọc làm sạch vết thương + cố định xương gãy.
- Các trường hợp gãy phạm khớp (chỏm, nền) có di lệch >1mm, di lệch xoay, gây bán trật khớp → có chỉ định phẫu thuật.
- Các trường hợp gãy kín không vững, được điều trị bảo tồn thất bại (gập góc, xoay gây lệch trục ngón tay) → nhập viện phẫu thuật kết hợp xương.

- Phương pháp phẫu thuật: tùy từng trường hợp có thể sử dụng

- Nắn chỉnh các di lệch + xuyên kim Kirschner qua da dưới màn tăng sáng, nẹp bột cẳng bàn tay ôm ngón I (nếu gãy xương bàn I) hoặc bột cẳng bàn tay kèm nẹp nhôm Iselin cố định ngón tay có xương gãy. Chú ý giữa ngón I ở tư thế dạng + đối, các ngón tay dài ở tư thế gập khớp bàn đốt 60 – 70°, cổ tay duỗi 15 – 20°
- Mổ nắn + kết hợp xương bằng kim Kirschner, chỉ thép, vis, nẹp vis hoặc khung bất động ngoài.
- Nẹp bột hoặc nẹp vải nâng đỡ sau mổ trong 3 -4 tuần.

b. Thuốc sử dụng

- Kháng sinh (nếu có vết thương): Ampicycline + Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavuronic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, nhóm Quinolon, Clindamycine, Metronidazole.
- Kháng viêm, giảm đau NSAIDs: Piroxicam, Meloxicam, Diclofenac, Celecoxib, Etoricoxib, Loxoprofen,...
- Giảm đau: Acetaminophen +/- codein, Flotafenine, tramadol.
- Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Serratiopeptidase.
- Canxi, Vitamin C, Vitamin D3

c. Theo dõi

- Các dấu hiệu: căng nề, căng vết mổ → kê cao tay, cắt bớt mỗi chỉ thoát lưu máu tụ
- Thời gian theo dõi tại bệnh viện: tùy tình trạng vết mổ, thường từ 1-3 ngày.

d. Tái khám

- Tái khám sau 1 tuần, 2 tuần (cắt chỉ), 4 tuần (XQ kiểm tra), 6 tuần, 8 tuần (XQ) 3 – 6 tháng (XQ), 1 năm (XQ).
- Sau 3 – 4 tuần → bỏ nẹp bột, tập vật lý trị liệu
- Thời điểm lấy dụng cụ: khi có can xương, thường sau mổ 1,5 – 3 tháng
- Thuốc: như trên, khi bớt đau, bớt sưng thì dùng canxi, vitamin D3.

V. BIẾN CHỨNG

3. Biến chứng sau điều trị bảo tồn

- Chèn ép khoang
- Can lệch
- Khớp giả

4. Biến chứng sau điều trị phẫu thuật

- Nhiễm trùng
- Can lệch
- Khớp giả

ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP BÀN ĐÓT NGÓN TAY**I. ĐỊNH NGHĨA**

Trật khớp bàn đốt ngón tay là trật khớp giữa chỏm xương bàn và mặt khớp của nền đốt 1 ngón tay đó.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN**1. Lâm sàng**

- Sung, đau, biến dạng khớp bàn đốt
- Cử động bất thường
- Hạn chế vận động

2. Cận lâm sàng

Chụp XQ tư thế thẳng, nghiêng

3. Phân độ

Theo XQ:

- Bán trật
- Trật hoàn toàn
- Gãy trật

Theo lâm sàng:

- Trật khớp kín
- Trật khớp hở

III. ĐIỀU TRỊ - THEO DỠI – TÁI KHÁM**1. Điều trị ngoại trú****a. Chỉ định, phương pháp điều trị**

- Chỉ định: trật kín mới (<3 tuần)
- Phương pháp điều trị: nắn kín, bó bột hoặc nẹp bột cẳng bàn tay Iselin
- Chụp XQ kiểm tra

b. Thuốc sử dụng

- Kháng sinh (nếu có vết thương): Ampicycline + Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavuronic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, nhóm Quinolon.

- Kháng viêm, giảm đau NSAIDs: Piroxicam, Meloxicam, Diclofenac, Celecoxib, Etoricoxib, Loxoprofen,...
- Giảm đau: Acetaminophen +/- codein, Flotafenine, tramadol.
- Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Serratiopeptidase.
- Canxi, Vitamin C, Vitamin D3

c. Theo dõi

Theo dõi các dấu hiệu chèn ép bột như sưng, đau, bầm tím, tê bì đầu ngón tay.

d. Tái khám

- Sau 1 tuần
- Sau 3 tuần
- Chụp XQ kiểm tra mỗi lần tái khám

2. Điều trị nội trú

a. Chỉ định, phương pháp điều trị (vật tư tiêu hao)

- Bảo tồn
 - Nắn kín, bó bột hoặc nẹp bột cẳng bàn tay Iselin
 - Chụp XQ kiểm tra
 - Tái khám sau 1 tuần, chụp X kiểm tra
 - Giữ nẹp 3 tuần, chụp XQ kiểm tra
 - Tập vật lý trị liệu
- Phẫu thuật
 - Trật hở
 - + Mổ cắt lọc, nắn trật, xuyên kim, khâu dây chằng bao khớp.
 - + Nẹp bột cẳng bàn tay Iselin
 - Trật kín
 - + Nếu nắn kín thất bại tiến hành mổ nắn trật, khâu dây chằng bao khớp, xuyên kim cố định
 - + Nẹp bột cẳng bàn tay Iselin ngón

+ Rút kim sau 3 tuần

+ Tái khám sau 1 tuần, 3 tuần, mỗi lần tái khám chụp XQ kiểm tra

+ Tập vật lý trị liệu

b. Thuốc sử dụng

- Kháng sinh (nếu có vết thương): Ampicycline + Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavuronic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, nhóm Quinolon, Clindamycine, Metronidazole.
- Kháng viêm, giảm đau NSAIDs: Piroxicam, Meloxicam, Diclofenac, Celecoxib, Etoricoxib, Loxoprofen,...
- Giảm đau: Acetaminophen +/- codein, Flotafenine, tramadol.
- Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Serratiopeptidase.
- Canxi, Vitamin C, Vitamin D3
- Có thể kết hợp các nhóm thuốc hỗ trợ phòng và chống viêm loét dạ dày.

c. Theo dõi

- Nêu rõ các dấu hiệu cần theo dõi, thời gian theo dõi
- Theo dõi nhiễm trùng, trật lại

d. Tái khám

- Sau 2 tuần cắt chỉ
- Sau 3 tuần, tháo nẹp và tập vật lý trị liệu

IV. BIẾN CHỨNG

- Nhiễm trùng
- Trật lại
- Thoái hóa khớp bàn ngón

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA CỘT SỐNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Thoái hóa cột sống (Degenerative Spondylosis) là một phức hợp các bệnh lý liên quan đến quá trình lão hóa các thành phần cột sống, biểu hiện dưới hình thức thoái hóa đĩa đệm, thân sống, mấu khớp, có thể đưa đến chèn ép thần kinh và mất vững cột sống. Nguyên nhân thoái hóa cột sống liên quan đến tuổi và có thể thứ phát sau chấn thương.

II. TIÊU CHUẨN ĐÁNH GIÁ

1. Lâm sàng

Không có tiêu chuẩn chẩn đoán. Triệu chứng chính là đau cột sống (cổ hoặc lưng). Chẩn đoán khi đã loại trừ các đau cột sống do nguyên nhân bệnh lý khác. Một số triệu chứng gợi ý:

- Đau do đĩa đệm (Discogenic Pain): đau khi cúi cổ hoặc lưng.
- Đau do thoái hóa mấu khớp: đau tăng khi ưỡn hoặc xoay cột sống
- Đau do mất vững: đau khi vận động, nghỉ ngơi không đau (đau cơ học).

2. Cận lâm sàng

- XQ: hẹp đĩa đệm, xơ hóa tấm sụn (Endplate), gai thân đốt sống, xơ hóa sụn mấu khớp,...XQ động dấu hiệu mất vững.
- CT Scan: cho hình ảnh rõ ràng và chi tiết hơn X-quang. Thường CT Scan bổ sung cho XQ và loại trừ một số bệnh lý khác.

3. Phân độ

Các giai đoạn tiến triển:

Giai đoạn 1: rối loạn chức năng (Dysfunction).

Giai đoạn 2: mất vững (Instability)

Giai đoạn 3: tái ổn định (Restabilization)

III. ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI – TÁI KHÁM

1. Điều trị ngoại trú

- Chỉ định: khi có đau cột sống do thoái hóa.
- Phương pháp điều trị: bảo tồn
 - Thuốc.

- Nghỉ ngơi (khi đau nặng)
- Thể dục trị liệu và vật lý trị liệu
- Thuốc sử dụng: tùy vào tình trạng lâm sàng, thuốc có thể dùng riêng rẽ hoặc phối hợp, gồm:
 - Kháng viêm NSAIDs (chỉ dùng một loại)
 - Giãn cơ (nên dùng một loại)
 - Giảm đau (trung ương, ngoại biên)
 - Hỗ trợ dạ dày (khi có dùng NSAIDs)
 - Liều dùng: tuân thủ hướng dẫn sử dụng của nhà sản xuất. Thời gian điều trị tùy thuộc đáp ứng lâm sàng.
- Theo dõi: chủ yếu là theo dõi dấu hiệu đau, không theo dõi bằng cận lâm sàng.
- Tái khám: chỉ hẹn tái khám trong thời gian điều trị. Thời gian hẹn tái khám tùy thuộc tình trạng bệnh, điều kiện kinh tế xã hội của bệnh nhân. Thường nên hẹn tái khám sau một đến hai tuần. Những trường hợp hẹn lâu hơn nên có lý do rõ ràng.

2. Điều trị nội trú

- Phương pháp điều trị: bảo tồn
 - Thuốc
 - Nghỉ ngơi (khi đau nặng)
 - Thể dục trị liệu và vật lý trị liệu.
- Thuốc sử dụng (hàm lượng thời gian): tùy vào tình trạng lâm sàng, thuốc có thể dùng riêng rẽ hoặc phối hợp, gồm:
 - Kháng viêm NSAIDs (chỉ dùng một loại)
 - Giãn cơ (nên dùng một loại)
 - Giảm đau (trung ương, ngoại biên)
 - Hỗ trợ dạ dày (khi có dùng NSAIDs)
- Theo dõi: đáp ứng lâm sàng (dấu hiệu đau), ít khi theo dõi bằng cận lâm sàng.
- Tái khám:

- Khi bệnh nhân tạm ổn có thể xuất viện điều trị ngoại trú.
 - Thời điểm tái khám: chỉ hẹn tái khám trong thời gian điều trị. Thời gian hẹn tái khám tùy theo tình trạng bệnh, điều kiện kinh tế xã hội của bệnh nhân. Thường nên hẹn tái khám sau một đến hai tuần. Những trường hợp hẹn lâu hơn nên nêu lý do rõ ràng.
- Cận lâm sàng:
- Các xét nghiệm thường quy.
 - Các xét nghiệm chuyên biệt gồm: XQ thường quy, CT Scan và cộng hưởng từ.

IV. BIẾN CHỨNG

Biến chứng do điều trị: do tác dụng phụ của thuốc.

Diễn biến không thuận lợi của bệnh: gây chèn ép thần kinh hoặc/và mất vững cột sống.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG

Bước 1: Chẩn đoán.

Thực hiện chẩn đoán xác định dựa vào lâm sàng và MRI.

Bước 2: Điều trị - Theo dõi – Tái khám

I. ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ**1. Chỉ định và phương pháp điều trị**

Chỉ định điều trị ngoại trú trong những trường hợp bệnh nhân không có chỉ định mổ và mới khám lần đầu tiên.

2. Thuốc sử dụng

Có thể sử dụng cùng lúc nhiều thứ thuốc như kháng viêm + giảm đau + dẫn cơ + giảm đau thần kinh hay giúp phục hồi tổn thương thần kinh. Cụ thể:

- Kháng viêm NSAIDs

- Diclofenac 50mg, 1 viên x 3 lần mỗi ngày.
- Meloxicam 7,5mg 1 – 2 viên mỗi ngày.
- Lornoxicam 4mg (Vocfor) 1 – 2 viên mỗi ngày.
- Celecoxib 200mg, 1 – 2 viên mỗi ngày.
- Etoricoxib tùy theo thể trạng bệnh nhân, mức độ đau có thể dùng 60mg, 90mg hoặc 120mg mỗi ngày.
- Steroid không có tác dụng đối với bệnh lý rễ thần kinh. Tránh dùng phối hợp giữa NSAIDs và Steroid.

- Giảm đau: tùy theo mức độ đau mà có thể lựa chọn thuốc cho phù hợp.

- Paracetamol 0,5g + Tramadol 0,37g: 3 – 4 viên mỗi ngày.
- Floctafenin (Idarac) 200mg: 1 viên x 3 lần mỗi ngày
- Paracetamol 0,5: 1 – 4 viên mỗi ngày.

- Dẫn cơ vãn

- Mephenesin 500mg: 1 viên x 3 lần mỗi ngày
- Eperison 50mg: 1 viên x 3 lần mỗi ngày.
- Baclofen 50mg: 1 viên x 3 lần mỗi ngày (có nhiều tác dụng phụ).

- Giảm đau và hỗ trợ thần kinh

- Gabapentin 300mg: 1 viên x 3 lần mỗi ngày
- Pregabalin 75mg: 1 viên x 3 lần mỗi ngày.
- Mecobalamin 500mcg: 1 viên x 3 lần mỗi ngày.

3. Vấn đề theo dõi

Cần theo dõi sự thuyên giảm của các triệu chứng lâm sàng và tác dụng phụ của thuốc.

4. Tái khám

- Tái khám mỗi 2 hoặc 3 tuần.
- Chỉ định cận lâm sàng trong những trường hợp bệnh diễn tiến nặng thêm hoặc không cải thiện sau 4 tuần điều trị, tuy nhiên có những trường hợp có dấu hiệu tổn thương thần kinh nặng như liệt chân, bí tiểu, hội chứng chum đuôi ngựa, cần phải chỉ định chụp MRI, đo EMG hai chân ở thời điểm khám ban đầu.
- XQ cột sống thắt lưng cần phải chụp thường quy ở lần khám đầu tiên.
- Thời gian điều trị ngoại trú: từ 4 – 6 tuần. Sau khoảng thời gian này, nếu bệnh nhân không khỏi bệnh hoặc không giảm triệu chứng, đề nghị nhập viện.

II. ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ

1. Chỉ định nhập viện

Bệnh nhân đã được điều trị bảo tồn thất bại hoặc bệnh nhân đau nhiều hoặc có chỉ định phẫu thuật.

Chỉ định phẫu thuật trong các trường hợp sau:

- Có tổn thương thần kinh nặng: hội chứng chum đuôi ngựa hoặc thoát vị đĩa đệm cấp, có chèn ép thần kinh. Các trường hợp này cần phải mổ sớm.
- Có liệt cơ (Frankel B,C).
- Không cải thiện với điều trị bảo tồn ít nhất là 4 tuần.

2. Điều trị bảo tồn

- Cần thực hiện một số xét nghiệm cận lâm sàng cơ bản. Nếu bệnh nhân có các bệnh lý nội khoa kèm theo, cần phải làm thêm các xét nghiệm chuyên biệt để chẩn đoán và theo dõi điều trị.
- Thuốc: kháng viêm, giảm đau, dẫn cơ, giảm đau thần kinh nếu cần.

- Cần chỉ định các liệu pháp vật lý trị liệu cần thiết, hỗ trợ điều trị.
- Khi bệnh nhân có các bệnh lý nội khoa đi kèm, cần phải hội chẩn với các bác sĩ chuyên khoa để phối hợp điều trị các bệnh nội khoa kèm theo.

3. Điều trị phẫu thuật

- Xét nghiệm tiền phẫu.
- Các xét nghiệm về hình ảnh học: bắt buộc bệnh nhân phải có phim XQ cột sống thẳng, ngang, cúi ưỡn và cộng hưởng từ trước khi mổ. Trong một số trường hợp đặc biệt phải chỉ định chụp CT Twist test.
- Thực hiện phẫu thuật (được thực hiện bởi các bác sĩ chuyên khoa cột sống).
- Phẫu thuật: giải ép thần kinh ở các vị trí có chèn ép thần kinh (thấy được trên MRI). Trong trường hợp có kèm theo mất vững cột sống (dựa vào XQ động học hoặc CT Twist test), cần phải KHX bằng dụng cụ ốc chân cung và hàn xương liên thân đốt bằng Peek Cage.
- Dịch truyền: dung dịch NaCl 0,9%, Lactate Ringer, dung dịch đậm,...
- Thuốc kháng sinh: sử dụng kháng sinh phổ kháng khuẩn rộng. Trong môi trường bệnh viện hiện tại, cần phải sử dụng kháng sinh ngay trước khi phẫu thuật và kéo dài sau mổ 5 – 7 ngày.
- Thuốc giảm đau: tùy theo mức độ đau của bệnh nhân, có thể sử dụng thuốc giảm đau ở nhiều cấp độ khác nhau: Morphin, kháng viêm(Diclofenac, Meloxicam), giảm đau nhóm Acetaminophen (Paracetamol, parafalgan,...)
- Chống phù nề
- Giảm đau thần kinh: Gabapentin, Pregabalin.
- An thần: Diazepam.

4. Chăm sóc và theo dõi sau mổ

- Hướng dẫn bệnh nhân và thân nhân người bệnh xoay trở, chống loét, tập vận động tại giường.
- Chăm sóc vết mổ và ống dẫn lưu.
- Cần theo dõi sinh hiệu và tình trạng nhiễm trùng. Đánh giá và theo dõi lại tình trạng phục hồi của thần kinh.
- Rút ống dẫn lưu khi vết mổ không còn chảy máu, đây là một vấn đề khó, đòi hỏi kinh nghiệm đánh giá của phẫu thuật viên, để quyết định khi nào rút ống dẫn lưu.

- Cho bệnh nhân đi đứng khi tình trạng BN tạm ổn: đã rút ống dẫn lưu, bớt đau vết mổ.
- Giáo dục các tư thế sinh hoạt, cách vận động trong giai đoạn sau mổ.

5. Xuất viện và tái khám

- Sau khi xuất viện, vẫn cần phải tiếp tục uống thuốc trong một thời gian ngắn, dựa vào đánh giá của PTV.
- Tái khám lần đầu sau khi xuất viện từ 1 – 2 tuần.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ KHUYẾT MÁT DA VÀ MÔ MỀM**I. ĐỊNH NGHĨA**

Tổn thương khuyết da và mô mềm là các tổn thương phá vỡ cấu trúc da, có thể kèm theo khuyết mất một phần da và các mô mềm bên dưới da. Các tổn thương này cần được tái tạo để bảo vệ các cấu trúc bên dưới, tái lập lại mô mềm bị khuyết mất.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN**1. Lâm sàng**

Có thể nhận thấy các tổn thương sau từ nông đến sâu:

- Các tổn thương rách hay cào mài trên da làm phá hủy một phần lớp thượng bì.
- Tổn thương lóc, hoại tử da và mô dưới da để lộ lớp mỡ bên dưới da.
- Tổn thương khuyết mất mô mềm lan rộng ra cả lớp cân sâu và cơ, có thể lộ các cấu trúc sâu quan trọng bên dưới như xương, thần kinh, mạch máu.

2. Cận lâm sàng

- CTM
- Cấy dịch vết thương, kháng sinh đồ.
- CPK
- Procalcitonin
- Cấy máu
- Glycemie, ure, creatinin, SGOT, SGPT.

3. Phân độ

- Mất da nông: tổn thương mất một phần hay ở lớp thượng bì.
- Mất toàn bộ lớp da: tổn thương đến lớp bì lộ mô mỡ
- Tổn thương mất da và mô mềm: mất toàn bộ lớp da và mô mềm gân cơ bên dưới.

III. ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ, NỘI TRÚ, THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**1. Các phương pháp và nguyên tắc chung điều trị mất da và mô mềm****a. Thang kỹ thuật điều trị khuyết da và mô mềm**

Mục đích điều trị vết thương mất da là làm cho vết thương lành nhanh nhất bằng phương pháp đơn giản nhất, đạt hiệu quả cao và gây tổn hại ít nhất về chức năng và thẩm mỹ.

Từ xưa đến nay có nhiều phương pháp điều trị mất da mô mềm ở tứ chi, mỗi phương pháp phù hợp với mỗi loại vết thương. Để hệ thống, Dean E Boyce và Kayvan Shokrollahi đã đưa ra hàng điều trị điều trị cho các vết thương mất da và mô mềm như sau:

	Vạt da rời (vạt tự do)	
	Vạt da có cuống mạch	
	Vạt da ngẫu nhiên	
	Căng giãn da từ từ	
	Ghép da	
	Khâu da thứ cấp	
	Khâu thi đầu	
	Chăm sóc, lành tự nhiên có định hướng	

Theo các bậc thang trên kỹ thuật điều trị các tổn thương tăng dần theo độ khó và kỹ thuật phức tạp hơn. Khi điều trị thường chọn các bậc thang dưới nếu đáp ứng được yêu cầu và hiệu quả điều trị.

b. Các phương pháp điều trị và chỉ định

- Tự lành vết thương có định hướng: tạo các điều kiện thuận lợi để vết thương lành tự nhiên.

Ngày nay với việc hiểu rõ hơn về sinh lý lành vết thương, chúng ta có nhiều cách làm cho vết thương lành nhanh hơn và ít di chứng hơn như:

- Tạo môi trường ẩm trên vết thương
- Kiểm soát tình trạng nhiễm trùng vết thương bằng các thuốc kháng khuẩn hay kiểm khuẩn tại chỗ.
- Sử dụng chất tăng trưởng biểu bì EGF (Epithelial Growth Factor).
- Điều trị bằng phương pháp hút áp lực âm liên tục trên vết thương (VAC).

Chỉ định:

- Là kỹ thuật cơ bản chăm sóc vết thương trước và sau mổ.
 - Các tổn thương mất da nông, diện tích nhỏ, không ở vùng khớp.
 - Chuẩn bị vết thương cho các vùng mất da rộng cần xoay vạt hay ghép da.
- Khâu da: thường dùng cho các vết thương dài, mất da ít, mô xung quanh còn mềm mại.

Chỉ định:

- Khâu da thì đầu: thường dùng trong các vết mổ hay vết thương sạch do rách da hay sau cắt lọc.
- Khâu da thứ cấp: thường dùng cho các trường hợp như khâu vết thương sau giải ép khoang đã ổn định, vết thương nhiễm lên mô hạt sạch.

Chống chỉ định khâu da trong các trường hợp vết thương đang bị nhiễm trùng.

- Căng keo da từ từ: thông thường dùng cho các vết thương khuyết mất da theo chiều dọc, do hai bên vết thương còn mềm mại.

Có nhiều cách tác dụng lực lên mép vết thương như:

- Dùng các móc kim loại hình chữ U móc vào da xung quanh rồi dùng dây đàn hồi để căng từ từ.

- Dùng chỉ khâu kéo liên tục vào mô dưới da ở 2 bên mép vết thương rồi rút từ từ như kiểu cột dây giày cho đến khi 2 mép vết thương khép vào nhau.
 - Dùng các băng có móc hoặc đinh K luồn dưới da theo mép vết thương, các băng và đinh này được cố định vào các trục có răng, sau đó các ốc giữ được vặn vào từ từ để khép vết thương.
- Ghép da toàn phần hay một phần

Chỉ định:

- Tổn thương khuyết mất da và mô mềm nông, không lộ gân xương, không gần khớp.
 - Vùng da ghép không cần tái tạo xương hay gân cơ sau này.
 - Che phủ tạm thời trước khi phẫu thuật triệt để do tình trạng bệnh nhân chưa cho phép.
- Xoay vạt da ngẫu nhiên tại chỗ

Chỉ định trong các trường hợp mất da mô mềm diện tích nhỏ hay vừa có lộ gân xương hay vùng gần khớp, vùng thường xuyên va chạm.

Một số kỹ thuật thường dùng:

- Các vạt da trượt kiểu V-Y.
 - Các vạt da xoay tại chỗ có cuống cân mỡ hay cân da.
 - Các vạt trượt.
 - Vạt da hai cuống
- Các vạt da, cơ có cuống mạch vùng lân cận

Các vạt da cơ có cuống mạch vùng lân cận được chỉ định rộng rãi trong các tổn thương mất da và mô mềm lộ gân xương hay cần tái tạo gân xương ở thì sau.

Các vạt da cơ thường dùng ở tứ chi như sau:

- Vạt da liên cốt sau cẳng tay.
- Vạt da cẳng tay bên quay dựa vào động mạch quay.
- Vạt bì cẳng tay quay.
- Vạt da bên trụ dưới.
- Vạt da cánh tay ngoài.

- Vạt da vai.
- Vạt da đùi dưới ngoài.
- Vạt da sural.
- Vạt da trên mắt cá ngoài.

- Phương pháp đặt túi căng dẫn da

Phương pháp này dùng túi căng da bằng silicon đặt bên dưới da bên cạnh vùng sẹo hay vùng mất da. Sau đó túi được bơm căng từ từ bằng nước muối sinh lý làm cho phần da trên túi căng dần theo. Sau một thời gian một lượng da thừa được tạo ra bên cạnh vùng mất da. Lúc này phẫu thuật lần 2 được tiến hành lấy túi căng da và trải da thừa che phủ vùng thiếu da.

Chỉ định cho các trường hợp sẹo co rút do mất da, mô mềm.

- Vạt da rời (hay vạt tự do) có khâu nối cuống mạch

Đây là phương pháp kỹ thuật cao trong điều trị các tổn thương mất da mô mềm.

Chỉ định phương pháp này đòi hỏi vùng tổn thương có một bó mạch tốt có thể tiếp nhận vạt da.

- Vạt da có cuống hình ống kiểu Filatov và các vạt da có cuống từ xa

Phương pháp này hiện nay ít khi được sử dụng do các bất tiện cho bệnh nhân phải cố định vùng cho và nhận vạt sát vào nhau.

Hiện tại phương pháp này được chỉ định khi các Phương pháp khác không thể áp dụng được hay ở một số vùng ít gây khó chịu cho bệnh nhân như:

- Vạt da chéo ngón
- Vạt da bẹn bàn tay
- Vạt da chéo chân.

d. Các yếu tố cần quan tâm khi chỉ định điều trị tổn thương mất da mô mềm

- Mức độ mất da: mất da nông có thể ghép da đơn thuần, mất sâu cần vạt da hay ghép da toàn phần.
- Tình trạng lộ gân xương: cần che phủ sớm bằng vạt da.
- Gần vùng khớp cơ năng: nên chọn vạt da hay ghép da dày tránh co rút.

- Vùng va chạm thường xuyên nên chọn vật da.
- Cần tái tạo cảm giác: vật da có khâu thần kinh kèm theo.
- Cần tái tạo mô xương gân thần kinh bên dưới: phải chọn vật da.
- Thẩm mỹ: vật da, da toàn phần đẹp hơn da bào.

Tùy theo yêu cầu ở từng vị trí mất da → chỉ định điều trị cụ thể.

e. Các thuốc và dụng cụ dùng trong điều trị vết thương

Dụng cụ:

- Máy cắt lọc vết thương bằng tia nước.
- Máy hút áp lực âm điều trị vết thương.
- Tấm đệm mô dưới da tổng hợp (Dermatrix).
- Dụng cụ cố định ngoài để căng kéo da.
- Túi Silicon giãn da các cỡ.

Băng gạc:

- Băng phức hợp Polysaccharides(Hydrogel).
- Băng có chất tạo gel (Hydrocolloids).
- Băng xốp Polyurethane.
- Băng hút dịch tiết (Alginates).
- Băng kết hợp kháng khuẩn (Silver Sulfadiazine, Mupicorin, Topical Antibiotics (Neomycine, Gentamycin, Metronidazole, Bacitracin) dưới dạng thuốc mỡ hay kem.
- Băng chống dính (Urgotulle, Vaseline,...)
- Maltodextrin (Multidex).

Dung dịch rửa vết thương

- Cắt lọc vết thương bằng phương pháp hóa học
 - Dakin 's Solution
 - Prontosan Solution
- Cắt lọc vết thương sinh học

- Các Enzyme tiêu protein.
- Ấu trùng (giòi) y học.
- Thuốc:
 - Tăng trưởng biểu bì EGF.
 - Kháng sinh các loại.
 - Các Vitamin.

2. Điều trị ngoại trú

a. Chỉ định và phương pháp điều trị

- Chỉ định
 - Các tổn thương mất da nông
 - Diện tích mất da nhỏ
 - Chăm sóc vết thương chờ phẫu thuật ghép da hay vật da.
 - Hậu phẫu ghép da hay vật da
- Phương pháp

Chủ yếu sử dụng các biện pháp chăm sóc vết thương như đã nêu ở phần 1.

b. Thuốc và dụng cụ

- Thuốc: kháng sinh tùy theo tình trạng vết thương
 - Các vết thương sạch có thể không cần dùng kháng sinh.
 - Các vết thương còn nhiễm → cho kháng sinh theo kháng sinh đồ.

- Băng và dụng cụ

Có thể sử dụng các loại băng gạc trên để chăm sóc tùy tình trạng vết thương.

c. Theo dõi

Các dấu hiệu cần theo dõi:

- Chảy máu vết thương, mô hoại tử, dịch tiết trên vết thương.
- Mức độ lên mô hạt, co nhỏ vết thương.
- Sự biểu mô hóa mép vết thương

Thời gian theo dõi thay băng tại nhà: tùy theo tình trạng vết thương và băng gạc sử dụng và bác sĩ có thể cho thay băng mỗi ngày hay vài ngày một lần.

d. Tái khám

- Thông thương mỗi tuần bệnh nhân tái khám, các vết thương mạn tính có thể kéo dài hơn.
- Cận lâm sàng: CTM, cấy dịch tiết, chọc đường dò, XQ.
- Thuốc: tùy tình trạng vết thương để dùng kháng sinh các loại, giảm đau, Vitamin.

3. Điều trị nội trú

a. Chỉ định và phương pháp

Chỉ định: các vết thương mất da và mô mềm sâu, rộng lộ gân xương không có chỉ định điều trị chăm sóc vết thương đơn thuần.

Phương pháp: có thể áp dụng tất cả các phương pháp ở phần 1 tùy theo tổn thương

b. Thuốc và vật tư tiêu hao

Sử dụng hầu hết các thuốc và vật tư tiêu hao trong phần 1.

c. Theo dõi

Tùy theo giai đoạn điều trị có thể theo dõi các dấu hiệu sau:

- Theo dõi sự sạch vết thương: mô hoại tử, nhiễm trùng, dịch tiết, lên mô hạt
- Chăm sóc các cấu trúc bị lộ như gân, xương, cơ.
- Theo dõi tình trạng da ghép
- Theo dõi sự sống vạt da.

d. Tái khám

- Khi bệnh nhân tạm ổn có thể điều trị ngoại trú, có thể cho xuất viện.
- Tái khám lần đầu thường sau 1 tuần, sau đó tùy tình trạng vết thương.
- Phần theo dõi và thuốc như ở phần 2.

IV. BIẾN CHỨNG

Các biến chứng có thể xảy ra trong quá trình điều trị mất da mô mềm:

- Chảy máu vết thương: thường do hoại tử nhánh mạch máu hay bị tuột chỉ khâu cột.
- Hoại tử lan rộng
- Nhiễm trùng dò vết thương
- Da ghép không dính
- Hoại tử vật da.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG DẬP NÁT BÀN TAY**I. ĐỊNH NGHĨA**

Vết thương dập nát bàn tay là tổn thương nặng của da, mô mềm và xương của bàn tay, thường do cơ chế dập hoặc di tai nạn giao thông.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN**1. Lâm sàng**

- Cơ chế chấn thương thường trực tiếp: lực đè, đập vào bàn tay (do máy đập, máy ép, máy cuốn, máy cưa, hoặc do tai nạn giao thông với xe đè vào bàn tay, bàn tay chà sát với mặt đường,...)
- Triệu chứng:
 - Vết thương mô mềm dập nát bàn tay, có thể lộ gân, xương, cơ....
Chảy máu ít hay nhiều tùy thuộc vào tổn thương.
 - Biến dạng bàn tay, ngón tay, gập góc, lệch trục, đứt gân lìa, đứt lìa,...
 - Tình trạng tưới máu của các ngón tay: màu sắc (hồng, trắng nhợt, tím tái), búp ngón đầy hoặc móp, dấu nhấp nháy móng nhangg(< 2 giây) hoặc chậm (> 2 giây).
 - Cảm giác đầu ngón tay: bình thường, giảm cảm giác, mất cảm giác.

3. Cận lâm sàng

XQ thường quy bàn tay tư thế thẳng, nghiêng, có thể chụp thêm tư thế chếch 45° tư thế nửa sấp hoặc nửa ngửa.

4. Phân độ

- Phân độ gãy hở theo Gustilo cải biên với độ III khi có vết thương > 2 cm. Sự phục hồi chức năng của bàn tay tốt chỉ đạt 21%. Tổn thương loại IIIB hoặc IIIC có chức năng kém 92%.
- Phân loại Swanson chia 2 loại vết thương bàn tay:
 - Loại I: vết thương sạch
 - Loại II: vết thương nhiễm, dựa trên 3 tiêu chuẩn: vết thương nhiễm bẩn ngay từ đầu, vết thương hở > 24 giờ trước khi được điều trị, bệnh nhân có bệnh hệ thống.

Các vết thương loại II không được đóng kín da thì đầu.

III. ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI – TÁI KHÁM

1. Điều trị ngoại trú

a. Chỉ định, phương pháp điều trị

- Chỉ định

Điều trị bệnh nhân hậu phẫu đã xuất viện.

- Phương pháp điều trị

- Tuần 1 – 2: chăm sóc vết thương , kê tay cao, tập nhẹ trong nẹp.
- 14 ngày: cắt chỉ, tiếp tục tập thụ động và chủ động trong nẹp.
- Tuần 3 – 6: tập thụ động và chủ động trong nẹp.
- Tuần 6: bỏ nẹp, tập thụ động và chủ động trong nẹp.
- XQ kiểm tra (nếu có tổn thương xương): sau 2 tuần, sau 4 tuần, 8 tuần, 12 tuần.
- Có thể mở lấy dụng cụ KHX (nếu có) sau khi có can xương (từ 3 – 6 tháng).

b. Theo dõi

Dấu hiệu cần theo dõi:

- Đau .
- Sự lành vết mổ.
- Kiểm tra vận động, cảm giác chi.
- Tập vận động chi.

Thời gian theo dõi: mỗi 1 -2 tuần

c. Tái khám

- Thời điểm tái khám: mỗi 1 – 2 tuần
- Thuốc sử dụng:

- Thuốc giảm đau:

+ Acetaminophen, Panadol, Efferalgan... uống 0,5 – 1g x1 -3 lần/ngày

+ Acetaminophen + Codein (Efferalgan codein) uống 0,5-1g x 3 lần/ngày

- + Tramadol HCL 37,5+Paracetamol 325mg (Ultracet) uống 1 viên x 3-4 lần/ngày
 - Thuốc kháng viêm NSAIDs
 - + Diclofenac (Voltaren) 75mg, uống 1 viên x 2-3 lần/ngày
 - + Meloxicam (Mobic) 7,5mg, uống 1 viên x 1-2 lần/ngày
 - + Piroxicam, Brexin 20mg,... uống 1 viên/ngày
 - + Celecoxib (Celebrex) 200mg, uống 1 viên/ngày
 - + Etoricoxib (Arcoxia) 90mg/120mg, uống 1 viên/ngày
 - Thuốc giảm sưng
 - + Alphachymotrypsin (Alphachoay), uống 1-2 viên x 2-3 lần/ngày
 - + Diosmin 450-Hesperidin 50mg (Daflon) 500mg, uống 1 viên x 2-3 lần/ngày
 - + Ginkgo Biloba 40mg, uống 1 viên x 3 lần/ngày
 - Thuốc hỗ trợ dạ dày
 - +PPI 20mg(Omeprazole,...), uống 1 viên x 1-2 lần/ngày
 - + Anti-H2 (Ranitidin,...), uống 1 viên x 1-2 lần/ngày
 - Thuốc nâng đỡ tổng trạng
 - Vitamin C 0,5g, uống 1 viên x 2 lần/ngày
- Cận lâm sàng: XQ thường quy bàn tay tư thế thẳng, nghiêng.
3. Điều trị nội trú
- a. Phương pháp điều trị
- Phẫu thuật càng sớm càng tốt: rửa sạch + cắt lọc các mô dập nát, hoại tử.
 - Cố định các xương gãy bằng khung bất động ngoài hoặc xuyên kim Kirschner bên trong. Hạn chế sử dụng nhiều dụng KHX như nẹp vis khi nguy cơ nhiễm trùng cao. Nếu mất đoạn xương cũng cần cố định chiều dài xương, chờ ổn định sẽ ghép xương thì 2. Chú ý giữ khoảng cách kẽ ngón I – II tư thế dạng để có thể phục hồi chức năng bàn tay dễ dàng hơn.

- Các tổn thương phần mềm (mạch máu, thần kinh, gân, cơ) phải được thăm sát toàn diện, nếu có thể được thì khâu nối thì đầu. Trường hợp dập nát mất đoạn có thể mổ thì 2 sau khi tình trạng vết thương ổn định.
- Việc đóng da tùy vào độ sạch và mức độ tổn thương mô mềm. Trong trường hợp vết thương thiếu da, cần ưu tiên che phủ các mô quan trọng (mạch máu, thần kinh, xương, gân).
- Giữ ẩm vết thương, khi đánh giá vết thương sạch cần che phủ phần thiếu da bằng các vật da hoặc ghép da (tùy trường hợp).
- Nếu đánh giá vết thương dơ, nguy cơ nhiễm trùng cao cần cấy dịch + thử kháng sinh đồ sớm trước khi sử dụng kháng sinh.
- Nếu dập nát nhiều + tím tái → khâu mỗm cụt.

b. Dụng cụ, vật liệu cần thiết

- Khung bất động ngoài dùng cho bàn tay, ngón tay.
- Kim Kirschner các loại (có răng 1.0mm, 1.2mm, 1.25mm, kim trơn 1.5mm, 1.6mm, 1.8mm, 2.0mm).
- Chỉ thép nhỏ.
- Các loại chỉ tan chậm, chỉ nylon.

c. Thuốc sử dụng

- Kháng sinh: kháng sinh tĩnh mạch trước và sau mổ 5 ngày, trong các loại sau:
 - Unasyn 1,5g (Ampicilline + Sulbactam) 1 lọ x 3 lần/ngày, TMC
 - Amoxicilline + Clavulanic acid (Augmentin) 1 lọ x 2 lần/ngày TMC
 - Cephalosphorine thế thế 3, 1g, 1 lọ x 2 – 3 lần/ngày TMC
 - Aminoglycoside thế hệ 2 -3, 1g/ngày TB
 - Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
 - + Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
 - + Metronidazole 500mg/100ml, 1 -2 g/ngày, TTM
 - + Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- Kháng viêm:

- Diclofenac (Voltaren) 75mg, uống 1 viên x 2-3 lần/ngày
75mg, 1 – 2 ống/ngày, TB
- Meloxicam (Mobic) 7,5mg, uống 1 viên x 1-2 lần/ngày
15mg, 1 ống, TB
- Piroxicam, Brexin 20mg,... uống 1 viên/ngày
Felden,... 1 ống/ngày, TB
- Celecoxib (Celebrex) 200mg, uống 1 viên/ngày
- Etoricoxib (Arcoxia) 90mg/120mg, uống 1 viên/ngày
- Giảm đau:
 - Acetaminophen, Panadol, Efferalgan...uống 0,5 – 1g x1 -3 lần/ngày
Perfalgan, Parakabi, Parazacol,...1g x 2 – 3 chai/ngày, TTM
 - Acetaminophen+Codein (Efferalgan codein) uống 0,5-1gx 3 lần/ngày
 - Tramadol HCL 37,5+Paracetamol 325mg (Ultracet) uống 1 viên x 3-4 lần/ngày
- Thuốc giảm sưng
 - Alphachymotrypsin (Alphachoay), uống 1-2 viên x 2-3 lần/ngày
 - Diosmin 450-Hesperidin 50mg (Daflon) 500mg, uống 1 viên x 2-3 lần/ngày
 - Ginkgo Biloba 40mg, uống 1 viên x 3 lần/ngày
- Thuốc hỗ trợ dạ dày
 - +PPI 20mg(Omeprazole,...), uống 1 viên x 1-2 lần/ngày
 - + Anti-H2 (Ranitidin,...), uống 1 viên x 1-2 lần/ngày
- Thuốc nâng đỡ tổng trạng
 - Vitamin C 0,5g, uống 1 viên x 2 lần/ngày
 - Canxi D 0,6g, 1 viên x 2 lần/ngày
 - Calcitriol 0,25 mcg, 1 viên x 2 lần/ngày
 - Alendronate 70mg, 1 viên/tuần,...

- Dịch truyền: Amino acid (Aminoplasma), Lipofundin, Lactate Ringer, NaCl, Glucose,...
- Thuốc hỗ trợ tưới máu ngoại biên: Naftidrofuryl (Praxilene), Aspirin, Heparin.

d. Theo dõi

- Sinh hiệu
- Tình trạng vết mổ
- Vận động các ngón tay
- Tình trạng tưới máu bàn tay, ngón tay: màu sắc da, nhấp nháy móng, độ căng của búp ngón
- Tình trạng nhiễm trùng vết thương
- Nếu có hoại tử, nhiễm trùng tiến triển cần mổ cắt lọc lại. khi ổn định sẽ lên kế hoạch mổ che phủ vết thương.
- Khi mô mềm lành, không nhiễm trùng → mổ để giải quyết tiếp các tình trạng tổn thương xương và mô mềm (nếu cần).
- Tập vật lý trị liệu: kích thích điện nếu có khâu thần kinh, tập vận động chống cứng khớp, siêu âm chống dính gân cơ.

e. Tái khám

- Tái khám sau 1 tuần, 2 tuần kế tiếp, 2 tuần tiếp,...
- Kiểm tra vận động cảm giác chi.
- Tập vận động chi
- Thuốc kháng sinh, kháng viêm, giảm sưng và đau,...

IV. BIẾN CHỨNG

1. Biến chứng sớm

- Chảy máu
- Nhiễm trùng
- Hoại tử

2. Biến chứng muộn

- Không lành xương
- Can lệch

- Cứng khớp
- Dính gân teo cơ
- Di chứng tổn thương thần kinh
- Mất chức năng bàn tay.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT ĐỨT GÂN GẬP – GÂN DUỖI Ở BÀN TAY**I. ĐỊNH NGHĨA**

Là sự mất liên tục của 1 hay nhiều gân gập (và/hoặc gân duỗi) của các ngón tay do vết thương vùng bàn tay

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN**1. Lâm sàng**

- Tồn thương gân gập
 - Vết thương ở mặt lòng bàn tay hoặc ngón tay, ngón tay bị nghi ngờ có tồn thương gân gập khi không gập ở tư thế chức năng trong trạng thái nghỉ của bàn tay.
 - Bệnh nhân không chủ động gập được cả khớp liên đốt gần và liên đốt xa (khi đứt cả gân gập nông và sâu) hoặc có thể gập chủ động khớp liên đốt gần nhưng không gập được khớp liên đốt xa (nếu chỉ đứt gân gập sâu).
 - Kiểm tra tình trạng tồn thương mạch máu (màu sắc đầu chi, nhấp nháy móng) và thần kinh cảm giác (cảm giác 2 bên đốt xa ngón tay).
 - Tồn thương gân duỗi
 - Vết thương ở mặt lưng bàn tay hoặc ngón tay, ngón tay bị nghi ngờ tồn thương gân duỗi khi không duỗi chủ động được ngón tay và không giữ được tư thế duỗi của ngón tay khi người khám đã duỗi chủ động ngón tay đó.
 - Khi vết thương ở mặt lưng khớp liên đốt gần ngón tay, bệnh nhân không duỗi được chủ động khớp liên đốt gần nhưng có thể giữ được tư thế duỗi ngón tay sau khi duỗi thụ động → đứt dải trung tâm gân duỗi.
- 2. Phân độ**
- Tồn thương gân gập: theo 5 vùng
 - Vùng I: là nơi bám tận của các gân gập sâu.
 - Vùng II: nơi gân gập sâu và gân gập nông cùng đi trong ống tạo bởi hệ thống ròng rọc và các xương ngón tay (no man land). Đây là vùng khó điều trị do nguy cơ dính giữa 2 gân và dính với hệ thống ròng rọc.

- Vùng III: vùng có cơ giun bám vào gân gấp sâu (lòng bàn tay)
- Vùng IV: trong ống cổ tay.
- Vùng V: ở cổ tay.
- Tồn thương gân duỗi: 8 vùng (ngón I: 5 vùng)
 - Vùng I: khớp liên đốt xa: nơi bán tận gân duỗi.
 - Vùng II: ngang đốt 2 các ngón dài (đốt 1 ngón I).
 - Vùng III: khớp liên đốt gần các ngón dài: dải trung tâm gân duỗi.
 - Vùng IV: ngang đốt 1 các ngón dài (xương bàn ngón I).
 - Vùng V: ngang khớp bàn đốt các ngón dài.
 - Vùng VI: mu bàn tay.
 - Vùng VII: cổ tay, trong các khoang của mạc giữ gân duỗi.
 - Vùng VIII: cẳng tay.

III. ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI – TÁI KHÁM

1. Điều trị ngoại trú

a. Chỉ định, phương pháp điều trị

- Chỉ định: điều trị bệnh nhân hậu phẫu đã xuất viện.
- Phương pháp: điều trị tập vật lý trị liệu sau mổ
 - Tuần 1: chăm sóc vết thương, tập nhẹ trong nẹp động
 - Tuần 2: cắt chỉ, tiếp tục tập thụ động và chủ động trong nẹp
 - Tuần 3 – 5: tập vận động và chủ động trong nẹp
 - Tuần 6: bỏ nẹp tập thụ động và chủ động theo hướng dẫn của kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

b. Theo dõi

- Dấu hiệu cần theo dõi:
 - Đau
 - Sự lành vết mổ

- Kiểm tra vận động cảm giác chi
- Tập vận động chi.
- Thời gian theo dõi: mỗi 1 – 2 tuần.
- c. Tái khám
- Thời điểm tái khám: mỗi 1 – 2 tuần
- Thuốc sử dụng:
 - Thuốc giảm đau:
 - + Acetaminophen, Panadol, Efferalgan... uống 0,5 – 1g x1 -3 lần/ngày
 - + Acetaminophen + Codein (Efferalgan codein) uống 0,5-1g x 3 lần/ngày
 - + Tramadol HCL 37,5 + Paracetamol 325mg (Ultracet) uống 1 viên x 3-4 lần/ngày
 - Thuốc kháng viêm NSAIDs
 - + Diclofenac (Voltaren) 75mg, uống 1 viên x 2-3 lần/ngày
 - + Meloxicam (Mobic) 7,5mg, uống 1 viên x 1-2 lần/ngày
 - + Piroxicam, Brexin 20mg,... uống 1 viên/ngày
 - + Celecoxib (Celebrex) 200mg, uống 1 viên/ngày
 - + Etoricoxib (Arcoxia) 90mg/120mg, uống 1 viên/ngày
 - Thuốc giảm sưng
 - + Alphachymotrypsin (Alphachoay), uống 1-2 viên x 2-3 lần/ngày
 - + Diosmin 450-Hesperidin 50mg (Daflon) 500mg, uống 1 viên x 2-3 lần/ngày
 - + Ginkgo Biloba 40mg, uống 1 viên x 3 lần/ngày
 - Thuốc hỗ trợ dạ dày
 - + PPI 20mg (Omeprazole,...), uống 1 viên x 1-2 lần/ngày
 - + Anti-H2 (Ranitidin,...), uống 1 viên x 1-2 lần/ngày
 - Thuốc nâng đỡ tổng trạng

Vitamin C 0,5g, uống 1 viên x 2 lần/ngày

3. Điều trị nội trú

a. Chỉ định, phương pháp điều trị

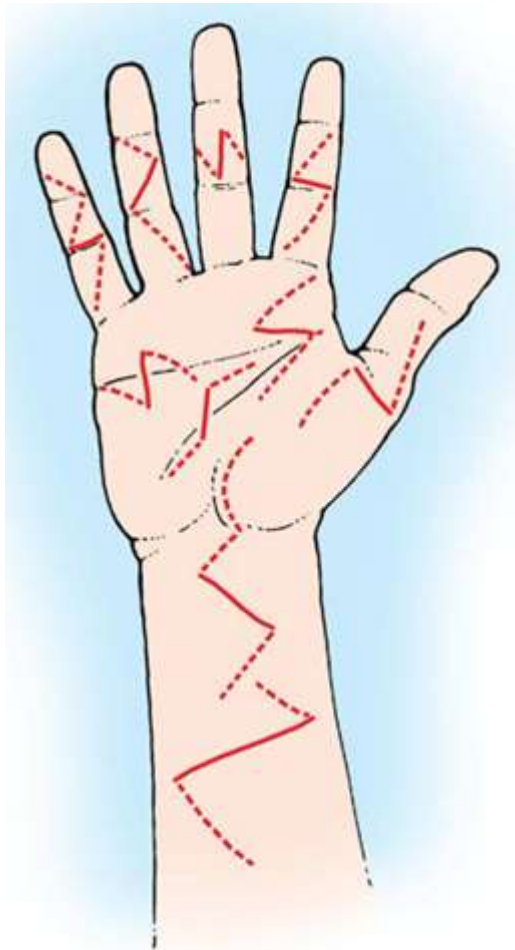
- Chỉ định

- Tất cả các trường hợp vết thương bàn tay có tổn thương gân gấp/gân duỗi đều có chỉ định cắt lọc vết thương và khâu nối gân ngay trong cấp cứu.
- Nếu vết thương bàn tay gây tổn thương cả gân gấp nông và sâu ở vùng II thì ưu tiên khâu nối gân gấp sâu.
- Trong trường hợp vết thương dập nát, mất đoạn gân, nguy cơ nhiễm trùng cao thì cắt lọc sạch và khâu vết thương. Đợi tình trạng da ổn định se nối gân sau.
- Trường hợp có kèm tổn thương gãy xương cần kết hợp xương và nối gân đồng thời.
- Luôn phải kiểm tra tình trạng mạch máu và thần kinh cảm giác của ngón tay, cố gắng khâu nối tối đa để chức năng bàn tay có thể phục hồi tốt nhất.

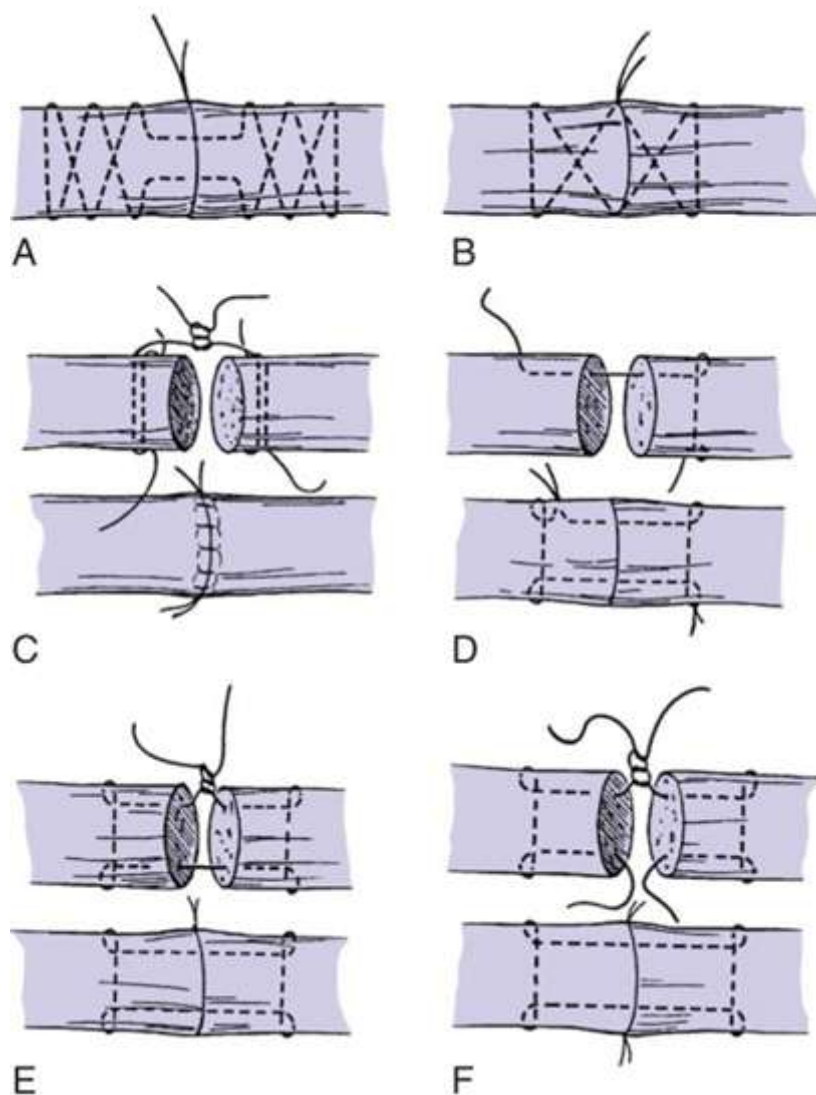
- Chỉ khâu gân

Khâu lõi gân dùng chỉ không tan 3.0 hay 4.0 tùy kích thước gân. Khâu màng gân ùng chỉ không tan 5.0 hay 6.0 tùy kích thước gân.

- Phương pháp khâu nối gân: đường mổ bọc lộ gân gấp



- Các cách khâu gân



- Khâu dính nơi bám gân gập
- Dính lại nơi bám gân duỗi

Ngày nay thường khâu 4 hay 6 sợi trục để tăng cường độ bền của gân.

- Khâu màng gân
- Khâu tái tạo rỗng rọc
- Bất động sau khâu gân gập:
 - Nẹp bột
 - + Nẹp Kleinert: tập sớm gân gập
 - + Nẹp động tập sớm gân duỗi.
- Thuốc sử dụng:

- Kháng sinh: kháng sinh tĩnh mạch trước và sau mổ 5 ngày, trong các loại sau:
 - Unasyn 1,5g (Ampicilline + Sulbactam) 1 lọ x 3 lần/ngày, TMC
 - Amoxicilline + Clavulanic acid (Augmentin) 1 lọ x 2 lần/ngày TMC
 - Cephalosphorine thế thế 3, 1g, 1 lọ x 2 – 3 lần/ngày TMC
 - Aminoglycoside thế hệ 2 -3, 1g/ngày TB
 - Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
 - + Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
 - + Metronidazole 500mg/100ml, 1 -2 g/ngày, TTM
 - + Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- Kháng viêm:
 - Diclofenac (Voltaren) 75mg, uống 1 viên x 2-3 lần/ngày
75mg, 1 – 2 ống/ngày, TB
 - Meloxicam (Mobic) 7,5mg, uống 1 viên x 1-2 lần/ngày
15mg, 1 ống, TB
 - Piroxicam, Brexin 20mg,... uống 1 viên/ngày
Felden,... 1 ống/ngày, TB
 - Celecoxib (Celebrex) 200mg, uống 1 viên/ngày
 - Etoricoxib (Arcoxia) 90mg/120mg, uống 1 viên/ngày
- Giảm đau:
 - Acetaminophen, Panadol, Efferalgan...uống 0,5 – 1g x1 -3 lần/ngày
Perfalgan, Parakabi, Parazacol,...1g x 2 – 3 chai/ngày, TTM
 - Acetaminophen+Codein (Efferalgan codein) uống 0,5-1gx 3 lần/ngày
 - Tramadol HCL 37,5+Paracetamol 325mg (Ultracet) uống 1 viên x 3-4 lần/ngày
- Thuốc giảm sung

- Alphachymotrypsin (Alphachoay), uống 1-2 viên x 2-3 lần/ngày
- Diosmin 450-Hesperidin 50mg (Daflon) 500mg, uống 1 viên x 2-3 lần/ngày
- Ginkgo Biloba 40mg, uống 1 viên x 3 lần/ngày
- Thuốc hỗ trợ dạ dày
 - +PPI 20mg(Omeprazole,...), uống 1 viên x 1-2 lần/ngày
 - + Anti-H2 (Ranitidin,...), uống 1 viên x 1-2 lần/ngày
- Thuốc nâng đỡ tổng trạng
 - Vitamin C 0,5g, uống 1 viên x 2 lần/ngày
 - Canxi D 0,6g, 1 viên x 2 lần/ngày
 - Calcitriol 0,25 mcg, 1 viên x 2 lần/ngày
 - Alendronate 70mg, 1 viên/tuần,...
- Dịch truyền: Amino acid (Aminoplasma), Lipofundin, Lactate Ringer, NaCl, Glucose,...

b. Theo dõi

- Sinh hiệu
- Sưng, đau sau mổ
- Chảy máu vết mổ
- Vận động các ngón tay
- Dấu bấm móng, màu sắc da vùng mổ và đoạn xa

c. Vật lý trị liệu

- Có vai trò rất quan trọng trong phục hồi chức năng.
- Hướng dẫn bệnh nhân tập trong nẹp sớm ngay từ ngày thứ 2 sau mổ.
- Tập vận động thụ động và chủ động có hướng dẫn trong nẹp trong 6 tuần đầu sau mổ. Sau đó tập phục hồi sức cơ (tới 3 tháng).

d. Tái khám

- Tái khám sau 1 – 2 tuần
- Kiểm tra vận động, cảm giác chi.

- Tập vận động chi.
- Thuốc kháng sinh, kháng viêm, giảm đau và sưng,...

IV. BIẾN CHỨNG

- Nhiễm trùng
- Đứt môi nổi
- Bung ròng rọc
- Dính gân.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY XƯƠNG BÀN CHÂN

I. ĐỊNH NGHĨA

Xương bàn chân gồm 5 xương, mỗi xương chia làm 3 phần chỏm, xương và nền.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Sung, đau, biến dạng bàn chân
- Ấn đau chói ổ gãy, tiếng lạo xạo xương, thấy ổ gãy hoặc vầng mỡ trong trường hợp gãy hở.

2. Cận lâm sàng

- Xquang bàn chân thẳng, nghiêng, tư thế chịu lực trong trường hợp nghi ngờ.
- CT Scan kiểm tra mặt khớp nếu gãy phạm khớp.
- MRI nếu nghi ngờ tổn thương dây chằng.

3. Phân độ

Chia 3 độ

A: không phạm khớp

B: phạm khớp 1 phần

C: phạm khớp hoàn toàn

Theo kiểu đường gãy chia làm A1, 2, 3; B1, 2, 3; C1, 2, 3

Tùy theo mức độ gãy nát nhiều mảnh mà chia thêm A1.1, A2.1; B2.1, B2.2; C1.1, C1.2,...

III. ĐIỀU TRỊ - THEO DÔI – TÁI KHÁM

1. Điều trị ngoại trú

- a. Chỉ định:
 - Gãy kín không di lệch, phần mềm không sưng nhiều.
- b. Phương pháp:
 - Bó bột cố định bàn chân.

- Thuốc: giảm đau, kháng viêm, giảm sưng, bổ sung Canxi, Vitamin thúc đẩy quá trình lành xương. Kháng viêm: nhóm Celecoxib 200mg 1 – 2 viên/ngày, Etoricoxib 60mg, 90mg, 120mg, 1 – 2 viên/ngày, Meloxicam 7,5mg 1 – 2 viên/ngày, 15mg tiêm bắp, Nabumetone,...
- c. Theo dõi: chèn ép bột, di lệch thứ phát, dị ứng bột.
- d. Tái khám: sau 1 tuần kiểm tra tình trạng lỏng bột, di lệch thứ phát. Cần chụp XQ kiểm tra, thuốc giảm đau, giảm sưng, Calci, Vitamin D, tập vật lý trị liệu. tiếp tục tái khám mỗi 2 tuần trong 2 tháng. Thay bột nếu lỏng bột, sau đó mỗi 4 – 6 tuần cho đến khi có cận lâm sàng thì bỏ bột thay bằng nẹp vải căng bàn chân, tập vật lý trị liệu.

2. Điều trị nội trú

a. Chỉ định:

- Gãy nhiều xương, di lệch nhiều, dọa chèn ép khoang, gãy phạm khớp, gãy xương kèm trật khớp.
- Gãy hở
- Điều trị bảo tồn thất bại

b. Phương pháp

- Bảo tồn:
 - Nắn, bó bột căng bàn chân, chụp XQ kiểm tra.
- Phẫu thuật:
 - Mở nắn kết hợp xương bằng nẹp vis khóa, vis xóp, đinh Kirschner, bất động ngoài tùy từng loại gãy, mức độ nặng nhẹ.
 - Mở giải ép khoang nếu có chèn ép
 - Tăng cường nẹp bột căng bàn chân.
- Thuốc:
 - Kháng sinh: dự phòng trước mổ 1h và sau mổ: Amoxicillin + Clavulanic acid (Augmentin) 1, 2g/lọ x 2 – 3 lọ/ngày. Cefuroxim (Zinnat) 0,75g/lọ x 2 – 3 lọ/ngày, Ampicillin Sulbactam (Unasyn) 1,5g/lọ x 2 – 3 lọ/ngày, Ceftriaxon (Rocephin) liều 50mg/kg/ngày; Gentamycine 80mg 1 – 2lọ/ngày, Amikacin 0,5g 1 – 2 lọ/ngày, Metronidazole 0,5g x 1 – 2 chai/ngày, Cefoperazone(Cefobid) 1g x 2 – 3 lọ/ngày.

- Kháng viêm, giảm đau, giảm sưng: Meloxicam (Mobic) 15mg x 1 -2 lọ/ngày, Diclofenac (Voltaren) 75mg x 1 – 2 lọ/ngày, Piroxicam (Felden 20mg) 1 -2 lọ/ngày, Paracetamol 1g x 2 – 3 chai/ngày hoặc 0,5g/viên x 3 – 4 viên/ngày, Alphachymotrypsin (Alphachoay) uống hoặc ngậm 2 viên x 2 – 3 lần/ngày.
- c. Theo dõi: tình trạng chảy máu sau mổ, nhiễm trùng vết mổ sớm trong thời gian 5 – 7 ngày.
- d. Tái khám
 - Một tuần sau mổ, sau đó mỗi 2 tuần trong 2 tháng tiếp theo và mỗi 4 tuần trong những tháng sau nữa.
 - Mỗi lần tái khám cần chụp lại phim XQ đánh giá ổ gãy (can xương, chậm lành, khớp giả,...)
 - Tiếp tục sử dụng thuốc nếu bệnh nhân còn đau, sưng nề chi gãy.
 - Hướng dẫn bệnh nhân tập vật lý trị liệu sớm sau mổ.

IV. BIẾN CHỨNG

1. Sớm

- Di lệch thứ phát sau bó bột hoặc sau mổ: nắn bó bột lại, XQ kiểm tra sau nắn, hoặc mổ kết hợp xương lại nếu di lệch quá mức độ cho phép, cố định không vững chắc.
- Nhiễm trùng: mổ cắt lọc sạch nhiều lần, cấy mủ làm kháng sinh đồ, dùng kháng sinh phổ rộng như Ceftriaxon, Cefoperazone, Imipenem + Cilastatin, Vancomycin,...hoặc theo kháng sinh đồ.

2. Muộn

- Chậm lành xương, không lành xương: mổ thay thế dụng cụ hay phương pháp vững chắc hơn (đinh nội tủy chốt, nẹp vis khóa,...) ghép xương tăng cường ổ gãy.
- Rối loạn dinh dưỡng: tập vật lý trị liệu, vận động sớm.

PHÁC ĐỒ SỬ DỤNG THUỐC KHÁNG ĐÔNG TRONG PHẪU THUẬT

1. CHỈ ĐỊNH

Bệnh nhân phẫu thuật gãy xương đùi, thay khớp gối, thay khớp háng, phẫu thuật kết hợp xương liên mấu chuyển xương đùi, bệnh nhân phẫu thuật kết hợp xương vùng khung chậu.

Bệnh nhân phẫu thuật chi dưới có tiền căn viêm tắc tĩnh mạch.

Các phẫu thuật chuyển vật da, gân, cân cơ phải nằm bất động hoặc đi không chống chân đau.

2. PHÁC ĐỒ

2.1 Trước khi phẫu thuật:

Nếu bệnh nhân bị gãy xương phải nằm bất động chờ mổ:

Lovenox 0,4ml (40mg)/ ngày tiêm dưới da, liều cuối trước phẫu thuật 12h.

Hoặc Rivaroxaban 10mg uống 1 viên/ ngày, liều cuối trước phẫu thuật 6h.

Hoặc Dabigatran 150mg/ ngày, liều cuối trước phẫu thuật 12h.

Nếu bệnh nhân đang dùng thuốc kháng ngưng tập tiểu cầu: ngưng thuốc này và thay bằng Lovenox tiêm dưới da hoặc các thuốc kháng đông đường uống với liều như trên và ngưng thuốc trước mổ theo thời gian như trên.

2.2 . Sau phẫu thuật:

Lovenox 0,4mg tiêm dưới da sau 12giờ, sau đó mỗi ngày cho đến khi bệnh nhân đi chống chân hoàn toàn, đối với thay khớp gối cho dùng hai tuần, khớp háng 5 tuần.

Hoặc Dabigatran: uống 150mg chia làm 2 lần trong ngày, bắt đầu 1 – 4 giờ sau khi mổ, thời gian như trên.

Hoặc Rivaroxaban 10mg sau 6 – 10 giờ sau mổ, thời gian như trên.

Nếu trong trường hợp bệnh nhân có dung catheter ngoài màng cứng, thì dung vớ tĩnh mạch áp lực, dung thuốc kháng đông khi rút catheter, thời gian như trên.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Loét dạ dày tá tràng đang tiến triển.

Rối loạn đông máu.

Thận trọng khi bệnh nhân có suy gan, suy thận.

Bệnh nhân trên 80 tuổi.

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH GÚT (Từ đồng nghĩa: Gout, Thống phong)

1. ĐỊNH NGHĨA

Gút là tình trạng viêm do lắng đọng tinh thể Monosodium Urate (MSU) tại mô mềm và tại khớp.

2. BỆNH SINH

Tăng acid uric khi vượt mức $> 6,8\text{mg}\%$. Cơ thể con người mỗi ngày tạo ra 250 – 750mg acid uric, do Purine từ thức ăn và chuyển hóa cơ thể tạo ra. Khi acid uric tăng cao sẽ lắng đọng tinh thể tại mô gây ra tình trạng viêm.

Tăng acid uric do mất cân bằng giữa tiết chế ăn uống, sự tổng hợp và sự bài tiết acid uric.

3. YẾU TỐ NGUY CƠ

Yếu tố nguy cơ nam giới, nữ sau mãn kinh, yếu tố di truyền, bệnh thận giai đoạn cuối, ghép tạng. Tần suất tăng theo tuổi, từ 0,18% từ tuổi dưới 45 đến 3,08% trên 65 tuổi. Cao huyết áp, béo phì, uống nhiều rượu bia là các yếu tố nguy cơ thường gặp. Thuốc lợi tiểu thiazid, aspirin liều thấp.

4. CHẨN ĐOÁN

Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh gút

Hiện diện tinh thể urat trong dịch khớp hoặc tophus chứa tinh thể urat dùng phương pháp hóa học hoặc dùng kính hiển vi lưỡng cực.

Hoặc có 6 trong 12 tiêu chuẩn sau:

- Trên một cơn viêm khớp gút cấp
- Viêm tối đa phát triển trong vòng 1 ngày
- Viêm 1 khớp
- Đỏ khớp
- Khớp bàn ngón 1 chân sưng và đau
- Viêm khớp 1 bên khớp bàn ngón chân 1
- Viêm 1 bên khớp liên quan với khớp cổ chân
- Nghi ngờ Tophy
- Tăng acid uric máu

- Hình ảnh X- quang sung một bên khớp
- Nang dưới vỏ xương với hình ảnh không bào mòn trên vỏ xương
- Cây vi trùng âm tính trong giai đoạn viêm gút cấp

5. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

Áp dụng 12 chứng cứ điều trị theo Hội thấp khớp Châu Âu EULAR 2008 (The European League Against Rheumatism)

1. Áp dụng phương pháp dùng thuốc và không dùng thuốc phù hợp với yếu tố nguy cơ
2. Giáo dục bệnh nhân và thay đổi lối sống (giảm cân và giảm rượu bia)
3. Nhận ra bệnh lý đi kèm: cao huyết áp, tăng đường huyết, tăng lipid máu, béo phì và hút thuốc.
4. Uống Colchicine và/hoặc NSAID là thuốc đầu tiên cho cơn gút cấp
5. Liều thấp Colchicine có thể đủ cho một số bệnh nhân với cơn gút cấp (liều cao có thể có tác dụng phụ)
6. Hút dịch và chích khớp Corticoid tác dụng dài có thể an toàn và hiệu quả cho cơn gút cấp
7. Thuốc giảm acid uric cho cơn gút tái phát, bệnh khớp, tophy hoặc có thay đổi hình ảnh X- quang do bệnh gút
8. Mục tiêu điều trị là giảm acid uric máu < 6,8 mg%
9. Thuốc Allopurinol cho điều trị lâu dài với liều 100mg khởi đầu và tăng dần liều mỗi 2 – 4 tuần
10. Thuốc tăng thải uric (probenecid,...) là thuốc thay thế cho Allopurinol, chỉ dùng khi chức năng thận bình thường (chống chỉ định sỏi thận).
11. Phòng ngừa cơn gút cấp trong những tháng đầu tiên của điều trị giảm uric máu bao gồm Colchicine và/hoặc NSAID.
12. Bệnh gút liên quan đến điều trị thuốc lợi tiểu. Thì ngưng thuốc lợi tiểu: losartan và fenofibrate thì điều trị cho tăng huyết áp và tăng lipid máu.

Phác đồ điều trị theo giai đoạn

Giai đoạn gút	Mục tiêu	Loại thuốc	Điều trị tăng acid uric	Thời gian
Cơn cấp	Điều trị đau	Colchicine, NSAIDs, Glucocorticoids (chích khớp, uống hoặc chích)	Không	1 – 2 tuần
Trung gian	Phòng ngừa cơn bùng phát	Colchicine, NSAIDs	Không	Thời gian cho đến khi giảm a.uric<6mg%
Kinh niên	Phòng ngừa tiến triển bệnh, mục tiêu là duy trì a.uric<6mg%	Thuốc giảm acid uric máu	Có	Thời gian dài

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP HÁNG

I. ĐỊNH NGHĨA:

Thoái hóa khớp háng là bệnh lý phổ biến về khớp ở chi dưới. Đây chủ yếu là bệnh lý do hậu quả của tuổi tác và mài mòn khớp. Thoái hóa khớp háng còn là hậu quả của các bệnh lý hay chấn thương khác như hoại tử chỏm, viêm khớp dạng thấp hay gãy cổ xương đùi,...

Thoái hóa khớp háng gây biến đổi cấu trúc của sụn khớp, bao gồm phần mềm gân cơ quanh háng, dần dần sẽ dẫn đến mất chức năng đi đứng chạy nhảy của khớp háng, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, là gánh nặng cho gia đình và xã hội. Thoái hóa khớp háng nếu được chẩn đoán và điều trị sớm có thể làm chậm phát triển bệnh, giảm triệu chứng đau, giúp bệnh nhân tìm được cách vận động thích hợp, trở lại cuộc sống bình thường.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng:

Bệnh thoái hóa khớp háng thường có một số biểu hiện nhận biết bệnh sớm như sau:

- Đau: có tính chất cơ học, đau nhiều khi đi lại, dần dần đau tăng lên ngay cả khi nghỉ ngơi và ban đêm. Vị trí đau hay gặp nhất là mặt trước đùi, nếp bẹn, lan xuống dưới mặt trước trong đùi, đôi khi có thể lan xuống tận khớp gối, ra sau mông hoặc vùng mấu chuyển xương đùi. Bệnh nhân thường đau vùng bẹn, sau đó lan xuống đùi, đau đầu gối, đau tăng khi cử động hay đứng lâu, đi khập khiễng. triệu chứng của thoái hóa khớp háng liên quan đến tình trạng hư sụn khớp và mọc các gai xương. Cơn đau xuất hiện khi đi đứng, chạy nhảy, nếu bệnh nhân hạn chế vận động và nghỉ ngơi thì cơn đau cũng giảm theo.

- Giảm biên độ vận động của khớp háng ngày càng tăng dần và ảnh hưởng đến các động tác sinh hoạt hàng ngày như bước lên xe gắn máy, ngồi xổm, buộc dây giày, đi vệ sinh, ... Động tác vận động gấp háng thường còn tốt, trong khi các động tác dẹt, khép háng và đặc biệt là xoay bị ảnh hưởng rất sớm.

Nếu bệnh nhân không điều trị thì tình trạng đau, cứng khớp háng ngày càng tăng dần và ảnh hưởng đến các hoạt động sinh hoạt hàng ngày cho đến khi tình trạng trầm trọng hơn, bệnh nhân không thể đi lại, lúc đó chỏm khớp đã biến dạng, các gai xương đã phát triển đầy khớp, khớp mất vận động. Khi các sụn khớp mòn hoàn toàn, các đầu xương chà xát trực tiếp với nhau, điều này làm cho bệnh nhân rất đau đớn khi di chuyển. Bệnh nhân có thể mất khả năng xoay người, gập hoặc dạng háng. Những dấu hiệu biểu hiện ngày càng rõ chứng tỏ bệnh đang tiến triển xấu đi rất nhiều và đòi hỏi cần phải có can thiệp của các phương pháp phẫu thuật ngoại khoa.

2. Cận lâm sàng:

Hình ảnh học:

- X-Quang khớp tư thế thẳng nghiêng và so sánh khớp háng đối bên.
- CT Scan hay MRI khớp háng để chẩn đoán phân biệt với một số bệnh lý thường gặp:

- Viêm túi hoạt dịch vùng mấu chuyễn lớn (Trochanteric bursitis).
- Hội chứng chèn ép nhánh cảm giác thần kinh bì đùi ngoài (lateral femoral cutane-

ous nerve Entrapment).

- Bệnh lý đĩa đệm cột sống thắt lưng hay hẹp ống sống gây triệu chứng chèn ép re

thần kinh toạ.

- Bệnh lý ung thư di căn xương vùng khớp háng.

3. Phân loại:

- Thoái hóa khớp háng nguyên phát: chiếm khoảng 50% hay gặp ở độ tuổi 60.

- Thoái hóa khớp háng thứ phát:

- Thoái hoá khớp háng sau chấn thương như gãy cổ xương đùi, vỡ ổ cối hoặc trật

khớp háng.

- Thoái hoá khớp háng sau biến dạng mắc phải: viêm khớp dạng thấp, hoại tử vô

khuẩn chỏm xương đùi.

- Thoái hoá khớp háng trên nền dị dạng cũ bẩm sinh: thiếu sản khớp háng, trật khớp háng bẩm sinh.

III. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị nội khoa (ngoại trú): điều trị sớm có thể giúp bệnh nhân giảm đau, cải thiện được triệu chứng lâm sàng và làm chậm sự tiến triển của bệnh.

a. Chỉ định:

- Phát hiện sớm triệu chứng đau cơ học vùng háng lan gối, chưa giới hạn tầm vận động khớp, còn đi lại được không cần nạng hỗ trợ.
- X-Quang chưa biến dạng thoái hóa khớp nhiều.

b. Phương pháp điều trị:

- Tạo điều kiện để khớp háng được nghỉ ngơi (giảm cân, hạn chế đi bộ,...).
- Ngủ đủ giấc.
- Khi đau nhiều, nên sử dụng hai nạng hay khung đi hỗ trợ.
- Tập vật lý trị liệu theo liệu trình tránh tải nặng lên khớp háng, tập các môn thể thao

nhẹ nhàng như tập dưỡng sinh, tập bơi nhẹ dưới nước, đi xe đạp,...

c. Thuốc sử dụng: cần theo dõi mỗi 3 tháng nên chụp phim X-Quang khớp háng hội chẩn lại.

- Acetaminophen (Paracetamol) 0.5g uống 3-4 lần mỗi ngày.
- Nhóm thuốc giảm đau chống viêm không steroids: chỉ định giảm đau, kháng viêm tạm thời đối với bệnh nhân. Nếu sử dụng nhóm thuốc này lâu dài phải theo dõi lâm sàng tác dụng phụ như loét dạ dày, tá tràng, và các ảnh hưởng trên chức năng gan, thận,... Cần tiến hành xét nghiệm máu theo dõi chức năng

gan, thận, định kỳ mỗi 3 tháng. Cần thận khi sử dụng đối với bệnh nhân có tiền căn tim mạch, hen phế quản.

- Naproxen, 200-500mg uống 2 lần mỗi ngày.
- Ibuprofen, 200-400mg uống 4 lần mỗi ngày.
- Diclofenac 50mg uống 3 lần mỗi ngày.
- Meloxicam 7.5mg uống hai lần mỗi ngày.
- Celecoxib 100-200mg uống một lần mỗi ngày.
- Etoricoxib 60mg uống từ một đến hai lần mỗi ngày.

- Nhóm thuốc giảm đau trung ương:

- Tramadol 50mg uống mỗi 6 giờ không quá 200mg mỗi ngày.

- Nhóm thuốc chống thoái hoá khớp tác dụng chậm quá trình thoái hoá khớp: Đây là nhóm thuốc điều trị cơ bản có tác dụng chậm (thường sau 2-4 tuần sau khi sử dụng mới có tác dụng) nhưng hiệu quả điều trị được duy trì cả sau khi ngừng điều trị (sau vài tuần đến 2-3 tháng). Tuy nhiên, thường phải dùng kéo dài từ 1-2 tháng hoặc hơn mỗi đợt và cần nhắc lại liệu trình điều trị sau một thời gian nghỉ. Dung nạp thuốc tốt, dường như ít có tác dụng phụ. Các thuốc thường dùng gồm các loại như Glucosamin Sulfate, Chondroitin Sulfate hoặc dạng phối hợp hai thuốc.

- Glucosamine uống tối đa 1500mg mỗi ngày.
- Chondroitin uống tối đa 1200mg mỗi ngày.
- Diacerhein 50mg uống 2 lần, mỗi lần 1 viên trong ngày.
- Piascledine 300mg uống mỗi ngày 1 viên.

- Liệu pháp bổ sung chất nhầy bằng muối Natri của acid Hyaluronic: Thuốc có tác dụng bao phủ và bôi trơn bề mặt sụn khớp, ngăn cản sự mất sụn, có tác dụng giảm đau và cải thiện biên độ vận động khớp. Tiêm Natri Hyaluronat có trọng lượng phân tử cao vào nội khớp bị thoái hoá sẽ bổ sung độ nhớt cho khớp. Có thể nhắc lại liệu pháp bổ sung chất nhầy sau một năm.

- Acid Hyaluronic (intra-articular injection): tiêm vào khớp gối thường dùng, nếu tiêm vào khớp háng phải tuân theo quy trình tiêm vào khớp háng và tùy thuộc vào chỉ định của từng bác sĩ.

2. Điều trị ngoại khoa:

a. Chỉ định:

Điều trị bằng phẫu thuật khi tình trạng thoái hoá khớp háng đã ở giai đoạn nặng, bệnh nhân đau cả khi nghỉ ngơi, vào ban đêm, hoặc trên phim X-Quang chỏm xương đùi đã biến dạng, khớp háng bị bán trật.

b. Phương pháp phẫu thuật:

- Phẫu thuật đục xương sửa trục xương đùi, khung chậu, ghép xương ổ cối: được chỉ định với những trường hợp thoái hoá khớp háng giai đoạn sớm người trẻ do nguyên nhân thiếu sản hoặc bán trật khớp háng.

- Thay toàn bộ khớp háng: được chỉ định với những trường hợp thoái hóa khớp háng nặng, đau nhiều, thường gặp ở bệnh nhân trên 60 tuổi.

- Có các loại khớp háng có thể sử dụng gồm:

- Loại có xi măng hay không xi măng hay kết hợp cả hai.
- Bề mặt tiếp xúc khớp kim loại-poly; ceramic-poly; ceramic-ceramic, ...
- Nhiều loại đường kính chỏm 22, 28, 32, 36,...
- Sử dụng kháng sinh dự phòng.

- Cả hai phẫu thuật đục xương sửa trục hay thay khớp háng đều mổ chương trình loại mổ sạch còn gọi là loại I-phẫu thuật sạch. Thông thường tiêm trước rạch da từ 30-45 phút tùy phẫu thuật viên duy trì thêm sau mổ từ 5-7 ngày.

c. Thuốc sử dụng:

- Kháng sinh:

	Kháng sinh thường dùng đường tĩnh mạch	Lựa chọn thay thế trên người đường tĩnh mạch bệnh dị ứng β -Lactam
Penicillin + β -Lactamase inhibitors	Amoxicillin + Clavulanic acid (Augmentin) 1.2g/lọx2-3 lần / ngày	Clindamycin 0.6g/lọx2-3 lần /ngày Vancomycin 1g/100mL nước muối đẳng trương truyền trong 30 phútx2 lần/ngày
	Ampicillin + Sulbactam(Unasyn) 1.5g/lọx3 lần/ngày	Thuốc Aminoglycoside như Gentamycin 80mg/1lọx2 lần.Tiêm bắp Amikacin 0.5gx1-2 lần tiêm bắp

		Netilmicin 0.1gx1-2 lần tiêm bắp
Cephalosporin I	Ví dụ: Cefazolin	Imipenam (Tienam) 0.5g 50mg/kg/24 giờ, chia làm 2 lần pha trong nước muối đẳng trương truyền tĩnh mạch trong 1 giờ
Cephalosporin II	Ví dụ: Cefuroxime 750mg	
Cephalosporin III	Ceftriaxone (Rocephin) 1g/lọ x2lần/ngày Ceftazidim 1g/lọ x3lần/ngày	

- Thuốc dự phòng chống thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch: cần theo dõi thử máu TQ, TCK, INR khi dùng.

- Dabigatran Etxilate (Pradaxa) 110mg uống 1 viên sau mổ 6 giờ, duy trì hàng ngày mỗi tối 2 viên trong 10-14 ngày sau mổ.

- Rivaroxaban (Xarelto) 10mg uống 1 viên sau mổ 12 giờ, duy trì hàng ngày mỗi tối 1 viên trong 10-14 ngày sau mổ.

- Enoxaparine (Lovenox) 40mg/0.4mL/4000 antiXa IU/0.4mL: tiêm dưới da sau mổ 12 giờ, duy trì hàng ngày mỗi tối 1 liều 40mg/0.4mL trong 10-14 ngày sau mổ.

d. Săn sóc tập phục hồi chức năng sau mổ:

- Nhằm đề phòng trật khớp háng sau mổ, nên đặt một gối nhỏ giữa hai chân khi nằm tránh khép háng. Gối này đặt thường xuyên ngay sau mổ và trong suốt thời gian nằm viện.

- Trong hai tuần đầu sau mổ, không được ngồi trên giường hoặc trên ghế và vươn cúi gập người về phía trước đột ngột. Thời gian về sau, khi cơ vùng quanh khớp háng khoẻ lên, những động tác này có thể được cải thiện.

e. Tập luyện:

Trong quá trình tập luyện, người bệnh có thể bước đi bình thường với khớp háng mới, tuy nhiên mới đầu sẽ đau và có cảm giác cứng khớp. Khi đó bác sĩ phẫu thuật sẽ khuyên bệnh nhân nên dùng hai nạng hay khung để hỗ trợ khi đi lại và tỷ chân mức độ hợp lý cùng với quy trình tập luyện được bác sĩ phục hồi chức năng đưa ra, người bệnh sẽ thích. Nghi dần và đau sẽ giảm dần, đến lúc sẽ hết đau. Thời gian mang nạng tùy vào chỉ định của phẫu thuật viên.

Mục đích tập phục hồi chức năng là làm khỏe cơ và tăng dần biên độ vận động khớp háng. Quá trình tập luyện của người bệnh phải được bác sĩ phẫu thuật phối hợp bác sĩ phục hồi chức năng hoặc điều dưỡng viên kiểm tra và hướng dẫn mỗi 2 tuần khi đi tái khám trong 6 tháng đầu.

Ngay sau mổ, người bệnh có thể dùng tiếp thuốc giảm đau Acetaminophen hay kháng viêm NSAIDs như liều thuốc điều trị bảo tồn trên và bắt đầu chương trình tập luyện ngay. Khi tình trạng đau đã hết, cường độ tập sẽ được tăng dần.

Trong quá trình tập luyện, người bệnh cần ghi nhớ một số điểm quan trọng. Để khó mới được khỏe hơn, người bệnh cần lưu ý một số điểm sau:

Khởi đầu khi tập từ từ và tăng dần. Đặt ra cho mình những mục tiêu cần đạt được, ví dụ như:

- Đi bộ được 100 mét.
- Bước lên và xuống cầu thang.
- Đi dạo quanh một con phố nhỏ.

Trong quá trình luyện tập có thể xuất hiện những bất thường thì phải hỏi bác sĩ ngay. Một số bài tập có thể giúp bệnh nhân làm khỏe cơ và giúp khớp mới linh hoạt hơn:

- **Tập cơ mông:** bệnh nhân nằm ngửa, gối cơ mông (ép hai mông lại gần nhau) trong vòng 5-10 giây, lặp lại 15-20 lần.

- **Tập gấp gối và háng:** nằm ngửa, co chân mông lên (gối gấp 40-60°) và giữ 10-15 giây rồi duỗi ra, lặp lại 15-20 lần.

- **Tập khép và dạng háng:** nằm ngửa hai chân duỗi thẳng, từ từ dạng chân ra rồi khép chân vào, đổi bên, lặp đi lặp lại 15-20 lần.

- **Duỗi háng:** nằm ngửa, hai chân co. Từ từ nâng mông lên khỏi mặt giường, giữ trong vòng 5 giây, lặp đi lặp lại trong vòng 15-20 lần.

- **Tập cơ tứ đầu:** nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng. Duỗi chân hết mức từng bên (gồng cơ tứ đầu) và giữ trong 5 giây, thả lỏng 5 giây rồi lặp lại. Tập trong vòng 10 phút. Nằm ngửa, kê một gối dưới khoeo, để gối gấp chừng 30-40°, duỗi thẳng gối từng bên, giữ 5 giây. Lặp lại 15-20 lần.

- **Tập khớp cổ chân:** nằm ngửa, kê một gối nhỏ dưới bắp chân để gót nâng khỏi mặt giường, duỗi tối đa bàn chân giữ trong 5 giây, rồi gấp tối đa bàn chân, giữ 5 giây. Lặp lại 15-20 lần.

*** Chườm nóng và lạnh:**

- Chườm lạnh giúp giảm sưng nề, giảm đau. Chườm lạnh mỗi lần trong vòng 12 phút.

- Chườm nóng giúp giãn cơ, làm tăng độ linh hoạt của khớp. Thời gian chườm là 15-20 phút.

3. Những điều người bệnh sau mổ thay khớp háng nên làm và không nên làm:

a. Tránh nguy cơ trật khớp, người bệnh không nên:

- Gấp đùi quá nhiều về phía bụng.
- Xoay chân vào trong.
- Ngồi bắt chéo chân mổ.
- Ngồi xổm.
- Ngồi hõ xí thấp.
- Cúi khom người khi đi tất, đi giày.
- Nằm nghiêng về phía chân lành khi ngủ không có gối ôm đệm giữa hai chân.

b. Biện chứng:

- Chảy máu vết thương gây mất máu cấp sau mổ.
- Thuyên tắc phổi gây hội chứng suy hô hấp cấp.
- Nhiễm trùng cấp.
- Thuyên tắc tĩnh mạch sâu.
- Trật khớp háng sau mổ.
- Gãy xương quanh khớp nhân tạo.
- Biện chứng muộn: lỏng khớp, trật khớp, mòn khớp, nhiễm trùng,...

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI

Gãy cổ xương đùi thường gặp ở người trên 50 tuổi, nữ gặp nhiều hơn nam, bệnh nhân trẻ hơn 50 tuổi gặp từ 2-3% trên tổng số ca gãy cổ xương đùi.

Ở người lớn tuổi loãng xương cơ chế chấn thương năng lượng thấp (té ngã khi sinh hoạt, đi bộ,...). Đối với bệnh nhân trẻ tuổi thường do tai nạn giao thông hoặc té cao.

Có thể kèm theo gãy khung chậu, trật khớp háng, gãy thân xương đùi.

Đây là loại gãy trong bao khớp.

I. LÂM SÀNG

- Nhìn: bàn chân bên gãy xoay ngoài + áp + ngấn, không có vết bầm tím.
- Đau vùng háng bên gãy, đau tăng khi gõ dồn từ gót. Bệnh nhân có thể đau ở háng hoặc gối “về cái đau, khớp gối là cửa sổ của khớp háng”.
- Hạn chế vận động khớp háng.

II. CẬN LÂM SÀNG

- X-Quang: 2 bình diện trước - sau, bên.
- CT tái tạo 3 chiều.
- Nhấp nháy đồ (Saintigraphy) biết trước nguy cơ không liền xương hay hoại tử chỏm. – MRI đánh giá hoại tử chỏm xương đùi.
- Xét nghiệm máu không bất thường trừ trường hợp loãng xương hoặc có bệnh lý nội khoa.

III. PHÂN LOẠI

1. Pauwels (1928): dựa vào độ chệch đường gãy với đường hoành.
 - Loại I: đường gãy có độ chệch khoảng 30° .
 - Loại II: đường gãy có độ chệch khoảng 50° .
 - Loại III: đường gãy có độ chệch khoảng 70° .
2. Garden (1961): dựa vào độ lệch giữa hai đường gãy. Di lệch càng nhiều tỷ lệ hoại tử chỏm càng cao.
 - Độ 1: không di lệch, lồng nhau ở tư thế đang.

- Độ 2: không di lệch.
 - Độ 3: di lệch vừa, 2 mặt gãy còn chạm nhau.
 - Độ 4: di lệch nhiều, 2 mặt gãy rời nhau.
3. Swiontkowski (1992):
- Gãy xương không di lệch: gồm độ 1 và độ 2 của Garden.
 - Gãy di lệch: gồm độ 3 và độ 4 của Garden.
 - Gãy xương bệnh: do di căn, do bướu nguyên phát, bệnh nội khoa.
 - Gãy xương mệt...

IV. BIẾN CHỨNG

1. Cấp: làm nặng thêm những bệnh đã có ở người già (tim mạch, huyết áp, phổi, thận).
2. Thứ cấp:
 - Gây suy nhược.
 - Biến chứng do nằm lâu: viêm phổi, viêm đường tiểu; loét mông, vùng mấu chuyễn và vùng mắt cá ngoài.
3. Trễ:
 - Hoại tử chỏm: tỷ lệ 10-30%.
 - Không liền 15-35%.
4. Kết hợp xương thất bại

V. ĐIỀU TRỊ

- Gãy không di lệch: bắt vít dưới màn tăng sáng (C-Arm).
- Gãy di lệch: bắt vít dưới màn tăng sáng, thay khớp háng bán phần (có xi măng hoặc không xi măng), thay khớp háng toàn phần (có xi măng hoặc không xi măng).
- Gãy bệnh: thay khớp háng.
- Đa thương: kết hợp xương một thì.
- Hoại tử chỏm: thay khớp háng.

- Không liền: cắt xương sửa trực nếu chỏm còn tốt và tuổi dưới 50 hoặc thay chỏm.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi lành vết mổ. Tái khám 2 tuần, 4 tuần, 8 tuần, 12 tuần sau mổ.
- Thời gian lành xương 6-10 tháng.
- Xương gãy dễ di lệch thứ cấp: cần tái khám đều đặn.
- Xương lành có thể hoại tử chỏm sau đó vài năm.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY LIÊN MÁU CHUYÊN**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy liên máu chuyển xương đùi là loại gãy xương khá phổ biến chiếm 55% trong các loại gãy xương đầu trên xương đùi. Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng hay gặp nhất là những người cao tuổi (trên 60 tuổi), ở phụ nữ gặp cao gấp 2-3 lần nam giới.

Nguyên nhân gãy xương ở những người cao tuổi chủ yếu do tai nạn sinh hoạt mà hay gặp nhất trượt chân ngã đập háng xuống sàn nhà, nhà tắm,..

Loại gãy ngoài bao khớp.

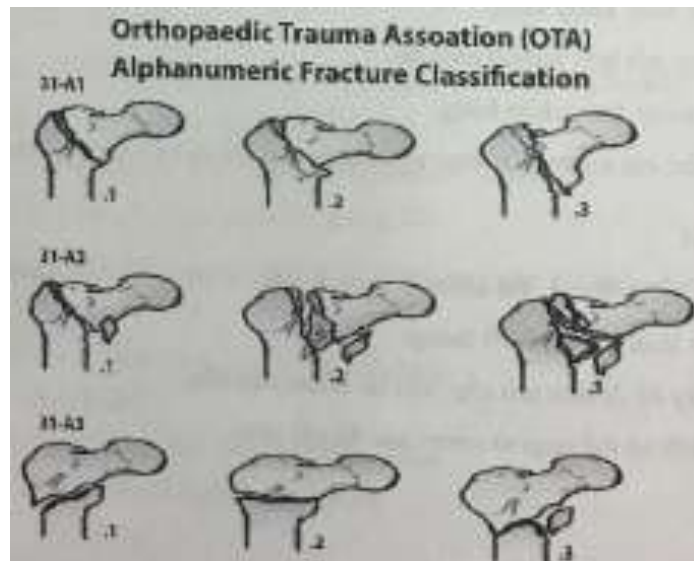
II. CHẨN ĐOÁN**1. Lâm sàng**

- Sưng nhiều vùng máu chuyển, chân gãy ngắn hơn chân lành.
- Đau nhiều vùng máu chuyển hay 1/3 trên ngoài đùi.
- Bàn chân xoay áp sát mặt giường.
- Hạn chế vận động khớp háng.

2. Cận lâm sàng

- X-Quang: 2 bình diện thẳng - nghiêng đánh giá các di lệch.
- CT tái tạo 3 chiều để khảo sát những trường hợp gãy khó thấy trên X-Quang.
- MRI: đánh giá hoại tử chỏm xương đùi.
- Xét nghiệm máu không bất thường trừ trường hợp loãng xương hoặc có bệnh lý nội khoa.

III. PHÂN LOẠI theo AO



IV. BIẾN CHỨNG

1. Cấp: làm nặng thêm những bệnh đã có ở người già (tim mạch, huyết áp, phổi, thận).
2. Thứ cấp:
 - Gây suy nhược.
 - Biến chứng do nằm lâu: viêm phổi, viêm đường tiểu, loét mông, vùng mào chướng và vùng mắt cá ngoài.
3. Kết hợp xương thất bại

V. ĐIỀU TRỊ

1. Bảo tồn: gãy không di lệch, bệnh nhân có bệnh nội khoa không ổn định, bệnh nhân không chấp nhận phẫu thuật.

- Nẹp vải chống xoay
- Nẹp bột chống xoay - Bột chống xoay

2. Phẫu thuật: gãy di lệch, bệnh nội khoa ổn định cho phép phẫu thuật.

* Phương tiện cố định xương:

- Vít xóp (loại lỏng hoặc đặc)
- Nẹp lưới - Nẹp DHS (loại có ốc khoá hoặc không có ốc khoá)

- Nẹp DCS
- Nẹp ốc có khoá hoặc không có ốc khoá
- Đinh nội tuỷ
- Đinh nội tuỷ có chốt
- Thay khớp háng bán phần (có xi măng hoặc không có xi măng)
- Thay khớp háng toàn phần (có xi măng hoặc không có xi măng)

VI. THEO DÕI

- Lành vết mổ.
- Tập phục hồi chức năng vận động.
- Tái khám: 2 tuần, 4 tuần, 8 tuần, 12 tuần sau mổ.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY THÂN XƯƠNG ĐÙI

I. ĐẠI CƯƠNG

Xương đùi là xương lớn nhất và dài nhất trong cơ thể, khi gãy thân xương đùi là chấn thương nặng nguy hiểm đến tính mạng, lượng máu mất từ 0.5 đến 1 lít.

Thường gặp ở thanh niên 20-30 tuổi do tai nạn giao thông, nam nhiều hơn nữ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Chân bất động ngấn, xoay ngoài.
- Sưng to đau nhiều chỗ gãy.
- Bất mạch cổ chân.
- Tìm rối loạn cảm giác.
- Tìm các tổn thương kèm theo.

2. Cận lâm sàng

X-Quang: chụp bình diện thẳng - bên xương đùi, tìm các tổn thương kèm theo ở vùng hông và gối, phải luôn chụp đầu trên và dưới đùi. Chụp khung chậu.

III. PHÂN LOẠI

1. Theo tổn thương xương:

- Đơn giản: đường gãy ngang, xoắn, nghiêng.
- Nhiều mảnh: theo Winquet-Hensen
 - Độ 0: đơn giản.
 - Độ 1: mảnh vỡ nhỏ.
 - Độ 2: mảnh vỡ nhỏ hơn 50% thân xương.
 - Độ 3: mảnh vỡ lớn hơn nửa thân xương (>50%).
 - Độ 4: nhiều mảnh.

2. Theo tổn thương phần mềm: kín và hở

- Loại kín: ổ gãy không thông ra ngoài

- Loại hở: tùy diện tích vết thương mô mềm được phân như sau:

• Độ 1: chiều dài vết thương ngắn hơn 1cm và gây bởi một lực nhẹ. Không dập nát hay tổn thương cơ.

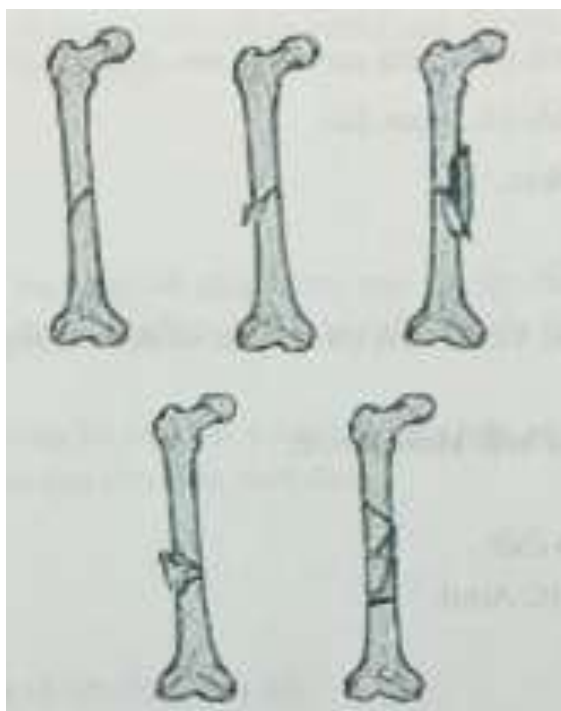
• Độ 2: chiều dài vết thương hơn 1cm, kết hợp tổn thương cơ vừa phải.

• Độ 3: gãy bởi một lực mạnh, vết thương rộng hơn 10cm, tổn thương cơ nặng.

+ Độ 3A: vết thương da rộng, nhiều mô mềm dập nát hoặc còn có thể che xương.

+ Độ 3B: không còn đủ mô mềm che xương.

+ Độ 3C: tổn thương mạch máu cần nối lại.



3. Ngoài ra còn nhiều phân loại khác nhau

IV. BIẾN CHỨNG

1. Cấp:

- Shock do đau và mất máu.
- Gãy hở.
- Chèn cơ giữa ổ gãy.
- Chèn ép khoang.
- Tổn thương mạch máu lớn hay thần kinh.

2. Thứ cấp: từ ngày thứ 2 đến tuần thứ 2 sau tai nạn

- Biến chứng do nằm lâu: loét da, teo cơ, loãng xương, nhiễm trùng phổi và đường tiêu.
- Nhiễm trùng vết thương.

3. Trễ: từ tuần thứ 3 trở đi

- Do gãy hở nặng: mất xương, viêm xương.
- Do điều trị kéo tạ và bó bột: ngắn chi (>2cm), can xấu, cứng gôi, teo cơ, không liền
- Do điều trị phẫu thuật: nhiễm trùng vết mổ, không liền xương, gãy dụng cụ kết hợp xương, can xấu.

V. ĐIỀU TRỊ

1. Sơ cứu:

- Cố định tạm đúng cách bằng nẹp dài từ bàn chân đến nách hay nẹp Thomas.
- Chống Shock, hồi sức, giảm đau.
- Di chuyển cẩn thận.

2. Tại bệnh viện:

- a. Gãy hở: cắt lọc, xuyên định kéo tạ hoặc cố định xương bằng các phương tiện kết hợp xương:
 - Nẹp ốc (có khoá hoặc không khoá).
 - Đinh nội tuỷ.
 - Đinh nội tuỷ có chốt.

- Màn tăng sáng (C-Arm).
- b. Gãy kín:
 - Đóng đinh nội tuỷ.
 - Đinh nội tuỷ có chốt.
 - Nẹp ốc (có khoá hoặc không khoá).
 - Màn tăng sáng (C-Arm).

VI. THEO DÕI

- Theo dõi lành vết mổ.
- Tập phục hồi chức năng vận động.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY ĐÀU XA XƯƠNG ĐÙI

I. ĐẠI CƯƠNG

Bao gồm gãy phần hành xương 5cm trên lồi cầu và gãy liên lồi cầu của đầu xa xương đùi.

Ở người trẻ, lực chấn thương ở mức năng lượng cao. Người già, loãng xương, lực chấn thương ở mức năng lượng thấp.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Thường tổn thương tác động bởi năng lượng cao. Vì vậy, cần khám cẩn thận vùng kế cận để tránh bỏ sót tổn thương đi kèm. Khám và kiểm tra tổn thương mạch máu, thần kinh.

- Sưng và biến dạng vùng lồi cầu, gối. Có thể tìm dấu hiệu cử động bất thường hoặc tiếng lạo xạo xương, nhưng làm cho bệnh nhân đau.

2. Cận lâm sàng

a. X-Quang:

- Hai bình diện thẳng và bên lồi cầu và gối.

- X-Quang xương chậu, hông cùng bên và trục xương đùi hoàn chỉnh cũng cần được thực hiện để loại trừ sự hiện diện của tổn thương liên quan.

b. CT Scan:

- Nếu X-Quang thường quy không đánh giá được hết các mảnh gãy chụp CT 3D.

- Các loại phạm khớp.

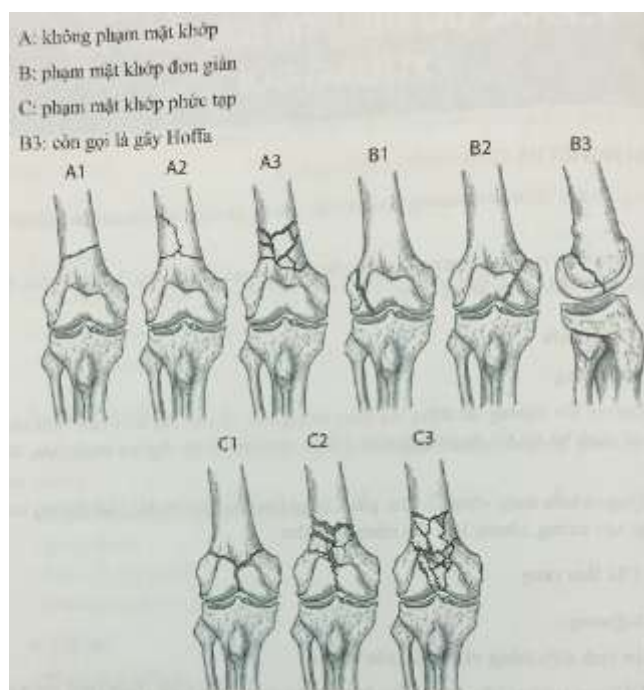
III. PHÂN LOẠI

1. Theo vị trí

- Gãy không phạm khớp.

- Gãy phạm khớp.

2. Gãy xương theo AO



IV. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị nội trú: trường hợp chỉ định phẫu thuật

a. Gãy hở:

* Tại phòng cấp cứu:

- Phác đồ đánh giá toàn diện bệnh nhân chấn thương (ATLS) nhằm phát hiện các thương đi kèm.

- Đánh giá chi: vết thương có được che phủ và bất động chi bằng nẹp.

– Bồi hoàn tuần hoàn đầy đủ, đánh giá lượng máu mất.

- Kháng sinh: Nhóm Penicillin + β -Lactamase inhibitors, nhóm Cephalosporin thế hệ II, III, nếu vết thương có nhiều dị vật dơ thì kết hợp thêm nhóm Aminoglycoside.

- Giảm đau:

• Thuốc giảm đau: (dạng chích hay truyền dịch)

+ Acetaminophen

+ Paracetamol + Tramadol

+ Paracetamol + Codein

- Thuốc giảm đau kháng viêm NSAIDs:

- Phòng ngừa uồn ván.

*** Tại phòng phẫu thuật cắt lọc và tưới rửa**

- Làm sạch vết thương và ổ gãy.

- Che phủ: thần kinh, mạch máu, gân, xương còn sống.

- Lấy bỏ: mô chết, dị vật.

- Tránh: khoảng chết, vết thương căng.

*** Lựa chọn hình thức cố định xương:**

- Gãy hở độ I, II cố định bên trong ngay sau khi cắt lọc.

- Gãy hở độ III: cắt lọc, cố định mặt khớp bằng vít xóp 6.5, xuyên định kéo tạ hoặc đặt cố định ngoài qua gối. Nếu phẫu thuật viên đánh giá vết thương sạch có thể cố định xương bên trong.

b. Gãy kín:

Các phương tiện kết hợp xương (KHX):

Dụng cụ KHX:

- DCS
- Lamplaqe
- Nẹp nâng đỡ
- Đinh chốt ngược dòng
- Nẹp khóa

KHX bằng vít xóp (Cancellous screw) 4.0 hoặc 6.5 có hoặc không có long đèn.

Quan trọng nhất trong các loại gãy này là phải nắn chỉnh hoàn toàn mặt khớp, cố định mặt khớp bằng vít xóp 6.5 nén ép mặt gãy.

- Do cấu trúc giải phẫu của lồi cầu đùi là một hình thang đáy nhỏ ở phía trước lớn ở phía sau vị trí đặt vít sao cho không bị cản dây chằng bên trong của khớp gối gây đau khi tập VLTL.

Phương tiện KHX:

- DCS
- Lamplaqe
- Nẹp nâng đỡ
- Vít xóp
- Nẹp khoá
- Sau mổ cần theo dõi:

- Lành vết thương và nhiễm trùng vết thương 2-3 tuần.

- Theo dõi sự lành xương trong 18-24 tháng dựa trên lâm sàng và X-Quang.

2. Điều trị ngoại trú bảo tồn: chỉ áp dụng đối với bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật.

- Gãy không phạm khớp (A1, A2, A3): bột đôi bàn chân gối gấp 20.

- Gãy phạm khớp (B1, B2, B3): bột đôi bàn chân gối gấp 20,

– Thuốc sử dụng: kháng viêm, giảm đau, chống phù nề, bổ sung Calci, ngăn ngừa thoái hoá khớp như Glucosamine.

– Theo dõi dấu hiệu chèn ép bột bó trong 1-2 tuần đầu như sưng, phù nề, bàn chân tím tái.

- Theo dõi sự di lệch thứ phát trong 4-8 tuần dựa trên lâm sàng và X-Quang.

- Theo dõi sự lành xương mỗi 4-6 tuần trong 18-24 tháng dựa trên lâm sàng và X-Quang.

3. Tập vật lý trị liệu:

- Tập vận động thụ động khớp gối ngay ngày hậu phẫu đầu tiên. ROM 0°-90° trong 4 tuần đầu và đạt 120° sau 8 tuần là đạt yêu cầu.

– Tập phục hồi chức năng và tái tạo sức lao động.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY MÂM CHÀY

Luôn thăm khám kỹ để phát hiện biến chứng: tổn thương động mạch khoeo, chèn ép khoang hay tổn thương thần kinh hông khoeo ngoài.

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy mâm chày là gãy vùng hành xương của đầu trên xương chày phạm khớp.

Gãy mâm chày là thử thách cho người thầy thuốc vì có nhiều hình thức và nhiều khi cùng một loại gãy lại cho kết quả điều trị khác nhau. Mâm chày ngoài thường bị tổn thương (55-70%); tổn thương thường gặp là mặt khớp toác ra hoặc xẹp xuống một phần (trước, sau, giữa) hay toàn phần mâm chày. Hậu quả là khớp bị đau hay bị lỏng lẻo khi di chuyển (30%). Tổn thương dây chằng chéo thường kèm theo (20-30%) và da thường nổi bóng nước sau 1, 2 ngày làm điều trị phẫu thuật khó khăn (phải chờ vết thương da tốt mà sau 3 tuần thì xương mâm chày đã dính khá nhiều).

Gãy mâm chày xảy ra nhiều ở nước ta do tai nạn giao thông; khớp gối vừa chịu lực nặng từ trên xuống vừa bị đụng từ phía bên làm xẹp hay tách mâm chày.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Bệnh sử: cần khai thác cơ chế chấn thương giúp biết được hướng lực gây tổn thương giúp ích tiên lượng tổn thương phần mềm đi kèm. Ví dụ: lực tác động vào mặt ngoài làm gối vẹo ngoài có thể kèm theo tổn thương dây chằng bên trong của khớp gối. Trong khi đó hướng lực gây tổn thương làm gối duỗi quá mức thường kèm theo tổn thương dây chằng chéo và tổn thương mạch máu. Lực tác dụng dọc trục cẳng chân với khớp gối đang ở tư thế duỗi có thể làm tổn thương mặt sụn nhiều và phần mềm sưng nề nhiều.

Tuổi và chất lượng xương cũng ảnh hưởng xương gãy. Một bệnh nhân tuổi vị thành niên hệ xương chưa trưởng thành có kèm tổn thương sụn tiếp hợp. Ở người lớn tuổi, chất lượng xương kém thường kèm gãy nát.

Bệnh lý kèm theo: đái tháo đường, bệnh lý mạch máu, suy tim,... hay thói quen: hút thuốc lá, nghiện rượu đều ảnh hưởng đến sự lành xương và lành vết thương.

*** Khám lâm sàng**

- Cần khám tìm các dấu hiệu đe dọa tính mạng bệnh nhân hoặc đe dọa sự sống còn của chi bị tổn thương và xử trí ngay. Tỷ lệ tổn thương động mạch khoeo tăng kèm theo tổn thương khớp gối nặng cần được phát hiện và can thiệp phẫu thuật cấp cứu để cứu chi bị tổn thương.

- Cần lưu ý các vết thương quanh gối, sung, biến dạng, mất vững, tiếng lạo xạo.

- Bắt mạch mu và hoặc mạch chày sau, tình trạng sung, căng của các khoang vùng cẳng chân để giúp phát hiện tổn thương mạch máu hay có biến chứng chèn ép khoang.

- Các dấu hiệu chắc chắn gãy xương: biến dạng, cử động bất thường, tiếng lạo xạo vùng mâm chày.

- Các dấu hiệu không chắc chắn: sung, đau, bầm tím.

- Khám thần kinh về cảm giác và vận động, có thể khám lặp đi lặp lại nhiều lần để phát hiện tổn thương thần kinh đi kèm hay dấu hiệu thần kinh của chèn ép khoang.

2. Cận lâm sàng

- X-Quang quy ước: tư thế thẳng trước sau, tư thế nghiêng vùng gối cho chân đoán gãy mâm chày.

- Chụp gối tư thế xoay trong hay xoay ngoài giúp thấy rõ hơn tổn thương sụn ở mặt trước hay mặt sau của mỗi mâm chày.

- Chụp CT thấy rõ mức độ gãy nát, gãy lún thường không thấy rõ trên X-Quang thường quy. Hình ảnh tái tạo không gian ba chiều càng giúp thấy rõ hình ảnh giải phẫu đại thể xương gãy.

- Chụp cộng hưởng từ MRI: hình ảnh MRI giúp thấy rõ tổn thương phần mềm: sụn chêm, dây chằng.

- Siêu âm mạch máu và động mạch đồ: chỉ định khi có nghi ngờ tổn thương động mạch cần phục hồi.

3. Phân độ

- SCHATZKER I: gãy tách mâm chày ngoài.
- SCHATZKER II: gãy tách và lún mâm chày ngoài.
- SCHATZKER III: gãy lún mâm chày trung tâm.
- SCHATZKER IV: gãy tách mâm chày trong.
- SCHATZKER V: gãy tách và lún 2 mâm chày.
- SCHATZKER VI: gãy 2 mâm chày + những đường gãy kéo dài đến hành xe. cắt ngang trụ giữa.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị ngoại trú

- Chỉ định: gãy mâm chày không di lệch hoặc di lệch ít, cấp kênh mặt khớp dưới 2mm.
- Nẹp bột dày đùi bàn chân, nẹp Zimmer.
- Nằm kê cao chân 3-7 ngày tại cơ sở y tế, theo dõi phát hiện tổn thương mạch máu sau gãy xương.
- Sau 7 ngày bó bột đùi bàn chân tư thế gối co 10°, rạch dọc bột.
- Hướng dẫn bệnh nhân cách đi 2 nạng không chống chân đau, tập gồng cơ trong bột, tập vận động khớp hông.
- Sau 6 tuần bó bột Sarmiento tập đi chịu lực tăng dần, tập lấy tầm vận động khớp gối.
- Bỏ bột sau 12-16 tuần tùy thuộc dấu hiệu lành xương trên X-Quang.
- Tái khám hàng tuần ít nhất trong 2 tuần đầu tiên: phát hiện tắc mạch khoeo muộn.

- Thuốc kháng viêm, giảm đau, chống phù nề, bổ sung calci, Vitamin.

2. Điều trị nội trú (đối với trường hợp có chỉ định phẫu thuật)

a. Chỉ định:

- Gãy hở.
- Chèn ép khoang, tổn thương mạch máu thần kinh.
- Gãy di lệch mặt khớp >5mm.
- Trục xương di lệch >5°, hoặc có di lệch xoay.
- Đưa bệnh nhân sớm trở lại với đời sống xã hội.

b. Phân loại và phương pháp phẫu thuật:

- SCHATZKER I: gãy tách mâm chày ngoài, nắn kín dưới C-Arm hoặc mổ mở, KHX bằng vít xóp 6.5mm.

- SCHATZKER II: Gãy tách và lún mâm chày ngoài: mổ nắn nâng mâm chày, KHX bằng nẹp khoá hoặc bằng nẹp vít ± ghép xương mào chậu.

- SCHATZKER III: gãy lún mâm chày trung tâm. Nâng mâm chày bằng: mổ mở, dưới C-Arm hoặc nội soi. Bắt buộc phải ghép xương: ghép xương tự thân, đồng loại hay xương nhân tạo, cố định bằng nẹp vít hay vít xóp.

- SCHATZKER IV: gãy tách mâm chày trong. Loại này hay kèm theo tổn thương mạch máu do mâm chày trong cứng hơn mâm chày ngoài nên đòi hỏi lực chất thương mạnh. Mổ KHX bằng nẹp vít, nẹp khoá ± ghép xương, nếu có tổn thương mạch máu, phải mổ 1 chân ghép mạch máu.

- SCHATZKER V: gãy tách và lún 2 mâm chày. Do lực tác động mạnh và ổ gãy chảy máu nhiều nên rất dễ có tổn thương lóc da ngấm và chèn ép khoang đi kèm => Rạch giải ép, rút máu tụ trong khớp gối. Mổ KHX bằng khung cố định ngoài kiểu Ilizarov hay nẹp vít, nẹp khoá ± ghép xương.

- SCHATZKER VI: gãy 2 mâm chày + những đường gãy kéo dài đến hành xương và cắt ngang trụ giữa. Xử trí phần mềm như loại gãy SV. Mổ KHX ± ghép xương.

Trong trường hợp gãy mâm chày có tổn thương động mạch khoeo thì không dùng cố định ngoài.

3. Điều trị ngoại trú sau phẫu thuật và tập vật lý trị liệu

- Săn sóc vết thương, theo dõi nhiễm trùng vết thương sau mổ, kê cao chân gãy.

- Tập vận khớp gối, mục tiêu đạt ROM 120° sau 4 tuần.

- Tập đi không chống chân đau hoặc chống nhẹ chân đau trong 6-8 tuần.

- Ở tuần thứ 8 cho chịu 1 phần sức nặng cơ thể.

- Theo dõi lành xương trên lâm sàng và X-Quang 12 tháng.

- Thuốc kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, chống phù nề, bổ sung Calci, Vitamin.

*** Dụng cụ trang thiết bị:**

- Máy nội soi, C-Arm.

- Khung bất động ngoài loại Ilizarov không cần quang.

- Nẹp khoá, nẹp nâng đỡ kèm vít theo nẹp, vít xóp 6.5.

- Chỉ khâu sụn chêm dây chằng khớp phần mềm, chỉ khâu mạch máu nếu phẫu thuật.

- Gạc vô trùng cầm máu băng vết thương loại lớn và nhỏ. Băng thun, nẹp vải hay bột bó.

*** Thuốc:**

- Kháng sinh: Dùng 1 trong các loại thuốc sau hay phối hợp 2 loại diệt vi trùng gram (+) hay gram (-).

• Nhóm Aminoglycoside

• Nhóm Cephalosporin thế hệ I, II, III

• Nhóm Penicillin + β -Lactamase inhibitors

• Nhóm Quinolone

• Nhóm Cloramphenicol

• Nhóm Glycopeptide

• Nhóm Imidazole

• Nhóm Lincosamide

- Nhóm Penicillin
- Nhóm Macrolide
- Thuốc giảm đau kháng viêm: Dùng một trong các loại sau hay phối hợp.
 - Thuốc giảm đau:
 - + Acetaminophen
 - + Paracetamol + Tramadol
 - + Paracetamol + Codein
 - Thuốc giảm đau kháng viêm NSAIDs (dạng chích và uống).
 - Giảm phù nề: Chymotrypsin (Alpha Choay): 2 viên x3-4 lần/ngày (uống/ngậm dưới lưỡi)
 - Thuốc chống loãng xương: Alendronate, Ibandronate, Risedronate Acid, Denosumab, Raloxifene, Strontium Ranelate, Teriparatide, rPTH,...

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY XƯƠNG BÁNH CHÈ

I. ĐỊNH NGHĨA

Là sự mất liên tục của xương bánh chè sau một chấn thương vùng gối, hay gặp nhất là gãy xương bánh chè do một lực tác động trực tiếp vào trước gối thường là gãy hở. Do lực tác động gián tiếp ít gặp hơn, là do gối co đột ngột chống lại nhóm cơ tứ đầu đùi đang co, thường là gãy kín.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

a. Bệnh sử: Đau cấp tính vùng trước gối, dữ dội, gối sưng, có thể kèm sưng nề phần mềm quanh khớp.

b. Khám lâm sàng:

- Tình trạng da, phần mềm trước gối có vết thương, có thông vào ổ gãy không.

- Sờ xác định chỗ khuyết dưới các mảnh bánh chè gãy, điểm đau chói, tiếng lạo xạo, cử động bất thường.

- Khi gãy bánh chè di lệch nhiều bệnh nhân không thể duỗi chủ động gối được: cho bệnh nhân nằm ngửa, gối thẳng, nhấc cao gót không được.

2. Cận lâm sàng

- X-Quang thường quy: phim thẳng, phim nghiêng, phim tiếp tuyến bánh chè. Cho chẩn đoán xác định gãy xương bánh chè, mức độ di lệch, phân loại gãy. Phim nghiêng thấy rõ nhất trường hợp gãy ngang, gãy nhiều mảnh.

- Bánh chè có dị tật hai mảnh: trên phim thẳng thấy một mảnh nhỏ có vỏ xương rõ, ở góc trên ngoài bánh chè dễ nhầm với gãy xương cực trên bánh chè, gặp ở 8% dân số, hầu như bị ở hai bên. Nên chụp phim thẳng bên đối diện để chẩn đoán loại trừ.

- Chụp tiếp tuyến bánh chè cho thấy rõ vị trí gãy trên rãnh ròng rọc ở đầu dưới xương đùi, gãy dọc xương bánh chè, gãy khuyết xương sụn bánh chè.

- Có thể chụp thêm CT Scan: ít khi cần thiết.

- Chụp cộng hưởng từ: có thể giúp xác định gãy bong cực dưới bánh chè, giúp chẩn đoán đứt gân tứ đầu, đứt gân bánh chè một phần khi khám lâm sàng và X-Quang không giúp chẩn đoán được.

3. Phân độ: Cách phân loại đơn giản có ba kiểu:

- Gãy ngang thân bánh chè, gãy ngang cực trên, cực dưới.
- Gãy nhiều mảnh.
- Gãy dọc.

III. ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI – TÁI KHÁM

1. Điều trị ngoại trú

a. Chỉ định – phương pháp điều trị:

- Gãy kín, di lệch <3mm, cấp kênh mặt khớp <2mm.
- Gãy di lệch kèm bệnh nội khoa nặng, nhu cầu hoạt động ít.
- Phương pháp: đặt nẹp gôi 4-6 tuần, bệnh nhân không hợp tác tốt thì làm bột ống.

b. Thuốc sử dụng:

- Thuốc giảm đau:

- Acetaminophen
- Paracetamol + Tramadol
- Paracetamol + Codein

- Thuốc giảm đau kháng viêm NSAIDs (dạng chích và uống)

- Giảm phù nề: Chymotrypsin (Alpha Choay): 2x3-4 lần/ngày (uống / ngâm dưới lưỡi).

- Thuốc chống loãng xương: Alendronate, Ibandronate, Risedronate, Zoledronic acid, Denosumab, Raloxifene, Strontium Ranelate, Teriparatide, rPTH,...

c. Theo dõi: Nêu rõ các dấu hiệu cần theo dõi, thời gian theo dõi tại nhà. Theo dõi chèn nếp bột, nẹp.

d. Tái khám: Theo dõi dấu hiệu lành xương dựa trên lâm sàng và X-Quang 6-12 tháng.

e. Phục hồi chức năng: Tập phục chức năng phục hồi chức năng chân bệnh, hoạt động trị liệu và tái tạo sức lao động cho người bệnh.

2. Điều trị nội trú

a. Chỉ định – phương pháp điều trị:

- Bảo tồn: nội trú theo dõi bột bó. Khi xuất viện theo điều trị ngoại trú.

- Phẫu thuật:

Chỉ định

+ Gãy kín di lệch > 3mm, cấp kênh mặt khớp > 2mm.

+ Gãy hở.

* Phương pháp:

- Néo ép: dùng kim Kirschner xuyên dọc trục hay bắt vít néo ép số 8 bằng chỉ thép, có thể tăng cường thêm vòng chỉ thép quanh bánh chè, đặc biệt đối với trường hợp gãy nát.

* Phương pháp khác:

- Lấy bỏ một phần bánh chè: chỉ định một số gãy nát phạm khớp hay gãy nát cực trên hay cực dưới khó kết hợp xương. Lấy bỏ các mảnh nhỏ phần gãy nát, giữ lại phần gãy mảnh lớn, kết hợp xương lại như gãy ngang thân xương bánh chè. Trường hợp gãy nát bờ bánh chè, mảnh xương nhỏ nên lấy bỏ để ngăn sinh chồi xương, phần dây chằng hay gân còn lại được khâu lại.

- Lấy bỏ toàn bộ xương bánh chè: trường hợp gãy nát nhiều và phạm khớp, kết hợp xương khó khăn, có thể lấy bỏ toàn bộ xương bánh chè là biện pháp xử lý tốt nhất sau đó tái tạo lại gân cho bộ máy duỗi: khâu trực tiếp gân - gân có thể áp dụng được cho trường hợp vùng khuyết khoảng 3-4cm. Nếu khâu không được có thể tạo hình gân hình chữ V ngược.

Sau phẫu thuật bắt động thêm bên ngoài bằng nẹp vải hay nẹp bột đùi bàn chân

* Vật tư tiêu hao:

-Gạc vô trùng cầm máu băng vết thương loại lớn và nhỏ. Băng thun, nẹp vải hay bột bó

- Kim Kirschner, chỉ thép bánh chè liền kim, vít xỏ 4.0, vít vỏ 3.5.

b. Thuốc sử dụng

- Kháng sinh: Dùng 1 trong các loại thuốc sau hay phối hợp 2 loại diệt vi trùng gram (+) hay gram (-).

- Nhóm Aminoglycoside
- Nhóm Cephalosporin thế hệ I, II, III
- Nhóm Penicillin + β -Lactamase Inhibitors
- Nhóm Quinolone
- Nhóm Cloramphenicol
- Nhóm Glycopeptide
- Nhóm Imidazole
- Nhóm Lincosamide
- Nhóm Penicillin
- Nhóm Macrolide

Thuốc giảm đau kháng viêm: Dùng một trong các loại sau hay phối hợp:

• Thuốc giảm đau:

+ Acetaminophen

+ Paracetamol + Tramadol

+ Paracetamol +Codein

• Thuốc giảm đau kháng viêm NSAIDs (dạng chích và uống).

- Giảm phù nề: Chymotrypsin (Alpha Choay): 2 x 3-4 lần/ngày (uống / ngâm dưới lưỡi).

- Thuốc chống loãng xương: Alendronate, Ibandronate, Risedronate, Zoledronic acid, Denosumab, Raloxifene, Strontium Ranelate, Teriparatide, rPTH,...

3. Theo dõi: Sự lành vết thương, nhiễm trùng sau mổ.
4. Tái khám: Theo dõi lành xương trên lâm sàng và X-Quang 6-12 tháng.
5. Phục hồi chức năng: Giúp bệnh nhân phục hồi chức năng chân bệnh, tái tạo sức lao động.

IV. BIẾN CHỨNG

- Nhiễm trùng.
- Gãy kim Kirschner, vít, đứt chỉ thép, gãy lại.
- Vết thương khó lành, hoại tử da trước bánh chè.
- Viêm túi hoạt dịch trước bánh chè do dụng cụ kích thích,
- Bánh chè lên cao: làm giới hạn gấp gối.
- Không lành xương: tương đối hiếm.
- Còn di lệch.
- Viêm khớp sau chấn thương
- Mất tầm vận động khớp gối.
- Thoái hoá khớp gối.
- Bánh chè phì đại.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP GỐI

I. ĐỊNH NGHĨA

Thoái hóa khớp là bệnh lý do mất cân bằng giữa tổng hợp và hủy hoại mô sụn và xương dưới sụn của các khớp hoạt dịch, khớp gối là khớp lớn thường bị ảnh hưởng nhất trong cơ thể. Đặc trưng bởi sự mất tiến triển của sụn khớp (mòn sụn khớp), hình chồi xương và xơ xương dưới sụn - gây đau, biến dạng và mất chức năng khớp gối. Có thể do nguyên phát (lão hoá) hoặc thứ phát (chấn thương, bệnh lý,...).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng:

- Đau khớp gối là dấu hiệu than phiền chính yếu của bệnh nhân. Đau mặt trước hoặc trong khớp gối, đau tăng khi vận động, giảm khi nghỉ ngơi, đặc biệt khi chuyển từ ngồi sang đứng. Giai đoạn đầu đau âm ỉ, không liên tục, xuất hiện khi thực hiện các động tác đặc biệt như lên xuống bậc thang, ngồi xổm, quỳ gối. Giai đoạn muộn, đau tăng và kéo dài liên tục.

- Hạn chế vận động, khó khăn khi thực hiện động tác gập và duỗi gối. Có thể có tiếng “lạo xạo” trong khớp gối khi cử động.

- Khớp cứng và khó cử động sau khi bất động lâu, hoặc vào buổi sáng khi bắt đầu vận động, thường cải thiện nhanh sau khi người bệnh cố gắng cử động.

- Khớp gối có thể sưng to, có nước nhưng hiếm khi có dấu hiệu viêm nặng. Có thể có khối u vùng khoeo mặt sau khớp gối do thoát vị màng hoạt dịch khớp gối

- Teo cơ ở mặt trước đùi do không vận động.

- Biến dạng: chân bị lệch trục, dần dần đưa đến tình trạng mất chức năng vận động.

2. Cận lâm sàng

- Hình ảnh học:

• X-Quang quy ước: Tiêu chuẩn chẩn đoán thoái hoá khớp của Kellgren và Lawrence

- + Giai đoạn 1: Gai xương nhỏ hoặc nghi ngờ có gai xương
- + Giai đoạn 2: Mọc gai xương rõ
- + Giai đoạn 3: Hẹp khe khớp vừa
- + Giai đoạn 4: Hẹp khe khớp nhiều kèm xơ xương dưới sụn

- Siêu âm khớp: đánh giá tình trạng hẹp khe khớp, gai xương, tràn dịch khớp, đo độ dày sụn khớp, màng hoạt dịch khớp, phát hiện các mảnh vụn thoái hoá bồng vào trong ổ khớp.

- Chụp cộng hưởng từ (MRI): phương pháp này có thể quan sát được hình ảnh khớp một cách đầy đủ trong không gian 3 chiều, phát hiện được các tổn thương sụn khớp, dây chằng, màng hoạt dịch.

- Nội soi khớp: phương pháp nội soi khớp quan sát trực tiếp được các tổn thương thoái hoá của sụn khớp ở các mức độ khác nhau (theo Outbright chia 4 độ), qua nội soi khớp kết hợp sinh thiết màng hoạt dịch để làm xét nghiệm tế bào chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khớp khác.

- Các xét nghiệm khác:

- Xét nghiệm máu và sinh hoá: Tốc độ lắng máu bình thường.
- Dịch khớp: Đếm tế bào dịch khớp <1000 tế bào/ 1mm^3

3. Chẩn đoán xác định: Có thể áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội thấp khớp học Mỹ - ACR (American College of Rheumatology):

- Có gai xương ở rìa khớp (trên X-Quang) (1)
- Dịch khớp là dịch thoái hoá (2)
- Tuổi trên 38 (3)
- Cứng khớp dưới 30 phút (4)
- Có dấu hiệu lực khục khi cử động khớp (5)

Chẩn đoán xác định khi có yếu tố 1, 2, 3, 4 hoặc 1, 2, 5 hoặc 1, 4, 5.

4. Chẩn đoán phân biệt

Chuẩn đoán phân biệt với viêm khớp dạng thấp khi chỉ tổn thương tại khớp gối hoặc khi chỉ biểu hiện tại một khớp: tình trạng viêm tại khớp, có các biểu hiện viêm sinh học (tốc độ máu lắng tăng, CRP tăng,...) và có thể có yếu tố dạng thấp dương tính. Thường được chẩn đoán qua nội soi và sinh thiết màng hoạt dịch.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Giảm đau trong các đợt tiến triển.
- Phục hồi chức năng vận động của khớp, hạn chế và ngăn ngừa biến dạng khớp
- Tránh các tác dụng không mong muốn của thuốc, lưu ý tương tác thuốc và các kết hợp ở người cao tuổi.
- Nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

2. Điều trị nội khoa (ngoại trú)

- Chỉ định:

Thoái hoá khớp giai đoạn sớm, đau vùng gối chưa ảnh hưởng nhiều tới sinh hoạt, tự đi lại được, không giới hạn tầm vận động khớp, X-Quang chưa biên dạng thoái hoá khớp nhiều.

- Phương pháp điều trị nội khoa:

Nguyên lý cơ bản: phối hợp nhiều phương thức điều trị, cả không dùng thuốc và dùng thuốc. Khởi đầu:

- Thông tin, giáo dục cho bệnh nhân: diễn tiến tự nhiên của bệnh, ảnh hưởng củahành vi – thói quen sinh hoạt hàng ngày đến bệnh, mục đích điều trị,...

- Giảm cân (nếu thừa cân, BMI>25): để bảo vệ sụn khớp.

- Tập luyện thể dục thể thao phù hợp: đi bộ dưới nước, tập cơ tứ đầu và tầm độ cử

động khớp, aerobic,...

a. Vật lý trị liệu:

Nhiệt điều trị: Các phương pháp siêu âm, hồng ngoại, chườm nóng, liệu pháp suối khoáng, bunn có hiệu quả cao.

b. Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng nhanh: Chỉ định khi có đau khớp.

- Thuốc giảm đau:

- Paracetamol: 1-2g/ngày.

• Đôi khi cần chỉ định các thuốc giảm đau bậc 2: Paracetamol phối hợp với Tramadol 1-2g/ngày.

- Nhóm thuốc giảm đau chống viêm không steroids: chỉ định giảm đau, kháng viêm tạm thời đối với bệnh nhân. Nếu sử dụng nhóm thuốc này lâu dài phải theo dõi tác dụng phụ như loét dạ dày, tá tràng, và các ảnh hưởng trên chức năng gan, thận,... Cần tiến hành xét nghiệm máu theo dõi chức năng gan, thận, định kỳ mỗi 3 tháng. Có khi sử dụng đối với bệnh nhân có tiền căn tim mạch, hen phế quản.

- Etoricoxib 30-60mg/ngày

- Celecoxib 200mg/ngày

- Meloxicam 7.5-15mg/ngày

- Diclofenac 50-100mg/ngày

- Piroxicam 20mg/ngày,...

• Thuốc bôi ngoài da: bôi tại khớp đau 2-3 lần/ngày. Các loại gel như: Diclofenac (Voltaren Emugel),... có tác dụng giảm đau đáng kể và rất ít tác dụng phụ.

- Đường tiêm nội khớp

• Hydrocortison Acetat: Mỗi đợt 2-3 mũi tiêm cách nhau 5-7 ngày, không vượt quá 4 mũi tiêm mỗi đợt.

• Các chế phẩm chậm: Methylprednisolone, Betamethasone dipropionate tiêm mỗi mũi cách nhau 6-8 tuần. Không tiêm quá 3 đợt/năm vì thuốc gây tổn thương sụn khớp nếu dùng quá liều.

- Acid hyaluronic (AH) dưới dạng Hyaluronate: 1 ống/1 tuầnx5 tuần.

c. Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng chậm (DMARDs):

Đây là nhóm thuốc điều trị cơ bản có tác dụng chậm (thường sau 2-4 tuần sau khi sử dụng mới có tác dụng) nhưng hiệu quả điều trị được duy trì cả sau khi ngừng điều trị (sau vài tuần đến 2-3 tháng). Tuy nhiên, thường phải dùng kéo dài từ 1-2 tháng hoặc hơn mỗi đợt và cần nhắc lại liệu trình điều trị sau một thời gian nghỉ. Dung nạp thuốc tốt, dường như ít có tác dụng phụ. Các thuốc thường dùng gồm các loại như Glucosamin Sulfate, Chondroitin Sulfate hoặc dạng phối hợp hai thuốc.

- Glucosamine Sulfate: 1.5g/ngày.
- Acid hyaluronic kết hợp Chondroitin Sulfate: 30mL uống mỗi ngày.
- Thuốc ức chế Interleukin 1: Diacerhein 50mgx2 viên/ngày.
- Piascledine 300mgx1 viên/ngày.

d. Cấy ghép tế bào gốc(Stem cell transplantation):

- Tủy huyết tương giàu tiểu cầu (PRP): lấy máu tĩnh mạch, chống đông, ly tâm tách huyết tương sau đó bơm vào khớp gối 6mL-8mL PRP.

- Tế bào gốc chiết xuất từ mô mỡ tự thân (Adipose Derived Stemcell-ADSCs): Tách tế bào gốc từ mô mỡ và tách dịch chiết tiểu cầu, thêm dung dịch Adistem và kích hoạt tế bào gốc bằng máy, sau đó tiêm 5mL mô mỡ đã làm sạch và 5mL dung dịch chứa 50-70 triệu tế bào nền vào khớp gối thoái hoá.

- Tế bào gốc từ nguồn gốc tủy xương tự thân.

3. Điều trị ngoại khoa

a. Chỉ định

Được chỉ định ở các trường hợp bệnh nặng, không đáp ứng với điều trị nội khoa, bệnh nhân đau nhiều làm giảm nhiều chức năng vận động và ảnh hưởng đến sinh hoạt.

b. Phương pháp phẫu thuật:

- Phẫu thuật nội soi:

- + Cắt lọc, bào, rửa khớp.
- + Khoan kích thích tạo xương (microfracture).
- + Cấy ghép tế bào sụn.

- Đục xương sửa trục: ở bệnh nhân trẻ thoái hoá khoang trong gối vẹo trục, tiến hành cắt xương đùi hoặc mâm chày rồi chỉnh trục.

- *Phẫu thuật thay khớp*: đối với bệnh nhân lớn tuổi, thoái hoá nặng, đau nhiều, gối vẹo trục, ảnh hưởng tới sinh hoạt. Thường thực hiện thay khớp gối toàn bộ có vị mắng loại fix bearing hoặc mobile bearing. Nếu sụn khớp bánh chè mất nhiều có thể tiến hành thay bánh chè.

*** Sử dụng kháng sinh dự phòng:** Cả phẫu thuật nội soi, đục xương sửa trục hay thay khớp gối đều mổ chương trình loại mổ sạch còn gọi là loại I-phẫu thuật sạch. Thông thường tiêm trước rạch da từ 30-45 phút tùy phẫu thuật viên duy trì thêm sau mổ từ 5-7 ngày.

*** Thuốc dự phòng chống thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch:** cần theo dõi thử xét nghiệm TQ,TCK, INR khi dùng.

✓ Dabigatran Etexilate (Pradaxa) 110mg uống 1 viên sau mỗi 6 giờ, duy trì hàng ngày mỗi tối 2 viên trong 10-14 ngày sau mổ.

✓ Rivaroxaban (Xarelto) 10mg uống 1 viên sau mổ 12 giờ, duy duy trì hàng ngày mỗi tối 1 viên trong 10-14 ngày sau mô.

✓ Enoxaparine (Lovenox) 40mg/0.4mL/4000 antiXa 10/0.4mL: tiêm dưới da sau mổ 12 giờ, duy trì hàng ngày mỗi tối 1 liều 40mg/0.4mL trong 10-14 ngày sau mổ.

c. Săn sóc phục hồi chức năng sau phẫu thuật:

- Giai đoạn sớm (1-2 tuần đầu): Phòng ngừa biến chứng, giảm sưng đau, khôi phục dần tầm vận động khớp, tập vận động nhẹ và an toàn.

- Theo dõi tổng trọng, sinh hiệu, huyết đồ.
- Sử dụng thuốc kháng sinh, giảm đau, kháng đông sau mổ.
- Săn sóc vết mổ, phát hiện sớm tình trạng nhiễm trùng vết mổ nếu có.

- Kiểm tra dẫn lưu lượng dịch, tính chất dịch, rút ra sau 24-48h từ thời điểm phẫu thuật.

- Chườm lạnh chỗ mổ.

- Tập vận động sớm nhẹ nhàng ngay sau mổ để giảm sưng, giảm nguy cơ huyết khối, chống dính cứng khớp và cải thiện tầm vận động khớp.

- Tập các bài tập làm tăng sức cơ và vận động khớp: tập cơ mông, tập khép và dãn háng, tập cơ tứ đầu, cơ hamstring, duỗi gối tối đa, gập nhẹ gối, tập khớp cổ chân,...

- Tập chống chân đi lại với nạng hoặc khung đỡ.

- Giai đoạn từ tuần thứ 3: Tiếp tục tập khôi phục tầm vận động khớp, cải thiện dáng đi, hoà nhập dần với các sinh hoạt ngày thường.

- Tiếp tục các bài tập vận động khớp, khôi phục tầm vận động khớp gối 0-110°.

- Bỏ dụng cụ hỗ trợ, tập đi lại chịu lực hoàn toàn bằng chân mới mổ, cải thiện dáng đi

- Tập các bài tập làm tăng cường sức cơ như trên, ngoài ra có thể tập đạp xe, đi bộ, leo cầu thang,...

- Tham gia dần dần vào các sinh hoạt thường ngày.

d. Biến chứng:

- Chảy máu vết thương gây mất máu cấp sau mổ.

- Thuyên tắc phổi gây hội chứng suy hô hấp cấp.

- Nhiễm trùng cấp.

- Thuyên tắc tĩnh mạch sâu.

- Tổn thương động mạch khoeo, thần kinh hông khoeo ngoài.

- Biến chứng muộn: lỏng khớp, trật khớp, mòn khớp, nhiễm trùng,...

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY HẠI XƯƠNG CẰNG CHÂN

I. ĐỊNH NGHĨA

Gãy 2 xương cẳng chân là gãy dưới khớp gối 5cm và trên khớp cổ chân 5cm.

II. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Đau, sưng nhiều vùng xương gãy.
- Mất cơ năng cẳng chân.
- Cẳng chân di lệch gấp góc, ngắn hơn chân lành.
- Cẳng chân xoay ngoài đổ xuống giường.
- Sờ thấy đầu xương gãy dưới da.
- Khám thần kinh mạch máu và các tổn thương đi kèm như cột sống, sọ não, xương chậu.

2. Cận lâm sàng:

- X-Quang thẳng, nghiêng, lấy luôn khớp gối và khớp cổ chân.
- CT Scan.

III. PHÂN LOẠI

1. Theo tổn thương phần mềm:

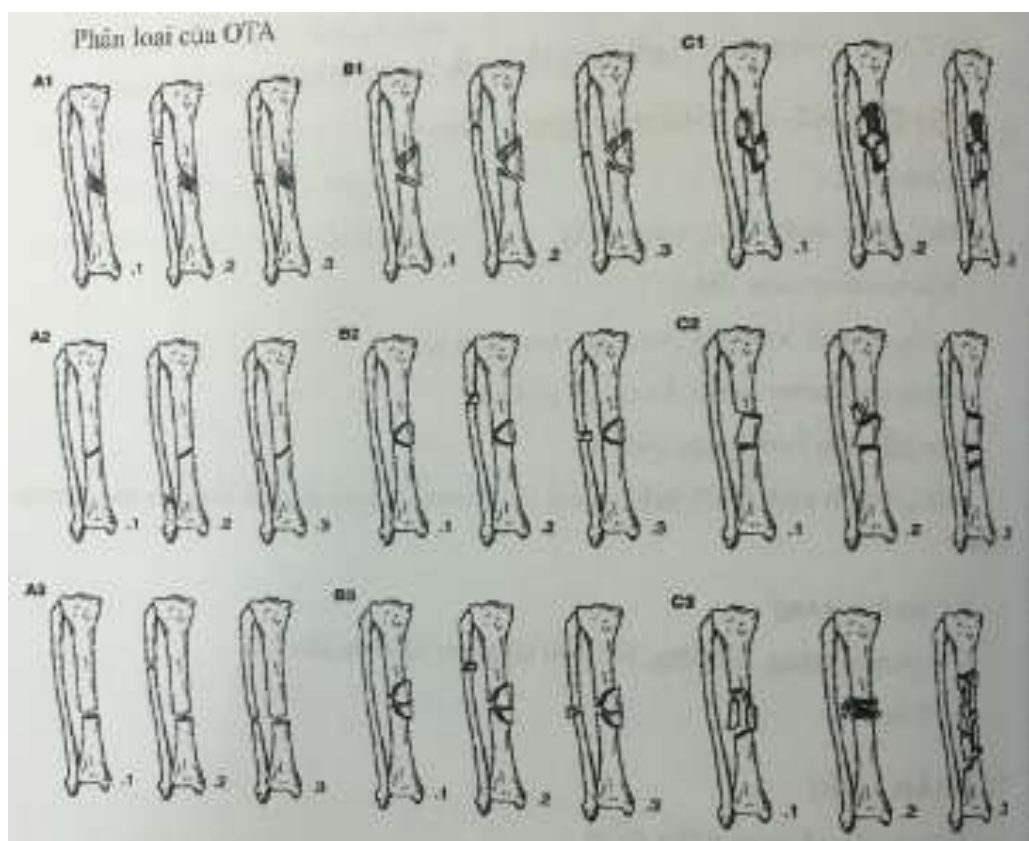
a. Gãy kín: Ồ gãy không thông ra ngoài, chia làm 4 độ (theo Tscherne)

- Độ 0: Chấn thương gián tiếp, tổn thương phần mềm không đáng kể.
- Độ 1: Chấn thương trực tiếp, xây xát da.
- Độ 2: Dập cơ nhiều, nguy cơ chèn ép khoang.
- Độ 3: Lóc da ngấm rộng, dập cơ nhiều có khi tổn thương mạch máu và chèn ép khoang.

b. Gãy hở: 4 độ (theo Gustilo)

- Độ 1: Vết thương <1cm, tổn thương mô mềm nhẹ.

- Độ 2: Vết thương >1cm, dập cơ vừa phải, nguy cơ nhiễm trùng vừa phải.
- Độ 3: Vết thương >10cm, lóc da rộng, dập cơ nhiều, nguy cơ nhiễm trùng cao.



2. Theo tổn thương xương: Phân loại của OTA

IV. BIẾN CHỨNG

1. Tổn thương mạch máu, thần kinh:
 - Cần thăm khám kỹ mạch chày trước, chày sau, màu sắc chi.
 - Khám vận động gấp duỗi cổ chân và ngón chân, cảm giác tê bì các ngón.
 - Siêu âm mạch máu, chụp DSA nếu thấy nghi ngờ tổn thương.
 - Đo EMG phát hiện tổn thương thần kinh chày, mắt.
2. Shock do đau, mất máu
3. Chèn ép khoang

V. ĐIỀU TRỊ

1. Sơ cứu ban đầu:

- Nẹp bất động chi gãy.
- Lập đường truyền, phòng chống Shock do mất máu.
- Giảm đau bằng cách gây tê ổ gãy hoặc thuốc giảm đau NSAIDs (Celecoxib, Ibuprofen, Meloxicam,...), Paracetamol truyền tĩnh mạch.

2. Điều trị ngoại trú: đối với gãy xương kín, đơn giản, ít di lệch.

- Bó bột đôi bàn chân, đi 2 nạng không chịu lực, 4-6 tuần.
- Thay bột Sarmiento đi nạng chịu lực 1 phần trong 2 tuần, sau đó chịu lực hoàn toàn.

- Thuốc giảm đau:

+ Acetaminophen

+ Acetaminophen+Codein (Efferalgan Codein)

+ Acetaminophen + Tramadol (Ultracet)

• Thuốc kháng viêm NSAIDs

• Thuốc tiêu máu bầm: Chymotrypsin (Alpha Choay) uống 1-2 viên x2-3 lần/ngày.

• Thuốc chống loãng xương: Alendronate, Ibandronate, Risedronate, Zoledronic acid, Denosumab, Raloxifene, Strontium Ranelate, Teriparatide, rPTH,..

• Thuốc giãn cơ: Eperisone (Myonal), Torperisone (Mydocalm),...

-Sau mỗi tuần chụp X-Quang theo dõi di lệch thứ phát trong 4 tuần, sau đó chụp lại mỗi 4 tuần.

- Tập phục hồi chức năng.

- Theo dõi sự lành xương trên lâm sàng và X-Quang trong 12-16 tháng.

3. Điều trị nội trú: đối với những trường hợp chỉ định phẫu thuật kết hợp xương.

a. Gãy kín:

- Kháng sinh trước mổ: Cephalosporin I, II, III, Nhóm Penicillin + β -Lactamase inhibitors.

- Đối với loại gãy đơn giản, vững đóng đinh nội tuỷ có chốt hoặc không chốt, nắn kín hoặc mở ổ gãy có kiểm tra C-Arm.

- Đối với loại gãy nhiều mảnh, phức tạp mở ổ gãy, nắn cố định vững chắc bằng nẹp vít thường hoặc khoá, hoặc dùng nẹp khoá bắc cầu ổ gãy làm dưới C-Arm.

b. Gãy hở:

- Sử dụng kháng sinh phổ rộng như Cephalosporin III: Ceftazidim (Fortum),... Chích ngừa uốn ván, có thể phối hợp kháng sinh diệt khuẩn kị khí Aminoglycosid (Gentamicin, Amikacin,...).

- Các nhóm kháng sinh có thể sử dụng:

- Nhóm Aminoglycoside
- Nhóm Cephalosporin thế hệ I, II, III
- Nhóm Penicillin + β -Lactamase inhibitors
- Nhóm Quinolone
- Nhóm Cloramphenicol
- Nhóm Glycopeptide
- Nhóm Imidazole
- Nhóm Lincosamide
- Nhóm Penicillin
- Nhóm Macrolide

- Mổ cắt lọc sạch vết thương để hở da đối với vết thương rộng dập nát nhiều.

- Sau khi cắt lọc sạch có thể KHX bên trong bằng đinh nội tuỷ có chốt hoặc nẹp vít thường hoặc khoá (nẹp vít thân xương, đầu xương). Nếu vết thương tương đối sạch, mô mềm còn tốt, dẫn lưu vết thương.

- Đối với vết thương rộng nguy cơ nhiễm trùng cao, sau khi cắt lọc cần khâu che phủ xương, cố định ở gãy bằng bất động ngoài (AO, Muller, Ortholix, Illizarov,...).

- Vết thương mất da nhiều cần xoay vạt da che phủ thì 2.

- Nếu có tổn thương thần kinh, mạch máu thì cần khâu nối phục hồi tuần hoàn cẳng chân.

4. Điều trị ngoại trú sau phẫu thuật:

- Tiếp tục sử dụng kháng sinh 5-7 ngày, theo dõi tình trạng nhiễm trùng.

- Kháng viêm, chống phù nề, bổ sung Calci, Vitamin B, C giúp lành xương, vết thương sau mổ.

- Đi 2 nạng chịu lực 1 phần trong 4 tuần, chịu lực hoàn toàn sau 8 tuần.

- Chụp X-Quang theo dõi lành xương, di lệch sau mổ mỗi 4 tuần, 18-24 tháng

- Tập phục hồi chức năng sớm sau mổ.

*** Vật tư tiêu hao:**

- Găng tay, gạc vô trùng, Betadin, chỉ tan chậm, chỉ Nylon khâu da.

- C-Arm hỗ trợ trong mổ.

- Nẹp vít, nẹp vít khoá, định nội tuỷ, định nội tuỷ có chốt, bất động ngoài.

- Chỉ khâu mạch máu nếu có khâu nối mạch máu.

5. Phục hồi chức năng:

- Giúp phục hồi chức năng và tái tạo sức lao động.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY MẮT CÁ CHÂN

I. KHÁI NIỆM

- Gỡy hai mắt cá là gỡy đầu dưới xương mác và máu trâm chày kèm đứt hoặc không dây chằng chày mác dưới.
- Gỡy mắt cá ngoài + toác gọng chày mác.
- Gỡy bờ sau mặt khớp chày sên của đầu dưới xương chày gọi là gỡy mắt cá thứ ba.
- Phác đồ này đề cập loại gỡy xương mắt cá đơn thuần ở người lớn không do gỡy bệnh lý, gỡy mệt.
- Phác đồ này cập nhật từ thực tế điều trị gỡy mắt cá tại Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình.

II. PHÂN LOẠI

Giúp định hướng điều trị tiên lượng, tổng kết nghiên cứu.

1. Phân loại theo Weber và Danis

- a. Loại A: gỡy 2 mắt cá dưới dây chằng chày mác (không tổn thương dây chằng chày mác dưới).
 - b. Loại B: gỡy 2 mắt cá ngang với dây chằng chày mác dưới (có tổn thương dây chằng chày mác dưới hoặc không).
 - c. Loại C: gỡy 2 mắt cá, trong đó mắt cá ngoài trên dây chằng chày mác dưới. Tổn thương dây chằng mác dưới và màng gian cốt.
- #### **2. Loại gỡy 3 mắt cá của VOLKMANN (1952)**
- Là gỡy bờ sau mặt khớp chày sên đầu dưới xương chày + gỡy hai mắt cá.
- #### **3. Gỡy hở mắt cá**

III. ĐIỀU TRỊ

*** Nguyên tắc điều trị:**

- Phục hồi cấu trúc giải phẫu mắt cá, đảm bảo độ vững chắc của gọng chày mác cổ chân.
- Đảm bảo xương lành tốt không nhiễm trùng.
- Phục hồi chức năng khớp cổ chân và toàn thân.

1. Sơ cứu

- Đau sưng biến dạng sau chấn thương vùng cổ chân cố định tạm chuyển bệnh viện.

-X-Quang: xác định gãy xương mắt cá.

2. Điều trị: dựa vào phân loại trên.

a. Gãy hở: Cắt lọc – KHX.

b. Gãy kín:

- **Loại A và B:** Nắn bột căng bàn chân. X-Quang kiểm tra tốt giữ bột 6-8 tuần. Tập vận động trong bột.

- X-Quang sau nắn không tốt: mổ KHX.

- **Loại C:** Mổ KHX. Chú ý phục hồi dây chằng chày mác dưới.

- **Loại gãy 3 mắt cá:** diện tích khớp đầu dưới xương chày theo diện trước sau lớn hơn 1/3 thì mổ KHX.

* **Các phương tiện KHX:** nẹp vít, vít xóp, chỉ thép, kim Kirschner.

- X-Quang kiểm tra sau nắn không tốt là khi:

- Khe khớp không đều hoặc toác rộng gọng chày mác.

- Kênh mặt khớp >3mm. .

- Chèn mảnh gãy trong khe khớp.

- Chèn dây chằng, bao khớp vào ổ gãy không nắm sữ xương tốt được.

3. Tập vật lý trị liệu

- Tập vận động trong bột - sau 4 tuần có thể đi chống chân chịu 1 phần sức mạn trong bột.

- Tiếp tục tập vận động cổ chân sau khi bó bột.

- Ca mổ KHX tập vận động cổ chân sớm.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ LOÃNG XƯƠNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Loãng xương là một bệnh rối loạn chuyển hoá của bộ xương, đặc trưng bởi giảm khối lượng xương và suy giảm vi cấu trúc của mô xương dẫn tới yếu xương và dễ gãy xương.

Độ chắc của xương (phản ánh cả về mật độ và chất lượng xương) bị suy giảm do đó làm tăng nguy cơ loãng xương.

Gãy xương thường xảy ra ở hông, cột sống, cổ tay, trong đó gãy xương hông chiếm tỷ lệ cao.

Biểu hiện thường gặp: đau lưng, gãy xương do chấn thương nhẹ, giảm chiều cao, tăng gù lưng.

1. Yếu tố nguy cơ gây gãy xương và loãng xương: càng có nhiều yếu tố nguy cơ khả năng gãy xương càng cao.

a. Nguy cơ không thể thay đổi:

- Tiền sử gãy xương khi đã trưởng thành.
- Tiền sử gãy xương hông do loãng xương ở người thân thế hệ thứ nhất.
- Lớn tuổi (cân nặng thấp, tuổi cao (OSTA)).
- Sức khoẻ kém yếu.
- Nhóm chủng tộc (người châu Á nói chung có nguy cơ thấp hơn so với người da trắng).
- Mãn kinh tự nhiên sớm hoặc mãn kinh do phẫu thuật xảy ra trước 45 tuổi, vô kinh, tiền mãn kinh kéo dài trên 1 năm.
- Bệnh di truyền: xơ nang, bệnh tạo xương bất toàn, Ehler-Danlos, bệnh thừa sắt, hội chứng Marfan.

b. Nguy cơ có thể thay đổi được:

- Té ngã nhiều lần.
- Giảm trọng lượng cơ thể (<58kg).
- Giảm thị lực.

- Bệnh lý: viêm khớp dạng thấp, thiếu hụt estrogen, thiếu hụt Vitamin D do ít tiếp xúc với ánh nắng mặt trời hoặc chế độ ăn chứa ít Vitamin D, cường giáp hoặc dùng levothyroxine kéo dài.

-Hút thuốc lá.

- Uống nhiều rượu bia (>3 đơn vị cồn/ngày) và thức uống có chứa cafein.

- Chế độ ăn chứa ít calci, chế độ ăn quá nhiều muối.

- Chế độ ăn chứa nhiều Vitamin A.

- Dùng glucocorticoid đường uống tương đương $\geq 5\text{mg}$ Prednisolone/ngày trong >3 tháng.

-Lối sống thiếu vận động thể chất.

- Loãng xương thứ phát.

c. Các yếu tố nguy cơ ở nam giới:

- Gãy xương không do chấn thương ở hông, đốt sống hoặc cổ tay.

- Gãy xương do loãng xương xảy ra trước 50 tuổi.

- Suy tuyến sinh dục, thiếu hụt hormone tăng trưởng.

- Tăng Calci niệu vô căn.

- Cường tuyến cận giáp.

- Viêm khớp dạng thấp.

- Lympho, đau tuỷ.

- Cường giáp.

- Dùng Glucocorticoid đường uống tương đương $\geq 5\text{mg}$ Prednisolone/ngày trong ≥ 3 tháng.

- Không hoạt động thể chất.

- Chỉ số khối cơ thể thấp.

- Thuốc chống co giật.

- Hút thuốc, uống rượu bia (≥ 3 đơn vị cồn/ngày).

d. Các yếu tố liên quan gãy xương do steroid:

- Mật độ xương thấp.
- Liều steroid tích lũy.
- >65 tuổi.
- BMI $\leq 20\text{kg/m}^2$
- Hút thuốc, uống nhiều rượu bia.
- Bệnh lý liên quan đến mật độ xương thấp (viêm khớp dạng thấp, viêm đường thiếu hụt hormon sinh dục, tiền sử gia đình bị loãng xương, tiền sử gãy xương, nằm bất động).

2. Đánh giá các yếu tố nguy cơ:

- Chỉ định đo mật độ khoáng xương (BMD):
 - Tất cả phụ nữ ≥ 65 tuổi hoặc phụ nữ ≤ 65 tuổi có ≥ 1 yếu tố nguy cơ, và nam giới ≥ 50 tuổi có tiền sử gãy xương/loãng xương hoặc sử dụng công cụ tự vấn tự đánh giá loãng xương dành cho người châu Á (OSTA) để đánh giá nguy cơ và sự cần thiết của BMD.
 - Tất cả nam giới trên 70 tuổi, nam giới trong khoảng 50-69 tuổi có các yếu tố nguy cơ và nam > 50 tuổi có tiền sử gãy xương lúc trưởng thành.
 - Liều pháp Corticosteroid tương đương $> 5\text{mg}$ Prednisolone trong ≥ 3 tháng.
 - Chỉ số cơ thể BMI thấp, giảm chiều cao, gù ngực.
 - Có biểu hiện thiếu hụt Estrogen (như vô kinh thứ phát kéo dài, suy tuyến sinh dục, mãn kinh tự nhiên sớm hoặc mãn kinh do phẫu thuật trước 45 tuổi).
 - Xuất hiện các tình trạng liên quan loãng xương như (cường tuyến cận giáp, cường giáp, biếng ăn tâm lý, kém hấp thu, hội chứng cushing, nằm bất động lâu ngày, viêm khớp dạng thấp).
 - Hình ảnh X-Quang cho thấy thiếu xương hoặc dị dạng cột sống.
 - Phụ nữ đang cân nhắc điều trị loãng xương và nếu BMD hỗ trợ đưa ra quyết định điều trị.
 - Phụ nữ sau mãn kinh có bất kỳ lần gãy xương nào sau 50 tuổi.

- Một số tổ chức khuyến cáo bệnh nhân trên 65 tuổi có nhiều yếu tố nguy cơ thường bị gãy xương do loãng xương thì nên được bắt đầu điều trị loãng xương mà không cần đo BMD.

- Mô hình đánh giá nguy cơ loãng xương của WHO:

- Được phát triển để tính nguy cơ 10 năm của gãy xương do loãng xương, có hoặc không có giá trị BMD, dựa trên các yếu tố cá nhân (gãy xương trước đó, điều trị bằng glucocorticoid, tình trạng hút thuốc, uống rượu bia, viêm khớp dạng thấp, chỉ số BMI thấp).

- Mức độ xác suất gãy xương thay đổi giữa các quốc gia.

- Hội loãng xương Malaysia khuyến cáo sử dụng thuật toán của người Singapore cho đến khi có thêm dữ liệu cho người Malaysia.

- Hữu ích trong việc xác định sớm nhóm BN thiểu xương mà có yếu tố gãy xương cao hơn.

- Những hạn chế của FRAX™, thiếu chi tiết về số yếu tố nguy cơ (gãy xương trước đó, điều trị bằng Glucocorticoid, tình trạng hút thuốc) không bao gồm các yếu tố đã biết trước như (chất đánh dấu sinh hoá, té ngã).

II. CẬN LÂM SÀNG:

1. Cận lâm sàng hỗ trợ chẩn đoán:

a. Đo BMD:

Đo BMD phản ánh chính xác khối lượng xương và giúp chẩn đoán xác định tình trạng loãng xương. BMD là một chỉ số rất tốt để dự đoán nguy cơ gãy xương trong tương lai

- Các phương pháp đo:

- Hấp thụ năng lượng tia X kép (Dual energy X - ray absorption (DXA)) của xương hông và cột sống.

- Tiêu chuẩn vàng.

- Chẩn đoán loãng xương dựa BMD của xương hông (theo quy ước).

- Theo dõi đáp ứng điều trị dựa trên BMD.

b. Chụp cắt lớp vi tính định lượng (Quantitative CT scan (QCT)):

- Sử dụng thay thế khi không có DXA.

c. Chỉ số xương xốp (Trabecular score (TRX)):

- Đánh giá cấu trúc vi thể của xương.

- Có độ nhạy cao trong dự đoán nguy cơ loãng xương.

d. Các phương pháp tầm soát (không dùng cho chuẩn đoán hay theo dõi):

- Hấp thụ năng lượng tia X kép ngoại vi.

- Phương pháp đánh giá dựa trên CT: QCT ngoại vi.

- Đo mật độ qua siêu âm định lượng (QUS) xương gót chân, xương chày, các vị trí xương ngoại vi khác.

* Nếu có gãy xương: nên tiến hành khám lâm sàng, xét nghiệm và chụp X-Quang để loại trừ các bệnh lý tiềm ẩn mà có thể giống, làm nặng thêm hoặc gây gãy xương (như loãng xương thứ phát).

2. Cận lâm sàng hỗ trợ điều trị:

a. Xét nghiệm:

- Công thức máu, tốc độ lắng hồng cầu.

- Xét nghiệm chức năng thận.

- Điện giải.

- Creatinin, Albumin, AST, Phosphatase kiềm.

- Phân tích nước tiểu.

- Các chỉ dấu chu chuyển xương.

• Xác định BN có nguy cơ cao bị loãng xương.

• Dùng để đánh giá hiệu quả và sự tuân thủ với phương pháp điều trị hiện tại.

• Như: C-Telopeptide (CTX) huyết thanh, Osteocalcin, Propeptide ProcollagenType 1 tận cùng bằng amino (P1NP), kháng thể transglutamin ở mô (IgA và IgG) điện di Protein huyết thanh (SPEP).

- Xét nghiệm khác (chức năng tuyến giáp theo chỉ định, hormon cận giáp).

b. Chụp X-Quang, xạ hình xương: chụp X-Quang mặt bên vùng ngực thất lưng hoặc hông (khi có chỉ định).

- Hình ảnh cột sống được khuyến cáo cho các trường hợp:

- Nữ ≥ 70 tuổi và nam ≥ 80 tuổi với T-Score của BMD ≤ -1.0 ở cột sống, toàn bộ hông hoặc cổ xương đùi.

- Nữ 65-69 tuổi và nam 70-79 tuổi với T-Score của BMD ≤ -1.5 ở cột sống, toàn bộ hông hoặc cổ xương đùi

-Nữ sau mãn kinh và nam lớn tuổi có gãy xương do chấn thương nhẹ khi đã trưởng thành, chiều cao hiện tại giảm $\geq 3.8\text{cm}$ so với chiều cao đỉnh điểm ở tuổi 20, chiều cao hiện tại giảm $\geq 2\text{cm}$ so với chiều cao ghi nhận gần đây và/đã hay đang điều trị bằng glucocorticoid kéo dài.

-Không có các phương pháp đo BMD khác.

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Gãy xương bệnh lý.

- Loãng xương thứ phát. Nguyên nhân gây loãng xương thứ phát:

- Bệnh nội tiết: (như hội chứng Cushing, suy tuyến sinh dục (chủ yếu ở nam giới)

- Thuốc (Glucocorticoid, Heparin, thuốc chống co giật, thuốc ức chế miễn dịch, uống nhiều bia rượu,...).

- Bệnh mãn tính (suy thận, xơ gan, kém hấp thu).

- Nguyên nhân khác (dinh dưỡng kém, bệnh ác tính).

IV. ĐIỀU TRỊ:

1. Không dùng thuốc

a. Dinh dưỡng:

*** Calci và Vitamin D:**

- Phòng ngừa loãng xương:

- Cung cấp đủ Calci trong suốt cuộc đời có liên quan khối lượng xương đỉnh ở mức cao hơn, giúp làm giảm nguy cơ loãng xương, gãy xương về sau.
- Nhu cầu Calci được khuyến cáo như sau: 1000mg/ngày đối với nam 50-70 tuổi, 1200mg đối với nữ >51 tuổi và nam 71 tuổi.
- Nguồn cung cấp Calci chủ yếu là các sản phẩm từ sữa: rau (bông cải, bắp cải) cũng là nguồn cung cấp Calci rất tốt.
- Vitamin D giúp cho quá trình hấp thu Calci ở ruột và giúp khoáng hoá xương.
- Nhu cầu Vitamin D được khuyến cáo cho BN ≥ 50 tuổi; 800-1000 IU/ngày.
- Nồng độ 25 (OH) Vitamin D trong máu $>20\text{mg/mL}$ là 1 chỉ số tốt cho thấy dự trữ Vitamin D đầy đủ và bộ xương khoẻ mạnh.
- Nguồn cung cấp Vitamin D chủ yếu từ việc tiếp xúc với ánh nắng mặt trời (>15 phút/ngày), sữa bổ sung dưỡng chất, ngũ cốc, lòng đỏ trứng, cá nước mặn và gan
- Điều trị loãng xương:
 - Bổ sung Calci và Vitamin D có thể hỗ trợ cho các thuốc khác trong điều trị loãng xương.
 - Giúp tăng BMD, có thể làm giảm nguy cơ gãy xương ở phụ nữ sau mãn kinh và nam giới bị loãng xương.
- Loãng xương do sử dụng Glucocorticoid:
 - Vitamin D, Calci được khuyến cáo sử dụng để phòng ngừa và điều trị, có chứng cứ cho thấy làm giảm hiện tượng mất xương.
 - Dinh dưỡng tốt.
- Ăn kiêng quá mức và cân nặng thấp có liên quan đến việc gia tăng nguy cơ gãy xương.
- Khuyến cáo BMI $\geq 19\text{kg/m}^2$.
- Duy trì cung cấp đủ năng lượng và protein rất quan trọng.

b. Điều chỉnh lối sống

*** Tập thể dục:**

- Thường xuyên tập các bài tập chịu sức nặng và bài tập tăng sức cơ có thể cải thiện tính dẻo dai, mạnh mẽ, tư thế và sự thăng bằng, từ đó giúp phòng tránh té ngã.

Chạy bộ, đi bộ nhanh, thái cực quyền, tập tạ.

Lựa chọn bài tập tùy thuộc vào tuổi và thể lực của bệnh nhân.

Có thể làm tăng mật độ xương vừa phải (miễn là có tập thể dục).

*** Tránh hút thuốc, uống nhiều bia rượu:** cả 2 có liên quan việc tăng nguy cơ gãy xương do loãng xương.

*** Phòng tránh té ngã:**

- Một số thuốc (thuốc an thần, thuốc điều trị tăng huyết áp, tình trạng thần kinh, rượu bia, thị lực và thính giác kém có thể dẫn đến té ngã.

- Biện pháp phòng ngừa té ngã (đặt thanh vịn, sàn nhà không được trơn, đủ ánh sáng)

- Đai bảo vệ hông có thể giúp làm giảm tác động lên hông khi bị té ngã.

*** Thiết bị hỗ trợ:**

- Như nẹp, đai thắt lưng, thiết bị hỗ trợ luyện tư thế.

- Được khuyến cáo cho BN gãy đốt sống cấp hoặc gãy nhiều đốt sống có liên quan mạn tính.

- Giúp giảm đau đáng kể bằng cách giảm tải trên vị trí bị gãy và tái sắp xếp khung cột sống.

2. Sử dụng thuốc

Khởi đầu điều trị: Xem xét điều trị cho phụ nữ sau mãn kinh và nam giới ≥ 50 tuổi có yếu tố sau:

Gãy xương hông, gãy đốt sống hoặc cổ tay do chấn thương nhẹ.

- T-score $\leq$ vùng ở cổ xương đùi, toàn bộ xương hông hoặc thắt lưng bằng phương pháp DXA.

- Khối lượng xương thấp ($-2.5 < T < -1$ ở vùng cổ xương đùi hoặc thắt lưng đo bằng phương pháp DXA, thiếu xương) và xác suất gãy xương 10 năm đánh giá bằng mô hình FRAX $\geq 3\%$ ở xương hông hoặc 20% đối với các xương chính liên quan trong 10 năm.

a. Bisphosphonate:

- Là thuốc điều trị hàng đầu cho BN loãng xương.

- Ức chế hoạt động của hủy cốt bào và là chất ức chế mạnh quá trình hủy xương.

- Không có tác dụng trên các triệu chứng mãn kinh.

- Không nên dùng cho BN tiền mãn kinh.

- Gây 2 tác dụng ngoại ý: gãy hông xương đùi không điển hình và hoại tử xương hàm (ONJ).

*** Acid Alendronic**

- Dùng trong phòng ngừa và điều trị loãng xương trong mãn kinh.

- Tăng BMD, giảm nguy cơ gãy xương hông, cột sống và xương ngoài đốt sống.

- Được phê duyệt để điều trị loãng xương ở nam giới.

- Tăng BMD, giảm nguy cơ gãy xương cột sống.

- Được phê duyệt để phòng ngừa (nguyên phát và thứ phát) và điều trị loãng xương do sử dụng Glucocorticoid.

- Giảm nguy cơ gãy cột sống.

*** Acid Ibandronic**

- Dùng trong phòng ngừa và điều trị loãng xương sau mãn kinh.

- Tăng BMD, giảm nguy cơ gãy xương đốt sống.

*** Acid Risedronic**

- Được phê duyệt để phòng ngừa sau mãn kinh.
- Tăng BMD, để nguy cơ gãy xương hông, cột sống và xương ngoài cột sống
- Có thể dùng điều trị loãng xương ở nam giới.
- Tăng BMD.
- Giảm nguy cơ gãy xương hông ở nam giới bị đột quỵ kèm loãng xương
- Giảm nguy cơ gãy xương cột sống ở nam giới loãng xương vô căn.
- Dùng trong phòng ngừa (nguyên phát và thứ phát) và điều trị loãng xương do sử dụng glucocorticoid ở nam và nữ, giảm nguy cơ gãy xương cột sống.

*** Acid Zoledronic**

- Dùng trong phòng ngừa và điều trị loãng xương trong mãn kì tăng nguy cơ gãy xương hông, cột sống và xương ngoài đốt sống.
- Cũng được chỉ định trong phòng ngừa gãy xương mới trên lâm sàng ở BN gãy xương hông do chấn thương nhẹ gần đây.
- Cũng được khuyến cáo để phòng ngừa và điều trị loãng xương ở BN nữ giới được điều trị với Glucocorticoid trong ít nhất 12 tháng.

b. Liệu pháp nội tiết

- Chủ yếu được chỉ định điều trị các triệu chứng mãn kinh vừa – nặng (như: teo âm đạo, triệu chứng vận mạch) cho phụ nữ khỏe mạnh ở giai đoạn tiền mãn kinh hoặc mãn kinh và để phòng ngừa loãng xương.
- Tăng BMD ở đốt sống thắt lưng, cổ xương đùi, giảm nguy cơ gãy xương hông, xương đốt sống và xương ngoài đốt sống.
- Bác sĩ và BN phải cân nhắc những nguy cơ và lợi ích trước khi sử dụng liệu pháp nội tiết như là liệu pháp bước 1 để phòng ngừa loãng xương ở phụ nữ có các triệu chứng mãn kinh, trước tiên, nên cân nhắc các phương pháp điều trị khác.

- Khi dùng để điều trị loãng xương, nên dùng liều pháp nội tiết ở liều thấp nhất có hiệu quả trong thời gian ngắn nhất, không nên ngưng điều trị đột ngột.

- Estrogen không được khuyến dùng trong phòng ngừa gãy xương ở BN không có các triệu chứng mãn kinh.

*** Hormon cận giáp (PTH)**

Teriperatide (PTH ở người tái tổ hợp)

- Được phê duyệt trong điều trị loãng xương sau mãn kinh và nam giới có nguy cơ cao bị gãy xương và loãng xương nặng hoặc loãng xương không đáp ứng với các liệu pháp điều trị khác.

- Tăng BMD giảm nguy cơ gãy xương cột sống và xương ngoài đốt sống.

-Đã được phê duyệt để sử dụng trong tối đa 24 tháng.

-Được chỉ định để làm tăng BMD ở nam giới loãng xương nguyên phát hoặc loãng xương do suy sinh dục mà có nguy cơ gãy xương.

- Có thể dùng trong phòng ngừa và điều trị loãng xương do sử dụng glucocorticoid, tăng BMD, giảm gãy xương đốt sống.

- Kích thích tạo xương mới ở xương đặc và xương xốp.

- Có tác dụng đồng hoá trên xương.

- Có thể dùng sau điều trị với bisphosphonate để duy trì hoặc tăng BMD.

c. Chất ức chế RANKL: như Denosumab

d. Thuốc chủ động/đối kháng Estrogen (trước đây gọi là thuốc điều hoà chọn lọc thụ thể estrogen (SERM))

e. Các thuốc khác

3. Theo dõi

a. Đo BMD

b. Chất đánh dấu xương:

c. Liệu pháp theo dõi ở nam giới bị loãng xương

d. Hình ảnh đốt sống

4. Phẫu thuật

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HOẠI TỬ CHỖM XƯƠNG ĐÙI

Hoại tử chỏm xương đùi là một bệnh tiến triển mà thường gặp ở bệnh nhân 30-50 tuổi. Nếu không được điều trị bệnh sẽ dẫn đến huỷ hoại hoàn toàn khớp háng. Người ta ước tính rằng mỗi năm ở Hoa Kỳ có 20000 trường hợp hoại tử xương mới được chẩn đoán. Hiện nay, 18% tổng số các phẫu thuật thay khớp háng toàn phần thực hiện tại Hoa Kỳ là do hoại tử xương.

I. ĐỊNH NGHĨA

Hoại tử xương, còn được gọi là hoại tử vô mạch (avascular), hoại tử thiếu máu (ischemic) và hoại tử vô trùng (aseptic), không phải là một thực thể bệnh lý riêng biệt. Đúng hơn, bệnh là một tình trạng trong đó một vùng xương giới hạn trở nên hoại tử do mất nguồn cung cấp máu.

Các yếu tố nguy cơ gây hoại tử xương gồm chấn thương, sử dụng Corticosteroid, lạm dụng rượu, hút thuốc, bệnh lý hemoglobin (ví dụ, thiếu máu hồng cầu hình liềm), rối loạn đông máu, rối loạn tăng sinh tủy (bệnh Gaucher, bệnh bạch cầu), bệnh Caisson, nhiễm trùng do virus suy giảm miễn dịch ở người và mang thai. Trong nhiều trường hợp không thể nhận ra được nguyên nhân, thì được gọi tên là hoại tử xương vô căn.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Ban đầu thường không có triệu chứng và khi có triệu chứng thì đau sâu ở bên là triệu chứng thường gặp nhất và đau có thể liên quan đến hông hay gối cùng bên.

- Thăm khám thực thể có thể bình thường hoặc có thể thấy vận động khớp háng đau và hạn chế, đặc biệt là xoay trong. Mất xoay trong đáng kể có thể gắn liền với sự xẹp của chỏm xương đùi.

2. Hình ảnh học:

a. X-Quang:

Có thể biểu hiện bình thường trong giai đoạn đầu, nhưng khi bệnh tiến triển, thì tăng đậm độ hoặc thấu quang trong chỏm xương đùi, dấu hiệu hình lưới liềm đặc trưng. Trong giai đoạn cuối của bệnh, chỏm xương đùi xẹp, và có thể thấy những thay đổi thoái hoá.

b. Xạ hình xương:

Sự hấp thu của Technetium-99m thường giảm trong giai đoạn rất sớm của bệnh và thay đổi hoặc tăng lên ở giai đoạn khi các triệu chứng xảy ra.

c. MRI:

MRI có độ nhạy và độ chuyên là 99% trong chẩn đoán hoại tử xương, giúp chẩn đoán hoại tử chỏm xương đùi sớm hơn và cho phép xác định giai đoạn chính xác và mức độ của tiến trình bệnh lý.

3. Phân loại:

- Hệ thống phân loại thông dụng nhất cho hoại tử chỏm xương đùi được phát triển bởi Ficat và Arlet và dựa trên những thay đổi X-Quang.

- Nhiều hệ thống phân loại khác cho hoại tử xương đã được phát triển nhưng hầu hết là cải tiến hệ thống Ficat.

- Phân loại của Đại học Pennsylvania đã được phát triển vào đầu những năm 1990 và đã xác định 7 giai đoạn X-Quang rõ ràng. Ban đầu, phân loại này kết hợp với xạ hình xương, nhưng ngay sau đó chúng đã được bổ sung và thay thế bởi hình ảnh cộng hưởng từ. Hai đặc tính quan trọng nhất của phân loại này là đo kích thước tổn thương và sự liên quan đến khớp nhằm xác định giai đoạn.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Không phẫu thuật:

- Bệnh nhân ngưng chịu sức nặng ở bên bị ảnh hưởng trong 4-8 tuần và kết hợp với dùng thuốc giảm đau.

- Điều trị bằng các phương thức lý – sinh (xung điện từ trường) và các dược chất (thuốc kháng đông máu, thuốc hạ Lipid, yếu tố tăng trưởng, chất chống oxy hóa, chất vận mạch và kích thích tố). Để việc điều trị được lý học thành công thì khá phức tạp bởi vì chúng ta thiếu sự hiểu biết về sinh bệnh học của hoại tử xương và bản chất đa yếu tố của bệnh.

2. Phẫu thuật:

a. Trước khi xẹp chỏm (phương pháp bảo tồn chỏm xương đùi):

- Giải ép lõi vẫn còn là một điều trị khá thông dụng, nhằm làm giảm áp lực trong xương ở chỏm xương đùi, phục hồi lưu lượng máu và cải thiện đau.

Giải ép lõi kết hợp với:

- Ghép xương không có cuống mạch máu.
- Ghép xương có cuống mạch máu
- Các tế bào gốc cô đặc hoặc
- Các thanh Tantalum xóp: nhằm mục đích chống đỡ cấu trúc cơ học ở vùng hoại tử và có thể làm tăng sự mọc xương vào trong.

- Chăm sóc sau mổ giải ép lõi:

- Vật lý trị liệu, chỉnh lại dáng đi bằng gậy hoặc nạng.
- Chịu sức nặng có bảo vệ (khoảng 50%) duy trì từ 5-6 tuần và sau đó tăng lên dần đến chịu sức nặng hoàn toàn. Không cho phép lực tải tác động mạnh như chạy bộ hoặc nhảy trong 12 tháng.

• Nếu không có dấu hiệu xẹp trên X-Quang và bệnh nhân không triệu chứng lúc 12 tháng sau khi phẫu thuật, cho phép hoạt động trở lại bình thường, bao gồm các hoạt động tải trọng cao như chạy.

- Đục xương sửa trục xoay: nhằm mục đích ngăn chặn sự xẹp chỏm xương đùi nhờ sự chuyển chỗ vùng xương hoại tử từ vùng chịu sức nặng đến vùng không chịu sức nặng của khớp háng.

- Bisphosphonates dạng uống (Alendronate với liều 70mg mỗi tuần, trong ngăn chặn sự xẹp một cách hiệu quả.

b. Sau khi xẹp chỏm (phẫu thuật thay khớp háng):

- Phẫu thuật thay khớp háng toàn phần:

• Là phẫu thuật điều trị đáng tin cậy nhất mà có thể làm giảm đau và giúp hồi phục chức năng nhanh chóng ở những bệnh nhân xẹp chỏm xương đùi, đặc biệt là khi có sự thay đổi do thoái hoá gây đau của khớp háng.

- Phẫu thuật tái tạo bề mặt khớp háng:

• Là một lựa chọn khả thi ở những bệnh nhân trẻ với dự trữ xương tốt.

*** Chăm sóc sau mổ, theo dõi và tái khám sau thay khớp háng toàn phần:**

- Sau mổ khớp háng được giữ ở tư thế dạng khoảng 15°.
- Nếu là khớp háng toàn phần có xi măng thì có thể cho phép chịu sức nặng sớm. Đối với khớp háng không xi măng, nên chịu sức nặng một phần từ 6 đến 8 tuần, trong khi một số tác giả lại khuyến khích chịu sức nặng sớm.
- Hầu hết bệnh nhân lớn tuổi đều cần một khung tập đi để giữ thăng bằng và vững vàng.
- Nhiều bệnh nhân có nghề nghiệp ngồi một chỗ có thể trở lại làm việc sau 4 tuần. Sau 2-3 tháng, bệnh nhân có thể trở lại những ngành nghề đòi hỏi phải nâng lên và cúi xuống hạn chế.
- Các lần khám tiếp theo sau 6 tuần, 3 tháng, 1 năm, và định kỳ sau đó. Chụp X-Quang thường quy khoảng 2 năm và so sánh với các phim chụp trước đây để tìm các dấu hiệu lỏng, di chuyển, mòn và thất bại Implant.

GÂY Mê NỘI KHÍ QUẢN**I. ĐẠI CƯƠNG:**

Gây mê nội khí quản là một cuộc mê phối hợp được tiến hành trên một ống thông vào khí quản của người bệnh với mục đích:

- + Duy trì thông thoáng đường hô hấp trên.
- + Hút khí quản dễ dàng.
- + Dễ dàng hô hấp hỗ trợ hay chỉ huy.
- + Đảm bảo hô hấp trong suốt cuộc gây mê toàn thân ở các tư thế, ở các giai đoạn nguy kịch và hồi sức sau phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH:

1. Tất cả những cuộc mổ, trừ những cuộc mổ quá ngắn. Nhất là những cuộc mổ mà người gây mê cần kiểm soát chắc chắn đường hô hấp như mổ ở vùng đầu, vùng mặt, trong miệng, vùng cổ, và vùng bụng trên.
2. Những cuộc mổ phải hô hấp điều khiển: mổ trong lồng ngực, dùng máy thở, dùng thuốc dẫn cơ.
3. Những cuộc mổ bệnh nhân ở tư thế bất thường: nằm nghiêng, nằm sấp, ngồi.
4. Những cuộc mổ lớn, kéo dài, cần hồi sức tích cực.
5. Những bệnh nhân có dạ dày đầy, tắc ruột.
6. Mổ ở vùng nhiều phản xạ: vùng hậu môn, tử cung, bàng quang.
7. Mổ ở trẻ em vì khó điều khiển hô hấp hữu hiệu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH TƯƠNG ĐỐI:

1. Túi phình ở cung động mạch.
2. Viêm thanh quản cấp tính.
3. Lao phổi trong thời kỳ tiến triển.
4. Nhiễm trùng đường tiêu hóa và hô hấp trên: viêm hầu, viêm mũi, viêm hạch hạnh nhân.
5. Không đủ dụng cụ và thiếu kinh nghiệm.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Cán bộ chuyên khoa: bác sỹ, cử nhân , KTV gây mê hồi sức.

2. Phương tiện:

- Đèn và lưới đèn nội khí quản thẳng, cong, các cỡ, kiểm tra đèn cháy sáng.
- 1 kim Magill, đèn đặc nội khí quản khó.
- Ống nội khí quản, airway
- 1 bơm tiêm 10ml, găng sạch, máy hút, ống hút đàm.
- Hệ thống bóng để hô hấp bằng tay.
- Xylocain 5% khí dung, salbutamol khí dung.
- Băng dính cố định nội khí quản, băng dán bảo vệ mắt.
- Máy thở , máy mê, hoặc phương tiện bóp tay.
- Phương tiện theo dõi: điện tim, mạch, huyết áp, SpO2.
- Phương tiện cấp cứu và hồi sức tuần hoàn, hô hấp.

3. Người bệnh:

- Người bệnh có đủ các xét nghiệm tiền phẫu.

- Người bệnh được sử dụng thuốc chống nôn, trào ngược: Primperan, kháng acid...
- Người bệnh đồng ý.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Kỹ thuật đặt nội khí quản qua đường miệng:

- a- Người đặt nên đứng và điều chỉnh bàn mổ cho thích hợp: Đầu bệnh nhân ngang vùng thượng vị của người đặt.
- b- Bệnh nhân nằm ngửa, cổ ngửa, đầu có thể đặt trên gối cao 10cm, sao cho trục của khí quản hầu và miệng trên một đường thẳng.
- c- Người gây mê dùng ngón cái và ngón trỏ của bàn tay phải để tì vào răng hàm dưới và răng hàm trên bên phải của bệnh nhân để mở rộng miệng của bệnh nhân ra.
- d- Tay trái cầm đèn, cầm ở cán đèn sát với góc của lưỡi đèn, cho đỉnh lưỡi đèn theo sát mặt trên bên phải của lưỡi và gạt lưỡi từ phải qua trái cho đến khi nhìn thấy sụn nắp.
- đ- Cho đỉnh của lưỡi đèn và gốc hàm bởi đáy lưỡi và sụn nắp.
- e- Đẩy cán đèn về phía và nâng cán đèn về phía trên, lúc đó sụn nắp sẽ kéo ra đằng trước và ta nhìn rõ thanh quản.
- f- Tay phải cầm ống thông, cầm nơi gần gốc cho đầu ống thông chui qua giữa 2 dây thanh, khi đầu ống chui qua dây thanh từ 2-3cm hoặc túi hơi qua khỏi dây thanh thì dừng lại
- g- Đặt Airway vào miệng bệnh nhân và rút đèn ra.
- h- Giúp thở và kiểm tra phổi bệnh nhân: lồng ngực thở đều, âm phế bào nghe rõ hai phổi.
- i- Bơm cân túi hơi vừa đủ kín ống thông và thanh khí quản. Nếu ống thông không có túi hơi có thể dùng gạc ướt để chèn nếu ống thông nhỏ, nếu không khó điều khiển hô hấp cho bệnh nhân được.
- k- Cố định ống thông bằng băng keo dán quanh ống thông vi má bệnh nhân.

2. Kỹ thuật đặt nội khí quản qua mũi:

- Thường hay chọn lỗ mũi bên phải, mép gọt vát của ống hướng vào vách ngăn của mũi.
- Đường đi thẳng góc với mặt phẳng thẳng góc khuôn mặt.
- Xoay nhẹ khi đẩy ống vào cùng làm giảm bớt nguy cơ làm chấn thương xoắn mũi.
- Phối hợp với gây tê tại chỗ và co mạch cho phép làm co mạch ở niêm mạc mũi, làm tăng đường kính lỗ mũi và giảm bớt nguy cơ chảy máu.
- Đưa ống vào được 15-16cm . Dùng đèn soi thanh quản (kỹ thuật như đưa đèn vào ở đặt ống đường miệng).
- Người phụ đẩy ống vào dần.
- Người đặt ống sử dụng kim Magill hướng ống, đẩy qua lỗ thanh quản.
- Sau khi bóng của ống nội khí quản vượt qua dây thanh âm khoảng 2cm thì dừng. Bơm bóng nội khí quản
- Cố định ống nội khí quản.
- Kiểm tra vị trí của ống nội khí quản: nghe thông khí đều hai phổi.

VI. DUY TRÌ MÊ:

- Bệnh nhân có thể để tự thở hoặc thở chỉ huy tùy theo từng trường hợp.

- Duy trì mê bằng thuốc mê đường hô hấp qua bình bốc hơi chuyên biệt hoặc thuốc mê tĩnh mạch, phối hợp thuốc giảm đau, thuốc giãn cơ bằng cách tiêm cách quãng hoặc duy trì bằng bơm tiêm điện truyền liên tục.
- Trước khi kết thúc cuộc phẫu thuật, giảm liều thuốc mê tĩnh mạch hoặc thuốc mê bốc hơi. Tập thở cho bệnh nhân khi đã đóng phúc mạc xong hoặc cuộc mổ gần kết thúc.
- Theo dõi các thông số khi duy trì mê: mạch, huyết áp, SpO₂, EtCO₂
- Đề phòng tụt ống nội khí quản, gập ống, ống bị đẩy sâu bằng cách kiểm tra thường xuyên hai phổi bệnh nhân nhất là mỗi khi thay đổi tư thế.

GÂY Mê MASK**I. ĐẠI CƯƠNG:**

Người tự thở hoặc làm hô hấp chỉ huy qua mask (mặt nạ).

II. CHỈ ĐỊNH:

1. Gây mê toàn thân ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, ít nhu cầu giảm đau và dẫn cơ.
2. Phối hợp với gây tê vùng (gây tê xương cụt, gây tê thần kinh ở trẻ em).
3. Các phẫu thuật ngắn ở ngoại vi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

1. Dạ dày đầy.
2. Không chỉ huy được hô hấp.
3. Phẫu thuật sâu yêu cầu dẫn cơ và giảm đau.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Cán bộ chuyên khoa: bác sỹ, cử nhân gây mê, KTV chính gây mê.

2. Phương tiện:

- Phương tiện theo dõi điện tim, mạch, huyết áp, SpO₂.
- Phương tiện cấp cứu và hồi sức tuần hoàn, hô hấp.
- Mask hít người bệnh.
- Canuyl.
- Hệ thống bóng dự trữ với các van chữ Y, T.
- Các bình thuốc mê bốc hơi chuyên biệt.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Đảm bảo thông suốt đường hô hấp trên. Người bệnh nằm ngửa, cổ uốn góc hàm dưới đẩy ra trước, có canuyl nâng lưỡi.
2. Để tự thở: nghe thông khí đều hai bên phổi.
3. Hô hấp nhân tạo qua mask.
4. Tránh gây mê nông vì dễ gây kích thích các phản xạ đường hô hấp.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN:

1. Co thắt thanh quản có thể xảy ra nếu mê nông, cho ngủ sâu thêm, xử lý co thắt thanh quản.
2. Tắc nghẽn đường hô hấp do tư thế, làm thông đường thở, cần thiết đặt ống nội khí quản.
3. Ước chế hô hấp: Hô hấp hỗ trợ và hô hấp nhân tạo.

PHÁC ĐỒ GÂY Mê TRONG MỔ NỘI SOI Ổ BỤNG

I. Đại cương:

Gây mê phẫu thuật nội soi (PTNS) có 3 đặc thù chủ yếu:

1. Do chính kỹ thuật nội soi và tư thế phẫu thuật.
2. Do bơm hơi trong ổ phúc mạc (khí CO₂). Những biến loạn tuần hoàn và hô hấp được tạo ra do chính kỹ thuật và do khí trong ổ phúc mạc tạo ra.
3. Do chính kỹ thuật gây mê.

II. Gây mê hồi sức trong phẫu thuật nội soi:

1. Thăm khám trước khi gây mê:

-Khai thác tiền sử bệnh lý.

-Khám lâm sàng đánh giá tổng trạng chung của BN và dự đoán được các nguy cơ, phát hiện các bệnh lý kèm theo đặc biệt là tim mạch và hô hấp...

-Tầm soát những xét nghiệm cần thiết: công thức máu, chức năng đông máu, chức năng gan, thận, chụp phim phổi, ECG và siêu âm tim đối với những BN nguy cơ cao...

-Lựa chọn BN

- Những BN có bệnh lý tim mạch, hô hấp cần dự phòng, cân nhắc và được đánh giá kỹ càng những biến loạn về mặt huyết động, hô hấp mà phẫu thuật nội soi gây ra: suy tim, bệnh lý mạch vành, kén khí phổi, khí phế thũng, loạn dưỡng nhu mô phổi...
- Chống chỉ định ở những bệnh nhân có bệnh tim có shunt P-T, BN đang trong tình trạng shock, thiếu khối lượng tuần hoàn chưa được điều chỉnh, BN có tăng áp lực sọ não (u não, CTSN), tăng nhãn áp.

2. Chuẩn bị BN và phương tiện gây mê hồi sức:

-Chuẩn bị BN thường qui.

-Chuẩn bị đầy đủ thuốc gây mê và hồi sức, trang thiết bị gây mê và phương tiện theo dõi...

-Các khuyến cáo theo dõi thường quy và nâng cao:

- Thường quy: Mạch, ECG, HAĐM không xâm nhập, SpO₂, PETCO₂, nhiệt độ cơ thể, áp lực khoang bụng, áp lực đường thở, độ giãn cơ(TOF)
- Nâng cao: ống nghe thực quản, Doppler trước tim, siêu âm tim qua ngã thực quản, CVP, HAĐM xâm nhập, catheter Swan-Ganz...

-Sonde tiêu: có thể đặt, cần thiết cho PTNS vùng bụng dưới, những trường hợp mổ kéo dài; sonde dạ dày cần thiết cho phẫu thuật PTNS tầng trên ổ bụng, BN có dạ dày đầy...

3. Kỹ thuật gây mê:

3.1. Tiền mê:

- Thuốc chống nôn: ondansetron 4-8 mg, primperan 10 mg, dexamethasone 4-8 mg TM...
- Thuốc kháng H₂ làm giảm thể tích và pH dạ dày: Ranitidine 50 mg, Famotidine 20 mg(Quamatel) TM.
- Thuốc đối kháng phó giao cảm: Atropine 0,5mg TM phòng ngừa triệu chứng nhịp chậm tim có liên quan đến thì bơm khí vào làm căng căng phúc mạc.
- Thuốc an thần chống lo âu: Midazolam 0,05-0,1 mg/kg TM.

3.2. Khởi mê và duy trì mê:

-Lựa chọn gây mê toàn thân có đặt nội khí quản, hoặc Mask thanh quản Supreme, Proseal, thông khí kiểm soát. Phương pháp này tránh được nhiều biến chứng nguy hiểm bất lợi nhất khi bơm hơi vào ổ bụng, tránh giảm thông khí, tránh hội chứng trào ngược, ngoài ra thông khí có kiểm soát tránh được các rối loạn tuần hoàn và hô hấp, bệnh nhân được dung thuốc giãn cơ làm mềm bụng đảm bảo cho PTV thao tác dễ dàng.

-Khuyến cáo truyền dịch tinh thể 5-10ml/kg trước khi dẫn mê để tránh thay đổi huyết động khi bơm khí phúc mạc. Tuy nhiên việc truyền dịch phải cân nhắc ở BN có vấn đề về bệnh tim mạch.

-Các thuốc gây mê chọn lựa dựa trên dược động học của thuốc có thời gian bán hủy ngắn, ít tích lũy và ít có tác dụng phụ cũng như dựa vào thời gian phẫu thuật dự đoán, loại phẫu thuật, cơ địa bệnh nhân, tính chất của loại phẫu thuật...

a) Khởi mê:

- Fentanyl 2-3mcg/kg

- Propofol 1,5-2,5mg/kg, Etomidate 0,2-0,3mg/kg cho BN có bệnh lý tim mạch kết hợp thuốc mê hơi Isoflurane, Sevoflurane.
- Rocuronium 0,6mg/kg, Vecuronium 0,08-0,1 mg/kg, Atracurium 0,4-0,6 mg/kg cho BN suy chức năng gan, thận.

b) Duy trì mê: thuốc mê hơi Isoflurane 1,5-2 MAC, Sevoflurane 0,8-1,2 MAC và theo nồng độ khí mê hơi thì thở ra khi đạt trạng thái cân bằng pha khí và pha máu; thuốc giảm đau Fentanyl và giãn cơ...tùy theo diễn biến và thời gian phẫu thuật...

-Trong gây mê chú ý duy trì FiO₂: 40-50% để tránh xảy ra tình trạng thiếu Oxy.Nếu cần tăng thông khí, tăng f hơn tăng Vt để tránh gia tăng áp lực trong lồng ngực.

-Cần phải theo dõi lượng dịch vào ra trong phẫu thuật, nếu bilan giảm >1000 ml đề nghị ngưng phẫu thuật.

-Tư thế trong mổ: tư thế Trendelenbourg hoặc tư thế đầu cao 15

-Các điểm dễ dàng bị áp lực tì đè phải được chăm sóc cẩn thận nhằm tránh tổn thương thần kinh, trong trường hợp mổ kéo dài ở tư thế đầu cao chân thấp thì đề phòng thuyên tắc TM sâu.

-Khi thực hiện bơm CO₂ vào ổ bụng cần tuân thủ theo nguyên tắc sau:

- BN tư thế ngửa, trên mặt phẳng ngang.
- Bắt đầu với vận tốc thấp (1-1,5 lít/phút) khi khí phúc mạc đã đạt được đủ(3-4 lít/phút) lưu lượng khí sẽ tự động điều chỉnh theo áp lực cài đặt.Lúc đó ALKB sẽ điều hòa lưu lượng khí bơm vào..
- Áp lực tối đa trong ổ bụng là 12 mmHg.

-Theo dõi:

Theo dõi thường qui:

- ống nghe: vị trí ống NKQ phải được kiểm tra lại bằng nghe phổi sau khi đặt tư thế người bệnh và sau khi bơm hơi căng phúc mạc do ống NKQ có thể bị đẩy sâu vào một bên phế quản.
- ECG: phát hiện sớm rối loạn nhịp tim, thường xảy ra do tắc mạch khí CO₂ trong máu.Sự xuất hiện đột ngột giảm điện thế có thể do tràn khí dưới da, tràn khí trung thất.

- Độ bão hòa oxy(SpO_2): giảm là một dấu hiệu muộn của các biến chứng: tắc mạch do hơi, TKMP, NKQ vào sâu một bên phổi hay hiệu ứng shunt do tăng áp lực trong ổ bụng quá cao.
- Theo dõi và kiểm soát áp lực trong ổ bụng: máy bơm hơi phải được tự động điều chỉnh về áp lực, về tốc độ bơm, alarm báo động khi áp lực bơm hơi ổ bụng quá cao và ngừng bơm hơi CO_2 ngay lập tức.
- Máy theo dõi độ giãn cơ(TOF): để duy trì độ giãn cơ ổn định và đủ sâu, hạn chế tăng áp lực ổ bụng, bộc lộ tốt phẫu trường nội soi và tránh giãn cơ tồn dư.
- Nhiệt độ: khí CO_2 bơm vào ổ bụng sẽ gây mất nhiệt do làm lạnh đồng thời do dịch rửa ổ bụng sẽ gây ra sự tiêu tốn năng lượng.

Theo dõi hô hấp:

- Theo dõi khí CO_2 đường thở ra(Capnographie) và chỉ số $PETCO_2$ để đánh giá sự chuyển hóa tế bào, sự hấp thu CO_2 của màng bụng và sự trao đổi CO_2 của phổi. Điều chỉnh thông khí phút(VE) để duy trì $PETCO_2$ trong khoảng 35 ± 5 mmHg. Chuyển sang phẫu thuật mở bụng nếu $PETCO_2$ không thể duy trì được giá trị cho phép trên lâm sàng. Thông thường $PETCO_2 < 50$ mmHg.

α) $PETCO_2$ tăng vài mmHg trong vài phút rồi trở lại số liệu ban đầu có thể là chứng cứ tắc mạch tối thiểu do khí CO_2 .

α) $PETCO_2$ tăng đều đặn và bền vững thường do sự phân phối CO_2 ngoài phúc mạc(trước, sau phúc mạc, dưới da và trung thất).

α) $PETCO_2$ giảm nhanh: có thể do giảm cung lượng tim hoặc giảm khối lượng máu về tim và cũng có thể là tắc động mạch phổi.

- $PaCO_2$: ở BN có bệnh lý hô hấp tuần hoàn và mất tương hợp thông khí tưới máu, gia tăng sự chênh lệch giữa $PETCO_2$ - $PaCO_2$, cần phải thực hiện đo khí trong máu để đánh giá trực tiếp $PaCO_2$ để có điều chỉnh thông khí hợp lý.

Theo dõi tình trạng tim mạch, huyết động trong mổ ở những BN có nguy cơ cao: HAĐM xâm nhập, CVP, catheter Swan-Ganz, lưu lượng tim...

3.3. Thoát mê và hồi tỉnh:

-Khi kết thúc phẫu thuật, xả hơi CO_2 ra phải từ từ và hết hoàn toàn(vì BN đau đớn khi CO_2 còn tụ dưới vòm hoành kích thích gây đau), đặt BN ngửa trên mặt phẳng ngang.

-Cần tính thời gian bơm hơi để biết khối lượng CO₂ đã bơm vào ổ bụng và phải tính đến những biện pháp dự phòng khả năng rối loạn những chức năng gây nên bởi sự hấp thu CO₂ lớn.

-Sự tháo hơi sẽ làm tăng tuần hoàn trở về dẫn tới tăng tiền gánh trong lúc sức cản của hệ thống mạch máu còn cao. Vì vậy có thể dẫn tới những đợt tăng HA, thêm vào đó là hiện tượng rét run do hạ thân nhiệt. Phải để BN tỉnh từ từ, yên tĩnh, ủ ấm cho BN, có thể tiếp tục thông khí nhân tạo khi PETCO₂ còn quá cao.

-Rút NKQ khi BN tỉnh hẳn, hết tác dụng thuốc giãn cơ (kích thích chuỗi 4 của cơ khép ngón cái(TOF) đạt được tỷ lệ T4/T1 $\geq$ 90%), ổn định về mặt huyết động, thông khí và nhiệt độ cơ thể.

4. Giai đoạn sau mổ:

-Chú ý suy giảm hô hấp do tồn đọng thuốc mê, giãn cơ tồn dư, đào thải CO₂ ra khỏi cơ thể còn chậm nên tất cả BN PTNS được hỗ trợ thở oxy 2 giờ đầu sau mổ, theo dõi SpO₂, PETCO₂...

-Chú ý các biến đổi huyết động do khí phúc mạc còn tồn tại lâu sau đó.

-Giảm đau sau mổ:

- Cần phải xả hết khí CO₂ bơm phúc mạc khi kết thúc phẫu thuật.
- Tiêm thuốc tê vào các chỗ đặt trocar giúp làm giảm đau ở các chỗ này, trong khi dùng thuốc tê bơm vào vùng dưới hoành bên (P) giúp làm giảm đau vai.
- Non-Steroid+Paracetamol hoặc Morphin $\pm$ Non-steroid, Paracetamol trong một số trường hợp cần thiết..

-Nôn và buồn nôn: Nôn và buồn nôn sau mổ có thể xem là một vấn đề đặt biệt của phương pháp mổ nội soi. Bơm hơi khoang bụng, thao tác trên ruột và phẫu thuật vùng chậu là những nguyên nhân chính. Kỹ thuật gây mê cẩn thận, dùng thuốc chống nôn thường giúp giảm được tỷ lệ nôn và buồn nôn sau mổ.

RÚT NỘI KHÍ QUẢN

- Nội khí quản (NKQ) là một dụng cụ được đặt vào khí quản để kiểm soát và bảo vệ đường thở.
- Rút NKQ rất quan trọng, có thể gây suy hô hấp cấp và tử vong nhanh chóng nếu không đánh giá được tình trạng hô hấp của bệnh.

A. Tiêu chuẩn rút nội khí quản:**1. Bệnh nhân được gây mê toàn diện kiểm soát đường thở bằng ống NKQ:**

Phẫu thuật ngoài đường hô hấp (phẫu thuật vùng bụng, chấn thương chỉnh hình...):

- ☐ ☐ Khi bệnh nhân có dấu hiệu tự thở, chống ống NKQ
- ☐ ☐ Nâng đầu lên khỏi giường và giữ nguyên tư thế 15- 20 giây.
- ☐ ☐ Tự thở tốt qua NKQ, duy trì SpO₂ 99- 100% với lưu lượng O₂ 3-5 l/p.
- ☐ ☐ Không biểu hiện khó thở (thở co kéo, thở hức...)
- ☐ ☐ Nhịp thở 16-20 lần/phút.
- ☐ ☐ Phẫu thuật liên quan đường hô hấp (cắt phổi, u trung thất, u vùng hầu họng...)

* Ngoài các tiêu chuẩn trên, thêm các tiêu chuẩn sau:

- XQ phổi: phải nở tốt, không dấu hiệu xẹp phổi.
- Không có máu trong NKQ.
- Khí máu động mạch (KMĐM) trong giới hạn bình thường.

2. Rút NKQ ở nhóm bệnh nhân sau thở máy:

- Bệnh nhân đã được thở máy chế độ hỗ trợ trước đó > 3 giờ.
- Huyết động ổn định, T^o 37-38 °C .
- Khí máu động mạch trong giới hạn cho phép.
- Thể tích khí lưu thông thở tự nhiên > 5 ml/kg.
- Dung tích sống > 10 ml/kg, thông khí 10 lít/phút.
- Tần số thở < 30 lần/ phút.

B. Các bước rút nội khí quản:

- Thao tác kỹ thuật:
 - ☐ ☐ Trước khi rút cần giải thích cho bệnh và hướng dẫn cách khạc đàm, cách ho và cách thở (nếu bệnh tình).
 - ☐ ☐ Dùng ống hút vô trùng, hút sạch đàm nhớt trong ống NKQ sau đó hút vùng miệng và hầu họng.
 - ☐ ☐ Làm xẹp bóng chèn của ống NKQ.
 - ☐ ☐ Rút nhẹ nhàng và nhanh chóng ống NKQ.
 - ☐ ☐ Hút lại đàm nhớt vùng miệng và hầu họng.
 - ☐ ☐ Nâng đầu giường 15-30o
 - ☐ ☐ Cho bệnh nhân thở qua mặt nạ có túi hơi dự trữ, lưu O₂ 3-5 l/p
- Theo dõi sau rút nội khí quản:
 - ☐ ☐ Theo dõi tri giác, hô hấp, sinh hiệu sát bằng monitor trong 30 phút đầu
 - ☐ ☐ Đánh giá lâm sàng:
 - Không biểu hiện khó thở.
 - Âm phế bào không ran bệnh lý.

- Lòng ngực di động đều.
- Tần số thở 16-20 lần/phút.

C. Theo dõi sau rút nội khí quản:

- Theo dõi tri giác, hô hấp, sinh hiệu sát bằng monitor trong 30 phút đầu .
- Đánh giá lâm sàng:
 - ☐ ☐ Không biểu hiện khó thở.
 - ☐ ☐ Âm phế bào : không ran bệnh lý.
 - ☐ ☐ Lòng ngực di động đều.
 - ☐ ☐ Tần số thở : 16-20 lần /phút.

D. Biến chứng sau rút nội khí quản:

- Phù thanh quản:
 - ☐ ☐ Triệu chứng: bệnh nhân khó thở, thở rít co kéo hõm ức, thở gắng sức, vã mồ hôi.
 - ☐ ☐ Điều trị: phun khí dung với Berodual 3ml + NaCl 0,9% 2ml, 2 lần cách nhau 5 phút.
- Nếu không hiệu quả phải đặt lại NKQ.
- Tắt đàm nhớt và hít dịch dạ dày:
 - ☐ ☐ Triệu chứng: suy hô hấp cấp
 - ☐ ☐ Điều trị : Để bệnh nhân nằm đầu cao 30o , hút đàm nhớt kỹ trước khi rút.
- Không rút NKQ sau khi cho bệnh nhân ăn qua Levin.

GÂY TÊ TỦY SỐNG**I. ĐẠI CƯƠNG:**

Gây tê tủy sống là tiêm thuốc tê vào khoang dưới nhện, thuốc tác động lên rễ thần kinh gây mất cảm giác và liệt vận động.

II. CHỈ ĐỊNH:

1. Phẫu thuật chi dưới.
2. Phẫu thuật khớp háng.
3. Phẫu thuật tiết niệu.
4. Phẫu thuật vùng đáy chậu.
5. Phẫu thuật bụng dưới.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:**1. Tuyệt đối:**

- Người bệnh không đồng ý.
- Nhiễm khuẩn da vùng định chọc kim, lao cột sống.
- Giảm khối lượng tuần hoàn, sốc.
- Mạch chậm dưới 50 lần/phút.
- Rối loạn đông máu, đang dùng thuốc chống đông máu.
- Tăng áp lực nội sọ.
- Không có phương tiện không khí nhân tạo.
- Dị ứng thuốc tê.

2. Tương đối:

- Đau lưng.
- Thiếu máu.
- Suy dinh dưỡng.
- Hẹp van hai lá.
- Hẹp van động mạch chủ.
- Tăng huyết áp điều trị chưa ổn định.

IV. CHUẨN BỊ:**1. Cán bộ chuyên khoa: bác sỹ, cử nhân gây mê, KTV chính gây mê.****2. Phương tiện:**

- Monitor: Phương tiện theo dõi điện tim, mạch, huyết áp, SpO₂.
- Phương tiện cấp cứu và hồi sức: tuần hoàn, hô hấp.
- Kim chọc dò tủy sống số: 25G, 27G, 29G, bơm tiêm, kim tiêm.
- Thuốc: thuốc tê Bupivacane spinal, Fentanyl, thuốc co mạch (Ephedrin), thuốc chống sốc.

3. Người bệnh:

- Người bệnh có đủ các xét nghiệm tiền phẫu.
- Người bệnh được sử dụng thuốc chống nôn, trào ngược Primperan, kháng acid...
- Người bệnh đồng ý.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Tư thế người bệnh: ngồi trên bàn phẫu thuật để hai chân trên ghế hoặc nằm nghiêng cong lưng tròn.
2. Sát khuẩn vùng chọc kim, trải vải vô khuẩn.
3. Xác định đốt sống định chọc kim: từ liên đốt sống L 3-4 hoặc L 4-5.
4. Chọc dò tủy sống.
5. Xác định kim đã vào khoang dưới nhện tủy sống: có nước não tủy chảy ra khi rút nòng thông.
6. Liều lượng thuốc: Bupivacain 0,5% 8-10mg □□ Fentanyl 20-25mcg .
7. Lắp bơm tiêm có thuốc vào, hút nhẹ bơm tiêm trước khi tiêm.
8. Bơm thuốc từ từ, không đẩy kim vào hay rút kim ra khi tiêm thuốc.
9. Rút kim tiêm ra sau khi đã bơm xong thuốc.
10. Sát khuẩn lại và băng lại chỗ chọc kim.
11. Đặt tư thế người bệnh thuận tiện cho phẫu thuật.
12. Tiếp tục theo dõi mức độ tê và tình trạng người bệnh.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN:

1. Tụt HA: Truyền dịch, cho thuốc nâng huyết áp (Ephedrin).
2. Mạch chậm: Atropin (TM)
3. Thở yếu, suy thở: cho thở oxy, hô hấp hỗ trợ.
4. Co giật: do ngộ độc thuốc tê, xử trí chống co giật, hô hấp hỗ trợ.
5. Buồn nôn, nôn: thường cho tụt huyết áp, xử trí nâng huyết áp cho thở oxy.
6. Rét run: đắp ấm, ủ ấm, Dolargan.

GÂY TÊ ĐÁM RỐI THẦN KINH CÁNH TAY ĐƯỜNG NÁCH**I. ĐẠI CƯƠNG:**

- Phong bế các dây thần kinh bằng tiêm thuốc vào bao của đám rối của thần kinh cánh tay từ phía hố nách.

II. CHỈ ĐỊNH:

1. Phẫu thuật cẳng tay và bàn tay.
2. Giảm đau sau phẫu thuật khi lưu catheter.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

1. Các bệnh có hạch nách.
2. Chấn thương nặng có thiếu máu chi.
3. Dị ứng thuốc tê.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Cán bộ chuyên khoa: bác sỹ, cử nhân gây mê, KTV chính gây mê.

2. Phương tiện:

- Phương tiện theo dõi điện tim, mạch, huyết áp, SpO₂.
- Phương tiện cấp cứu và hồi sức tuần hoàn, hô hấp.
- Hai bơm tiêm 20ml, kim tiêm 20-22G hoặc catheter 18-20G, bông cotton sát khuẩn, máy dò thần kinh, kim tê tủy.

3. Người bệnh:

- Người bệnh có đủ các xét nghiệm tiền phẫu.
- Người bệnh được sử dụng thuốc chống nôn, trào ngược Primperan, kháng acid...
- Người bệnh đồng ý.
- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, đầu quay sang bên đối diện, cánh tay dang 90°, khuỷu tay gấp, bàn tay để ngửa.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Mốc giải phẫu: cơ ngực lớn, cơ quạ cánh tay, động mạch nách.
2. Điểm chọc: ngay bờ trên của động mạch và ở đỉnh của hố nách.
3. Hướng chọc: lên trên và vào trong, tiếp chuyển với động mạch và hướng vào giữa xương đòn đối với điểm chọc cổ điển chọc vuông góc với trục của cánh tay và hướng về phía xương cánh tay đối với điểm chọc sửa đổi.
4. Dấu hiệu cần tìm: cảm giác “sụt” khi tiêm đi qua bao của đám rối thần kinh. Dấu hiệu tê bì hoặc rung giật cơ vùng thần kinh chi phối khi dùng máy dò thần kinh.
5. Cách tiêm thuốc: hút nhẹ thử trước khi tiêm xem có máu vào bơm không, nếu không có thì tiêm thuốc. Hút nhẹ kiểm tra sau mỗi lần tiêm 5ml.
6. Thuốc tiêm và liều: 30-40ml Lidocain 1%-2% (tác dụng 60-90 phút) hoặc Bupivacain 0,25-0,5% (tác dụng 180-270 phút).

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN:

- Theo dõi: tri giác, nhịp tim, huyết áp, độ bão hòa oxy, mức độ phong bế thần kinh của vùng chi mong muốn.

- Tai biến và xử trí:

☐ Chọc vào động mạch nách: rút kim và ấn định 5 phút, có thể chọc lại nếu không có khối máu tụ.

☐ ☐ Ngộ độc thuốc tê.

GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG**I. ĐẠI CƯƠNG:**

Gây tê ngoài màng cứng là đưa thuốc tê vào khoang ngoài màng cứng làm tê các rễ thần kinh tủy sống đi qua nó, từ đó gây tê các vùng ngoại vi phụ thuộc các dây thần kinh này.

II. CHỈ ĐỊNH:

Nhìn chung như gây tê tủy sống.

- Một số chỉ định đặc biệt cho:

- ☐ ☐ Phẫu thuật khớp háng và khớp gối phối hợp với gây mê toàn diện.
- ☐ ☐ Phẫu thuật tạo hình chi dưới.
- ☐ ☐ Để không đau.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

1. Như chống chỉ định gây tê tủy sống.
2. Đặc biệt chú ý khi người bệnh có bệnh về đông máu hoặc đang dùng thuốc chống đông máu sẽ làm chảy máu vào khoang ngoài màng cứng gây chèn ép thần kinh tủy sống vì kim gây tê ngoài màng cứng to.

IV. CHUẨN BỊ:

- Cán bộ chuyên khoa: bác sỹ, cử nhân gây mê, KTV chính gây mê.

- Phương tiện:

- ☐ ☐ Phương tiện theo dõi điện tim, mạch, huyết áp, SpO2.
- ☐ ☐ Phương tiện cấp cứu và hồi sức tuần hoàn, hô hấp.
- ☐ ☐ Kim tiêm, bơm tiêm, kim chọc môi.
- ☐ ☐ Kim gây tê ngoài màng cứng Touchy số 17G, 18G.
- ☐ ☐ Catheter ngoài màng cứng nếu cần gây tê kéo dài và giảm đau sau mổ.
- ☐ ☐ Thuốc gây tê cần thiết.
- ☐ ☐ Băng gòn, gạc, cồn sát khuẩn.

- Người bệnh:

- ☐ ☐ Người bệnh có đủ các xét nghiệm tiền phẫu.
- ☐ ☐ Người bệnh được sử dụng thuốc chống nôn, trào ngược: Primperan, kháng acid...
- ☐ ☐ Người bệnh đồng ý.
- ☐ ☐ Thăm khám người bệnh và đánh giá tình trạng cột sống.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

- Tư thế người bệnh: ngồi trên bàn phẫu thuật, để hai chân xuống ghế hoặc ngồi yên cong lưng tròn.

- Sát khuẩn vùng định chọc kim, trải vải mổ vô khuẩn.

- Xác định cột sống định chọc kim.

- Gây tê vùng da khe sống định chọc kim, vị trí L2-3 hoặc L3-4, chọc kim môi qua da.

- Chọc kim gây tê vùng ngoài màng cứng qua lỗ chọc môi, tiến kim từ từ.

- Xác định khi kim chọc vào khoang ngoài màng cứng:

- ☐ ☐ Kỹ thuật mất sức cản: kim gây tê lấp vào bơm tiêm có huyết thanh mặn hoặc không khí, khi chọc kim qua mỗi lớp có những lực cản khác nhau, chú ý tiến kim từ từ vài milimet một, một tay ấn nhẹ vào pit tông của bơm tiêm, khi kim qua dây chằng vàng có

cảm giác “ sứt” nhẹ là lúc kim vào khoang ngoài màng cứng, áp lực trong bơm tiêm giảm, pit tông sẽ vào rất nhẹ.

□□Kỹ thuật giọt nước treo:

- Thuốc dùng:

□□Lidocain 1,5 – 2% : 6-7 mg/kg liều tính theo đốt thần kinh sẽ bị phong bế 1- 1,5ml/1 đốt sống tính từ S5 trở lên.

□□Bupivacain: 0,25% - 0,5% : 70-120 mg (tối đa 2mg/kg).

- Có thể sử dụng nhóm morphinique kết hợp để kéo dài thời gian tác dụng của thuốc tê :

□20-50µg Fentanyl.

- Lắp bơm tiêm có thuốc tê vào, để một bóng khí nhỏ trong bơm tiêm, hút nhẹ bơm tiêm trước khi bơm thuốc không thấy máu và nước não tủy chảy ra.

- Tiêm liều thử 3-5ml Lidocain 2% có pha 1/200.000 Adrenalin. Nếu liều thử này tiêm vào mạch máu thì nhịp tim có thể tăng lên.

- Giữ bơm tiêm cố định, bơm thuốc từ từ từng đợt, trước khi bơm thuốc phải hút thử bơm tiêm xem có máu hoặc nước não tủy không, mỗi lần tiêm không quá 5ml . Nếu tiêm thuốc vào nhẹ nhàng, bong bóng khí trong bơm tiêm không bị ép nhỏ lại, tình trạng người bệnh ổn định thì bơm hết số thuốc cần thiết.

- Đặt catheter ngoài màng cứng vào, rồi rút kim ra. Chú ý không làm tụt catheter khi rút kim và không được rút ngược catheter khi kim đang còn ở trong khoang ngoài màng cứng vì dễ đứt catheter.

- Băng cố định catheter.

- Đặt tư thế người bệnh thuận lợi khi phẫu thuật.

- Tiếp tục theo dõi và hồi sức.

- Nếu cần cho thêm thuốc thì phải căn cứ tình trạng người bệnh, liều sau bằng 1/3 đến 1/2 liều đầu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN:

1. Gây tê tủy sống liều cao do kim chọc thủng màng cứng: điều trị triệu chứng.

2. Đứt catheter trong khoang ngoài màng cứng: theo dõi, nếu cần phải phẫu thuật để lấy ra.

ĐIỀU TRỊ TÍCH CỰC CÁC BỆNH NHÂN SAU MỔ**I. ĐẠI CƯƠNG:**

- Giai đoạn hồi tỉnh ngay sau mổ có thể nói là giai đoạn cực kỳ nguy cơ đối với bệnh nhân. Có rất nhiều loại biến chứng đáng sợ có thể gặp thậm chí sau tiểu phẫu thuật và chúng có thể đe dọa tính mạng nếu không phát hiện sớm và điều trị có hiệu quả.

- Kết thúc cuộc mổ bệnh nhân được nhân viên gây mê đưa tới phòng hồi tỉnh chuyển giao cho điều dưỡng trực, nhân viên phòng hồi tỉnh phải nắm được các thông tin sau:

- ☐ Tên – tuổi bệnh nhân.
- ☐ Tóm tắt cách thức phẫu thuật và tên phẫu thuật viên.
- ☐ Bảng gây mê hoàn chỉnh.
- ☐ Tất cả các thông tin phù hợp về tình trạng trước mổ.
- ☐ Tờ điều trị.
- ☐ Bất cứ chỉ định đặc biệt nào. Ví dụ: tư thế chăm sóc, chăm sóc cấp máy? y lệnh.

II. CÁC BIẾN CHỨNG TIM MẠCH:

- Tụt huyết áp: được ghi nhận nếu huyết áp tâm thu < 70 mmHg tại phòng hồi tỉnh. Nguyên nhân chủ yếu là do dẫn mạch hậu quả của gây mê hoặc giảm khối lượng tuần hoàn, thường tự điều chỉnh sau khi hết tác dụng của thuốc mê hoặc đáp ứng với điều trị đơn giản như truyền dịch.

- Tăng huyết áp: xác định nếu huyết áp tâm thu > 180 mmHg. Thường gặp sau phẫu thuật mạch máu và ở người già, nhưng cũng có khi do đau, hô hấp kém hoặc bí đái.

- Chậm nhịp tim: xác định nếu nhịp tim < 40 lần/phút. Nguyên nhân do gây tê tủy sống hay ngoài màng cứng, đau, thiếu oxy, hoặc tăng áp lực nội sọ.

- Nhịp tim nhanh: xác định nếu nhịp tim > 160 lần/phút. Nguyên nhân thường là do đau, ưu thán và rối loạn tuần hoàn (Giảm khối lượng tuần hoàn hoặc suy tuần hoàn).

- Loạn nhịp: nhiều bệnh nhân trong nhóm này có nhịp không đều trước phẫu thuật. Số khác bị loạn nhịp do thiếu oxy, ưu thán, nhiễm toan và hạ kali máu.

- Chảy máu sau mổ.

- Rối loạn đông máu.

III. CÁC BIẾN CHỨNG HÔ HẤP:

1. Tắc nghẽn đường hô hấp trên: tắc nghẽn đường hô hấp do nhiều nguyên nhân khác nhau đòi hỏi phải chú ý ngay.

2. Hô hấp giảm: do các thuốc gây nghiện, dẫn cơ.

3. Co thắt phế quản.

4. Các biến chứng hô hấp hỗn hợp: Giảm hoạt động hô hấp do nhiều nguyên nhân khác nhau.

IV. CÁC BIẾN CHỨNG KHÁC CẦN XỬ TRÍ:

- Đau: là một điều không thể tránh khỏi sau phẫu thuật. Đau nhiều làm bệnh nhân mạch tăng, huyết áp tăng... Có thể kết hợp các nhóm thuốc giảm đau cho hiệu quả tối ưu.

☐ Paracetamol 1g/100ml truyền tĩnh mạch 3-4 lần/ngày (tối đa 4g/ngày).

Trẻ em : 15mg/kg/lần (tối đa 60mg/kg/ ngày)

☐ Ketorolac 30 mg tiêm bắp / tĩnh mạch 3-4 lần/ ngày (tối đa 120 mg/ ngày)

☐ Diclofenac 75mg tiêm bắp sâu 1-2 lần/ ngày (tối đa 150mg/ngày)

- Meloxicam 15mg tiêm bắp sâu 1 lần/ ngày (tối đa 15mg/ngày)
- Piroxicam 20mg tiêm bắp sâu 1 lần/ngày (tối đa 20mg/ngày)
- Morphine tiêm tĩnh mạch 3mg mỗi 10 phút cho đến khi đạt mức độ giảm đau tốt sau đó chuyển sang tiêm dưới da 5-10 mg mỗi 4-6 giờ. Tuy nhiên nên cân nhắc tác dụng phụ ức chế hô hấp, buồn nôn và chậm xuất hiện nhu động ruột.
- Nôn: thường hay gặp ở phòng hồi tỉnh. Triệu chứng này giảm sau khi cải tiến kỹ thuật gây mê và dùng thuốc chống nôn dự phòng. Thuốc chống nôn: Metoclopramid (Primperan) 10mg
- Tỉnh chậm: được ghi nhận nếu bệnh nhân mê > 30 phút. Có thể do quá liều các thuốc gây nghiện, thuốc mê.
- Tâm thần bất ổn hoặc kích động: nguyên nhân thường do đau, thiếu oxy...
- Run: gặp đôi khi giống động kinh cơn lớn, hạ thân nhiệt, phản ứng truyền máu và co cứng cơ được quan sát thấy, nhưng đôi khi nguyên nhân không rõ ràng.
- Phản ứng với thuốc: gặp cả phản ứng toàn thân và phản ứng tại chỗ. Các phản ứng tại chỗ thường do tiêm thuốc vào tĩnh mạch nhỏ và cần xử trí nhẹ nhàng. Các phản ứng toàn thân thường do dùng kháng sinh, thuốc gây nghiện hoặc do truyền máu. Đôi khi phải dùng các biện pháp hồi sức toàn diện.
- Rối loạn thân nhiệt: Gặp cả hạ thân nhiệt và tăng thân nhiệt. Hạ thân nhiệt <34,5°C gặp nhiều hơn trong trường hợp ruột bị phôi lâu, truyền máu nhiều hoặc bí đái. Tăng thân nhiệt >39°C gặp sau nhiễm trùng và phản ứng truyền máu.
- Co giật: Gặp trong động kinh không ổn định, chứng co giật, hạ Natri máu do pha loãng và tai biến tiêm thuốc tê vào mạch trong gây tê.
- Ngứa: Ghi nhận do dùng thuốc gây nghiện trong gây tê.

V. ĐỐI VỚI BỆNH NHÂN THỞ MÁY:

- Các bệnh nhân chấn thương sọ não nặng, nhiễm trùng nặng, có bệnh lý hô hấp hoặc rối loạn chuyển hóa... Cần được thông khí hỗ trợ trong giai đoạn hậu phẫu, nên sử dụng thuốc an thần như Midazolam và giảm đau bằng Morphin, Paracetamol.
- Nếu bệnh nhân chống máy, tùy theo mức độ có thể sử dụng thuốc mê: Thiopental, Propofol, Etomidate... và thuốc dẫn cơ: Suxamethonium, Atracurium, Rocuronium, Vecuronium, Pipecurium...

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHÙ PHỔI CẤP DO TIM**I/ KHÁI NIỆM:**

Phù phổi cấp (OAP) do tim xảy ra khi áp lực mao mạch phổi vượt quá áp lực duy trì dịch trong không mạch máu. Sự tích tụ dịch trong mô kẽ phổi, gây ra dịch “ngập lụt” phế nang và rối loạn trao đổi khí. Nguyên nhân làm tăng áp lực phổi gồm: Suy tim trái (T) do mọi nguyên nhân. Hoặc tắc nghẽn dòng qua van 2 lá: hẹp van 2 lá, myxome nhĩ (T). Hoặc bệnh lý tắc nghẽn tĩnh mạch phổi.

II/ CHẨN ĐOÁN:

1- Triệu chứng lâm sàng: Diễn tiến nhanh: Khó thở, kích động, vật vã. Giảm tưới máu ngoại biên, sung huyết phổi, co kéo cơ hô hấp phụ, có ran kiểu rít, ho hoặc phổi tràn nhiều bọt hồng.

2- X Quang: Bóng tim to, tăng đậm độ mô kẽ và rốn phổi, đường kerley B và tràn dịch màng phổi. Hình ảnh X Quang bất thường có thể xuất hiện sau khi triệu chứng diễn tiến nhiều giờ và biến mất khi lâm sàng cải thiện.

III/ ĐIỀU TRỊ:

1- Điều trị nâng đỡ ban đầu: Cung cấp oxy sao cho $PaO_2 > 60\text{mmHg}$. Thông khí cơ học nếu tăng thán hoặc oxy máu không đủ bằng biện pháp khác. Đặt bệnh nhân ở tư thế ngồi. Bệnh nhân nghỉ hoàn toàn tại giường, giảm đau, giảm kích động.

2- Điều trị bằng thuốc:

- Morphine sulfat: Giảm kích động + dẫn tĩnh mạch phổi và hệ thống liên 2- 5 mg TM. Có thể lập lại mỗi 10- 25 phút cho đến khi hiệu quả.
- Furosemide: Liều 20 – 80 mg TM, có thể tăng đến 200 mg nếu có đáp ứng.
- Nitroglycerine: Dẫn tĩnh mạch. Liều khởi đầu 10mcg/ phút, tăng dần mỗi 10 – 20 mcg/ phút mỗi 3 – 5 phút, liều tối đa 200-400mcg/ phút tùy theo mục đích điều trị.
- Thuốc inotrope: Dopamine và thuốc ức chế phosphodiesterase (Amridone). Dùng khi OAP có tụt HA hoặc choáng.
- Dẫn mạch làm giảm đổ đầy thất và gián tiếp tăng cung lượng tim. Kết hợp với furosemide nhằm tăng lợi niệu Na^+ và tăng lợi tiểu.

3- Thăm phân máu cấp cứu hoặc siêu lọc: hiệu quả, đặc biệt trên bệnh nhân suy thận hoặc kháng lợi tiểu.

4- Điều trị yếu tố thúc đẩy: Tăng HA nặng, nhồi máu cơ tim, thiếu máu cơ tim cục bộ.

CHOÁNG NHIỄM TRÙNG**I. CÁC ĐẠI CƯƠNG:****1. Hội chứng đáp ứng viêm hệ thống:**

Khi bệnh nhân có ít nhất hai trong bốn tiêu chuẩn sau:

- Sốt (nhiệt độ $\geq 38^{\circ}\text{C}$) hoặc hạ thân nhiệt (nhiệt độ $< 36^{\circ}\text{C}$)
- Thở nhanh (> 20 lần/phút) hoặc $\text{PaCO}_2 < 32$ mmHg, hoặc cần phải thở máy.
- Nhịp tim nhanh (> 90 lần/phút)
- Bạch cầu $> 12.000/\mu\text{L}$, hoặc có $> 10\%$ bạch cầu non.

Hội chứng đáp ứng viêm hệ thống có thể do các bệnh lý nhiễm trùng hoặc không do nhiễm trùng.

2. Nhiễm trùng huyết:

Có hội chứng đáp ứng viêm hệ thống và có nhiễm trùng (cấy máu hoặc nhuộm gram, cấy đàm, cấy nước tiểu hoặc dịch vô khuẩn của cơ thể dương tính với vi sinh gây bệnh, hoặc ổ nhiễm khuẩn thấy được như thủng ruột quan sát được trong quá trình phẫu thuật ổ bụng, vết thương có mủ thoát ra...).

3. Choáng nhiễm trùng:

Nhiễm trùng huyết có tụt huyết áp (huyết áp tâm thu < 90 mmHg, hoặc giảm 40 mmHg so với huyết áp bình thường trước đó, huyết áp động mạch trung bình < 70 mmHg) ít nhất 1 giờ dù đã bù đủ dịch. Hoặc cần thuốc vận mạch để duy trì huyết áp tâm thu ≥ 90 mmHg, hoặc huyết áp động mạch trung bình ≥ 70 mmHg.

II. CHẨN ĐOÁN:**1. Bệnh sử và khám lâm sàng:** để xác định

- Ổ nhiễm trùng.
- Tác nhân gây bệnh: đường vào hoặc ổ nhiễm gợi ý tác nhân gây bệnh.

2. Cận lâm sàng:

- Cấy máu.
- Cấy dịch.
- Chẩn đoán hình ảnh.
- Các dấu hiệu sinh học đánh giá nhiễm trùng : CRP, PCT

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

- Choáng giảm thể tích, choáng tim, choáng do thuyên tắc, choáng phản vệ dựa vào bệnh sử, thăm khám lâm sàng.

IV. ĐIỀU TRỊ:**1. Hồi sức ban đầu :** Bắt đầu hồi sức khi có tụt huyết áp hoặc lactate/máu > 4 mmol/L

Mục tiêu trong 6 giờ đầu:

- CVP 8-12 mmHg (12-15 mmHg khi có thở máy hoặc có sức giảm sức đàn của tâm thất).
- Huyết áp động mạch trung bình ≥ 65 mmHg.
- Nước tiểu $\geq 0,5$ ml/kg/giờ.

Bù dịch: truyền nhanh 1000 ml dịch tinh thể (NaCl 0,9 % hoặc lactate Ringer) hoặc 300-500 ml dịch keo trong 30 phút. Đánh giá lại CVP, tình trạng tưới máu và huyết áp sau hồi sức bù dịch ban đầu. Sau khi đạt mục tiêu CVP, bù dịch tùy theo dịch mất.

Vận mạch và intrope:

- Vận mạch: sử dụng khi đã bù đủ dịch mà chưa đạt mục tiêu huyết áp hoặc trong thời gian bù dịch mà tụt huyết áp nặng đe dọa tính mạng.
- Norepinephrine là thuốc vận mạch được chọn lựa đầu tiên để nâng huyết áp. Liều 0,01 - 3µg/kg/phút. Các nghiên cứu lâm sàng cho thấy tỉ lệ loạn nhịp tim xảy ra nhiều hơn ở bệnh nhân choáng nhiễm trùng được sử dụng Dopamine để nâng huyết áp.
- Dopamine có thể dùng thay cho norepinephrine ở những bệnh nhân được chọn lựa kỹ, có nguy cơ loạn nhịp rất thấp và có cung lượng tim thấp và/hoặc nhịp tim không nhanh. Liều 2-20 µg/kg/phút tối đa 50µg/kg/phút.
- Epinephrine thêm vào hoặc thay thế khi chưa đạt mục tiêu huyết áp với Noradrenaline hoặc Dopamine. Liều 0,01 – 0,1µg/kg/phút.
- Dobutamine được sử dụng:
 - □ Ở bệnh nhân có rối loạn chức năng cơ tim biểu hiện bằng tăng áp lực đổ đầy thất và giảm cung lượng tim.
 - □ Liều 2-20 µg/kg/phút.

2. Kháng sinh: một số nguyên tắc chung

- Dùng kháng sinh càng sớm càng tốt, ngay sau khi cấy bệnh phẩm.
- Dùng kháng sinh phổ rộng bao phủ được các vi trùng gram (-) và gram (+), dùng đường tĩnh mạch, liều cao.
- Chọn lựa kháng sinh dựa vào bệnh sử và lâm sàng gợi ý ổ nhiễm hoặc đường vào, bệnh nền và tình trạng miễn dịch bệnh nhân, việc sử dụng kháng sinh gần đây cũng như khả năng dung nạp thuốc của bệnh nhân và tình trạng kháng thuốc của vi trùng tại bệnh viện và địa phương.
- Thời gian điều trị trung bình khoảng 7-10 ngày, tuy nhiên có thể thay đổi tùy theo: vị trí nhiễm trùng, có dẫn lưu được ổ nhiễm trùng không, sự nhạy cảm của kháng sinh và bệnh nền của bệnh nhân.
- Chọn lựa kháng sinh cụ thể tùy theo ổ nhiễm và đường vào.

3. Giải quyết ổ nhiễm: can thiệp ngoại khoa giải quyết các ổ nhiễm có thể xử trí ngoại khoa.

4. Steroid: Hydrocortisone đường tĩnh mạch được sử dụng ở những bệnh nhân có nguy cơ suy thượng thận cấp và ở những bệnh nhân tụt huyết áp đáp ứng kém với bù đủ dịch và vận mạch. Liều Hydrocortisone 200- 300mg/ngày, ngưng khi không cần sử dụng vận mạch.

5. Kiểm soát đường huyết: sử dụng insulin truyền tĩnh mạch để kiểm soát đường huyết khi đường huyết > 180 mg/dL.

6. Phòng ngừa huyết khối tĩnh mạch sâu bằng heparin tiêm dưới da.

7. Phòng ngừa xuất huyết tiêu hóa do stress bằng thuốc ức chế thụ thể H2 hoặc thuốc ức chế bơm proton.

BÙ DỊCH VÀ TRUYỀN MÁU TRONG LÚC GÂY Mê**I. Mở đầu**

Bù dịch và truyền máu trong lúc gây mê là cung cấp một lượng dịch và máu cho bệnh nhi nhằm bảo đảm:

Nhu cầu căn bản.

Lượng dịch thiếu hụt.

Lượng dịch mất không tính được.

Lượng máu mất.

II. Nhu cầu căn bản

Lượng dịch truyền cho nhu cầu căn bản mỗi giờ được tính theo công thức của Holliday và Segar và được bù bằng dung dịch Dextrose 5%/Lactate Ringer.

Trọng lượng cơ thể (kg)	Lượng dịch bù mỗi giờ (ml)	Lượng dịch bù 24 giờ (ml)
< 10	4 ml/kg	100 ml/kg
11 – 20	40 ml + 2 ml/kg	1.000 ml + 50 ml/kg
> 20	60 ml + 1 ml/kg	1.500 ml + 20 ml/kg

III. Lượng dịch thiếu hụt

Là tích số lượng dịch của nhu cầu căn bản và số giờ bệnh nhi nhịn trước lúc phẫu thuật và được bù bằng Dextrose 5%/Lactate Ringer như sau:

V tổng số lượng dịch được truyền trong giờ thứ nhất.

% tổng số lượng dịch được truyền trong giờ thứ hai.

% tổng số lượng dịch được truyền trong giờ thứ ba.

IV. Lượng dịch mất không tính được

Được bù bằng dung dịch Lactate Ringer.

1 ml/kg/giờ cho mỗi độ thân nhiệt trên 38°C.

4 - 6 ml/kg/giờ cho phẫu thuật vùng bụng, ngực.

10 ml/kg/giờ cho phẫu thuật viêm phúc mạc toàn bộ.

15 ml/kg/giờ cho phẫu thuật bụng quan trọng, kéo dài (Omphalocele).

V. Lượng máu mất:

Thể tích máu mất ước lượng: EBV (Estimated Blood Volume)

- Sơ sinh thiếu tháng 100 ml/kg
- Sơ sinh đủ tháng 90 ml/kg
- 3 đến 12 tháng 80 ml/kg
- > 1 tuổi 70 ml/kg

Lượng máu mất tối đa cho phép: MABL (Maximum Allowable Blood Lost)

EBV (Hct ban đầu - Hct chấp nhận được)

MABL = -----

Hct ban đầu

- Khi lượng máu mất nhỏ hơn MABL thì bù dịch như sau: bù 1 ml máu mất bằng 3 ml dung dịch Lactate Ringer, 1 ml Gelatin hay Albumin 5% hay cao phân tử.
- Khi lượng máu mất lớn hơn MABL thì bù bằng thể tích máu mất với máu tươi hay hồng cầu lắng hay Gelatin hay cao phân tử.

Chú ý:

- Việc bù máu còn phải dựa vào các biểu hiện lâm sàng (mạch, huyết áp, thời gian hồi mạch, niêm mạc mắt, nước tiểu,...) và cận lâm sàng (SaO₂,

ETcO₂ .)

- Hct chấp nhận được tùy theo lứa tuổi bệnh nhi, tùy theo từng bệnh lý, và tính chất phẫu thuật. Ở trẻ bình thường Hct thấp nhất chấp nhận được là 20% và ở sơ sinh là 30%.

CÁC THUỐC DỪNG TRƯỚC PHẪU THUẬT

1. NHỮNG THUỐC PHẢI NGỪNG:

- Anti-vitamine K: tùy thời gian bán hủy của thuốc, duy trì IRN: 1,5.
- Thuốc chống trầm cảm nhóm ức chế monoamine oxydase (IMAO):
 - + IMAO tác dụng không chọn lọc: ngừng trước phẫu thuật 3 tuần.
 - + IMAO tác dụng chọn lọc: ngừng trước 24 g.
- Isoniazide (Rimifon): ngừng trước phẫu thuật 8 ngày, dùng lại 15 - 20 ngày sau gây mê.
- Lợi tiểu: chú ý rối loạn điện giải đồ.
- Ức chế men chuyển (ngừng trước mổ tùy theo thời gian bán hủy của thuốc).
- Thuốc hạ đường huyết Biguanides, Sulfamides tác dụng kéo dài.

2. NHỮNG THUỐC CẦN TIẾP TỤC VÀ ĐIỀU CHỈNH:

- Các thuốc điều trị cơn đau thắt ngực, cao huyết áp (ức chế beta, nitrat, ức chế calci, dẫn mạch, chống loạn nhịp).
- Thuốc chống trầm cảm, liệt thần kinh, chống động kinh.
- Hormone thay thế.
- Phòng ngừa suy tuyến thượng thận cấp bằng điều chỉnh Corticoide.
- Insuline ở BN tiểu đường.
- Thuốc Coumadin.
- Thuốc dẫn phế quản.

3. NHỮNG ĐIỀU CẦN CHÚ Ý TRONG TIỀN MÊ:

- Thuốc tiền mê không cần thiết nếu BN không lo lắng.
- Tiền mê cổ điển: 6 giờ 30 - 7 giờ sáng, đường uống, với 1/4 ly nước.
- Tiền mê vào đêm trước phẫu thuật chương trình và tại bàn mổ với Midazolam (Hypnovel) 0,5 - 2 mg tốt hơn là cho thuốc tiền mê theo cách cổ điển.
- Benzodiazepines bằng đường uống khó đánh giá chính xác vì ngưỡng tác dụng thay đổi tùy theo mỗi BN.
- Hydroxyzine (Atarax) không chỉ có tác dụng an thần mà còn chống nôn ói và kháng H1.
- Atropine TM: phòng ngừa rối loạn phó giao cảm khi gây tê vùng ở tư thế ngồi.

- Anti-H₂ dùng trong trường hợp dạ dày đầy.
- Tâm lý liệu pháp là rất quan trọng.

4. MỘT SỐ CÁCH TIỀN Mê:

Trường hợp	Đêm trước mổ	Sáng ngày mổ	Tại phòng mổ
Lo lắng ít			± Hypnovel
Lo lắng vừa	Atarax	Atarax	± Hypnovel
Lo lắng nhiều	Rohypnol	Atarax	± Hypnovel
Đị ứng	Atarax	Atarax	
Dạ dày đầy, thoát vị, tiểu đường	± Anti-H ₂	± Anti-H ₂	
Gây tê vùng		Atarax	± Hypnovel ± Atropin ± Morphin

Tài liệu tham khảo:

1. Phác đồ Bệnh viện Nhân Dân 115, 2008. Trang 113-114.
2. Ben-Ari Fried, Anesthesia and perioperative Medicine, pp.A4.

HƯỚNG DẪN NHỊN ĂN UỐNG TRƯỚC GÂY Mê VÀ KỸ THUẬT ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN NHANH

1. Khuyến cáo nhịn ăn uống trước gây mê

Độ tuổi	Nước trắng (giờ)	Sữa mẹ (giờ)	Sữa tươi, bữa ăn nhẹ (giờ)	Thức ăn dầu mỡ, bữa ăn chính (giờ)
Nhũ nhi	2	4	6	8
Trẻ em	2	4	6	8
Người lớn	2		6	8

2. Kỹ thuật đặt nội khí quản nhanh:

a) Chỉ định

Bệnh nhân có nguy cơ hít sặc bao gồm những người đã ăn no trước gây mê, phụ nữ mang thai, và ở những bệnh nhân tắc ruột, béo phì, hoặc bệnh lý trào ngược.

b) Kỹ thuật:

Chuẩn bị dụng cụ cần thiết bao gồm: máy hút; các lưỡi đèn soi thanh quản khác nhau (Macintosh và Miller); ống NKQ nhiều cỡ, trong đó có một ống kích thước nhỏ hơn so với bình thường. Một người phụ giúp có thể ép sụn nhĩ hiệu quả.

Bệnh nhân được cho thở oxy 100% lưu lượng cao trong 3 đến 5 phút (denitrogenation). Hoặc 4 nhịp thở gắng sức với oxy 100% cũng đạt được kết quả gần như tương tự nếu thời gian không cho phép. bệnh nhân ngửa cổ ở tư thế đặt NKQ. Sau khi tiêm tĩnh mạch thuốc khởi mê (ví dụ, thiopental, propofol, hoặc ketamine), lập tức tiêm ngay succinylcholine (1-1,5 mg/kg) hoặc rocuronium (1,2 mg/kg), người phụ giúp sẽ đè ép sụn nhĩ, tạo ra hiệu quả nén và làm tắc thực quản (thủ thuật Sellick). Động tác này làm giảm nguy cơ trào ngược thụ động của dịch dạ dày vào hầu họng và có thể giúp nhìn rõ dây thanh âm hơn. Tuy nhiên, khi xảy ra hiện tượng nôn, không nên sử dụng thủ thuật này, bởi vì áp lực cao có thể làm tổn thương thực quản.

Không nên nỗ lực thông khí cho bệnh nhân bằng mặt nạ. Đặt nội khí quản thường có thể được thực hiện trong vòng 30 đến 60 giây. Ép sụn nhĩ được duy trì cho đến khi đặt nội khí quản được xác định thành công.

Nếu cố gắng đặt nội khí quản không thành công, ép sụn nhĩ nên được duy trì liên tục trong suốt các lần đặt đặt nội khí quản tiếp theo và bệnh nhân sẽ được thông khí qua mặt nạ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Cosmin Gauran, Peter F. Dunn (2010). Airway Evaluation and Management. In: Clinical Anesthesia Procedures of the Massachusetts General Hospital, 8th edition, pp 196. Lippincott Williams & Wilkins.
2. Michael A. Frolich (2013). Obstetric Anesthesia. In: Morgan & Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th edition, pp 857-858. McGraw-HillEducation, LLC.

ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN VỚI ỐNG SOI MỀM**1. ĐẠI CƯƠNG:**

Đặt nội khí quản (NKQ) với ống soi mềm khí phế quản (fibroscopie) là "tiêu chuẩn vàng" trong trường hợp đặt NKQ khó. Tuy nhiên người thực hiện phải có thao tác thuần thục tránh làm tổn thương bệnh nhân (BN). Thường đặt NKQ với ống soi mềm qua đường mũi.

2. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ:

- + Ống soi mềm Olympus LF 2 có đường kính ngoài 3,8 mm + nguồn sáng.
- + Ống NKQ mềm, kích thước tùy BN.
- + Mechès mũi.
- + Lidocaine 5% + Naphazoline nhỏ mũi.
- + Lidocaine 1% 10 ml + Lidocaine 2% 5ml.
- + Sonde hút vừa với ống soi mềm.
- + Gel bôi trơn KY.
- + Silicone xịt.
- + Bơm tiêm 10 ml : 01 cái.
- + Các phương tiện và thuốc gây mê thông thường.

3. CHỈ ĐỊNH:

Trong trường hợp đặt NKQ khó thấy trước:

- + Mở miệng giới hạn vì bất kỳ nguyên nhân gì.
- + Chấn thương mặt hay cột sống cổ có hay không đeo nẹp cổ.
- + U thanh quản.

4. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN:**4.1. Giai đoạn trước mổ:**

- + Khi khám tiền mê, xác định thêm chẩn đoán đặt NKQ khó với X-quang thanh quản thẳng + nghiêng, giải thích kỹ thuật cho BN.
- + Lý liệu pháp hô hấp trước mổ.
- + Nhịn đói và tiền mê với Hydroxyzine (Atarax).

4.2. Khi tới phòng mổ:

- + Theo dõi mạch, huyết áp, SaO₂, ECG.

+ Dùng Atropine, liều 0,5 - 1 mg.

5. KỸ THUẬT:

5.1. Gây tê vùng:

+ BN nằm ngửa: nhét mechès tẩm Lidocaine + Naphazoline vào 2 lỗ mũi. Chờ 5 phút, rút mechès và từ từ tiêm 10 ml Lidocaine 1% vào lỗ mũi sẽ đặt NKQ, đề nghị BN chỉ ngậm, không nuốt thuốc tê, sau đó nhổ đi.

+ Atropine nếu cần thiết để tránh tăng tiết và tạo vùng soi khô.

+ Tiếp tục chờ 5'.

+ Gắn ống hút vào ống soi mềm.

+ Bảo vệ cực dưới bằng cách lau với gạc tẩm Mercryl.

+ Xác định lại hướng xoay của cực dưới ống soi mềm.

+ Kiểm tra chức năng hút cũng như nguồn sáng.

+ Làm trơn ống NKQ: bên trong với dung dịch silicone, bên ngoài với gel bôi trơn KY.

1.1. Đặt ống NKQ:

+ BN trong tư thế ngồi thích hợp hơn.

+ Đưa ống NKQ (đã tháo rời raccord) vào 1 lỗ mũi thích hợp nhất, qua ống NKQ đưa ống soi mềm hướng về phía tiểu thiệt. Nếu BN ho khi ống đi qua 2 dây thanh âm, kéo ra vài mm và tiêm 2 ml Lidocaine 2% vào qua ống soi mềm.

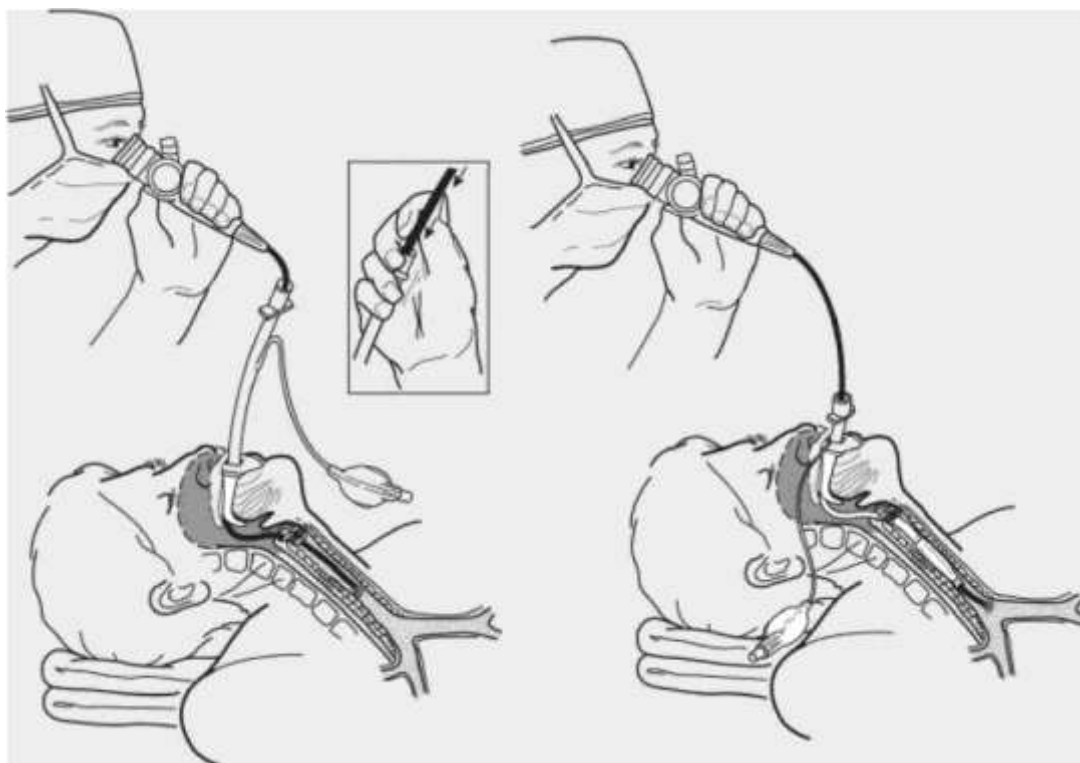
+ Đẩy ống soi mềm từ từ cho đến carena, luồn ống NKQ vào qua ống nội soi. Sau khi ống NKQ đã vào đúng vị trí, rút ống soi mềm ra. + Trong trường hợp khó đưa ống NKQ vào mũi, luồn ống (tháo raccord) vào trong ống soi mềm. Đưa cực dưới ống soi mềm vào mũi thích hợp, tiến từ từ cho đến carena. Luồn ống NKQ qua ống soi mềm.

1.2. Sau khi đặt NKQ:

+ Bơm cuff NKQ, kiểm tra thông khí đều 2 phổi, cố định.

+ Hút sạch chất tiết.

+ Gây mê thông thường.



1. CÁC TAI BIẾN:

- Tổn thương dây thần kinh thanh quản ngược gây khàn giọng.
- Liệt dây thanh âm.
- Tổn thương vùng hầu.
- Chảy máu. Đặt NKQ bằng ống soi mê
- Hội chứng Hurler's: phù phổi sau tắc nghẽn.

2. MỘT SỐ CHÚ Ý:

- + BN luôn thức, do đó người đặt có thời gian.
- + Naphazoline co mạch mũi quan trọng làm giảm chảy máu khi soi và giảm hấp thu Lidocaine vào máu.
- + Sau mổ nên chờ hết tác dụng gây tê vùng trước khi rút NKQ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Carin A.Hagberg: Benumofs Airway Management, 2nd ed, 2008. Section IV: The airway techniques.
2. Phác đồ ngoại khoa BVND 115. Trang 127-128.

GÂY Mê BỆNH NHÂN CAO HUYẾT ÁP**1. ĐẠI CƯƠNG:**

Bệnh lý cao huyết áp rất hay gặp trên các BN phẫu thuật và hầu hết đều đã được điều trị các thuốc hạ huyết áp trước đó. Tiếp tục sử dụng, ngừng thuốc hay điều chỉnh liều thích hợp cũng như các vấn đề ảnh hưởng đến quá trình gây mê cần phải được cân nhắc tùy theo mỗi loại thuốc khác nhau.

2. ĐỊNH NGHĨA VÀ PHÂN LOẠI CAO HUYẾT ÁP:

Phân loại	HATThu		HATTrương
Tối ưu	<120	và	<80
Bình thường	<130	và	<85
BT cao	130-139	hay	85-89
CHA			
Nhẹ	140-159	hay	90-99
Trung bình	160-179	hay	100-109
Nặng	180-209	hay	110-119
Rất nặng	>210	hay	>120

2.1. NHÓM THUỐC DẪN MẠCH TRỰC TIẾP

- Các thuốc tiếp tục dùng trước phẫu thuật:
 - Dihydralazine (Nepressol, Trasipressor).
 - Diazocide (Hyperstat), Minodixil (Lonoten)
- Thuốc phải ngừng: Adelphan-Esidrex (có chứa Reserpine): ngừng 8 ngày trước mổ.

2.2. NHÓM THUỐC TÁC DỤNG LÊN HỆ THẦN KINH:

- Reserpine: ngừng 8 ngày.
- Clonidin (Catapressan): Tiếp tục dùng để tránh tăng HA dội ngược trong mổ. Không dùng kết hợp Droperidol trong gây mê do nguy cơ tụt HA Methyl-Dopa (Aldomet): Có tác dụng giảm trương lực giao cảm và giảm 40% MAC của Halogenés.
- Alpha-bloquant: Prazocine (Minipress), Urapidil (Eupressyl, Mediatensyl): Dùng tiếp tục, chú ý bù dịch thích hợp trong mổ.
- Beta-bloquant: Dùng đến ngày phẫu thuật, nếu ngừng đột ngột có thể gây tăng HA trong mổ.

2.3. ỨNG CHẾ CALCI:

- Nhóm Dihydropyridine, Diltiazem, Amlodipine: tiếp tục sử dụng.
- Verapamil: cân nhắc, chú ý nguy cơ mạch chậm khi kết hợp nhóm Halogénés.
- Bepridil (Cordium): ngừng 10 - 15 ngày trước mổ, có thể thay bằng Tildiem 3 ngày vì nguy cơ xoắn đỉnh hay Block AV.

2.4. ỨC CHẾ MEN CHUYỂN:

- Captopril: Không dùng sáng ngày phẫu thuật.
- Enalapril(Renitec) và các thuốc ức chế men chuyển khác: Ngừng điều trị đêm trước phẫu thuật. Nếu có tăng HA khi dẫn mê: dùng Loxen TM. Trong mổ, nếu có tụt HA kết hợp mạch chậm: bù dịch và dùng Ephedrine; nếu tụt HA kết hợp mạch nhanh: Neosynephrine.

2.5. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP TRONG MỔ:

- Điều trị cơn tăng huyết áp trong mổ cần sử dụng những thuốc hạ HA đường TM có thời gian tiềm phục và thời gian tác dụng ngắn.
- Sau khi gây mê BN đủ độ sâu và giảm đau cần thiết mà vẫn xuất hiện cơn cao HA động mạch, việc điều trị là cần thiết.
- Có thể dùng nicardipine hay nitroprussiat.

2.5.1. Phác đồ sử dụng nicardipine (Loxen®):

2.5.1.1, Chống chỉ định: Phụ nữ có thai.

2.5.1.2, Chú ý khi dùng: Bệnh nhân có bệnh mạch vành

2.5.1.3. Tác động qua lại giữa các thuốc:

- Những thuốc chống CHA khác.
- Dẫn chất nitrat tác dụng làm mạnh thêm.
- Beta-bloquants nguy cơ làm suy tim, nếu BN có suy tim không kiểm soát được.
- Anti-H2 tác dụng làm mạnh thêm.
- Phenitoine: làm mạnh thêm tác dụng của Phenitoine (dấu hiệu về thần kinh).
- Dantrolène: gây rung thất.

2.5.1.4. Tác dụng bất lợi:

- Nhức đầu.
- Nhịp tim nhanh.
- Đa niệu.
- Ngừng tim (hiếm).

2.5.1.5. Tác dụng tương kỵ:

Bị kết tủa với các sản phẩm có dung dịch pH > 6 như:

- Bicarbonate.
- Ringer Lactate.
- Diazepam.
- Furazémide.
- Barbiturates.

Nguy cơ hấp thụ Nicardipine trên những dụng cụ plastiques khi có mặt dung dịch muối (9%).

2.5.1.6. Trình bày: Ống 10mg/ 10ml.

Cách dùng: Pha 30mg/ 30ml (3 ống loại 10mg).

- Theo dõi sát huyết áp trên monitor.
- Tiêm TM 1 mg nicardipine mỗi 5 phút.
- Theo dõi HA mỗi 2,5 phút giữa các lần tiêm và ngay trước khi tiêm.
- Lặp lại liều thuốc cần thiết để đạt được mức HA mong muốn.
- Có thể truyền liên tục với liều bằng ^ liều bolus đạt hiệu quả (tính

bằng mg/ giờ). Ví dụ: bolus 1 mg x 4 lần để đạt được mức HA mong muốn, liều duy trì liên tục là 2 mg/ giờ.

- Ở người lớn tuổi hoặc có bệnh lý tim mạch, liều bolus là 0,5 mg/lần.

2.5.2. Phác đồ sử dụng sodium nitroprusside (Nipride®):

Là một thuốc dẫn mạch trực tiếp, nó tác dụng trên cơ trơn động mạch và tĩnh mạch.

2.5.2.1. Chống chỉ định :

- Suy gan, suy thận nặng.

- Tăng huyết áp còn bù.
- Nhược giáp chưa được điều trị ổn định (vì chất chuyển hóa thiocyanat ức chế sự hấp thu và giải iod).
- Người bị bệnh teo dây thị Leber thiếu thiosulfat sulfuryltransferase (rhodanase).
- Người bệnh suy tuần hoàn não không có chỉ định phẫu thuật cấp cứu và quá nặng.

2.5.2.2. Tương tác thuốc :

- Dùng đồng thời natri nitroprusiat có thể làm giảm nồng độ digoxin.
- Tác dụng hạ huyết áp của captopril với minoxidil hoặc natri nitroprusiat hiệp đồng với nhau; nên giảm liều các thuốc này nếu dùng đồng thời để tránh huyết áp bị giảm quá mức.
- Các thuốc liệt hạch làm tăng tác dụng hạ huyết áp của nitroprusiat.
- Các thuốc gây mê toàn thân có thể làm cho huyết áp không ổn định.

2.5.2.4. Thận trọng:

- Thuốc chỉ được dùng khi được theo dõi sát, có phương tiện sẵn sàng để theo dõi sát huyết áp, hạ huyết áp có thể xảy ra nhanh và cho hậu quả nghiêm trọng.
- Người bệnh bị suy giảm chức năng gan, thận: Nồng độ thiocyanat trong huyết tương phải được theo dõi và không được cao quá 5 mg/100 ml.
- Người bệnh cao tuổi thường nhạy cảm với thuốc hơn.
- Người bệnh có nồng độ cobalamin trong huyết tương thấp.
- Người bệnh suy hô hấp.
- Người bệnh suy giảm tuần hoàn não hay suy mạch vành. Bệnh não hoặc bệnh khác có tăng áp lực nội sọ. Những người bệnh này đặc biệt nhạy cảm với tác dụng hạ huyết áp của nitroprusiat nên phải truyền với tốc độ chậm và theo dõi sát để tránh giảm tưới máu cho mạch vành và não.

2.5.2.3. Liều lượng và cách dùng:

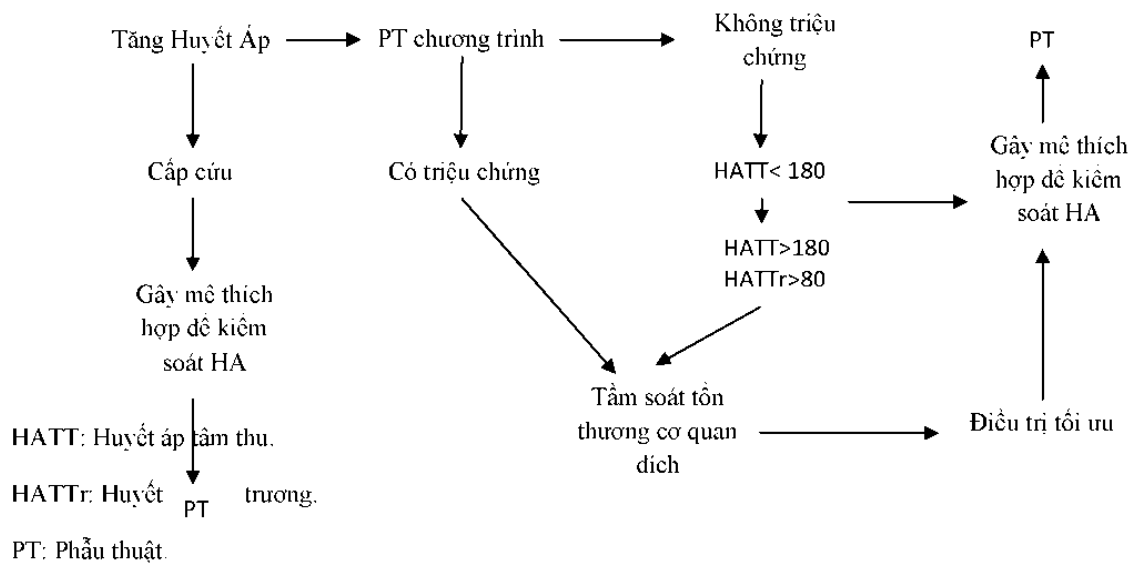
- Liều: Tùy theo từng trường hợp. Liều khuyến dùng:
- Người bệnh không dùng thuốc hạ huyết áp nào khác: Liều khởi đầu là

0,5 microgam/kg/phút (ví dụ, với người lớn nặng 70 kg: 0,3 ml/phút hay 6 giọt/phút dung dịch 50 mg pha trong 500 ml dung dịch truyền). Tốc độ truyền tăng dần và thường xuyên được điều chỉnh cho đến khi đạt kết quả mong muốn lên huyết động. Tốc độ tối đa

khuyến dùng khoảng 8 microgam/kg/phút và sau 10 phút nếu không có đáp ứng phải ngừng tiêm truyền.

- Chuyển ngay sang dùng thuốc hạ huyết áp theo đường uống khi có thể được, nhằm giảm thời gian phải truyền natri nitroprusiat.
- Để gây hạ huyết áp khi gây mê: Tổng liều tối đa là 1,5 microgam/kg/1'. Chú ý là các thuốc liệt hạch có thể làm tăng tác dụng hạ huyết áp của natri nitroprusiat.

Sơ đồ xử lý bệnh nhân tăng huyết áp cần phẫu thuật



TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Phác đồ điều trị Bệnh viện Nhân Dân 115, 2008.
2. Miller's Anesthesia, 7th Edition. Chapter IV- Preoperative Evaluation, section 34.
3. Dược Thư Quốc Gia Việt Nam.
4. "2009 ACCF/AHA Focused Update on Perioperative Beta Blockade incorporated into ACC/AHA 2007 Guideline on Perioperation cardiovascular evaluation and care for Noncardiac surgery".

PHÁC ĐỒ GÂY Mê DẠ DÀY ĐẦY**1/Tổng quan:**

Nguy cơ hít phải chất nôn từ dạ dày tăng từ 1/3.900 lên 1/9.000 trong phẫu thuật cấp cứu. Tỷ lệ tử vong sau hít sặc là 3-5%.

2/ Các giai đoạn có nguy cơ hít sặc:

- Dẫn mê: thời gian sau khi bệnh nhân mất ý thức đến trước khi bệnh nhân được bơm bóng trên ống nội khí quản.
- Trong lúc mê: do trào ngược thụ động, thường ở bệnh nhân lớn tuổi hay trẻ nhỏ.
- Sau mê: do bất thường của hầu và thanh quản nếu rút ống quá sớm.

3/ Yếu tố nguy cơ:

- Bình thường : dạ dày trống sau 2 giờ khi uống nước trong và 6 giờ sau khi ăn. Trẻ nhũ nhi 4 giờ sau khi bú sữa mẹ.
- Sự làm trống dạ dày chậm hơn ở:
 - Bệnh nhân chấn thương.
 - Tiểu đường, béo phì.
 - Dùng thuốc Morphin tổng hợp.
 - Viêm phúc mạc do các nguyên nhân.
 - Liệt ruột (sau mổ. Do các rối loạn chuyển hóa : tăng kali, tăng ure máu, toan chuyển hóa do tăng ceton máu trên bệnh nhân đái tháo đường . Do các thuốc kháng choline).
 - Tắc ruột.
 - K dạ dày gây hẹp môn vị.
 - Sốc do các nguyên nhân.
 - Lo lắng.
 - Phụ nữ có thai 3 tháng cuối.
 - Đau chuyển dạ.
 - Thoát vị cơ hoành .
 - Mới ăn, uống.

❖ Thủ thuật Sellick: Dùng ngón cái và ngón giữa giữ sụn nhẫn, ngón trỏ đè lên sụn nhẫn với một lực khoảng 30N, ngay khi bệnh nhân mất tri giác và liên tục đến khi bơm

cuff, đặc biệt trong thời gian này không được bóp bóng giúp thở. Nếu bệnh nhân nôn thì ngưng thủ thuật Sellick. Chống chỉ định: Bệnh nhân chấn thương cột sống cổ.

5/ Các thuốc ngừa hít sặc:

❖ Antacid.

❖ Thuốc đối kháng các thụ cảm thể H₂:

+ Cimetidine 200 mg hay ranitidine 300 mg uống với 30 ml nước, uống vào đêm trước mổ và sáng ngày mổ; thời gian bắt đầu tác dụng 45-60 phút; kéo dài 10 giờ.

+ Có thể kết hợp cimetidine 400 mg và thuốc kháng acide; thời gian bắt đầu tác dụng nhanh hơn.

❖ Thuốc làm trống dạ dày:

+ Erythromycin 100 mg, thời gian bắt đầu hoạt động khoảng 30 phút, có thể gây đau bụng và nôn mửa, mất ý thức hoặc ức chế hô hấp sau mổ (nếu kết hợp với midazolam và Alfentanil).

6/ Phác đồ gây mê dạ dày đầy: Gồm 4 bước

Chuẩn bị, Khởi mê, Duy trì mê và Hồi tỉnh.

• 6.1. Bước 1: Chuẩn bị

- Nhận định bệnh nhân có nguy cơ trào ngược dịch vị và tiên lượng đặt nội khí quản khó.
- Đảm bảo đường truyền tĩnh mạch.
- Có thể cho bệnh nhân nằm tư thế Trendelenbourg.
- Đặt sonde dạ dày và hút dịch dạ dày (sau đó có thể rút hoặc lưu sonde dạ dày).
- Kiểm tra máy hút hoạt động tốt và sẵn sàng bên cạnh bệnh nhân.
- Không bóp bóng bằng tay.
- Thở oxy 100% qua mask 8-10L/p(4 nhịp hít thở trong trường hợp tối khẩn cấp, hoặc tối thiểu 3 phút trước khởi mê).

• 6.2. Bước 2: Khởi mê

6.2.1. Dẫn mê: 1 trong 3 thuốc sau và Thủ thuật Sellick

- Thiopental: 5 mg/kg hoặc
- propofol: 1-2mg/kg hoặc
- Etomidate: 0.2-0.5mg/kg.

6.2.2. Dẫn cơ: dùng các thuốc có thời gian tiềm phục ngắn, có thể sử dụng 1 trong 2 thuốc sau:

- Succinylcholine: 1 mg/kg 30-60 giây sau có thể đặt nội khí quản (là thuốc dẫn cơ thích hợp nhất).
- Rocuronium: 1mg/kg dùng cho bệnh nhân chống chỉ định với Succinylcholine và không có yếu tố đặt nội khí quản khó.

* Một số cách dùng khác:

- Liều mỗi: tiêm 1 liều nhỏ dẫn cơ không khử cực ngay trước khi tiêm thuốc mê, sau 60 giây tiêm hết số thuốc dẫn cơ còn lại ^ Rút ngắn thời gian tiềm phục của thuốc dẫn cơ không khử cực.
- Trường hợp đặt nội khí quản khó: Có thể đặt nội khí quản với ống nội soi mềm (xem bài đặt nội khí quản khó).

- 6.3. Bước 3: Duy trì mê

Giống như gây mê cho các loại phẫu thuật khác.

- 6.4. Bước 4: Hồi tỉnh

- Hút sạch chất tiết trong nội khí quản.
- Hút và lưu sonde dạ dày.
- Cho bệnh nhân thở oxy qua nội khí quản.
- Rút nội khí quản khi bệnh nhân tỉnh táo hoàn toàn, có phản xạ đường thở, thuốc dẫn cơ hết tác dụng và đạt tiêu chuẩn rút nội khí quản.
- 2 giờ sau khi rút nội khí quản có thể chuyển bệnh nhân về khoa nếu bệnh nhân không có dấu hiệu suy hô hấp.

6.5. Một số điều cần lưu ý:

- Nên rút NKQ khi BN hoàn toàn tỉnh táo.
- Hút dạ dày trước và trong mổ không đảm bảo làm trống dạ dày sau mổ.
- Sử dụng thuốc kháng tiết dịch vị trước mổ là cần thiết.
- 2 giờ sau khi rút NKQ, BN có thể được chuyển khoa nếu:
 - + Không có biểu hiện lâm sàng (không ho, không khó thở)
 - + SpO₂ > 90% với khí trời và không có dấu hiệu đặc biệt trên X quang.

7. TIÊU CHUẨN RÚT NỘI KHÍ QUẢN:

7.1. CÁC TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG NÓI CHUNG:

- Vấn đề phẫu thuật đã được giải quyết.
- Bệnh nhân tỉnh, thực hiện theo yêu cầu các động tác đơn giản.
- Ôn định các chức năng sống.
- Có phản xạ nuốt.
- Có phản xạ ho khi hút đàm.
- Nâng đầu lên và giữ được > 5 giây.

7.2. CÁC TIÊU CHUẨN VỀ HÔ HẤP:

- Không khó thở, không rối loạn hô hấp, nghe phổi bình thường, đối xứng.
- Tần số hô hấp 12 - 25 lần/ phút.
- Thông khí phút (V_m) > 100 ml/kg.
- $PaCO_2$ > 60 mmHg (với $FiO_2 = 0,4$).
- pH từ 7,35-7,45.
- Dung tích sống > 10 - 15 ml/kg.
- Lực hô hấp > 25 cmH₂O.

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

- 1/ Phác đồ điều trị ngoại khoa 2008- Bệnh viện Nhân Dân 115. Trang 123.
- 2/ Anesthesie et estomac plein, Protocoles 2010, 12e édition, MAPAR Édition. P.97-98.
- 3/ GM BN PT bụng cấp cứu Hội Gây Mê Hồi Sức Việt Nam.

GÂY Mê HỒI SỨC BẰNG HUYẾT SAU SANH**I. PHẠM VI ỨNG DỤNG**

Lưu hành nội bộ

II. ĐỊNH NGHĨA

Băng huyết sau sanh (BHSS) là tình trạng chảy máu > 500 ml trong vòng 24 giờ sau sanh ngã âm đạo và chảy máu từ 500 -1000 ml sau mổ lấy thai. Trong thực tế thường đánh giá lượng máu mất thấp hơn.

III. DỊCH TỄ HỌC

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) 2010

- Nguyên nhân hàng đầu của tử vong mẹ.
- 25% của tử vong mẹ ở các nước đang phát triển.
- Là một trong 3 nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ. Trên thế giới, cứ mỗi phút có phụ nữ tử vong vì BHS s (MAJ KatrinanWalter, April 4 2011).
- Là nguyên nhân có thể ngừa được của tử vong mẹ

IV. YẾU TỐ NGUY CƠ**1. Trung bình**

- Sẹo cũ tử cung (vết mổ cũ của mổ bắt con).
- Đa thai.
- Viêm màng ối.
- Tiền căn BHSS.
- U xơ tử cung lớn.
- Thaito>4kg.
- Béo phì bệnh lý BMI >35.

2. Cao

- Nhau tiền đạo, nhau bám thấp, nhau cài răng lược.
- Thiếu máu: Hct < 30%.
- Đang chảy máu khi vào viện, có bệnh lý rối loạn đông máu.

V. NGUYÊN NHÂN

- Đờ tử cung: là nguyên nhân thường gặp nhất trong BHSS, do:
- Đa sản, đa thai, đa ối.

- Chuyển dạ kéo dài hoặc chuyển dạ quá nhanh,
- Nhau tiền đạo.
- Cầu bàng quang.
- Nhiễm trùng ối.
- Thuốc nhóm Halogene, đồng vận j3, MgSO₄.
- Vấn đề của bánh nhau: sót nhau, nhau cài răng lược.
- Chấn thương đường sinh dục, rách cổ tử cung, âm đạo.
- Thuyên tắc ối.
- Lộn lòng tử cung.
- Bệnh lý rối loạn đông máu.
- Vỡ tử cung.
- u xơ tử cung, tử cung dị dạng, bất thường mô liên kết.

VI. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

Biểu hiện lâm sàng là biểu hiện của tình trạng sốc mất máu khi đó: da, niêm mạc, mạch, HA, nhịp thở, tiểu niệu và cả tri giác đều thay đổi và tùy thuộc vào lượng máu mất thực tế trên lâm sàng. Được tóm tắt qua bảng sau:

Phân độ mất máu	Độ			
	I	II	III	IV
Máu mất ml	< 750	750-1000	1000-2000	> 2000
Máu mất %	< 15	15-30	30-40	> 40
Huyết áp	Bình thường	↓	↓	↓
Nhịp tim l/p	< 100	> 100	> 120	> 140
Nhịp thở l/p	14-20	20-30	30-40	> 35
Nước tiểu ml/giờ	> 30	20 - 30	5 - 15	Rất ít, có thể vô niệu
Tri giác	Bình thường	Lo lắng	Lơ mơ	Lú lẫn, hôn mê

2. Cận lâm sàng

a. Xét nghiệm thường qui:

- Phân tích tế bào máu laser: chú ý Hct %, Hb, tiểu cầu, nhóm máu Rhesus

- Chức năng đông máu: PT, aPTT, fibrinogen, INR.
- b. Xét nghiệm nguyên nhân: tùy theo nguyên nhân mà có xét nghiệm cụ thể.

VII. HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- BHSS là một cấp cứu của sản khoa và gây mê hồi sức.
- Phối hợp nhiều chuyên khoa : Sản, GMHS, huyết học truyền máu, can thiệp mạch máu.
- Nhanh chóng kiểm soát cầm máu.
- Điều trị sốc mất máu.
- Ngừa và điều trị rối loạn đông máu.
- Vừa hồi sức, vừa phẫu thuật khi có chỉ định.

2. Xử trí:

Ngay sau khi có dấu hiệu băng huyết: ghi giờ, mắc monitoring theo dõi M, HA, SpO₂, gọi ekip hỗ trợ.

2.1. Hồi sức ban đầu:

- Cho sản phụ thở oxy qua canula 3l/p.
- ủ ấm bằng chăn sưởi warm - touch hoặc đèn sưởi.
- Đặt 2 đường truyền TM lớn (kim 16/14 G).
- Bù dịch: dịch tinh thể (Natriclorua 0,9%, lactate Ringer), dung dịch keo (Gelofusin 4%). (dịch đã được làm ấm).
- Lấy máu làm XN khẩn: CTM, CNĐM, KMĐM.
- Gửi máu là Gelcard: 4 đv HCL (250 ml), 4 đv HTTĐL (liều 10- 20 ml/kg), thêm kết tủa lạnh và tiểu cầu khi đánh giá máu mất nhiều.
- Thuốc cầm máu:
 - Tranexamide acid 1 g TMC trong 5-10 phút sau đó BTTĐ 1 g/giờ trong 3 giờ.
 - Etamsylate 1 g TMC, sau đó 500 mg/ 4- 6 giờ.

2.2. Điều trị nguyên nhân: Phối hợp BS Sản khoa

- BHSS do dờ tử cung:

- Xoa đáy tử cung, ép tử cung bằng 2 tay.
- Thuốc gò tử cung: xem bảng
- Nếu vẫn tiếp tục chảy máu cần hội chẩn BS Sản khoa và/hoặc BSDSA can thiệp làm tắc mạch hoặc phẫu thuật thắt động mạch tử cung, nếu chảy máu vẫn còn xem xét cắt tử cung sớm tránh vào sốc nặng rối loạn đông máu.

Bảng: Thuốc gò tử cung

Thuốc	Liều	Chống chỉ định	Tác dụng phụ	Ghi chú
Oxytocin	20-60 U/l truyền TM	không	Giảm kháng lực mạch máu hệ thống, HA với liều bolus TM, Giữ nước tự do	Tác dụng ngắn
Methyl-ergometrin	0,2 mg TB	Tăng HA, Tiền sản giật, bệnh mạch vành	Di chứng thuyên tắc, buồn nôn và nôn ói, co vi ĐM	Tác dụng dài có thể lặp lại sau 1 giờ
Misoprotol	800-1000µg đặt hậu môn	không	Run, tăng thân nhiệt, buồn nôn, tiêu chảy	
Carbetocin (duratocin)	100 mcg TTM	Bệnh mạch máu đặc biệt bệnh mạch vành	Giống Oxytocin	Thời gian bán hủy 40ph

3. Vô cảm trong BHSS

3.1. Vô cảm cho BHSS do nguyên nhân từ chấn thương đường sinh dục:

- Tê tại cho với Lidocain và TTM liều nhỏ opioid có hiệu quả giảm đau tốt trong khâu vết rách nhỏ tầng sinh môn, hút khối hematome vùng chậu. Trong điều kiện M, HA, SpO2 còn tốt, sản phụ tỉnh hợp tác.
- Ketamin liều thấp 10 mg TMC, không quá 0,5 mg/kg hiệu quả an thần, giảm đau, không ảnh thay đổi phản xạ hầu họng trong khâu vết rách tầng sinh môn rộng.

3.2. Vô cảm trong BHSS khi cần can thiệp phẫu thuật: Gây mê toàn diện là lựa chọn tối ưu nhất.

- Theo hướng dẫn gây mê toàn diện trong mổ lấy thai.
- Lưu ý: bệnh nhân huyết động thường không ổn định nên tiêm thuốc chậm, giảm liều và ưu tiên các thuốc ít ảnh hưởng đến huyết động.
- Tỉnh mê: tùy theo tình trạng bệnh mà có thể rút NKQ sớm hay cho bệnh nhân tiếp tục thở máy.

4. Điều trị biến chứng.

VIII. BIẾN CHỨNG

1. Suy hô hấp.
2. Suy tuần hoàn, trụy mạch.
3. Rối loạn đông máu.
4. Hậu quả của truyền máu khối lượng lớn.
5. Neu quá nặng có thể diễn tiến suy đa cơ quan.
6. HCSheehan.
7. Tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng gây mê hồi sức mổ lấy thai .Đại học Y Hà Nội.
2. Chestnut's - Gây mê hồi sức sản khoa. Biên dịch Nguyễn Thị Hồng Vân. Chương 35, trang 750- 759.
3. Oxford handbook, Massive obstetric haemorrhage, chapter 32, page 774-776
4. Postpartum Hemorrhage, Guidelines for Immediate Action.
5. Jùn Bamber, table 1 How to recognise Massive obstetric haemorrhage (www.Transfusionguidelines.org.uk).

GÂY Mê NỘI KHÍ QUẢN TRONG MỔ LẤY THAI**I. Đối tượng**

- Sản phụ được chỉ định mổ lấy thai
- Người thực hiện: BS gây mê hồi sức (GMHS), kỹ thuật viên GMHS, cử nhân GMHS

II. Chỉ định - chống chỉ định**1. Chỉ định**

Sản phụ từ chối hay không hợp tác với phương pháp gây tê	– Sản phụ từ chối gây tê (không có những yếu tố dự báo đặt nội khí quản khó). – Có rối loạn thần kinh nặng. – Chậm phát triển tâm thần.
Có những bệnh lý chống chỉ định gây tê tại chỗ	– Bệnh lý về máu. – Bệnh lý tim mạch nặng (hẹp van ĐMC nặng ...) – Basedow chưa điều trị ổn định hoặc có dấu hiệu của cơn bão giáp. – Nhiễm trùng tại vị trí chọc kim. – Nhiễm trùng huyết. – Truy tuần hoàn nặng chưa điều chỉnh được (băng huyết do sót nhau hay rách tử cung, nhau tiền đạo, nhau cài răng lược, nhau bong non, sản giật, hội chứng HELLP). – Tăng áp lực nội sọ. – Biết có dị ứng với thuốc tê (hiếm).
Các trường hợp cấp cứu	– Thai suy. – Sa dây rốn.
Gây tê thất bại	– Thất bại chọc kim ở nhiều vị trí. – Không sờ được khe sống. – Đau xuất hiện trong cuộc mổ.

2. Chống chỉ định tương đối

- Viêm thanh quản cấp tính.
- Lao phổi tiên triển.
- Nhiễm trùng đường tiêu hóa và hô hấp trên.
- Không đủ trang thiết bị cần thiết và thiếu nhân viên có kinh nghiệm.

III. Quy trình kỹ thuật**1. Chuẩn bị bệnh nhân**

- Hỏi tiền căn bệnh nội - ngoại khoa kèm theo như:
 - + Chú ý các bệnh lý tim mạch (hẹp 2 lá khít, có tăng áp động mạch phổi), hô hấp (hen phế quản, viêm phổi, lao), nội tiết (tiểu đường, basedow).

+ Hồi tiền căn dị ứng các loại thuốc, thức ăn gì.

+ Tiền căn gây mê, gây tê trong những lần mổ trước, có biến chứng gì không?

- Nhịn uống nước sạch trong vòng 2 giờ và thức ăn rắn (kể cả thức ăn có lipid như uống sữa) trong vòng 6 - 8 giờ. Nếu bệnh nhân mới ăn thức ăn rắn hoặc uống sữa dưới 6 giờ nên đặt sonde dạ dày và hút dịch, sau đó rút sonde ra trước khi đặt nội khí quản.

- Thảo luận với BS sản khoa về chỉ định mổ lấy thai, xem lại chẩn đoán trong biên bản mổ lấy thai, và các cam kết đồng ý mổ của bệnh nhân.

- Xem hồ sơ chú ý các xét nghiệm sinh hóa, huyết học (nếu mổ chương trình: công thức máu chú ý tiểu cầu 150.000 đến 400.000/mm³, TQ 12 - 14 giây, TCK 26 - 40 giây, nhóm máu, chức năng gan AST, ALT, urê, creatinin, glycémie, ECG).

- Đặt đường truyền với kim lùn 18 và Lactate Ringer 500ml.

- Đặt monitoring theo dõi SpO₂, ECG, nhịp thở, mạch, huyết áp, đo huyết áp tay để so sánh, thông tiểu.

- Quan sát vùng mũi, miệng mở rộng, hầu cổ để dự đoán những khó khăn: cảm lạnh, cổ ngắn, cứng hàm, viêm khớp sọ cổ, miệng nhỏ, lưỡi lớn, răng hô.

- Quan sát răng kỹ: tháo răng giả ra (nếu có).

- Xác định chính xác bệnh nhân (đúng tên tuổi, địa chỉ), vị trí phẫu thuật, điều chỉnh bàn mổ cho thích hợp (đầu bệnh nhân ngang vùng thượng vị của người đặt nội khí quản), bàn mổ có thể nghiêng trái 100 đến 150.

- Có thể uống Citrate de Sodium 0.3M (nếu có) hoặc uống Ranitidin viên 150mg dạng sủi bọt pha với 15 ml nước.

- Cho metoclopramide ống 10mg tiêm mạch..

2. Chuẩn bị phương tiện

- Bơm thử túi hơi, đèn soi thanh quản phải đủ độ sáng.

- Kiểm tra hoạt động máy gây mê, nguồn dưỡng khí, máy hút, bình bốc hơi.

3. Chuẩn bị thuốc

- Hỏi cân nặng, rút và pha lượng thuốc cần sử dụng (điều chỉnh tùy theo tình trạng bệnh lý của từng bệnh nhân).

4. Tiến hành kỹ thuật

- Cung cấp oxy 100% qua mask trong 3 phút hay lâu hơn có thể yêu cầu bệnh nhân thở 4 đến 8 nhịp thở trước khi đặt nội khí quản.

- Dẫn đầu đặt nội khí quản nhanh.

+ Ấn sụn nhẫn với áp lực 10N khi bệnh nhân tỉnh, tăng lên 30N sau khi bệnh nhân mất tri giác (Nghiệm pháp Sellick).

+ Dẫn đầu mê với một trong các thuốc sau:

° Thiopental: 4mg/kg cân nặng.

° Propofol: 2 đến 2,5 mg/kg cân nặng.

° Ketamin: 1 mg/kg cân nặng dùng trong trường hợp sản phụ bị giảm khối lượng tuần hoàn hoặc dị ứng.

° Etomidate: 0,2 đến 0,3 mg/kg cân nặng cho bệnh nhân với tình trạng huyết động học không ổn định.

+ Succinylcholine 1mg/kg cân nặng hay Rocuronium 0,6 mg/kg (khi có chống chỉ định dùng succinylcholin *). Lưu ý: thời gian dẫn cơ của Rocuronium > 45 phút.

+ Sau khi cho succinylcholin 45 đến 60 giây → Đặt nội khí quản ống số 7 - 7.5, bơm bóng hơi.

+ Nghe phổi cả hai phế trường để xác định vị trí chính xác của ống nội khí quản.

- Có thể đặt thêm đường truyền tĩnh mạch ngoại biên nếu cần.

- Duy trì thuốc mê:

+ Thở máy với FiO₂ > 50%, không có PEEP. Sử dụng thuốc mê bốc hơi Isoflurane hoặc Sevoflurane hoặc Desfluran (khoảng 1 MAC).

+ Có thể duy trì mê bằng propofol khi có chống chỉ định sử dụng thuốc mê bốc hơi, liều duy trì mê trung bình là 4 - 5 mg/kg/giờ qua bơm tiêm điện(**).

+ Duy trì thuốc dẫn cơ Vécuronium trung bình là 0,02 - 0,04mg/kg hoặc atracurium 0,2mg/kg thời gian dẫn cơ kéo dài 25 - 40 phút.

+ Duy trì huyết áp tâm thu > 90 mmHg hay 80% giá trị huyết áp tâm thu bình thường. Xử trí: truyền dịch tinh thể như Lactate Ringer, có thể phối hợp sử dụng phenylephrine hay éphedrin

- Sau khi kẹp rốn sử dụng fentanyl 1 - 2mcg/kg hay sufentanil 0,2mcg/kg cân nặng.

- Giảm nồng độ thuốc mê bay hơi nhóm halogen khoảng 0,75 MAC để tránh đờ tử cung.

- Bắt đầu truyền oxytocin liên tục (10 đơn vị trong 50ml Lactate Ringer truyền tĩnh mạch nhanh, sau đó 15 đơn vị trong 500ml Lactate Ringer truyền tĩnh mạch XXX giọt/phút).

- Xem xét sử dụng những thuốc co tử cung khác, khi tử cung co hồi kém:

+ Methylergotamine ống 0,2mg tiêm bắp.

- + Prostaglandin E1 (Misoprostol viên 200mcg, 4 - 5 viên đặt hậu môn).
- + Prostaglandin F2a (Prostodin ống 250mcg tiêm bắp).
- Giảm dần thuốc gây mê và ngưng hẳn thuốc khi phẫu thuật chấm dứt.
- Lúc đóng phúc mạc: sử dụng Paracetamol 1g/100ml truyền tĩnh mạch XXX giọt/phút (nếu bệnh nhân không có chống chỉ định dùng thuốc).
- Chỉ rút ống nội khí quản khi thuốc dẫn cơ được hóa giải hoàn toàn, bệnh nhân tỉnh thực hiện đúng y lệnh.
- Đánh giá lượng máu mất để xử trí (cân gạc trước và sau mổ là phương pháp đánh giá tương đối chính xác).
- Đánh giá các mặt khác: đau sau mổ, buồn nôn, nôn.
- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn đến khi sản phụ ổn định sẽ được chuyển sang phòng hồi sức theo dõi.

5. Theo dõi hậu phẫu

- Ăn uống sớm làm nhu động ruột mau hồi phục, giúp tăng tiết sữa và làm giảm sử dụng thuốc và giảm đau sau mổ.
 - + Ngày phẫu thuật (No): uống nước đường, ăn súp hoặc cháo
 - + Ngày hôm sau (N1): tiếp tục ăn súp, cháo đến khi có nhu động ruột sẽ ăn chế độ bình thường.
- Rút sonde tiểu sớm và tập cho bệnh nhân tự đi tiểu.
- Đánh giá hậu phẫu:
 - + Tình trạng huyết động học ổn định.
 - + Hết tác dụng của thuốc mê.
 - + Hiệu quả giảm đau.
 - + Nhận diện và điều trị những biến chứng nếu có của phẫu thuật hoặc gây mê.

(*) Chống chỉ định của succinylcholin: tiền căn gia đình hay bản thân có tăng thân nhiệt ác tính, tiền căn dị ứng succinylcholin, mắc bệnh lý về cơ bẩm sinh, tăng Kali máu (suy thận nặng, đa chấn thương ...), tiền sản giật nặng, thiếu men ly giải succinylcholin bẩm sinh (pseudocholinesterase).

(**) Chống chỉ định thuốc mê bốc hơi: tiền căn gia đình bị bệnh lý sốt cao ác tính, tiền sử dị ứng thuốc mê họ Halogen, tiểu porphyrie. Chống chỉ định tương đối: sử dụng beta -

bloquant sẽ làm suy yếu cơ tim; bệnh nhân dùng adrenaline, terbutaline, ventoline sẽ làm loạn nhịp thất; bệnh nhân điều trị isoniazide sẽ làm suy chức năng tế bào gan.

GÂY Mê TOÀN DIỆN TRONG MỔ BẮT CON**1. Thực hiện đánh giá tiền mê**

Lưu ý: đường thở khó và dạ dày đầy. Phiếu an toàn ường phẫu thuật.

2. Chỉ định

- Chống chỉ định tê tủy sống.
- Mổ cấp cứu tối khẩn.
- Bệnh nhân không đồng ý gây tê.
- Tê tủy sống thất bại.

3. Chuẩn bị thuốc và các dụng cụ cần thiết.**4. Bệnh nhân nằm ngửa với tử cung nghiêng trái.****5. Thiết lập đường truyền tĩnh mạch với kim 16-18G. Kiểm tra đường truyền có hiệu quả.****6. Cho 10mg metoclopramide và/hoặc 30mg ranitidine tiêm tĩnh mạch trước khi đặt nội khí quản 30 phút nếu có thể.****7. Cho uống kháng acid dạng không tinh thể ít nhất 30 phút trước khi đặt nội khí quản (nếu có thể).****8. Sử dụng kháng sinh dự phòng (sau kẹp cuống rốn).****9. Gắn monitor theo dõi dấu sinh tồn.****10. Xác định chính xác bệnh nhân, tư thế, vị trí phẫu thuật, thủ thuật thực hiện, trang thiết bị sẵn sàng, nhân sự hỗ trợ hồi sức mẹ, con.****11. Cung cấp oxy 100% qua mask úng 3 phút hay lâu hơn khi có thể. Ngoài ra yêu cầu bệnh nhân hít thở sâu 4-8 nhịp trước khi đặt nội khí quản.****12. Xác định các yêu cầu về phẫu thuật và hồi sức sơ sinh đã sẵn sàng: phẫu thuật viên, dụng cụ phẫu thuật, vệ sinh vùng mổ, bác sĩ sơ sinh, nữ hộ sinh.****13. Dẫn đầu đặt nội khí quản nhanh**

- a. Ấn sụn nhẫn với áp lực khoảng 10N khi bệnh nhân tỉnh, tăng lên dần 30N sau khi bệnh nhân mất tri giác
- b. Thuốc dẫn mê tĩnh mạch: 1 trong các thuốc sau
 - Thiopental: 4-5 mg/kg cân nặng
 - Propofol: 2-3 mg/kg cân nặng

- Ketamine: 2-3 mg/kg cân nặng: ưu thế trong trường hợp huyết áp thấp.

- Midazolam: 0,2-0,3 mg/kg

- Etomidate: 0,15 -0,3mg/kg cân nặng

Phối hợp với dẫn cơ succinylcholin 1-1.5 mg/kg

14. Đặt nội khí quản, chọn ống số 6.5 - 7 có bóng chèn. Kiểm tra vị trí nội khí quản.

15. Duy trì mê:

a. Sử dụng isoflurane, sevoflurane hoặc desflurane (khoảng 1 MAC) trong oxygen 100%.

b. Nếu cần thiết sử dụng thêm thuốc dẫn cơ (rocuronium, vecuronium) liều phụ thuộc vào đáp ứng thần kinh ngoại biên.

16. Quan sát bắt bé.

17. Chăm sóc bé sau khi mổ do bác sĩ sơ sinh và nữ hộ sinh chăm sóc.

18. Truyền oxytocin liên tục sau khi bắt bé. Xem xét sử dụng những thuốc co cơ tử cung khác nếu có dấu hiệu cơn co tử cung kém hay nguy cơ băng huyết sau mổ.(Xem theo hướng dẫn điều trị băng huyết sau sanh).

19. Kỹ thuật duy trì sau khi lấy bé:

a. Giảm nồng độ mê(0,5-0,75MAC)

b. Sử dụng thêm nhóm á phiện như fentanyl, sufentanil đường tĩnh mạch.

20. Trước khi đóng cân, cơ:

- Truyền tĩnh mạch paracetamol lg và/hoặc kháng viêm không steroid (ketorolac, diclofenac, meloxicam, voltaren) hoặc tramadol hoặc neíbpam để giảm đau sau mổ.

- Xem xét gây tê trên cơ ngang bụng (TAP block) để giảm đau sau mổ.

- Phòng ngừa nôn và buồn nôn sau mổ với ondansetron hoặc metocloperamide hoặc dexamethasone.

21. **Đánh giá lượng máu mất, lượng nước tiểu, màu sắc nước tiểu.**
22. **Hóa giải dẫn cơ dựa theo TOP - watch bằng neostigmine phối hợp atropin hoặc sugamadex tùy theo chỉ định.**
23. **Hoàn tất phiếu gây mê.**
24. **Chuyển bệnh nhân về hồi tỉnh nếu bệnh ổn, về hồi sức tích cực nếu bệnh nặng.**
25. **Rút nội khí quản khi đủ tiêu chuẩn.**

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. David. H. Chestnut. Linda s. Polley. Lawrence c. Tsen. Cynthia A. Wong.
Nguyễn Thị Hồng Vân biên dịch. Gây mê sản khoa 2012
2. Mark C. Nonis, M.D. biên dịch Tô Văn Thành. Cẩm nang gây mê sản khoa 2010.

GÂY Mê TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG**I. Đại cương:**

Gây mê hồi sức cho bệnh nhân tiểu đường là một vấn đề thường gặp. Để đảm bảo tốt cho phẫu thuật, người GMHS phải có kiến thức cơ bản về bệnh tiểu đường, giai đoạn tiến triển của bệnh (ổn định hay không ổn định), được điều trị hay không được điều trị, mức độ tổn thương của các cơ quan đích.

II. Chẩn đoán

- Phân loại bệnh tiểu đường:

2.1. Triệu chứng lâm sàng:

Ăn nhiều, uống nhiều, gầy ốm, mất cân, yếu cơ.

2.2. Chẩn đoán xác định:

Bảng 1. Các giá trị chẩn đoán bệnh tiểu đường
HbA _{1c} $\geq$ 6.5%, Hay
Đường huyết nhịn đói 8 giờ $\geq$ 126 mg/dL (7.0 mmol/L), Hay
Đường huyết sau 2 giờ dùng 75g glucose $\geq$ 200 mg/dL (11.1 mmol/L), Hay
Ở bệnh nhân có các triệu chứng điển hình của bệnh tiểu đường hay đang có mức đường huyết cao trầm trọng, đường huyết bất kỳ $\geq$ 200 mg/dL (11.1 mmol/L).

Bảng 2. Các giá trị làm tăng nguy cơ cao bị bệnh tiểu đường
Đường huyết lúc đói
100 (5.6 mmol/L) - 125 mg/dL (6.9 mmol/L), Hay
Đường huyết sau 2 giờ dùng 75g glucose
140 mg/dL (7.8 mmol/L) - 199 mg/dL (11.0 mmol/L), Hay
HbA _{1c} : 5.7% - 6.4%

2.3. Phân loại bệnh tiểu đường:

- ❖ Tiểu đường típ 1: bệnh tiểu đường phụ thuộc insulin.
- ❖ Tiểu đường típ 2: bệnh tiểu đường không phụ thuộc insulin.
- ❖ Tiểu đường thai kỳ.
- ❖ Tiểu đường thứ phát (VD: khuyết tật di truyền chức năng P-cell, bệnh xơ nang tụy, sau phẫu thuật tụy, do thuốc hay hóa chất).
- ❖ Trong tiểu đường type 2, tùy thời gian xảy ra dài hay ngắn mà có:

+ Các biến chứng trên mạch máu nhỏ (bệnh lý võng mạc, bệnh lý cầu thận, bệnh lý thần kinh) liên quan đến tăng đường huyết và trầm trọng hơn do tăng huyết áp.

+ Các biến chứng trên mạch máu lớn (mạch vành, mạch máu não và động mạch ngoại biên) có liên quan đến tăng đường huyết cũng như tăng huyết áp, các bất thường lipid máu và thuốc lá.

III. Các nguyên tắc cơ bản:

- ❖ Tăng đường huyết ($> 11 \text{ mmol/l}$ # 200mg/dl) thì nguy hiểm và cần một liều tải insulin.
- ❖ Đường huyết bình thường ($4,5\text{-}7 \text{ mmol/l}$ # $80\text{-}126 \text{ mg/dl}$) chu phẫu đường như cải thiện tiên lượng của bệnh tiểu đường.
- ❖ Hạ đường huyết còn nguy hiểm hơn tăng đường huyết.
- ❖ Cần duy trì đường huyết $110 - 160 \text{ mg/dl}$.
- ❖ Bệnh nhân cần được nhập viện 24 - 48 giờ trước ngày mổ, nhất là đối với bệnh nhân thuộc loại tiểu đường phụ thuộc insulin.
- ❖ Cố gắng xếp lịch mổ chương trình vào buổi sáng.
- ❖ Chú ý các điểm tỳ đè khi đặt tư thế BN trên bàn mổ.
- ❖ Insuline truyền TM (với bơm tiêm điện) bằng đường truyền riêng, hoà loãng trong NaCl 9% với tỷ lệ 1 UI/ml .
- ❖ Nên sử dụng dịch truyền NaCl 9% hơn RL.
- ❖ CHÚ Ý :
 - Cần đánh giá trước mổ: loại tiểu đường, mức đường huyết, các biến chứng, thuốc điều trị, và kiểu phẫu thuật.
 - Những yếu tố nguy cơ gây tai biến trong gây mê trên BN tiểu đường gồm:
 - + Bệnh mạch vành: nguy cơ thiếu máu cơ tim.
 - + Tăng huyết áp : nguy cơ không ổn định huyết động.
 - + Rối loạn thần kinh thực vật.
 - + Suy thận.
 - + Liệt dạ dày: nguy cơ trào ngược.

IV. Tác động phẫu thuật trên bệnh nhân tiểu đường

4.1. Nhịn ăn trước mổ:

- Việc nhịn ăn trước mổ chỉ thực hiện trong một thời gian ngắn, vì nếu kéo dài, có thể làm nhiễm toan ceton và tăng nồng độ acide béo tự do trong huyết tương, làm loạn nhịp thất trong lúc dẫn mê.

- Nên xếp bệnh nhân tiểu đường mổ đầu chương trình, cung cấp glucose + insulin đường tĩnh mạch ít nhất 1 giờ trước mổ, nhất là đối với bệnh nhân tiểu đường típ 1.

4.2. Tác động của phẫu thuật đối với chuyển hóa nội tiết:

- Phẫu thuật gây giải phóng các catecholamine, cortisol, ACTH, hóc môn hướng thận, tăng đường huyết. Việc đáp ứng này không có lợi và không cần thiết, vì vậy nhiệm vụ của gây mê là làm hạn chế đáp ứng này.

4.3. Tác dụng của gây mê lên bệnh nhân tiểu đường

- Các thuốc mê có thể giao thoa với các đáp ứng của hệ thống nội tiết (chủ yếu là catecholamine). Các thuốc mê làm giảm lưu lượng máu tới gan, từ đó có thể làm giảm thải và nhận glucose ở ngoại vi. Gây tê ngoài màng cứng và tủy sống có thể làm hạn chế việc tăng đường huyết.

V. Gây mê hồi sức và bệnh tiểu đường:

5.1. Chuẩn bị trước mổ bệnh nhân tiểu đường:

❖ Khám tiền mê xác định típ tiểu đường, mức độ ảnh hưởng của tiểu đường với các cơ quan, đáp ứng điều trị, mức độ ổn định của bệnh, các rối loạn chuyển hóa, tình trạng nhiễm trùng... để dự phòng biến chứng cấp tính có thể xảy ra.

❖ Trước mổ, nếu tình trạng tiểu đường không ổn định, bệnh không cần mổ gấp thì cố gắng điều trị tiểu đường cho ổn. Ngược lại, nếu cần mổ sớm hay chính bệnh là nguyên nhân làm tiểu đường không ổn định, phải vừa điều trị vừa mổ.

5.2. Những lưu ý khi hồi bệnh:

❖ Diễn biến của đường huyết (mới nhất), đường huyết lúc đói và sau ăn, đường niệu, creatinin, và kali máu.

❖ Những biến chứng đã có (hạ đường huyết, nhiễm trùng, nhiễm toan ceton...).

❖ Thuốc điều trị, chế độ ăn, cách chăm sóc, các thuốc kết hợp khác.

Chú ý 1 số triệu chứng khác như: khó thở, đau ngực, đi cách hồi, đau chi dưới, dị cảm, đái buốt, tiêu chảy.

5.3. Những lưu ý khi khám lâm sàng:

Sờ và nghe các mạch máu lớn, động mạch chi dưới, dị cảm...

Khám để phát hiện nhiễm nấm ở kẽ ngón hoặc nhiễm trùng da niêm mạc. Có cứng khớp, đặc biệt các đốt sống cổ (dự kiến đặt NKQ khó)

5.4. Lưu ý các xét nghiệm cần lâm sàng quan trọng:

- ❖ Ngoài các xét nghiệm thường quy, cần lưu ý một số các xét nghiệm như
- ❖ Đường huyết lúc đói và sau ăn, HbA1c, creatinine.
- ❖ Nếu cần thì có thể siêu âm tim, mạch máu chi dưới.
- ❖ Các xét nghiệm về nước tiểu: đường niệu, ceton niệu, albumin niệu.
- ❖ Các xét nghiệm phát hiện nhiễm trùng.

5.5. Tiêu đường type II không dùng Insulin, ổn định:

5.5.1. Phẫu thuật nhỏ:

5.5.1.1. Trước mổ:

- BN đang dùng nhóm Biguanides như Metformin (Glucophage), nhóm Glitazones: không cần ngưng. [4]
- Nhóm hạ đường huyết Sulfamides (Diamicron, Daonil, Amarel, Glibénèse, ...): ngưng sáng ngày mổ.
- Nhóm Glinides, ức chế alpha Glucosidase (Acarbose, Miglitol), ức chế enzym α -glucosidase: ngưng sáng ngày mổ.

5.5.1.2. Trong và sau mổ:

- Glucose 10% (60 ml/h) (G10%) + NaCl (4 g/l) + KCl (2 g/l) trong mổ, ngoại trừ trường hợp BN dùng nhóm Glitazones và Metformin trước đó.
- Đo ĐH tại giường với que thử mỗi giờ, sau đó mỗi 4 giờ.
- Nếu đường huyết > 160 mg/dl, dùng Insulin tác dụng nhanh,

TDD, theo phác đồ hoặc truyền liên tục bơm tiêm điện theo phác đồ ở hồi sức.

- Dừng lại các thuốc đã dùng trước đó:

- ❖ Sau khi đã ăn lại.
- ❖ Nếu chức năng thận bình thường trong 48 giờ đối với Metformin.

5.5.2. Phẫu thuật trung bình và phẫu thuật lớn:

5.5.2.1. Trước mổ:

- BN đang dùng nhóm Biguanides như Metformin (Glucophage): ngưng 12 - 24 giờ trước mổ.
- Nhóm Glitazones, nhóm Sulfamides (Diamicon, Daonil, Amarel, Glibénèse, nhóm Glinides, ức chế alphaGlucosidase (Acarbose, Miglitol), ức chế enzyma glucosidase: ngưng vào đêm trước ngày mổ.

5.5.2.2. Trong và sau mổ:

- G10% (60 ml/h) + NaCl (4 g/l) + KCl (2 g/l) trong mổ, ngoại trừ trường hợp BN dùng nhóm Glitazones và Metformin trước đó.
- Đo ĐH tại giường với que thử mỗi giờ, sau đó mỗi 4 giờ.
- Nếu đường huyết > 160 mg/dl, dùng Insulin tác dụng nhanh, TDD, theo phác đồ hoặc truyền liên tục bơm tiêm điện theo phác đồ ở hồi sức.
- Dừng lại các thuốc đã dùng trước đó:
 - Sau khi đã ăn lại.
 - Nếu chức năng thận bình thường trong 48 giờ đối với metformin.

5.6. Tiểu đường type I và II đang điều trị Insulin, ổn định:

Áp dụng cho phẫu thuật nhỏ, trung bình và lớn :

5.6.1. Trước mổ : sáng ngày phẫu thuật

- Ngừng Insuline chậm và bán chậm.
- G10% (60 ml/h) + NaCl (4 g/l) + KCl (2 g/l).

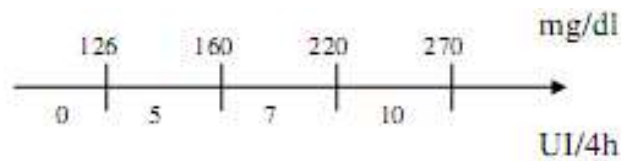
5.6.2. Trong và sau mổ:

- Nên phẫu thuật chương trình lúc 8 h.
- Đo ĐH tại giường mỗi giờ.
- Nếu đường huyết > 160 mg/dl, dùng Insulin tác dụng nhanh, TDD, theo phác đồ hoặc truyền liên tục bơm tiêm điện theo phác đồ ở hồi sức
- Tiếp tục liệu pháp điều trị cũ khi bắt đầu ăn lại.

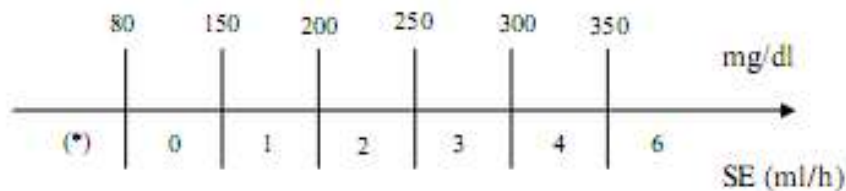
5.7. Type I và II có/không điều trị Insulin, không ổn định:

- Nếu đường huyết > 160 mg/dl, dùng Insulin tác dụng nhanh, TDD, liều tùy thuộc mức đường huyết hoặc truyền liên tục bơm tiêm điện theo phác đồ ở hồi sức

- Phác đồ Insulin tiêm dưới da :



- Phác đồ Insuline BTĐ liên tục :



(*) Glucose 30% 20ml tiêm tĩnh mạch, thử lại đường huyết sau 1 giờ.

Cách pha insulin R: 1 UI/ml.

5.8. Phẫu thuật cấp cứu trong bệnh nhân đái tháo đường

- Ngưng các loại thuốc hạ đường huyết dạng uống và cả Insulin chậm hay bán chậm.

- Đo đường huyết trước khi phẫu thuật, chú ý điều chỉnh kali.

- G10% (60 ml/h) + NaCl (4 g/l) + KCl (2 g/l) trong mổ, ngoại trừ trường hợp BN dùng nhóm Glitazones và Metformin trước đó.

- Đo ĐH tại giường với que thử mỗi giờ, sau đó mỗi 4 giờ.

- Nếu đường huyết > 160 mg/dl, dùng Insulin tác dụng nhanh, TDD, theo phác đồ hoặc truyền liên tục bơm tiêm điện theo phác đồ ở hồi sức.

- Nên khống chế đường huyết bằng Insulin qua bơm tiêm điện tĩnh mạch và giữ cho mức đường huyết từ 80 đến 140 mg /dL.

5.9. Thời gian hậu phẫu:

- Duy trì giá trị đường huyết khoảng 140 mg/dL là mục tiêu hợp lý (nghiên cứu của NICE - SUGAR) (IA).

5.10. Chọn kỹ thuật gây mê trên bệnh nhân tiểu đường: [1]

- Không có kỹ thuật gây mê đặc hiệu nào dành riêng cho bệnh nhân tiểu đường. Việc chọn phương pháp vô cảm tùy thuộc vào tính chất của cuộc mổ, tình trạng bệnh nhân.

- Gây tê vùng khi phong bế tới mức T4 thì có tác dụng làm giảm phản ứng của thần kinh nội tiết đối với stress, giảm dị hóa protein, nhưng gây tê vùng không đáp ứng được toàn bộ phẫu thuật.
- Gây mê dùng liều cao morphine có tác dụng ức chế sự đáp ứng của chuyển hóa nội tiết đối với stress, nhất là đối với nồng độ đường trong máu, nhưng khi ngừng morphine, đường huyết tăng lại.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Văn Chùng. Gây mê cho bệnh nhân tiểu đường. Bài giảng gây mê hồi sức tập II. 2006; 225-238.
2. Protocol D'Anesthesie-Reamination, MAPAR Editions, 2010.
3. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. I. Classification and diagnosis. Diabetes Care. 2013 Jan;36(Suppl 1):S11-3.
<http://www.guideline.gov/content.aspx?id=45149#Section424>
4. Gualandro DM, Yu PC, Calderaro D, Marques AC, Pinho C, Caramelli B, et al. Steps to reduce surgical risk. In: II guidelines for perioperative evaluation. Arq Bras Cardiol. 2011;96(3 Suppl 1):23-41.
<http://www.guideline.gov/content.aspx?id=34057#Section420>
5. Robin Kelly Guillory, Robert A. Peteríreund, and Stephanie L.Lee. Specific Considerations with Endocrine Disease. Clinical Anesthesia procedures of Massachusetts general hospital. 2007; 76-84.

GÂY TÊ ĐÁM RỐI THẦN KINH CÁNH TAY**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay là phương pháp tiêm thuốc tê vào đám rối thần kinh cánh tay có hay không có lưu catheter để phẫu thuật và/hoặc giảm đau sau phẫu thuật vùng chi trên.

Thủ thuật được tiến hành dưới hướng dẫn siêu âm và/hoặc máy kích thích thần kinh cơ.

Kỹ thuật tê đám rối thần kinh chi trên có thể thực hiện tại các vị trí sau: gian cơ bậc thang, trên xương đòn, dưới xương đòn, nách.

II. CHỈ ĐỊNH

Tê gian cơ bậc thang: phẫu thuật cùng vai, xương đòn, cánh tay.

Tê trên xương đòn: phẫu thuật giữa cánh tay trở xuống.

Tê dưới xương đòn hoặc tê vùng nách: phẫu thuật cẳng tay và bàn tay.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân không đồng ý, không hợp tác.
- Dị ứng thuốc tê.
- Rối loạn đông máu hay đang dùng thuốc chống đông.
- Nhiễm trùng vùng gây tê.
- Tình trạng sốc, rối loạn huyết động.
- Tiền căn tổn thương thần kinh ngoại biên hoặc trung ương chi trên.
- Bệnh nhân liệt cơ hoành đối bên.

IV. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ

- Máy siêu âm và/hoặc máy kích thích thần kinh cơ.
- Kim gây tê chuyên dụng, ống chích 5ml, 20ml.
- Thuốc tê lidocain (tê tại chỗ).
- Bupivacain 0.5%, levobupivacaine 0.5%, hoặc ropivacaine 0.5%.
- Bộ khăn vô khuẩn, bộ rửa da.

V. LIỀU THUỐC TÊ TRONG PHẪU THUẬT:

Thuốc tê: một trong các loại thuốc tê nêu trên với nồng độ 0.5%.

Liều 20 - 40 ml thuốc tê cho hầu hết người lớn.

Thận trọng khi pha thêm adrenaline nồng độ 1:400000 với mục đích kéo dài tác dụng phong bế và làm giảm tốc độ hấp thu vào máu.

Truyền thuốc tê giảm đau sau mổ:

Truyền qua catheter bằng bơm tiêm điện hoặc bệnh nhân tự kiểm soát.

Thuốc tê: một trong các loại thuốc tê nêu trên với nồng độ 0.125%.

Liều: xem bảng

Catheter	Tốc độ truyền	BN tự kiểm soát (PCA)
Tê gian cơ bậc thang	5-8 ml/giờ	5 ml/h với bolus 2ml/20 phút trơ
Tê trên/dưới xương đòn	5-10 ml/giờ	5-8 ml/h với bolus 2 ml/ 20 phút trơ
Tê vùng nách	5-10 ml/giờ	5-8 ml/h với bolus 2 ml/ 20 phút trơ

VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN

1. Ngộ độc thuốc tê:

Nguyên nhân: bơm vào mạch máu hoặc hấp thu nhanh thuốc tê.

Xử trí: xem phác đồ xử trí tai biến ngộ độc thuốc tê.

2. Tràn khí màng phổi:

Xử trí: theo dõi hô hấp, chụp XQ phổi, dẫn lưu màng phổi nếu có chỉ định.

3. Hội chứng Horner hoặc khàn giọng thoáng qua: tự hồi phục khi hết tác dụng thuốc tê.

4. Liệt thần kinh hoành cùng bên gây tê: tự hồi phục khi hết tác dụng thuốc tê, lưu ý theo dõi hô hấp, hỗ trợ hô hấp nếu cần.

5. Tổn thương dây thần kinh do tiêm thuốc tê vào bó sợi thần kinh: theo dõi lâu dài, thường tự hồi phục.

Các tai biến trên giảm thiểu khi áp dụng tê dưới hướng dẫn siêu âm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Military advanced regional anesthesia and analgesia handbook, Walter Reed Army Medical Center, Washington DC, 2008.
2. Oxíord handbook of Anaesthesia, third edition 2011.
3. Textbook of Regional Anesthesia, 2003 EDITION.

GÂY TÊ THẦN KINH NGOẠI VI PHẪU THUẬT CHI DƯỚI**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Gây tê ngoại vi ở chi dưới là kỹ thuật tiêm thuốc tê vào đám rối thắt lưng hoặc vào vị trí các dây thần kinh chi phối cảm giác một vùng nhất định ở chi dưới để phẫu thuật hoặc giảm đau sau mổ tại vị trí đã được phong bế cảm giác.
- Thủ thuật được tiến hành dưới hướng dẫn siêu âm và/hoặc máy kích thích thần kinh cơ.
- Có nhiều vị trí có thể tiếp cận để tê ở chi dưới, trong phạm vi phác đồ này chỉ đề cập 3 vị trí thường được thực hiện là đám rối thắt lưng, thần kinh tọa và thần kinh đùi.

II. CHỈ ĐỊNH

Các phẫu thuật ở chi dưới, đặc biệt những bệnh nhân có chống chỉ định với gây mê toàn diện, tê tủy sống hoặc tê ngoài màng cứng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân không đồng ý, không hợp tác.
- Dị ứng thuốc tê.
- Rối loạn đông máu hay đang dùng thuốc chống đông.
- Nhiễm trùng vùng gây tê.
- Tình trạng sốc, rối loạn huyết động.
- Tiền căn tổn thương ngoại biên hoặc trung ương chi dưới.

IV. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ

- Máy siêu âm và/hoặc máy kích thích thần kinh cơ.
- Kim gây tê chuyên dụng, ống chích 5ml, 20ml.
- Thuốc tê lidocain (tê tại chỗ), bupivacain 0.5%, levobupivacaine 0.5%, hoặc ropivacaine 0.5%.
- Dung dịch lipid 20%.
- Môitortheo dõiECG, HA, SpO2.
- Trang thiết bị và các thuốc cấp cứu.
- Bộ khăn vô khuẩn, bộ rửa da.

V. KỸ THUẬT

1. Tê đám rối thắt lưng Điểm mốc:

- Bệnh nhân nằm tư thế cong lưng.
- Kẻ hai đường thẳng giao nhau: một đường song song với cột sống xuất từ gai chậu sau trên và một đường nối liền hai mào chậu.
- Điểm đâm kim chính là vị trí giao nhau của 02 đường thẳng (thường cách đường giữa cột sống khoảng 5cm).

Kỹ thuật:

- Đi kim dưới hướng dẫn siêu âm hoặc máy kích thích thần kinh cơ.
- Điều chỉnh máy dò thần kinh ở cường độ dòng điện ban đầu từ 1 đến 1.5 mA và tìm phản xạ co cơ của cơ tứ đầu đùi (thần kinh đùi) để đánh giá phản xạ của đám rối rồi thắt lưng, giảm dần cường độ xuống 0.5 mA là đạt yêu cầu.

Thuốc: 20 -40 ml thuốc tê cho hầu hết người lớn.

2. Tê thần kinh đùi Điểm mốc:

- Bệnh nhân nằm ngửa, động mạch đùi là điểm cần tìm và mốc của kỹ thuật này.
- Kẻ một đường thẳng nối liền từ gai chậu trước trên đến khớp mu.
- Điểm chọc kim dò là 1 - 2 cm phía ngoài động mạch đùi.

Kỹ thuật:

- Đi kim dưới hướng dẫn siêu âm hoặc máy kích thích thần kinh cơ.
- Điều chỉnh máy kích thích thần kinh ban đầu ở mức 1 đến 1.2 mA, tìm phản xạ run giật xương bánh chè ở mức 0.5 mA hay thấp hơn là chỉ điểm chính xác.

Thuốc: 20 -40 ml thuốc tê cho hầu hết người lớn.

3. Tê thần kinh tọa (đường sau)

Điểm mốc:

- Bệnh nhân nằm nghiêng, tư thế Sim's.
- Xác định 3 điểm mốc: gai chậu sau trên, mấu chuyển lớn và thần kinh tọa.
- Kẻ một đường thẳng nối liền gai chậu sau trên với mấu chuyển lớn, từ trung điểm đường thẳng này kẻ đường vuông góc về phía dưới và cắt đường thẳng nối liền gai chậu sau trên với móm cụt, hai đường thẳng này cùng với đường đi thần kinh tọa tạo thành một tam giác. Tam giác này chính là vị trí đâm kim dò tìm thần kinh tọa.

Kỹ thuật:

- Đi kim dưới hướng dẫn siêu âm hoặc máy kích thích thần kinh cơ.

- Chỉnh máy kích thích thần kinh ở mức 1.0 -1.5 mA, dùng kim đâm vuông góc mặt phang da, tìm phản xạ co duỗi bàn chân, giảm dần cường độ xuống <0.5 mA là đạt yêu cầu.

Thuốc: 20 -40 ml thuốc tê cho hầu hết người lớn.

VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN

- Ngộ độc thuốc tê.
- Tổn thương dây thần kinh.
- Chọc vào thận, niệu quản, ổ bụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Military advanced regional anesthesia and analgesia handbook, Walter Reed Army Medical Center, Washington DC, 2008.
2. Oxford handbook of Anaesthesia, third edition 2011
3. Textbook of Regional Anesthesia, 2003 EDITION

HƯỚNG DẪN GÂY TÊ TỦY SỐNG KẾT HỢP GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG (CSE) TRONG GIẢM ĐAU SẢN KHOA

1. ĐỊNH NGHĨA

CSE là phương pháp gây tê tủy sống (TS) kết hợp với gây tê ngoài màng cứng (NMC).

2. MỤC ĐÍCH

- Khởi đầu tác dụng giảm đau nhanh nhằm tạo sự thoải mái và hài lòng cho sản phụ khi đau, giúp sản phụ nghỉ ngơi, tiếp xúc với gia đình tốt hơn.
- Giảm liều thuốc tê, giảm tai biến và tác dụng phụ của thuốc.
- Không làm giảm chức năng vận động, sản phụ sẽ hợp tác tốt hơn với bác sĩ khi sinh thủ thuật.

3. ĐỐI TƯỢNG

- Các sản phụ vào chuyển dạ khi cổ tử cung mở lớn hơn 3 cm có yêu cầu giảm đau và không có chống chỉ định gây tê vùng.
- Chống chỉ định:
 - + Bệnh nhân từ chối không hợp tác.
 - + Bệnh lý cột sống: sốt bại liệt, biến dạng cột sống, gù vẹo cột sống, dị tật cột sống.
 - + Bệnh lý về đông máu và đang sử dụng thuốc kháng đông.
 - + Thiếu máu nặng hay thiếu thể tích tuần hoàn chưa bồi hoàn.
 - + Nhiễm trùng toàn thân hay tại nơi làm thủ thuật.
 - + Bệnh lý van tim nặng.

4. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN

- Khám tiền mê, nghe tim phổi, xem các xét nghiệm thường quy.
- Truyền Lactat Ringer hay NaCl 0.9%, tốc độ XL giọt/phút.
- Monitor theo dõi mạch huyết áp, nhịp thở, SpO₂.
- Đánh giá vùng tê trước khi làm phẫu thuật.

5. PHƯƠNG PHÁP THỰC HIỆN

- Cách thực hiện:
 - + Tư thế bệnh nhân nằm nghiêng, hai tay ôm hai đầu gối sát lên bụng, cằm cúi xuống ngực.
 - + Sát trùng vị trí tê.

- + Trải khăn lỗ vô trùng.
- + Xác định vị trí chọc tiêm: khoang L3-L4 hoặc L4-L5.
- + Gây tê tại chỗ bằng Lidocaine 2% 1 ml.
- + Sử dụng bộ kim CSE.
- + Xác định khoang ngoài màng cứng bằng phương pháp mất sức cản không khí (dùng kim Tuohy).
- + Dùng kim tê TS G27 xuyên qua lòng kim Tuohy để chích vào khoang dưới nhện
- + Rút nòng kim TS ra thấy có dịch não tủy chảy ra thì tiến hành bơm vào TS Bupivacain 0,0625% (1,25 mg) 2 ml + Fentanyl 20 mcg.
- + Sau đó rút kim tê TS ra.
- + Luồn catheter vào khoang NMC, lưu catheter khoảng 3 cm.
- + Rút kim Tuohy ra.
- + Cố định catheter bằng băng dán vô trùng.
- + Đặt bệnh nhân nằm ngửa và theo dõi mạch huyết áp, nhịp thở, SpO2.
- + Liều duy trì bơm tiêm điện qua catheter ngoài màng cứng ngay sau liều tê tủy sống 10 ml/h: Bupivacain 0,0625% + Fentanyl 2 mcg/ml.
- + Liều sơ thai + khâu tầng sinh môn: Bupivacain 0,125% 5 ml tiêm vào catheter ngoài màng cứng khi chuẩn bị sơ thai.

6. XỬ TRÍ CÁC TÁC DỤNG PHỤ SAU KHI GÂY TÊ

- Hạ huyết áp: Huyết áp tâm thu giảm 20% so với lúc chưa gây tê hoặc nhỏ hơn 90 mmHg, truyền dịch nhanh và dùng Ephedrine 5 mg/lần cho đến khi huyết áp đạt giá trị ban đầu thì ngưng.
- Mạch chậm: Nhỏ hơn 50 lần/phút dùng Atropin 0.5 mg tiêm tĩnh mạch. Liều Atropin tối đa là 1mg.
- Nôn ói: Primperan 10 mg pha loãng tiêm tĩnh mạch chậm.
- Lạnh run: Pethidin 25 mg tiêm tĩnh mạch kèm đắp ấm cho bệnh nhân.

7. THEO DÕI SAU GÂY TÊ

- Bệnh nhân được theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO2 bằng monitor mỗi 30 phút trong 1 giờ đầu, mỗi giờ trong 3 giờ sau, mỗi 2 giờ trong những giờ tiếp theo.
- Đánh giá đau: dựa theo thang điểm VAS (Visual Analogue Scales)

Thang điểm đau VAS tiện lợi nhất là một thước trượt gồm 2 mặt: Một mặt dành cho bệnh nhân có ghi “không đau”, “đau dữ dội không thể tưởng”, một mặt dành cho người đánh giá mức độ đau:

- + 0-2: không đau
- + 2-4: đau nhẹ
- + 4-6: đau vừa
- + 6-8: đau nhiều
- + 8-10: đau dữ dội

Khi bệnh nhân có VAS >3, tăng liều thuốc tê lên 2 ml/lần mỗi giờ, tối đa 12 ml/giờ. Nếu bệnh nhân còn đau thì bolus 10ml Bupivacain 0,1% + 25 mcg Fentanyl. Nếu vẫn còn đau thì xem xét lại kỹ thuật gây tê, có thể tiến hành gây tê lại.

- Đánh giá sự ức chế vận động theo thang điểm Bromage cải tiến.

- + Độ 1: Ức chế hoàn toàn (không vận động khớp gối và chân).
- + Độ 2: Ức chế gần như hoàn toàn (chỉ cử động được bàn chân).
- + Độ 3: Ức chế một phần (có thể cử động khớp gối).
- + Độ 4: Không thể vận động được khớp háng (gập khớp gối).
- + Độ 5: Có thể cử động được khớp háng khi nằm ngửa.
- + Độ 6: Có thể duỗi khớp gối.

Nếu bệnh nhân có yếu, liệt chi giảm tốc độ liều thuốc truyền cho bệnh nhân mỗi 3ml cho đến khi bệnh nhân hết yếu liệt chi và sau đó duy trì ở tốc độ truyền thấp hơn.

- Thăm khám bệnh nhân để phát hiện các biến chứng như bí tiểu, đau lưng, nhức đầu, các biểu hiện thần kinh thoáng qua do chọc dò kim.
- Rút catheter ngoài màng cứng khi bệnh nhân chuyển hậu sản.

HƯỚNG DẪN GÂY TÊ TỦY SỐNG TRONG PHẪU THUẬT PHỤ KHOA**1. ĐỊNH NGHĨA**

Gây tê tủy sống còn được gọi là gây tê khoang dưới màng nhện là một phương pháp gây tê vùng, thực hiện bằng cách đưa một lượng thuốc tê vào khoang dưới màng nhện. Thuốc tê tác dụng vào những rễ thần kinh gây nên mất cảm giác và liệt vận động. Trong mổ bụng phụ khoa, tê tủy sống là kỹ thuật vô cảm được lựa chọn để mổ từ vùng rốn trở xuống.

2. ĐỐI TƯỢNG

Các bệnh nhân có chỉ định mổ bụng phụ khoa được gây tê tủy sống ngoại trừ các chống chỉ định sau:

- Bệnh nhân từ chối hay không hợp tác.
- Bệnh nhân có rối loạn đông máu hay dùng thuốc chống đông như Heparin hoặc Aspirin.
- Bệnh nhân có nhiễm trùng (da lưng vùng gây tê), nhiễm trùng toàn thân
- Bệnh nhân bị tăng áp lực nội sọ.
- Bệnh nhân có dị tật bất thường cột sống, gù vẹo, xẹp đốt sống đã mổ cắt bản sống.
- Bệnh nhân bị sốc mất máu chưa hồi phục hay chưa bù đủ khối lượng tuần hoàn, huyết áp thấp.
- Bệnh nhân bị cao huyết áp thiếu năng vành mới bị nhồi máu cơ tim, suy tim mất bù, đảo shunt P-T.

3. KỸ THUẬT GÂY TÊ TỦY SỐNG**3.1 Chuẩn bị công cụ**

- Thuốc gây mê, hồi sức cấp cứu (Ephedrin 30 mg/ml, Atropin, Propofol 10 mg/1 ml, dẫn cơ, giảm đau...), monitor theo dõi ECG, nhịp tim, huyết áp không xâm lấn, SpO2. Máy gây mê, máy hút, nguồn Oxy, bộ dụng cụ cấp cứu: ống NKQ, mask thuyết ápnh quản, đèn đặt ống NKQ trong tư thế sẵn sàng.
- Dụng cụ gây tê: Kim gây tê kiểu Quincke 25. Bơm tiêm 3 ml, kiểm sát khuẩn, lọ đựng dung dịch sát khuẩn, găng tay vô trùng, gạc băng dán.
- Thuốc gây tê: Bupivacain Spinal Heavy 0.5% 5 mg/ml, ống 4 ml. Fentanyl 50 mcg/ml, ống 2 ml. Morphini Sulfas Spinal 1 mg/ml, ống 2 ml. Dịch truyền Ringer Lactate, Natri Chlorua 0,9%.

3.2 Chuẩn bị bệnh nhân

- Bệnh nhân được kiểm tra hồ sơ bệnh án, xem xét các xét nghiệm, giấy cam đoan phẫu thuật.
- Khám bệnh nhân trước mổ: nghe tim phổi, kiểm tra vùng gây tê trước khi làm thủ thuật.
- Giải thích cho bệnh nhân rõ về phương pháp vô cảm sẽ thực hiện.

3.3 Kỹ thuật gây tiến hành

- Ghi nhận mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO2 trước khi gây tê.
- Lập đường truyền tĩnh mạch với kim luôn 18G, truyền Ringer lactate 500 ml tốc độ từ 30 giọt/p đến truyền nhanh chỉnh theo huyết áp.
- Tư thế bệnh nhân: Nằm nghiêng, hướng dẫn bệnh nhân nằm cúi gập người, cong thắt lưng ra sau, đầu nằm trên gối mềm.
- Liều thuốc tê:

+ Phác đồ 1: Bupivacain Spinal Heavy 0,5% 12,5 mg + Fentanyl 25 mcg

+ Phác đồ 2: Bupivacain Spinal Heavy 0,5% 12,5 mg + Fentanyl 15 mcg +

Morphini Sulfas Spinal 0,1 mg.

- BS gây mê hồi sức: Rửa tay, mang găng phẫu thuật, sát trùng da vùng chích bằng cồn và povidine. Chọc kim ở khoảng gian đốt sống TL3 - TL4, mặt vát kim hướng lên trên, khi chọc đúng khoang dưới nhện sẽ có dịch não tủy chảy ra ở chuôi kim.
- Sau khi bơm hết thuốc tê, đặt bệnh nhân tư thế nằm ngửa, kê đầu trên một gối mềm. Cho bệnh nhân thở Oxy 3-5 lít/phút qua mặt nạ hoặc canule mũi.
- Sau khi gây tê tủy sống, bệnh nhân mất vận động, mất cảm giác đau từ mức T10 (ngang rốn) trở lên thì có thể tiến hành phẫu thuật.

4. XỬ TRÍ CÁC TÁC DỤNG PHỤ SAU GÂY TÊ

Bệnh nhân sau gây tê được theo dõi huyết áp 2 phút/ lần trong 10 phút đầu và 5 phút/ lần sau đó cho đến khi kết thúc cuộc mổ.

- Khi có hạ huyết áp tâm thu 30% hoặc giảm dưới 100 mmHg so với huyết áp ghi nhận trước khi gây tê tủy sống bệnh nhân được xử trí Ephedrin, 6 mg tiêm tĩnh mạch được dùng để nâng huyết áp (pha 1 ống Ephedrin 30 mg/ml với

9 ml nước cất thành 30 mg/10 ml ^ 3 mg/1 ml).

- Bệnh nhân được ghi nhận là chậm nhịp tim, khi nhịp tim giảm < 50 l/phút. Khi chậm nhịp tim xảy ra Atropine 0,25 mg/ống pha loãng nước cất thành 10 ml tiêm tĩnh mạch chậm mỗi 5-10 phút nâng nhịp tim lên > 60 l/p.

- Các tác dụng phụ: buồn nôn và nôn (Primperan 10 mg/ống tiêm tĩnh mạch), lạnh run (điều trị bằng sưởi ấm hoặc Pethidine 100 mg/ống, V ống pha loãng với nước cất tiêm tĩnh mạch chậm).

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Chùng (2011). "Gây tê tủy sống". *Gây Mê Hồi Sức Cơ Bản*, tr. 137-156.
2. Nguyễn Đức Lam, Nguyễn Hữu Tú, Nguyễn Quốc Tuấn (2010). "So sánh hiệu quả và các tác dụng phụ của gây tê tủy sống với gây mê nội khí quản để mổ lấy thai ở bệnh nhân tiền sản giật nặng". *Y học thực hành* số 744, tr 101-105.
3. Cynthia A, Naveen N (2009). "Spinal, epidural, and caudal anesthesia: anatomy, physiology, and technique". *Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and practice*, 12, pp.227 - 242.

ĐIỀU TRỊ GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT**1. ĐẠI CƯƠNG:**

Đau sau phẫu thuật là sự phối hợp của các cảm giác khó chịu về mặt giác quan, cảm xúc và tâm thần kết hợp với các phản ứng tự động, nội tiết, và biến dưỡng, tâm lý và hành vi đáp ứng với tổn thương ngoại khoa. Phân loại đau khác nhau có thể được định nghĩa tùy thuộc vào mức độ kịp thời, nguyên nhân và cảm nhận về đau.

- Đau cấp: là dấu hiệu báo động bảo vệ.
- Đau mạn: tiến triển từ 3-6 tháng, là dấu hiệu phá hủy cả về thể xác và tâm thần.

Đau cấp nếu không điều trị đủ hiệu quả sẽ tiến triển đến hội chứng đau mạn tính.

2. TÁC HẠI CỦA ĐAU:

- Đau gây ra cảm giác khó chịu, sợ hãi, ảnh hưởng quan trọng tới tâm lý, đời sống xã hội và sự phục hồi của người bệnh.
- Đau gây ra hàng loạt các rối loạn: tăng stress của cơ thể, rối loạn nội tiết, chuyển hóa, hô hấp, tuần hoàn, chậm quá trình hồi phục sau phẫu thuật.
- Làm tăng nguy cơ trở thành đau mạn tính sẽ phải chịu suốt đời dù vết mổ đã lành hoàn toàn.
- Đau sau mổ có thể gây ra các biến chứng sớm và nguy hiểm như tăng huyết áp, loạn nhịp tim, thiếu máu cơ tim, xẹp phổi, viêm phổi, suy hô hấp, tăng đông, thuyên tắc phổi, thuyên tắc mạch sâu, táo bón, liệt ruột, ức chế giấc ngủ, rối loạn do stress sau chấn thương...

3. ĐÁNH GIÁ ĐAU SAU MỔ:**3.1. Mức độ đau:**

- Mức độ đau tùy thuộc vào nhiều yếu tố.
 - Thay đổi theo từng cá nhân, không liên quan đến loại phẫu thuật:
- + 15% số BN không đau hoặc đau rất ít.

+ 15 % BN có cảm giác đau rất nhiều, ngay cả khi đã điều trị giảm đau chuẩn.

- Cần có các thang điểm để đánh giá đau. EVA và EVS là các thang điểm

đơn giản và dễ thực hiện nhất.

- Theo loại và vị trí phẫu thuật:

+ Mức độ đau phẫu thuật ngực và bụng trên > phẫu thuật bụng dưới > phẫu thuật ngoại biên.

3.2. Thời gian đau:

- Cường độ đau sau phẫu thuật giảm dần theo thời gian.
- Thời gian đau trung bình của các loại phẫu thuật:
 - + Phẫu thuật ngực: 4 ngày.
 - + Phẫu thuật bụng trên: 3 ngày.
 - + Phẫu thuật bụng dưới: 2 ngày.
 - + Phẫu thuật ngoại biên: 1 ngày.
- Việc ngăn ngừa sự xuất hiện và lặp lại cơn đau rất quan trọng:
 - + Giảm đau hệ thống.
 - + Sử dụng trong mổ những thuốc giảm đau tác dụng kéo dài.
 - + Giảm đau bằng gây tê vùng.

3.3. Một số thang điểm đánh giá đau:

3.3.1. Thang điểm EVA (Echelle Visuelle Analogique):

- Hiện nay thường được sử dụng.
- Dụng cụ đánh giá gồm 1 thước đo gồm: một mặt không đánh thang điểm sẽ quay về phía BN, mặt kia được chia đều từ 0 đến 100, sẽ hướng về thầy thuốc. Bệnh nhân sẽ dùng con chạy để chỉ mức độ đau (được đánh giá từ không đau đến rất đau). Thầy thuốc sẽ kiểm tra để cho điểm đau trên mặt thước có chia độ.

3.3.2. Thang điểm đau đơn giản EVS (Echelle Verbale Simple):

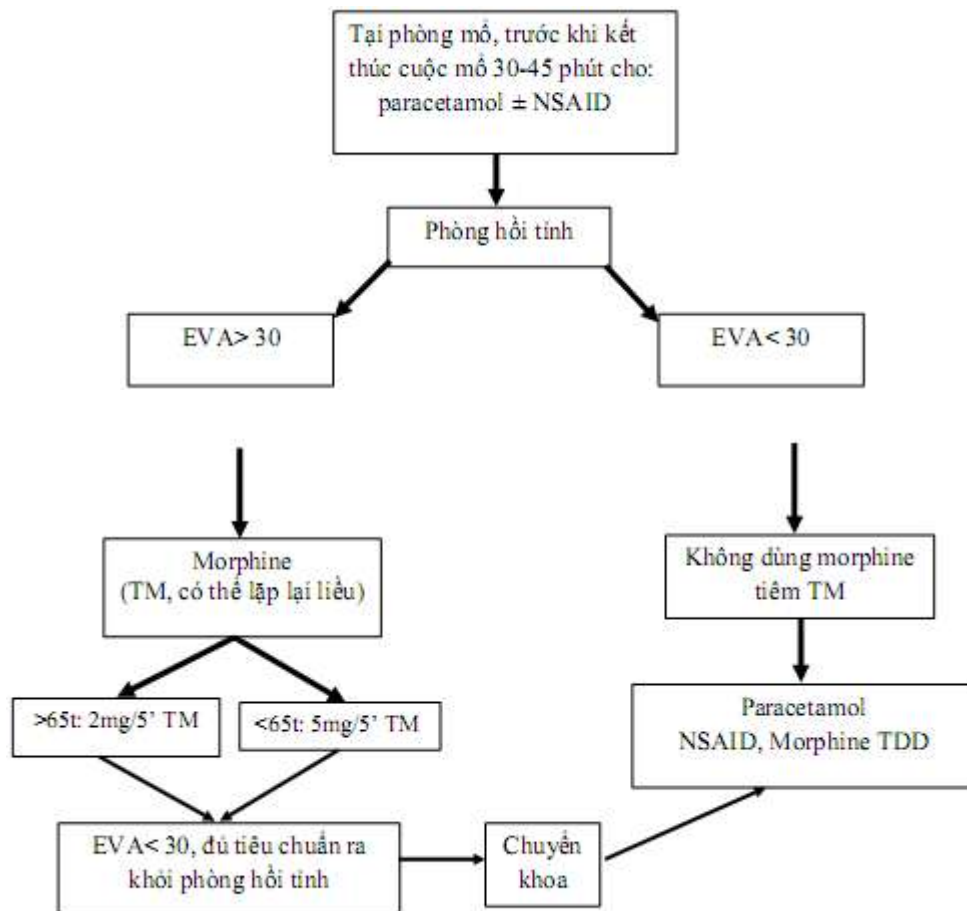
- + 0 = Không đau.
- + 1 = Đau ít.
- + 2 = Đau vừa.
- + 3 = Đau nhiều.
- + 4 = Đau dữ dội.
- Điều trị đau khi $EVA > 30$ và/hoặc $EVS > 2$.

4. CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ ĐAU:

4.1. SƠ ĐỒ LỰA CHỌN THUỐC ĐIỀU TRỊ ĐAU:

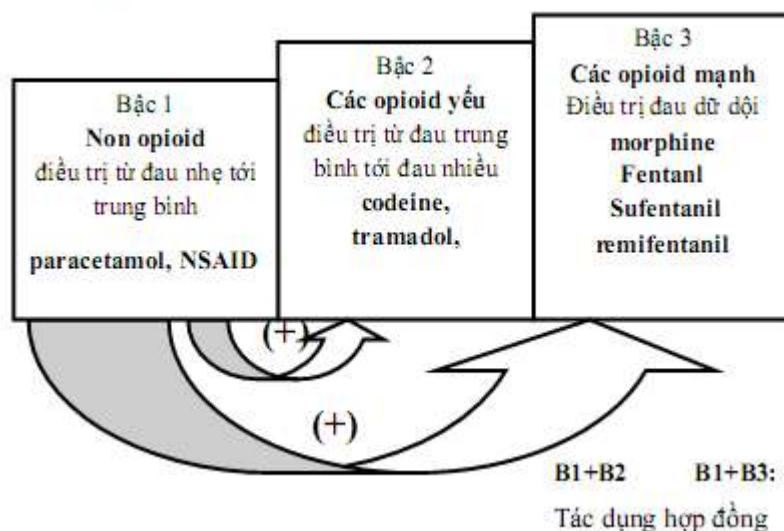
- Quy tắc giảm đau sau mổ có thể phối hợp nhiều phương pháp như giảm đau toàn thể (morphine hay nonmorphine) với gây tê vùng (Gây tê trục thần kinh hay gây tê ngoại

biên). Tùy từng bệnh nhân mà người bác sĩ đánh giá giữa lợi ích và nguy cơ của từng phương thức điều trị để đưa ra phương pháp tốt nhất. Ở phạm vi bài này chúng tôi chỉ đề cập tới những phương pháp giảm đau toàn thân.



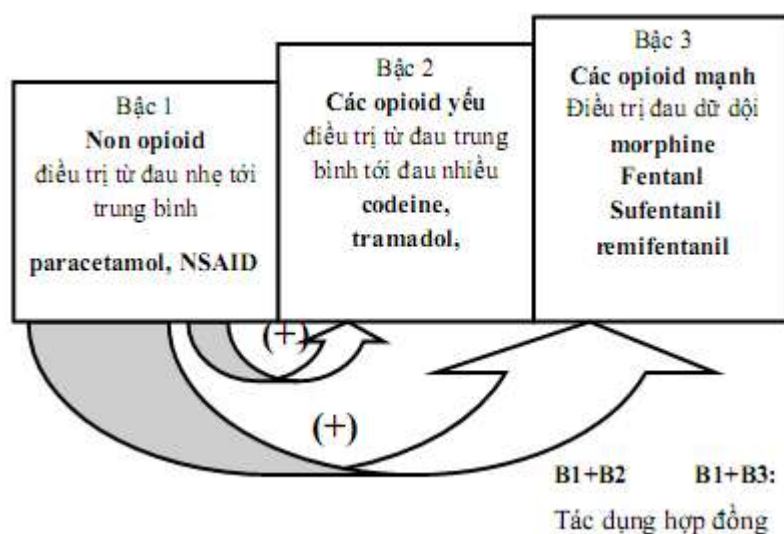
Sơ đồ: lựa chọn thuốc giảm đau.

4.2. BẬC THANG GIẢM ĐAU:



Sơ đồ: lựa chọn thuốc giảm đau.

4.2. BẬC THANG GIẢM ĐAU:



4.3. CÁC THUỐC GIẢM ĐAU BẬC 1:

4.3.1. Paracetamol:

- Là một dẫn xuất của para-aminophenol có tác dụng giảm đau và hạ sốt giống NSAID nhưng không có tác dụng kháng viêm. Tác dụng lên hệ TKTW bằng cách ức chế men cyclooxygenase, hoạt động của các đường dẫn truyền xuống serotonergique cạnh tủy sống.
- Thuốc dùng đường uống, đặt trực tràng hay tiêm truyền tĩnh mạch.
- Chuyển hóa qua gan, thải qua thận. Quá liều thuốc có thể gây hoại tử gan.
- Liều : 500-1.000 mg/lần cách 4- 6 giờ, tối đa 4.000 mg ở người lớn.

4.3.2. KHÁNG VIÊM KHÔNG STEROIDS:

- Tác dụng kháng viêm, giảm đau, giảm kết tập tiểu cầu, hạ sốt do ức chế men cyclo-oxygenase.

- Tác dụng phụ:

❖ Không chọn lọc:

+ Ức chế men COX1 và COX2 làm ức chế việc sản xuất prostaglandin loét dạ dày, xuất huyết, thủng.

+ Ức chế kết tập tiểu cầu có hồi phục.

+ Suy thận.

❖ Ức chế COX2.

+ Biện chứng tim mạch: nhồi máu cơ tim, đột quỵ, suy tim, phù phổi.

+ Tăng huyết áp, phù.

Một số thuốc nhóm NSAID:

- Ibuprofen: 200-400 mg uống 4-6 giờ, tối đa 2.000 mg.
- Naproxen: 500 mg uống, khởi đầu 250 mg, mỗi 6-8 giờ, tối đa 1250 mg.
- Ketorolac: 15-30 mg TM hay TB mỗi 6 giờ, tối đa 150 mg ngày đầu, sau đó 120 mg.
- Celecoxib: 100-200 mg uống mỗi 12 giờ, tối đa 400 mg.

4.4. CÁC THUỐC GIẢM ĐAU BẬC 2:

- Codeine:

+ Là alkaloid của thuốc phiện có tác dụng chống ho, chống tiêu chảy. Tác dụng giảm đau yếu hơn morphine 5-6 lần.

+ Tác dụng phụ: buồn nôn, ói mửa, dị ứng, co thắt phế quản, nghiện.

+ Liều: 15-60 mg uống mỗi 4 giờ, tối đa 360 mg/ngày.

- Tramadol:

+ Tác dụng giảm đau yếu hơn morphine 4 lần.

+ Tác dụng phụ: buồn nôn và ói mửa.

+ Liều: 50-100 mg uống mỗi 4-6 giờ, tối đa 400 mg/ngày. Chính liều từ từ: khởi đầu uống 25 mg/ngày sau đó tăng dần mỗi 25 mg trong 3 ngày cho tới 25 mg x 4 lần/ngày. Sau đó tăng 50 mg/ngày trong 3 ngày cho tới 50 mg x 4 lần/ngày.

4.5. CÁC THUỐC GIẢM ĐAU BẬC 3:

- Các thuốc nhóm morphine có tác dụng giảm đau mạnh nhưng lại có nhiều tác dụng phụ: táo bón, buồn nôn, nôn, buồn ngủ, ngứa chong mặt, bí tiểu, ức chế hô hấp, ức chế miễn dịch.

Guidelines sử dụng nhóm opioid đường tĩnh mạch bằng phương pháp PCA*:

Thuốc (nồng độ)	liều	Thời gian lockout
Morphine (1 mg/ml)	1 mg (0,5-3 mg)	10 phút (5-12 phút)
Meperidine* (10 mg/ml)	10 mg (5-30 mg)	10 phút (5-12 phút)
Fentanyl (10 mcg/ml)	10 mcg (10-20 mcg)	10 phút(5-10 phút)

* Patient-controlled analgesia.

4.6. KETAMINE VÀ CÁC THUỐC GIẢM ĐAU HỖ TRỢ KHÁC :

Ketamine:

- Tác dụng giảm đau nông, dùng đường tiêm bắp, tĩnh mạch hay ngoài màng cứng.
- Liều giảm đau 1 mg/kg, sau đó TTM 3-4 mg/giờ.
- Truyền tĩnh mạch ketamine liều thấp lúc dẫn mê 0,15-0,30 mg/kg có tác dụng giảm đau và dùng morphine ít hơn sau mổ.
- Tác dụng phụ : nói sảng, ảo giác.

Gabapentine :

- Giảm đau sau mổ, làm giảm nhu cầu tiêu thụ morphine 32%.
- Tác dụng phụ : chóng mặt, nhức đầu, ngủ gà, giảm trí nhớ, ...
- Liều: 300 mg uống một lần ngày đầu tiên, sau đó 300 mg x 2 lần ngày thứ hai và 300 mg x 3 lần vào ngày thứ 3.

Dexmedetomidine, clonidine :

- Giảm đau, giảm nhu cầu thuốc phiện, tuy nhiên thuốc có tác dụng an thần gây ngủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Phác đồ Bệnh viện Nhân Dân 115, 2008, TRANG 140-141.
2. Wilton C. Levine, Clinical Anesthesia Procedures of the Massachusetts General Hospital. Edition 8th, 2010, pp. 601-614.

HƯỚNG DẪN TÊ CẠNH CỘT SỐNG

Định nghĩa

Tê cạnh cột sống (TCCS) là kỹ thuật tiêm thuốc tê vào khoang cạnh cột sống nằm dọc hai bên cột sống, là nơi rễ thần kinh tủy sống vừa ra khỏi lỗ gian đốt sống.

Chỉ định và chống chỉ định Chỉ định

- Giảm đau sau mổ các phẫu thuật có đường rạch da một bên ở vùng ngực hoặc bụng như phẫu thuật vú, phẫu thuật lồng ngực (không bao gồm phẫu thuật có bóc vỏ màng phổi), phẫu thuật trên thận hoặc niệu quản, phẫu thuật thoát vị bẹn.
- Giảm đau cấp tính trong gãy xương sườn.

Chống chỉ định

Chống chỉ định tuyệt đối

- Nhiễm trùng tại vị trí dự định tê.
- Khối u trong khoang cạnh cột sống tại vị trí dự định tê.
- Dị ứng thuốc tê.
- Bệnh nhân từ chối.

Chống chỉ định tương đối

- Rối loạn đông máu nặng.
- Bệnh hô hấp nặng (ở bệnh nhân phụ thuộc chức năng cơ gian sườn để thở).
- Liệt cơ hoành đối bên.
- Dị dạng cột sống nặng (gù hoặc vẹo)

Kỹ thuật

Tư thế

Tư thế ngồi gập cổ và lưng nếu bệnh nhân tỉnh.

Tư thế nằm nghiêng với vùng phẫu thuật bên trên được thực hiện ở bệnh nhân đã được gây mê, hoặc không ngồi được.

Chọn mức tê

Nguyên tắc: tùy vào đường rạch da thuộc khoang da tương ứng mức tủy sống nào.

Nếu chỉ cần phong bế 1 đến 4 khoang da thì ta chọn vị trí tê tại một điểm giữa hoặc dưới khoang da trung tâm là đủ.

Nếu muốn phong bế rộng hơn 4 khoang da thì nên tê nhiều vị trí (ví dụ với phẫu thuật đoạn nhũ nạo hạch nách cần phong bế tối thiểu từ T1 đến T6, vì vậy có thể thực hiện tê tại mỗi điểm hoặc ở T1, T3, T5 hay T6).

Mốc tê

Cách mớm gai đốt sống tương ứng khoang da dự định tê 2.5 cm cùng bên muốn phong bế, phải tê bề mặt khi bệnh nhân thức tỉnh.

Kỹ thuật đi kim và tiêm thuốc

Tê tại cho bằng lidocaine 1 % tại vị trí dự định tê.

TCCS bằng kim tê ngoại vi hoặc kim Touhy 20G nếu tiêm một lần, kim Touhy 18G nếu có lưu catheter.

Hướng đâm kim từ sau ra trước, vuông góc mặt phẳng da cho đến khi chạm xương, ghi nhận khoảng cách này sau đó lùi kim ra và đổi hướng kim xuống dưới trượt ra khỏi móm ngang vào sâu thêm 1 cm khi tê ở đoạn ngực hoặc 0.5 cm khi thực hiện tê ở đoạn thắt lưng so với khoảng cách da móm ngang.

Hướng đi kim về phía đầu thường không được khuyến cáo áp dụng vì nguy cơ chọc thủng màng phổi và tràn khí màng phổi cao hơn khi đi kim về phía chân.

Có thể xác định khoang cạnh cột sống (KCCS) bằng máy kích thích thần kinh, hoặc dưới hướng dẫn siêu âm.

Luồn catheter để giảm đau liên tục

Sau khi định vị được KCCS, tiêm 5-10 ml thuốc tê hoặc nước muối sinh lý để mở rộng khoang, luồn catheter KCCS không quá 3cm.

Có thể được thực hiện luồn catheter dưới sự quan sát của phẫu thuật viên trong lúc mở ngực.

Loại thuốc tê

Bupivacaine 0.5%, Levobupivacaine 0.5% hoặc Ropivacaine 0.5%.

Liều thuốc tê

3 - 5 ml thuốc tê nồng độ 0.5% cho mỗi khoang da, không quá 20 ml thuốc tê Duy trì liên tục qua catheter: 0.1 -0.2 ml /kg thuốc tê nồng độ 0.25%

Tai biến và hướng xử trí

I. Chạm mạch:

Thực hiện tê lại tại vị trí khác.

2. Tê nhằm vào khoang ngoài màng cứng:

Bệnh nhân đặt vô cảm 2 bên cơ thể.

Xử trí tác dụng phụ hạ huyết áp của tê ngoài màng cứng bằng truyền dịch tính thể, tiêm tĩnh mạch ngắt quãng 3-6 mg ephedrine hoặc 0.1 mg phenylephrine cho đến khi đạt hiệu quả mong muốn.

3. Thủng màng phổi gây tràn khí màng phổi, tràn máu màng phổi:

Chụp XQ phổi.

Mời chuyên khoa ngoại lồng ngực can thiệp dẫn lưu màng phổi hoặc phẫu thuật nếu có chỉ định.

4. Hội chứng Horner's do thuốc tê lan đến hạch sao cùng bên:

Thường tự hồi phục khi hết tác dụng của thuốc tê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tighe SQM, Greene MD (2010). "Paravertebral BlockCritical Care & Pain. 10,pp.133-7.
2. Batra RK, Krishnan K, Aganval A (2011). "Paravertebral block". J Anaesthesiol ClinPharmacol. 27 (1), pp.5-11.
3. Karmakar MK, Ho AM (2003). "Acute pain management of patients with multiple fractured ribs". J Trauma. 54 (3), pp.615-25.

KỸ THUẬT MỞ KHÍ QUẢN QUA DA**1. Chỉ định mở khí quản qua da:**

- Chỉ định mở khí quản tại khoa hồi sức đều liên quan đến tình trạng phải thông khí nhân tạo dài ngày thường gặp trong các bệnh: viêm phổi nặng, CTSN nặng, suy đa tạng. Những bệnh nhân phải thông khí nhân tạo > 7 ngày thì nên mở khí quản.
- Chỉ định mở khí quản qua da cũng giống như mở khí quản ngoại khoa tuy nhiên kỹ thuật này đòi hỏi phải được chuẩn bị kỹ, ekip làm phải hiểu rõ cấu trúc giải phẫu học và có đầy đủ các phương tiện theo dõi, cấp cứu.
- Chỉ định mở khí quản qua da được làm khi đường thở được kiểm soát chắc chắn.

2. Chống chỉ định mở khí quản qua da:

- Giải phóng đường thở trong tình trạng cấp cứu khẩn cấp.
- Nhiễm trùng da và mô mềm cần phải phẫu thuật.
- Bệnh lý về rối loạn đông máu chưa điều chỉnh:
 - INR > 1,5
 - Tiểu cầu < 50000/ mm³
 - Thời gian chảy máu kéo dài > 10 phút
- Bệnh lý gây biến dạng vùng cổ:
 - Hematome
 - U
 - Bướu giáp to độ 2, 3
 - Sẹo co rút từ lần phẫu thuật vùng cổ trước
 - Động mạch không tên ở vị trí trên cao.
- Chống chỉ định tương đối:
 - Bệnh nhân đang cần phải thông khí nhân tạo với PEEP > 15 cm.
 - Bệnh nhân béo phì, cổ ngắn với đường mốc không rõ ràng
 - Bệnh nhân < 15 tuổi.
- Gãy cột sống cổ di lệch nhưng chưa được nẹp vis.
- Viêm cột sống cổ, bệnh nhân không ngửa cổ được.

3. Biện chứng:

- Biện chứng quanh phẫu thuật: (< 24h)
 - Chảy máu: xảy ra hầu hết ở tất cả các trường hợp, tuy nhiên nó tự cầm được.
 - Giảm oxy máu: là do bị giảm thông khí trong quá trình làm (hệ thống thông khí nhân tạo bị hở). Người làm không có kinh nghiệm khi thực hiện kỹ thuật và sử dụng ống nội soi khí quản mềm nhiều lần sẽ làm gia tăng tỉ lệ tai biến này. Do đó trước khi làm phải tăng thể tích FiO₂ 100% để bù trừ, chỉ nên nội soi khí quản để xác định catheter dẫn đúng vị trí.
 - Đặt canule sai vị trí: thường xảy ra trên bệnh nhân cổ ngắn, vùng mỡ vùng cổ dày, vị trí đặt canule thấp, đường rạch ra không đủ rộng do đó rất khó khăn khi đặt catheter để nong.
 - Thủng thành sau khí quản: catheter dẫn và quá trình nong có thể dẫn đến trầy xước hay thủng khí quản. Tổn thương này dẫn đến tràn khí dưới da, tràn khí trung thất, tràn khí màng phổi
 - Tràn khí dưới da quanh vùng cổ: do canule đặt sai vị trí, tổn thương khí quản trong quá trình nong. Tình trạng này có thể tự hết tuy nhiên đây cũng là dấu hiệu chỉ dẫn tình trạng tràn khí trung thất, tràn khí màng phổi.
 - Tràn khí màng phổi, trung thất.
 - Tai biến tuột ống nội khí quản trong quá trình làm rất nguy hiểm dẫn đến tử vong nếu không phát hiện kịp thời.
- Biện chứng muộn: (nhiều tháng):
 - Chảy máu: thường gặp trên những bệnh nhân nhiễm trùng đa cơ quan, shock nhiễm trùng, suy thận. Các bệnh nhân này đều có rối loạn về vấn đề đông máu mà chưa được điều chỉnh.
 - Dò khí quản - thực quản chiếm tỉ lệ 0.01% rất hiếm gặp, nguyên nhân thường là do bị tổn thương thành sau khi làm thủ thuật.
 - Sự thành lập u hạt quanh chân ống nội khí quản.
 - Tồn tại một lỗ dò qua da ở khí quản cổ sau khi rút canule khí quản.

4. Kỹ thuật làm:

- Hiện tại khoa GMHS MKQ qua da theo 2 phương pháp: nong liên tục của Ciaglia (sử dụng bộ dụng cụ COOK, Inc), và phương pháp của Griggs

Dụng cụ:



Bộ dụng cụ mở khí quản qua da của COOK



- Bộ dụng cụ mở khí quản qua da với Kelly Howard theo phương pháp của Griggs.
- Bộ tiểu phẫu: áo vô trùng, găng tay, gòn, gạc, betadine 20 ml.
- Ống sjoberg: đường kính tùy theo bệnh nhân.

***Chuẩn bị bệnh nhân:**

- Tăng FiO₂ của máy thở 100% ít nhất 15 phút trước khi làm.
- Giảm đau, an thần: Midazolam 5 mg/ống (5ống) + Fentanyl 0,5 mg 1 ống pha đủ 25 ml dùng qua bơm điện 5 - 10 ml/h để bệnh nhân thở theo máy.
- Dẫn cơ: Norcuron 4 mg/ống hay Tracrium 25 mg/ống tĩnh mạch.
- Chuẩn bị tư thế: bệnh nhân đầu thẳng, ngửa cổ tối đa, kê vai, làm sạch vùng cổ.
- Trước khi làm phải rút ống nội khí quản đến khi bóng chèn sát 2 dây thanh âm dưới sự kiểm soát của đèn soi thanh quản.

***Kỹ thuật làm:**

- Xác định mốc, đánh dấu vị trí cần làm
- Sát trùng da vùng cổ, trải drap vô trùng
- Xác định sụn nhẫn

- Gây tê tại chỗ bằng Lidocain dưới sụn nhẫn 1 - 1,5 cm



Bước 1: Rạch da theo mốt đã đánh dấu

Bước 2: Dùng kim chọc vào khí quản



Bước 5: Nong bằng các catheter 21F, 24 F, 26F

Bước 6: Nong bằng catheter lớn nhất 32 - 36F. Sau đó luồn Sjoberg và cố định.

5. Tài liệu tham khảo:

1. Bùi Chí Viết, Phó Đức Mẫn (2007), “Mở thông khí quản”, Phẫu thuật thực hành, Nhà Xuất Bản Y Học, tr.176 - 183.
2. Aygen.T, Aysen.A, Namigar.T (2008), “Comparison of percutaneous dilatational tracheostomy with surgical tracheostomy”, M.E.J.ANESTH, 19 (5), pp.1055-1067.
3. Mladen S, Sasa.G, Mijo.K and col (2007), “ Early complications of percutaneous tracheostomy using the Griggs method, Signa Vitae, 2 (2), pp.18 - 22.
4. Olszewski J, Milonski J (2007), “History of tracheotomy”, Otolarynol Pol, 61 (3), pp.349 - 352.
5. Scott.K, Epteins.MD (2005), “ Late complications of tracheostomy”, Respiratory

Care, April Vol 50 No4, pp. 542 - 549.

6. Anil K. Lalwani. 2012, “Current Diagnosis & Treatment-Otolaryngology Head and Neck Surgery”, pp.539-541.

NGĂN NGỪA BIẾN CHỨNG NHỒI MÁU CƠ TIM QUANH PHẪU THUẬT (PMI: perioperative myocardial infarction)

1. Mở đầu

Biến chứng tim mạch xuất hiện khoảng 1-5% bệnh nhân không chọn lọc trải qua phẫu thuật (PT) mạch máu và 27% ở người nguy cơ cao.

PMI làm tăng nguy cơ tử vong, kéo dài thời gian nằm viện (trung bình thêm hơn 6 ngày) và tăng chi phí điều trị.

2. Đánh giá các yếu tố nguy cơ tim mạch trước phẫu thuật:

2.1. Nhiệm vụ của Bác sĩ:

Nhiệm vụ của BS tim mạch:

- Xác định bệnh nhân có tình trạng bệnh tim mạch hay không?
- Lượng giá nguy cơ biến chứng tim mạch quanh phẫu thuật.

Nhiệm vụ của BS phẫu thuật:

- Đánh giá nguy cơ phẫu thuật.
- Phát hiện bệnh nhân có vấn đề về tim mạch để hội chẩn bác sĩ tim mạch.

2.2. Phân loại biến cố:

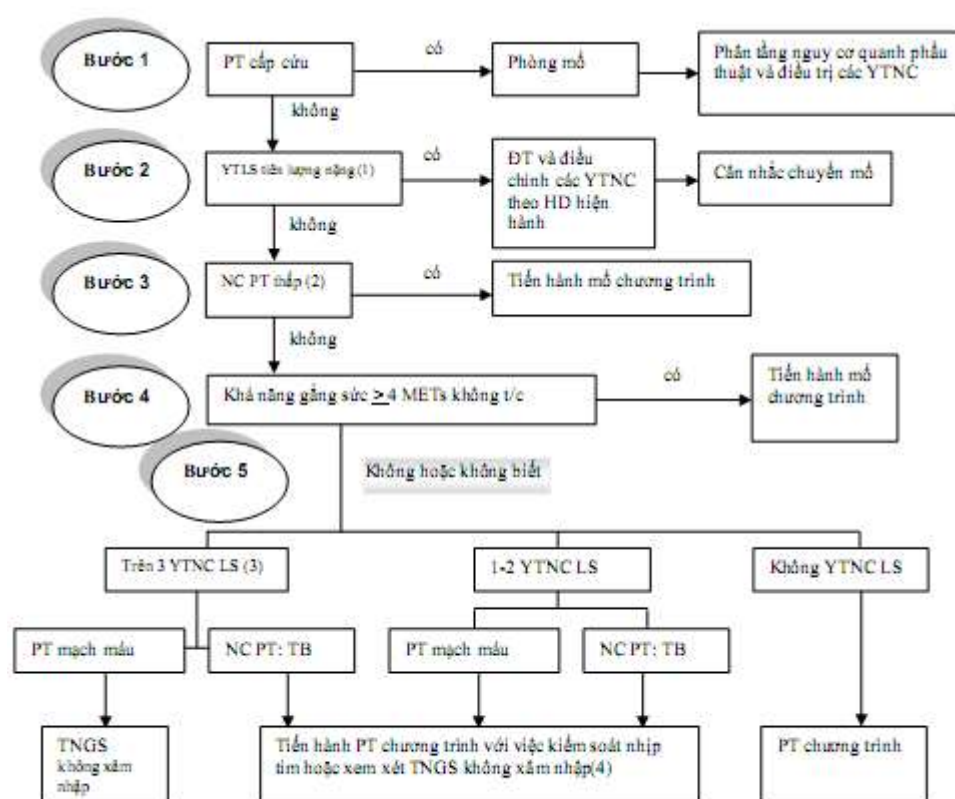
Theo quy ước, nguy cơ quanh phẫu thuật được xem xét trong giai đoạn 30 ngày sau phẫu thuật và kinh điển được chia thành giai đoạn sớm (0-48 giờ), trung bình (sau phẫu thuật từ ngày 3 - 8) và giai đoạn muộn (8 - 30 ngày).

2.3. Các bước đánh giá nguy cơ tim mạch quanh phẫu thuật:

Thực hiện theo hình 1:

<u>Tình trạng tim mạch cấp tính</u> (Active cardiac condition)	<u>Ví dụ</u>
-Hội chứng mạch vành không ổn định.	-Đau ngực không ổn định hoặc CĐTNOĐ nặng (CCS III hoặc IV). NMCT cấp (trong vòng 7 ngày) hoặc NMCT gần đây (trong vòng 30 ngày).
-Suy tim mất bù.	-NYHA IV hay Suy tim xấu đi hoặc mới khởi phát.
-Loạn nhịp nghiêm trọng	-Block nhĩ thất cao độ. Loạn nhịp thất có triệu chứng ở bệnh nhân có bệnh tim nền. Loạn nhịp trên thất không kiểm soát được nhịp thất. Loạn nhịp chậm có triệu chứng. Nhịp nhanh thất mới phát hiện.
-Bệnh van tim nặng	-Hẹp chủ nặng, hẹp hai lá nặng.

Bảng 1. Các tình trạng tim mạch cấp tính (yếu tố lâm sàng tiên lượng nặng)

**Hình 1: Các bước đánh giá nguy cơ trước PT**

(1) Theo bảng 1 (2) Theo bảng 2 (3) Theo bảng 3 (4) Theo bảng 4

Nguy cơ cao (nguy cơ tim mạch > 5%) - PT lớn, cấp cứu, đặc biệt ở bệnh nhân lớn tuổi. - PT ở động mạch chủ bụng hay các mạch máu lớn khác. - PT ở mạch máu ngoại biên. - PT có khả năng kéo dài và nguy cơ mất nhiều máu hoặc rối loạn cân bằng nước điện giải. Nguy cơ trung bình (nguy cơ tim mạch < 5%). - PT cắt bỏ nội mạc động mạch cảnh. - PT ở đầu cổ. - PT chỉnh hình. - PT tiền liệt tuyến. Nguy cơ thấp (Nguy cơ tim mạch < 1%). - PT qua nội soi. - PT da. - PT thủy tinh thể. - PT ở tuyến vú.

Bảng 2: Phân tầng nguy cơ tim mạch trước các loại phẫu thuật ngoài tim theo hướng dẫn của hiệp hội tim mạch Hoa kỳ.

- Thiếu máu cục bộ cơ tim
- Suy tim xung huyết
- Bệnh lý não
- Nguy cơ phẫu thuật cao
- Tiểu đường đang ĐT bằng Insulin
- Creatinine > 2mg/dl

*Ngoài ra các bệnh lý toàn thân nặng như nhiễm trùng, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, cũng góp phần tiên đoán tử vong trước PT.

Bảng 3: 6 bệnh lý (6 yếu tố nguy cơ lâm sàng) là nguy cơ độc lập của mỗi tương quan tiên đoán tử vong tim mạch quanh phẫu thuật.

BN có tình trạng bệnh lý tim mạch cấp tính trước khi mổ chương trình phải được đánh giá và điều trị theo hướng dẫn hiện hành trước khi PT (I).

BN bệnh mạch vành có triệu chứng trái qua phẫu thuật mạch máu hay phẫu thuật nguy cơ trung bình (I)

BN có trên 3 yếu tố nguy cơ trên lâm sàng và khả năng GS kém (< 4 MET) trước các phẫu thuật mạch máu hay phẫu thuật có nguy cơ tim mạch trung bình, cao (IIa).

BN có 1-2 yếu tố nguy cơ trên lâm sàng và khả năng GS kém (< 4MET) trước các phẫu thuật có nguy cơ tim mạch trung bình, cao (IIb).

BN có 1-2 yếu tố nguy cơ trên lâm sàng và khả năng GS tốt trước các phẫu thuật mạch máu (IIb).

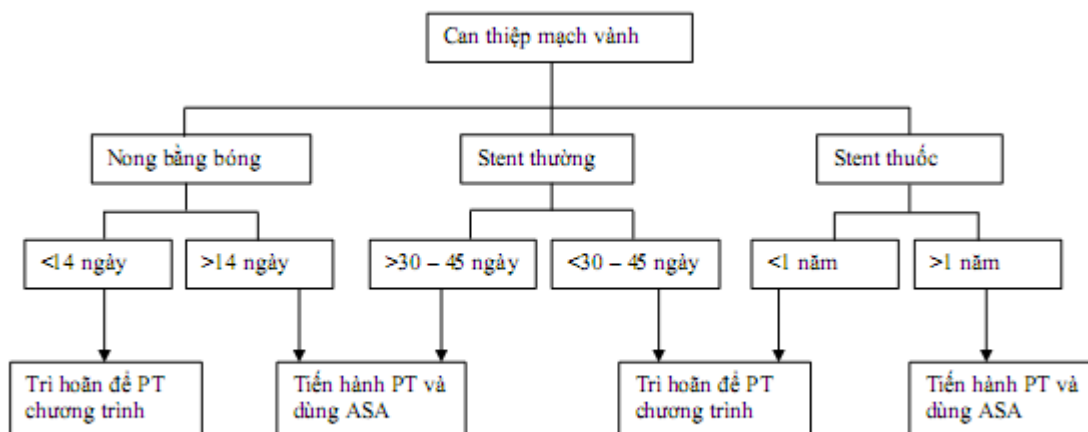
Bảng 4: Chỉ định cho trắc nghiệm gắng sức trước phẫu thuật.

2.4. Biện pháp làm giảm nguy cơ trước phẫu thuật :

2.4.1. Tái thông mạch vành trước phẫu thuật:

Class I :

1. BN có cơn ĐTN ổn định với hẹp thân chung
 2. BN có cơn ĐTN ổn định với bệnh 3 nhánh, đặc biệt ở những BN có EF < 50%
 3. BN có ĐTN ổn định với bệnh 2 nhánh, trong đó có nhánh LAD và EF < 50% hoặc BN có biểu hiện TMCBCT trên test gắng sức.
 4. BN có cơn ĐTN KỖĐNC cao và NMCT không ST chênh lên.
 5. NMCT cấp.
- Trong trường hợp CABG, thời gian phẫu thuật nên dời lại ít nhất 30 ngày.
 - Ở BN đã can thiệp mạch vành, tùy theo chiến lược can thiệp và loại stent để chọn thời điểm PT cho thích hợp (hình 2).



Hình 2 : thời gian tối thiểu để PT sau khi đã can thiệp MV.

2.4.2. Thuốc chống kết tập tiểu cầu quanh can thiệp :

Ở BN có kế hoạch đòi hỏi phải can thiệp và sau đó phải PT tiếp theo, cần tính đến nguy cơ chảy máu của PT. Nếu nguy cơ chảy máu PT thấp, tiến hành can thiệp và tiếp tục hai thuốc chống tiểu cầu. Nếu nguy cơ chảy máu cao, cần tính toán thời gian PT có thể dời để chọn phương pháp can thiệp và stent phù hợp (bảng 5).

Tiếp tục hai thuốc chống tiểu cầu trong và sau thủ thuật:

- Bệnh nhân trải qua phẫu thuật sớm sau đặt stent (nguy cơ huyết khối cao).
- Những thủ thuật có thể cầm máu tại chỗ như nhổ răng, phẫu thuật da, thủy tinh thể...
- Cần tham khảo các phẫu thuật viên để lượng giá nguy cơ chảy máu của thủ thuật, qua đó cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ của việc dùng thuốc.
- Không áp dụng cho phẫu thuật nếu chảy máu dẫn đến hậu quả nghiêm trọng (PT thần kinh, mắt, cắt TLT qua ngã nội soi ...)

Ngừng thuốc clopidogrel và chuyển dùng thuốc chống tiểu cầu tác dụng ngắn hay thuốc chống đông:

- Thuốc thường dùng là ức chế glycoprotein IIb/IIIa (dùng vào ngày thứ 3 trước PT và ngưng 8h trước PT) hay antithrombin (bivalirudin, chúng ta chưa có).
- Dùng lại clopidogrel càng sớm càng tốt sau phẫu thuật (ít nhất 24h khi nguy cơ chảy máu do PT hết).
- Thường dùng khi phải phẫu thuật sớm (các PT có nguy cơ chảy máu cao) sau đặt stent và cần phải ngưng clopidogrel.

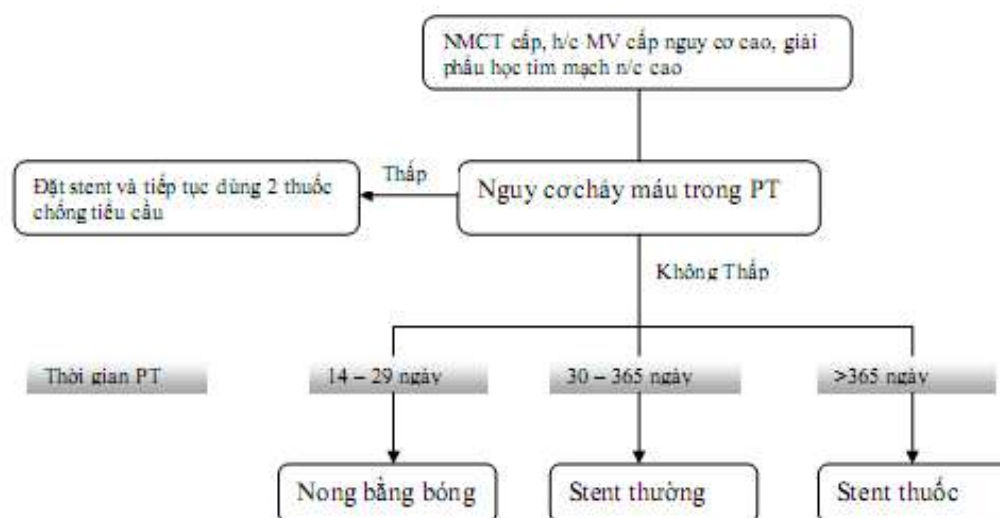
	Nguy cơ huyết khối trong stent cao	Nguy cơ huyết khối trong stent thấp
Biến chứng chảy máu nguy cơ cao: • PT nội sọ. • PT tủy sống. • PT hốc mắt. • Cắt đốt TLT qua ngã niệu đạo(TURP)	Ngừng ngay điều trị chống tiểu cầu, và nếu đang điều trị 2 thuốc chống tiểu cầu thì xem xét điều trị cầu kháng đông.	Ngừng ngay điều trị chống tiểu cầu.
Biến chứng chảy máu nguy cơ không cao	Tiếp tục điều trị chống tiểu cầu	Tiếp tục điều trị chống tiểu cầu

Bảng 5 :kế hoạch điều trị cho BN đòi hỏi PCI cần PT tiếp theo.

Ngừng clopidogrel và dùng lại sau phẫu thuật.

- Dùng khi stent đã nội mạc hóa đầy đủ và nguy cơ huyết khối rất thấp.
- Phẫu thuật thần kinh cũng nên theo chiến lược này vì nguy cơ chảy máu PT cao.
- Khi dùng lại thuốc (khi hết nguy cơ chảy máu), nên dùng liều nạp 600mg clopidogrel.

Trong trường hợp phải PT mà chưa đủ thời gian cho phép ngưng kháng tiểu cầu, có 3 chiến lược xử trí là (xem tóm tắt ở hình 3):



Hình 3: Tóm tắt chiến lược điều trị chống tiểu cầu theo nguy cơ

2.4.3. Thuốc chẹn beta:

Chỉ định và chiến lược dùng chẹn thụ thể beta nêu ở bảng 6 và 7.

	Nguy cơ tim mạch thấp	Nguy cơ tim mạch trung bình	Nguy cơ tim mạch cao hoặc bệnh MV mạn
PT mạch máu PT nguy cơ TB hoặc cao. PT nguy cơ thấp	IIbC Chưa đủ chứng cứ. Chưa đủ chứng cứ.	IIbC IIbC Chưa đủ chứng cứ.	Cận lâm sàng trước PT cho thấy tình trạng thiếu máu cơ tim. IB IIaB IIaB

Bảng 6: Tóm tắt chỉ định dùng chẹn beta quanh PT

-Thời điểm và liều dùng : • Ức chế beta nên dùng vài ngày đến vài tuần trước PT chương trình. • Liều thuốc nên điều chỉnh để đạt nhịp tim lúc nghỉ 60 – 65 l/ph. Trên những BN thiếu máu cục bộ cơ tim, kiểm soát nhịp tim xuống dưới ngưỡng gây thiếu máu. -Lựa chọn thuốc : có thể dùng bất kỳ thuốc ức chế beta chọn lọc nào : bisoprolol, metoprolol, atenolol, ... -Thời gian dùng : • BN không có chỉ định dài hạn : tới 30 ngày sau PT. • BN có chỉ định dùng dài hạn : dùng không hạn định.

Bảng 7 : Tóm tắt chiến lược dùng chẹn beta quanh PT

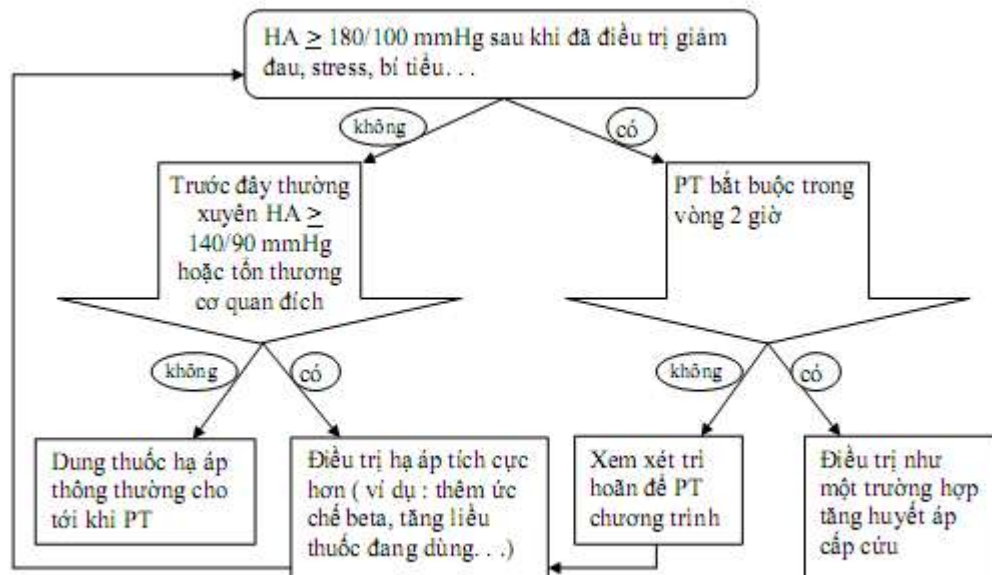
2.4.4. Suy tim sung huyết:

- Điều trị tốt suy tim sung huyết trước PT giúp cải thiện dự hậu.
- Nên sử dụng các thuốc như thuốc chẹn beta, thuốc dẫn mạch (thuốc ức chế men chuyển hoặc thuốc đối kháng thụ thể angiotensin nếu bệnh nhân không dung nạp thuốc ức chế men chuyển. Tuy nhiên cần ngưng 24h trước khi mổ), hydralazine phối hợp nitrat (ở bệnh nhân chống chỉ định thuốc ức chế thụ thể angiotensin hoặc không dung nạp được) và lợi tiểu (đặc biệt là spiro lactone ở bệnh nhân rối loạn nặng chức năng thất trái).
- Khi dùng các thuốc này nên cẩn thận, chú ý tránh tăng hoặc giảm kali máu và tránh quá tải và giảm thể tích.

2.4.5. Bệnh van tim :

- Ngoại trừ hẹp van ĐMC nặng, các bệnh van tim khi được điều trị nội thường sẽ không có triệu chứng hoặc còn bù trừ.
- Các bệnh nhân hở 2 lá hoặc hở chủ nặng, hẹp 2 lá từ nhẹ đến vừa thường được theo dõi sát trong suốt cuộc PT bằng catheter Swan-Gans và điều trị thuốc thích hợp.
- Những trường hợp hẹp van 2 lá nặng có thể bong van 2 lá bằng bóng qua da (thay vì PT thay van) trước khi cần PT ngoài tim khẩn cấp.
- Bệnh nhân hẹp van động mạch chủ nặng có triệu chứng sẽ tăng nguy cơ khi PT ngoài tim do đó lý tưởng là nên PT thay van trước khi làm PT ngoài tim không khẩn cấp.

2.4.6. Tăng huyết áp :



Hình 4: chỉ dẫn điều trị THA trước PT

2.4.7. Rối loạn nhịp và bệnh của hệ thống dẫn truyền :

a. Rung nhĩ :

- BN có rung nhĩ trước mổ cần kiểm soát đáp ứng thất theo chỉ dẫn hiện hành. (xem phác đồ điều trị rung nhĩ)

b. Loạn nhịp thất :

- Những bệnh nhân có ngoại tâm thu đơn độc và không có bằng chứng của NMCT có lẽ không cần phải điều trị đặc hiệu trong giai đoạn quanh PT.
- Nhịp nhanh thất có triệu chứng và kéo dài nên điều trị bằng amiodaron, chẹn beta hoặc lidocain.

c. Rối loạn dẫn truyền :

- Trước PT trên những bệnh nhân có nhịp chậm nặng, nên đánh giá khả năng tăng nhịp tim một cách thích hợp (đánh giá khả năng dẫn truyền). Có thể đánh giá bằng cách cho bệnh nhân gắng sức. Khi bệnh nhân gắng sức mà nhịp tim không tăng và huyết áp bị tụt hay xuất hiện triệu chứng giảm cung lượng tim thì nên xem xét đặt máy tạo nhịp.
- Quyết định cấy máy tạo nhịp tùy thuộc vào loại PT, vào khả năng có rối loạn cân bằng nước điện giải và các phản xạ dẫn mạch, sốt, hoặc các tình trạng khác làm tăng nhu cầu của tim.
- Trước khi cấy máy tạo nhịp phải đánh giá lại chỉ định cấy máy và loại trừ nguyên nhân do thuốc gây chậm nhịp.

d. Điều trị bệnh nhân có máy khử rung tự động (AICD) :

Hội chẩn với khoa nhịp tim học trước mổ.

2.4.8. Viêm nội tâm mạc

Xem phác đồ điều trị viêm nội tâm mạc nhiễm trùng.

2.4.9. Thuốc kháng đông sử dụng lâu dài :

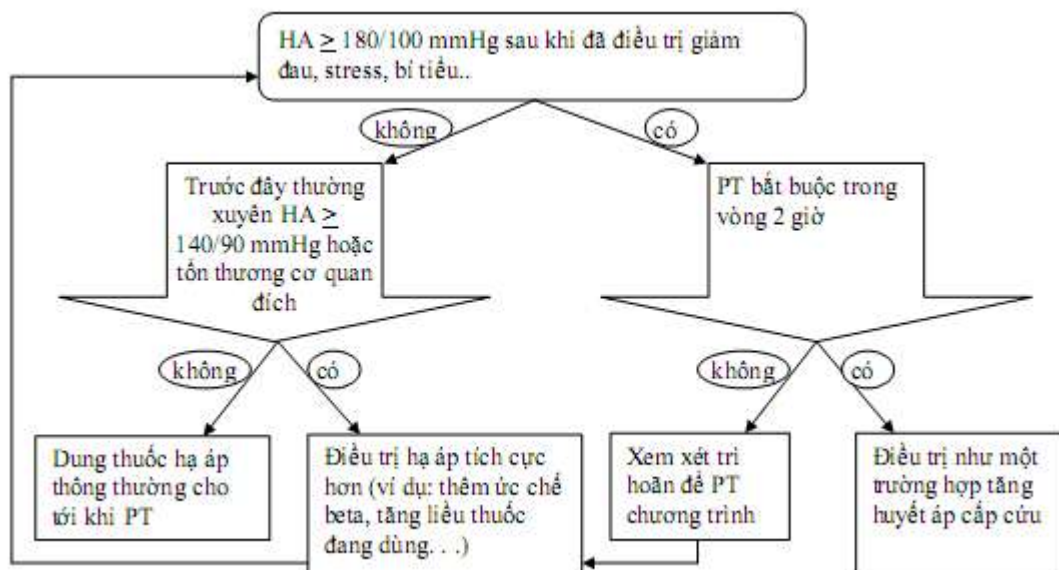
a. Các phẫu thuật nguy cơ không cao: không cần ngưng kháng đông trước mổ.

RĂNG:

- Nhổ răng không biến chứng.
- Lấy tủy răng.
- Tạo hình răng.
- Điều trị nha chu.

MẮT:

- Mổ đục thủy tinh thể.
- Mổ điều trị tăng nhãn áp.



DA LIỄU

TIÊU HÓA:

- Nội soi tiêu hóa trên.
- Nội soi ruột non.
- Nội soi đại tràng.
- Siêu âm qua ngã nội soi không sinh thiết.

- Nội soi mật tụy ngược dòng không cắt cơ vòng.

b. Chỉ định dùng cầu kháng đông ở bệnh nhân van tim nhân tạo:

ACCP – 2008	ACC/AHA 2008
Nguy cơ cao: (dùng heparin không phân đoạn hoặc heparin trọng lượng phân tử thấp liều điều trị). - Các loại van 2 lá cơ học. - Van động mạch chủ cơ học (van bong trong khung, van 1 đĩa nghiêng). - Đột quy hoặc cơn thoáng thiếu máu não gần đây (< 6 tháng). Nguy cơ trung bình: (liều điều trị hoặc liều thấp). - Van động mạch chủ cơ học (van 2 đĩa) kèm : rung nhĩ, đột quy hoặc cơn thiếu máu não trước đây, THA, ĐTĐ II, suy tim, tuổi > 75. Nguy cơ thấp: liều thấp hoặc không cầu kháng đông. - Van động mạch chủ cơ học (van 2 đĩa) không kèm rung nhĩ và không có các yếu tố nguy cơ khác trên BN đột quy.	Nguy cơ cao: dùng cầu kháng đông. - Các loại van 2 lá và van 3 lá cơ học. - Van động mạch chủ cơ học (van bong trong khung, van 1 đĩa nghiêng). - Van động mạch chủ cơ học (van 2 đĩa) kèm : rung nhĩ, thuyên tắc huyết khối, loạn chức năng thất T, tình trạng tăng đông. - Có hơn 1 van cơ học. Nguy cơ thấp: không dùng cầu kháng đông. - Van động mạch chủ cơ học (van 2 đĩa) không kèm các yếu tố nguy cơ khác.

c. Chỉ định cầu kháng đông trên bệnh nhân rung nhĩ và huyết khối thuyên tắc tĩnh mạch:

ACCP – 2008	Rung nhĩ	Huyết khối thuyên tắc tĩnh mạch
Nguy cơ cao: (dùng heparin không phân đoạn hoặc heparin trọng lượng phân tử thấp liều điều trị).	- CHADS2 score: 5 – 6. - Đột quy hoặc cơn thoáng thiếu máu não gần đây (< 3 tháng). - Bệnh van tim hậu thấp.	- Huyết khối thuyên tắc tĩnh mạch gần đây (< 3 tháng). - Tình trạng tăng đông mức độ nặng (giảm Protein C, protein S, antithrombin, kháng thể kháng phospholipide, bất thường nhiều yếu tố đông máu khác).
Nguy cơ trung bình: (liều điều trị hoặc liều thấp)	CHADS2 score: 3 – 4.	- Huyết khối thuyên tắc tĩnh mạch 3-12 tháng. - Tình trạng tăng đông mức độ không nặng (đột biến dị hợp tử yếu tố V Leiden, đột biến dị hợp tử yếu tố II) - Huyết khối thuyên tắc tĩnh mạch tái phát. - Ung thư đang hoạt động (điều trị dưới 6 tháng, giảm đau tạm thời).
Nguy cơ thấp: liều thấp hoặc không cầu kháng đông.	CHADS2 score: 0- 2 (và không có đột quy hoặc cơn thoáng thiếu máu não gần đây).	- Huyết khối thuyên tắc tĩnh mạch đơn giản, hơn 12 tháng và không có yếu tố nguy cơ khác.

Cầu kháng đông được dùng như thế nào?

Warfarin: Ngưng 5 ngày trước PT (đảm bảo lượng thuốc còn lại rất thấp)

Heparin trọng lượng phân tử thấp hoặc heparin không phân đoạn: bắt đầu dùng sau liều warfarin cuối cùng 36 giờ.

Liều cuối cùng của heparin trọng lượng phân tử thấp: dùng trước PT 12 – 24 giờ (thường là 24 giờ), đối với heparin không phân đoạn là 4 – 6 giờ.

Heparin trọng lượng phân tử thấp bắt đầu dùng lại sau PT 24 giờ, nếu nguy cơ chảy máu cao có thể trì hoãn 48 -72 giờ.

Heparin trọng lượng phân tử thấp ngưng khi INR: 2-3 trong 2 ngày.

2.4.10. Các thuốc tim mạch khác Những bệnh nhân trước đó có dùng digoxin, thuốc chống loạn nhịp IA hoặc theophylline thì rất dễ bị ngộ độc thuốc trong quá trình quanh phẫu thuật nhất là các cuộc phẫu thuật phức tạp kéo dài hay không ổn định. Do đó cần theo dõi sát cẩn thận nồng độ của các chất này trong máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Devereaux.P.J et al: Characteristics and Short-Term Prognosis of Perioperative Myocardial infarction in Patients undergoing Noncardiac surgery. Ann Intern Med 2011; 154: 523-528.
2. Landesberg.G et al: Perioperative Myocardial infarction. Circulation 2009; 119: 2936-2944.
3. A desanya .A.O et al: Management of perioperative Myocardial Infarction in Noncardiac Surgical patients. Chest 2006; 130: 584-596
4. Gregoratos.G: Current Guideline - Based Preoperative Evaluation Provides the best management of Patients undergoing Non Cardiac Surgery. Circulation 2008; 117 : 3134-3144
5. Lee.A et al: ACC/HA 2007 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Care for Noncardiac surgery. Circulation 2007; 116:2418-2500.
6. H.J Priebe: Perioperative myocardial infarction-aetiology and prevention. Br J Anaesth 2005; 95: 3-19

7. Fleisher.LA et Beck man.J: Anesthesia and Noncardiac surgery in Patients with heart disease. In Bonow R O et al: Braunwald's heart disease. 9 th 2011: 1811-1828
8. Crawford .MH: Perioperative evalusion and management of the cardiac patient. In Crawford.MH: Cardiology. 3th. 2010: 1863-1868
9. O'Donnell.M and Kearon.C: Perioperative management of oral anticoagulation. Cardiol Clin 2008; 26: 299-309.
10. Brilakis.E.S et al: Perioperative management of patients with coronary stent. JACC 2007, 49: 2145-2150
11. The Cardiology Society of Australia and New Zealand: Guideline for the use of antiplatelet therapy in pts with coronary stenting undergoing non-cardiac sugery. 2009.
12. Wessly.R: Initial experience with institutional bridging protocol for Pts with recent coronary stent implantation requiring discontinuation of dual antiplatelet therapy resulting from urgent segery.Am J of Therapeutics. 2011;18: e 280-e 282.
13. ESC & ESA 2009: Guideline for the preoperative risk assessment and perioperative cardiac management in non-cardiac sugery.
14. Elliott. WJ: Difficult hypertension management issues- perioperative hypertension. In Crawford.MH: Cardiology. 3th. 2010: 636-639.

NGUYÊN TẮC NHỊN ĂN TRƯỚC PHẪU THUẬT**1. ĐẠI CƯƠNG:**

Khi gây mê nếu dạ dày đầy thức ăn, nước uống sẽ có nguy cơ xảy ra tai biến trào ngược thức ăn từ dạ dày vào phổi được gọi là hội chứng Mendelson. Đây là một tai biến nặng nề mà người làm công tác gây mê luôn phải đối phó. Do trong lúc gây mê bệnh nhân (bn) mất phản xạ ho khạc nên khi thức ăn trào ngược từ dạ dày bệnh nhân sẽ hít phải vào trong phổi.

2. NHỮNG BỆNH NHÂN CÓ NGUY CƠ HÍT SẠC:**2.1. Yếu tố thuận lợi:**

- Trào ngược dạ dày thực quản.
- Bệnh lý thực quản.
- Tắc ruột.
- Tiểu đường phụ thuộc Insuline.
- Tiền căn loét dạ dày tá tràng.
- Suy thận mãn.
- Dạ dày đầy.
- Phụ nữ có thai > 4 tháng.
- Béo phì.
- Đau nhiều hoặc đa chấn thương.
- Rối loạn tri giác hoặc tăng áp lực nội sọ.

2.2. Quy tắc:

- Nhịn ăn sau nửa đêm: cả thức ăn đặc và lỏng.
- Phòng ngừa bằng thuốc: Tagamet 200 mg x 2 viên hay Zantac 150 mg x 2 viên.
- Đối với BN cấp cứu, có thể tiêm TM ranitidin (zantac 50mg) hay famotidine (quamatel 40mg) TM,
- Hay có thể dùng nhóm PPI: omeprazol 20 mg TM, hay pantoprazol 40 mg TM...
- Gây mê với đặt ống nội khí quản nhanh.

- Ưu tiên cho gây tê vùng và đặt sonde dạ dày trước (còn bàn cãi) nếu có tắc ruột.

3. NGUYÊN TẮC NHỊN ĂN TRƯỚC PHẪU THUẬT:

3.1. Bệnh nhân người lớn và trẻ > 12 tuổi, khỏe mạnh:

3.1.1. Đối với thức ăn đặc:

- Nhịn đói trước phẫu thuật ít nhất 6 giờ với tất cả BN

3.1.2. Đối với thức ăn lỏng :

- Phẫu thuật chương trình: Dịch lỏng, trong (như nước, trà, café, nước trái cây, nước lọc) có thể được phép dùng cho đến 2 giờ trước phẫu thuật. Lượng dịch nên hạn chế <100ml.

- Phẫu thuật cấp cứu: không cho ăn qua đường miệng.

3.2. Bệnh nhân trẻ em:

- Trẻ < 1 tuổi:

- ❖ Không ăn thức ăn đặc sau nửa đêm kể cả sữa hay sữa mẹ.

- ❖ Nước lọc vẫn được phép dùng sau nửa đêm cho đến 4 tiếng trước mổ.

- Trẻ từ 1-2 tuổi:

- ❖ Không ăn thức ăn đặc sau nửa đêm bao gồm cả sữa.

- ❖ Nước lọc vẫn được phép dùng sau nửa đêm cho đến 4 tiếng trước mổ.

- Trẻ từ 2-12 tuổi:

- ❖ Không ăn thức ăn đặc hay loãng.

- ❖ Nếu trẻ được lên chương trình phẫu thuật vào buổi chiều thì nước lọc có thể uống sau nửa đêm tới 7 giờ sáng của ngày đi mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. <http://www.myoclinic.com/>.
2. Ronald D.Miller, Miller's Anesthesia 7th, 2010. Section IV: Anesthesia management, chapter 34: Preoperative management .

PHÁC ĐỒ ĐẶT CATHETER NGOÀI MÀNG CỨNG ĐỂ PHẪU THUẬT VÀ GIẢM ĐAU SAU MỔ

1. Chỉ định:

- Phẫu thuật bụng hở với đường mổ là đường giữa.
- Phẫu thuật mở ngực.
- Các phẫu thuật chi dưới: Phẫu thuật thay khớp háng, thay khớp gối, gãy liên mấu chuuỷên, liên lồi cầu xương đùi, gãy 2 xương cẳng chân...

2. Chống chỉ định:

- Bệnh nhân không đồng ý.
- Rối loạn đông máu hoặc đang sử dụng thuốc chống đông.
- Nhiễm trùng da nơi dự định đặt.
- Suy gan, suy thận nặng.
- Bệnh lý về thần kinh-Tăng áp lực nội sọ.
- Giảm thể tích tuần hoàn (tương đối).

3. Chuẩn bị:

3.1. Phương tiện:

- + Bộ catheter ngoài màng cứng với kim Tuohy 17-18G.
- + Thuốc gây tê Bupivacain 0,5% (Marcain®) ống 20ml hay levobupivacaine 0,5% (Chirocaine®) ống 10 ml.
- + Thuốc giảm đau Fentanyl 50 mcg/ml, hay sufentanil 50 mcg/ml.
- + Bộ tiểu phẫu gồm: áo mổ vô trùng, băng lố, gòn, gạc, kelly, 01 chung đựng betadine, betadine 20 ml, miếng dán vô trùng Optiskin.
- + Bơm tiêm 5 ml 01 cái, bơm tiêm 01 ml 01 cái.
- + Lidocaine 2%/2ml 04 ống, adrenaline 1mg/ml 01 ống.
- + Các loại thuốc gây mê và hồi sức khác.

Bệnh nhân được khám tiền mê, giải thích về phương pháp giảm đau NMC và cách đánh giá đau sau mổ.

3.2. Bệnh nhân:

+ Trước khi gây mê, bệnh nhân ở tư thế ngồi hay nghiêng phụ thuộc vào mức độ hợp tác và tình trạng lâm sàng của bệnh nhân cũng như thói quen của bác sĩ gây mê, đặt catheter vào khoang NMC ở vị trí theo bảng sau :

Loại phẫu thuật	Vùng giảm đau mong muốn	Vị trí đặt catheter khoang Ngoài màng cứng
Bụng trên	T6-T12	T8-T10
Bụng dưới	T8-L2	T10-T12
Khớp háng	L1-L4	L2-L3
Khớp gối	L3-S1	L4-L5

4. Tiến hành:

- Thủ thuật cần được làm trong phòng mổ với đầy đủ phương tiện, nhân sự theo dõi, cấp cứu khi cần và với điều kiện vô trùng tuyệt đối.
- Đề phòng shock đôi giao cảm nếu đặt ở tư thế ngồi.
- Vị trí đặt catheter (KT) là vị trí rễ thần kinh chi phối cảm giác nơi vết mổ, hoặc càng gần càng tốt như bảng trên.
- Phương pháp tìm khoang NMC: phương pháp mất sức cản với bơm tiêm chứa nước muối 0,9%.
- Nếu luân KT bị vướng, phải rút đồng thời cả kim Touhy và KT ra và chọc lại, tuyệt đối không rút KT mà giữ lại kim (nguy cơ đứt KT).
- Đặt và cố định độ dài KT trong khoang NMC: 3-5cm.
- Liều test: hỗn hợp 60mg Lidocain 2% (3ml) và 15µg Adrenaline.

Sau 1-2 phút, nếu M, HA tăng > 15%: KT vào mạch máu.

Sau 5 phút, nếu có triệu chứng của tê tủy sống: KT vào khoang dưới nhện.

- Ghi chú đầy đủ vị trí đặt, độ dài KT trong khoang NMC, khoảng cách từ da tới khoang NMC, đáp ứng với liều test vào phiếu gây mê.
- Thuốc dùng để gây tê ngoài màng cứng phẫu thuật:

+ Levobupivacain 0,5%:

GÂY TÊ PHẪU THUẬT	Nồng độ	Liều lượng	
	%	ml	mg
Phẫu thuật bụng, khung chậu và chi dưới,	0,5	10-20	50-150

+ Bupivacain 0,5%:

GÂY TÊ PHẪU THUẬT	Nồng độ	Liều lượng	
	%	ml	mg
Phẫu thuật bụng, khung chậu và chi dưới, kể cả mổ lấy thai	0,5	15-30	75-150

Ngoài màng cứng đoạn ngực			
Phẫu thuật bụng trên và ngực	0,25	5-15	12,5-37,5
	0,5	5-10	25-50
Ngoài màng cứng chùm đuôi ngựa	0,25	15-40	37,5-100
	0,5	15-25	75-125

- Thuốc dùng để giảm đau sau mổ: hỗn hợp Bupivacain 0,05% hoặc Levobupivacain 0,1% pha chung với Fentanyl 5 µg/ml hoặc Sufentanil 0,5 µg/ml.

Cách pha: 5ml Bupivacain 0,5% hoặc 10 ml Levobupivacain 0,5% + 5ml Fentanyl hoặc 0,5 ml Sufentanil pha thành 50ml.

- Tốc độ truyền: sau khi bolus 5-10ml:
- ♦ Nếu mổ bụng đường giữa trên rốn: KT ở D₉ - D₁₀: 4-8ml/h.
KT ở L₄-L₅: 8-15ml/h.
- ♦ Nếu mổ thay khớp háng: 5-12ml/h.
- Người đặt cần ghi rõ y lệnh điều trị và theo dõi vào hồ sơ.
- Thời gian lưu KT: 48-72h.

5. Theo dõi:

5.1. Mục đích theo dõi :

- + Đánh giá chất lượng giảm đau, mức độ phong bế cảm giác và sự hài lòng của bệnh nhân.
- + Tìm các tác dụng phụ hay biến chứng của điều trị.

5.2. Các thang điểm đánh giá đau:

5.2.1. Thang điểm đau đơn giản (EVS):

- + 0 = Không đau.

+ 1 = Đau ít.

+ 2 = Đau vừa.

+ 3 = Đau nhiều.

+ 4 = Đau dữ dội.

5.2.2. . Thang điểm EVA (Echelle Visuelle Analogique);

+ Hiện nay thường được sử dụng.

+ Dụng cụ đánh giá gồm 1 thước đo gồm: một mặt không đánh thang điểm sẽ quay về phía BN, mặt kia được chia đều từ 0 đến 100, sẽ hướng về thầy thuốc. Bệnh nhân sẽ dùng con chạy để chỉ mức độ đau (được đánh giá từ không đau đến rất đau). Thầy thuốc sẽ kiểm tra để cho điểm đau trên mặt thước có chia độ.

+ Điều trị giảm đau khi $EVA > 30$ và/hoặc $EVS > 2$.

5.2.3. Thang điểm Bromage :

+ 0. Không ức chế vận động (cử động tốt háng, gối, bàn chân).

+ 1. Không thể nhấc chân (chỉ có thể cử động gối và bàn chân).

+ 2. Không thể co khớp gối (chỉ cử động duy nhất bàn chân).

+ 3. Hoàn toàn không thể cử động.

5.3. Cách theo dõi:

- Theo dõi M, HA , nhịp thở, tri giác, dấu hiệu ngộ độc thần kinh mỗi 2-4h.

- Theo dõi mức độ đau mỗi 2-4h (thang điểm ENS, EVA), chú ý đau khi nằm yên và khi vận động, ho, nằm nghiêng.

- Tăng liều nếu khi vận động $ENS > 3$ hoặc $EVA > 30$ và chưa có triệu chứng quá liều
→ bolus 2ml và tăng tốc độ 2ml/h, đánh giá lại sau 1h.

- Nếu đã dùng liều tối đa mà bệnh nhân vẫn đau ($ENS > 3$, $EVA > 30$) thì phối hợp thêm giảm đau đường toàn thân: $Perfalgan \pm AINS \pm Morphine$ dưới da.

- Nếu bệnh nhân vẫn đau nhiều ($ENS > 5$, $EVA > 50$), không cải thiện dù đã tăng liều nhiều lần và đang dùng liều tối đa → rút KT, dùng giảm đau toàn thân vì có thể **KT không nằm trong khoang NMC** (dưới da, khoang cạnh cột sống,..).

- Triệu chứng quá liều thuốc:

• Ngộ độc thuốc tê: nhức đầu, chóng mặt, ù tai, tê môi, tê lưỡi, co giật, loạn nhịp tim, ngưng tim.

- Mạch chậm, tụt HA.
- Thở chậm < 12 l/ph.
- Ngủ sâu, lay gọi không tỉnh.

Xử trí: ngưng truyền thuốc, hỗ trợ hô hấp - tuần hoàn, nếu là triệu chứng của quá liều Fentanyl: dùng Naloxon 0,4 mg 1A pha loãng 10ml, tiêm TM 1-2 ml mỗi 5 phút cho đến khi hết triệu chứng.

- Tác dụng phụ có thể gặp:

- Buồn nôn.
- Ngứa.
- Bí tiểu.
- Yếu vận động 2 chân.

6. Tai biến quan trọng:

a. Hématome ngoài màng cứng:

- Triệu chứng: Liệt ± mất cảm giác 2 chi dưới.
- Chẩn đoán xác định: CT Scan hoặc MRI cột sống.
- Xử trí: phẫu thuật giải ép tủy khẩn cấp (NgTK bệnh lý).

Có thể hồi phục nếu thời gian giải ép < 8h.

2. Chọc thủng màng cứng:

- Ngưng thủ thuật hoặc đặt KT ở vị trí khác.
- Chú ý theo dõi, phát hiện, và điều trị nhức đầu sau mổ. Có thể cần phải làm blood patch.

3. KT di chuyển vào mạch máu, hoặc khoang dưới nhện:

- Ban đầu KT có tác dụng bình thường nhưng sau một thời gian sử dụng xuất hiện triệu chứng ngộ độc thuốc hoặc triệu chứng tê tủy sống → ngưng sử dụng, và rút KT.

4. Nhiễm trùng da nơi chọc:

- Thăm khám nơi chọc kim 1 lần/ngày. Nếu vùng da nơi đâm kim có triệu chứng sưng đỏ, có mủ... cần rút ngay KT, cấy đầu KT làm KSD. Theo dõi, phát hiện, và xử trí abscess NMC.

7. Rút catheter:

- Nguy cơ tạo hematome NMC khi rút KT cũng cao như khi đặt KT.
- Điều kiện rút KT: Bệnh nhân không có rối loạn đông máu, không sử dụng thuốc chống đông.
- Kiểm tra tính nguyên vẹn của KT sau khi rút, đề phòng đứt KT trong khoang NMC.

* Chú ý:

Đối với Chirocain

- Liều dùng tối đa trong 24 giờ để phong bế trong khi phẫu thuật và giảm đau sau mổ là 695 mg.
- Liều dùng tối đa truyền ngoài màng cứng sau mổ trong 24 giờ là 570 mg.
- Liều dùng tối đa tiêm cho các bệnh nhân cho một lần tiêm là 300 mg để phong bế đám rối cánh tay.

Đối với mỡ lấy thai, liều dùng tối đa là 150 mg.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. David L. Brown: Miller's Anesthesia, 7e, 2010. Section IV: Section IV: anesthesia management, chapter 51: Spinal, Epidural, and Caudal Anesthesia.
2. Vidal Việt Nam, 2012.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NÔN VÀ BUỒN NÔN SAU MỔ

1. Yếu tố nguy cơ:

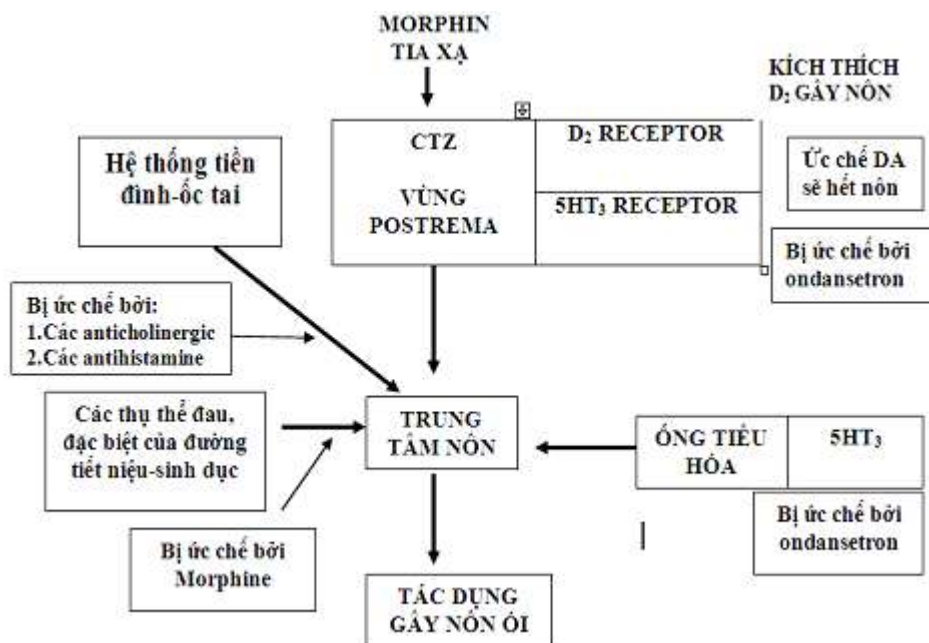
Theo thang điểm Apfel, mỗi một yếu tố nguy cơ tính một điểm:

- Tiền căn bị nôn và buồn nôn sau mổ.
- Sử dụng thuốc giảm đau nhóm á phiện sau mổ.
- Nữ.
- Không hút thuốc lá.

Dựa vào thang điểm trên, nguy cơ nôn và buồn nôn được tính: < 10% nếu không có yếu tố nguy cơ, 20% nếu có một yếu tố nguy cơ, 40% nếu có 2 yếu tố, 60% nếu có 3 yếu tố, và 80% nếu có 4 yếu tố.

Phòng ngừa được chỉ định nếu thang điểm Apfel > 1

2. Các con đường gây nôn và tác dụng của thuốc:



3. Thuốc phòng ngừa:

❖ Không có hay có một yếu tố nguy cơ:

Không dùng thuốc phòng ngừa vì những tác dụng phụ của thuốc chống nôn. Hoặc có thể dùng các loại thuốc hữu hiệu dưới đây.

❖ Hai yếu tố nguy cơ:

Thuốc chống nôn: hiệu quả như nhau nếu dùng một trong các loại sau (trên người lớn):

- Droperidol 0.6 - 1.25mg sau khi kết thúc phẫu thuật.

- Droperidol 25 - 50 microgram/mg Morphine dùng PCA (2.5 mg Droperidol + 50 mg Morphine)
 - Ondansetron: 4 mg tĩnh mạch chậm khi kết thúc phẫu thuật. (Có thể dùng Granisetron, Dolasetron, Tropisetron)
 - Dexamethasone : 8 mg tĩnh mạch chậm khi bắt đầu can thiệp.
 - Metoclopramide: 0.5 mg/kg khi kết thúc phẫu thuật. Metoclopramide không có hiệu quả dự phòng với liều 10 mg. Nguy cơ hội chứng ngoại tháp sẽ thấp nếu chỉ dùng liều dự phòng.
- Ở trẻ em thì Ondansetron có hiệu quả hơn Droperidol.

❖ Ba hay bốn yếu tố nguy cơ:

Kết hợp 2 hay 3 loại thuốc ở trên (tránh kết hợp giữa Droperidol và Metoclopramide). Nếu Dexamethasone kết hợp với thuốc khác liều giảm xuống 4 mg.

4. Các phương pháp chung:

Gây tê tủy sống nhất là tê đám rối không pha chung morphine.

Giảm đau đa mô thức sẽ giảm tiêu thụ morphine sau mổ.

Dùng Propofol để duy trì mê.

Tránh dùng N₂O.

Hóa giải dẫn cơ dùng neostigmine.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. USMLE Step 1, pharmacology: Drug used in gastrointestinal dysfunction.
P.232, Kaplan Medical 2006-2007.
2. William L. Hasle: “Nausea, Vomitting and Indigestion” 301-307. Harrison’s 18th edition, 2012.

HƯỚNG DẪN GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG GIẢM ĐAU SẢN KHOA**1. ĐỊNH NGHĨA**

Gây tê ngoài màng cứng (GTNMC) là phương pháp gây tê bằng cách luồn catheter vào khoang ngoài màng cứng (NMC) để bơm thuốc tê và thuốc giảm đau trung ương liên tục nhằm đáp ứng nhu cầu giảm đau cho sản phụ trong chuyển dạ.

2. MỤC ĐÍCH

- Giảm đau trong chuyển dạ.
- Mang lại sự kiểm soát tốt và hài lòng cho sản phụ.
- Đặc biệt hữu ích đối với những sản phụ bệnh tim, tăng huyết áp, tiền sản giật, suyễn, tiểu đường, bướu cổ...

3. ĐỐI TƯỢNG

- Sản phụ có yêu cầu được làm giảm đau trong chuyển dạ.
- Sản phụ không có chống chỉ định sanh qua ngã âm đạo.
- Sản phụ vào chuyển dạ giai đoạn hoạt động.
- Không thực hiện trong các trường hợp:
 - + Chống chỉ định gây tê vùng
 - + Tiền sử dị ứng thuốc tê hoặc thuốc họ Morphin
 - + Bệnh lý cột sống: sốt bại liệt, biến dạng cột sống, gù vẹo cột sống, dị tật cột
 - + Bệnh lý về đông máu và đang sử dụng thuốc kháng đông + Thiếu máu nặng hay thiếu thể tích tuần hoàn chưa bồi hoàn + Nhiễm trùng toàn thân hay tại nơi làm thủ thuật + Bệnh lý van tim nặng + Bệnh nhân từ chối không hợp tác

4. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN TRƯỚC GÂY TÊ

- Giải thích cho sản phụ, người nhà hiểu về tác dụng của giảm đau sản khoa, ký phiếu yêu cầu được làm giảm đau sản khoa
- Kiểm tra các xét nghiệm thường quy, chức năng đông máu, tiểu cầu bình thường trong vòng 15 ngày. Riêng đối với trường hợp TSG, bệnh tim có dùng thuốc kháng đông thì xét nghiệm đông máu phải được làm trong ngày.
- Mời bác sĩ sản xem xét về tình trạng sản khoa, hội chẩn sản khoa về khả năng sanh đường dưới, những bất thường trong cuộc sanh, thời điểm GTNMC để giảm đau
- Kiểm tra những chỉ định, chống chỉ định của GTNMC

5. THỰC HIỆN KỸ THUẬT GTNMC

- Khám tiền mê: Nghe tim phổi, đo mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂, gắn monitor sản khoa theo dõi cơn gò, tim thai trước khi làm giảm đau sản khoa.

- Đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại biên bằng kim lùn 18G, truyền dung dịch Lactate Ringer hay NaCl 0,9% 5-8 ml/kg.

- Đặt sản phụ nằm nghiêng tư thế cong lưng tôm, hai tay ôm đầu gối sát lên bụng, cầm cuối xuống ngực. Mốc chọc dò là khoảng liên đốt sống TL 3-4 hoặc TL 4-5.

- Bác sĩ Gây mê hồi sức (GMHS) rửa tay, mang găng, sát trùng vùng chọc bằng Betadin, trải khăn lố. Người phụ gây tê mở bộ GTNMC cho vào hộp đựng dụng cụ gây tê. Bác sĩ GMHS dùng:

+ Ống chích I: loại 03 ml lấy 01 ml Bupivacaine rồi pha loãng gấp đôi với NaCl 0,9% dùng để gây tê tại chỗ ngoài da

+ Ống chích II: ống chích đặc biệt màu xanh đã có sẵn trong bộ GTNMC lấy 2ml không khí hay 05 ml NaCl 0,9% để làm test mất sức cản khi xác định khoang NMC

+ Ống chích III: loại 05 ml lấy 1,5 ml Bupivacaine 0,5% dùng để tiêm liều test

- Xác định vị trí chọc theo đường giữa hoặc đường bên (nếu đường giữa thất bại hoặc sản phụ khó khăn khi cúi gập cột sống), dùng ống chích 1 gắn kim 27G có sẵn, màu vàng trong bộ GTNMC gây tê tại chỗ ngoài da đúng vị trí cần chọc tìm Tuohy.

- Chọc kim GTNMC đúng vào vị trí đã gây tê da, hướng chọc vuông góc với mặt lưng sản phụ và hơi chếch lên đầu. Khi cảm giác kim đến dây chằng liên gai thì dừng lại (khoảng 2 cm).

- Rút nòng kim Touhy, gắn ống chích II vào, tay trái cầm đốc kim Tuohy, tỳ mu bàn tay này vào lưng sản phụ để tránh đẩy kim quá nhanh hoặc quá sâu, dùng lực của ngón cái và ngón trỏ tay trái đẩy kim vào từng mm một, tay trái vừa đẩy vừa dùng tay phải bơm nhẹ nhàng ống chích II cho tới khi mất sức cản theo kỹ thuật mất sức cản. Lúc đó đầu kim Tuohy đã nằm trong khoang NMC

- Luồn catheter nhẹ nhàng qua tới mức 10 cm (đánh dấu 2 vạch đậm trên catheter) thì dừng lại, sau đó một tay giữ catheter theo hướng đẩy vào, tay kia nhẹ nhàng rút kim Tuohy ra. Khi kim Tuohy được rút ra hết, phần catheter còn lại nằm trong khoang NMC khoảng 2,5- 3 cm. Tùy theo sản phụ mập hay ốm mà có khoảng cách từ da tới khoang NMC khác nhau. Sau đó, gắn đầu nối catheter và bộ lọc (màu vàng) với catheter.

+ Dùng băng keo cố định catheter chắc chắn, với đầu nối catheter hướng lên phía đầu của sản phụ. Hạn chế tụt catheter bằng cách quấn catheter một vòng ở lưng trước khi dán băng keo cố định.

+ Đánh dấu đường truyền NMC ở đầu nối catheter bằng miếng dán màu xanh lá cây có sẵn trong bộ GTNMC (có ghi chữ Epidural Cathete).

→ Nếu khi luồn catheter mà hút ra máu dễ dàng thì rút ra làm lại ở mức TL khác.

- Tiêm liều test: tiêm ống chích III như đã chuẩn bị, đồng thời nói với sản phụ xem có cảm giác gì khác lạ như vị đắng ở họng, hoa mắt, ù tai, chóng mặt,.

Theo dõi xem sản phụ có tim nhịp nhanh trên monitoring không. Nếu thuốc bị tiêm vào mạch máu thì có thể thấy nhịp tim nhanh.

- Sau 05 phút khi mạch, huyết áp của sản phụ ổn định và giờ hai chân lên cao được bình thường thì bơm liều bolus 10 ml dung dịch gồm: Bupivacaine 0,1%+ 50 mcg Fentanyl, chia liều bolus làm 2 và tiêm cách nhau 5 phút.

- Sau liều bolus 20 phút, dùng máy bơm tiêm điện truyền Bupivacaine 0,1% +

Fentanyl 1 mcg/1 ml với vận tốc 08 ml/giờ. Theo dõi liên tục quá trình chuyển dạ và điều chỉnh tốc độ truyền theo mức độ giảm đau và cơn gò tử cung.

- Ghi tên dung dịch thuốc truyền ngoài màng cứng, nồng độ vào ống chích thuốc gắn trên máy bơm tiêm điện.

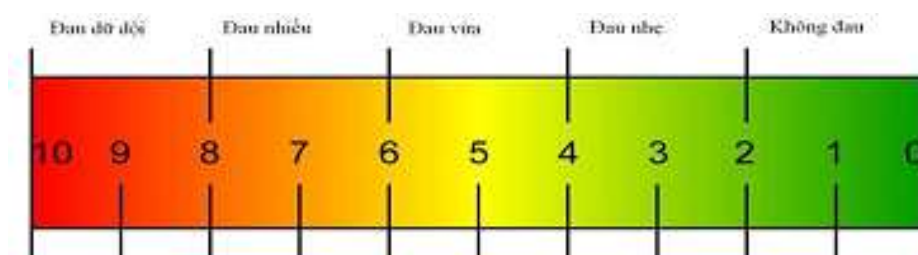
- Theo dõi :

+ Mạch, huyết áp, tri giác mỗi 5 phút/lần trong 15 phút đầu tiên. Gắn monitor sản khoa theo dõi tim thai, cơn gò. Cho sản phụ thở O₂ 2-3 l/ph.

+ Sau đó theo dõi 30 phút/lần, 60 phút/lần và > 1 giờ, cho đến khi kết thúc cuộc sanh.

+ Theo dõi tình trạng ức chế vận động hai chân, tác dụng giảm đau khi có cơn gò tử cung mỗi giờ.

→ Đánh giá đau: dựa theo thang điểm VAS (Visual Analogue Scales)



Thang điểm đau VAS tiện lợi nhất là một thước trượt gồm hai mặt: Một mặt dành cho bệnh nhân có ghi “không đau”, “đau dữ dội không thể tưởng”, một mặt dành cho người đánh giá mức độ đau:

0-2 điểm: không đau

2-4 điểm: đau nhẹ

4-6 điểm: đau vừa

6-8 điểm: đau nhiều

8-10 điểm: đau dữ dội

Nếu sản phụ vẫn đau (VAS>6): Kiểm tra xem catheter NMC có bị tuột, quá nông, bơm điện không chạy... Sau khi loại trừ các nguyên nhân trên có thể tiêm bổ sung 3-5 ml Bupivacaine 0,1% đơn thuần hoặc tăng tốc độ truyền dung dịch hỗn hợp Bupivacaine và Fentanyl. Nếu vẫn không được thì làm lại ở mức thắt lưng khác.

→ Đánh giá sự ức chế vận động theo thang điểm Bromage cải tiến Độ 1: Ức chế hoàn toàn (không vận động khớp gối và chân)

Độ 2: Ức chế gần như hoàn toàn (chỉ cử động được bàn chân)

Độ 3: Ức chế một phần (có thể cử động khớp gối)

Độ 4: Không thể vận động được khớp háng (gập khớp gối)

Độ 5: Có thể cử động được khớp háng khi nằm ngửa Độ 6: Có thể duỗi khớp gối

Nếu sản phụ yếu, liệt chi tạm thời thì giảm tốc độ hoặc ngưng hẳn thuốc tê bơm tiêm điện, sau đó theo dõi cho đến khi tình trạng ức chế vận động hai chân hết hẳn, sản phụ có cảm giác đau lại: tiếp tục chạy bơm điện với liều thích hợp.

- Khi cô tử cung trợn, bơm liều bolus cuối 10ml Bupivacaine 0,1%

6. XỬ TRÍ CÁC TÁC DỤNG PHỤ SAU KHI GÂY TÊ (NẾU CÓ)

- Hạ huyết áp: Huyết áp tâm thu giảm 20% so với lúc chưa gây tê hoặc < 90 mg, truyền dịch nhanh và dùng Ephedrine 5 mg/ lần đến khi huyết áp đạt giá trị ban đầu thì ngưng.

- Mạch chậm: <50 lần/ phút, dùng Atropin 0.5 mg tiêm tĩnh mạch. Liều Atropin tối đa là 1 mg

- Nôn ói: Primperan 10 mg pha loãng tiêm tĩnh mạch chậm

- Lạnh run: Pethidin 25 mg tiêm tĩnh mạch kèm đắp ấm cho bệnh nhân

7. SAU KHI SANH

- Sau khi kết thúc cuộc sanh, tình trạng sản khoa ổn định khoảng 3 giờ rút bỏ catheter, băng vô trùng vị trí gây tê

- Trường hợp nghi ngờ có rối loạn đông máu thì phải kiểm tra lại các xét nghiệm đông máu trước khi rút catheter

- Hướng dẫn sản phụ chỉ nên đi lại sau 6 giờ. Lần đầu tiên đặt chân xuống đất cần có người giúp vì có thể bị ngã
- Khi sản phụ ở hậu sản: Thăm khám sản phụ mỗi ngày/lần cho đến khi ra viện để ghi nhận cảm tưởng của sản phụ và các biến chứng muộn như: bí tiểu, đau lưng, đau đầu,... (nếu có) báo bác sĩ GMHS khám lại.

8. NẾU PHẢI MỔ LẤY THAI

- Trong trường hợp mổ lấy thai cấp cứu như: suy thai nặng, sa dây rốn,... thì gây mê toàn thân
- Nếu có thể trì hoãn như: đầu không lọt, mổ tử cung không tiến triển,... thì dùng ngay catheter ngoài màng cứng bơm vào: 14-18 ml Lidocaine 2% + 50 mcg Fentanyl (tùy vào ức chế vận động của sản phụ)

→ Tất cả các trường hợp này đều tiêm thuốc tê tại phòng mổ và thời gian từ khi tiêm đến khi có thể rạch da tối thiểu 10-15 phút. Trước khi kết thúc mổ: Morphine 0.3 mg (không chất bảo quản) + NaCl 9% thành 10 ml qua catheter ngoài màng cứng để giảm đau sau mổ.

9. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lippincott Williams & Wilkins, Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia, An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia, 2007.
2. Ian Johnston, Vasopressors for sub-arachnoid anaesthesia in obstetrics, available at <http://update.anaesthesiologists.org/wp-content/uploads/2009/09/Vasopressors-For-Subarachnoid-Anaesthesia-in-Obstetrics.pdf>, 2009
3. Cynthia A.Wong, Naveen Nathan, David L.Brown: Gây tê tủy sống, ngoài màng cứng và vùng cùng. Gây mê sản khoa lý thuyết và lâm sàng 2012 (Chestnut), NXBYH 2012; 12: 219 - 238.
4. Alan C.Santos, Brenda A.Bucklin, Thuốc tê và Opioid. Gây mê sản khoa lý thuyết và lâm sàng 2012 (Chestnut), NXBYH 2012; 13: 239 - 276.
5. Lawrence C.Tsen, Gây mê mổ lấy thai. Gây mê sản khoa lý thuyết và lâm sàng 2012, (Chestnut), NXBYH 2012; 25: 491 - 538.

GIÁM ĐỐC

Nguyễn Văn Trương

PHÁC ĐỒ SỬ DỤNG MASK THANH QUẢN PROSEAL TRONG GÂY Mê PHẪU THUẬT

I. CHỈ ĐỊNH

- Dùng cho các phẫu thuật ngắn, thường dưới 2 giờ
- Phẫu thuật về trong ngày
- Thay thế nội khí quản trong các phẫu thuật không cần thiết phải dùng ống nội khí quản.
- Trường hợp xử trí đường thở khó trong gây mê.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Độ mở miệng nhỏ hơn 2 cm
- Bất thường, chấn thương vùng mặt, xương hàm, hầu họng.
- Bệnh nhân có thai trên 14 tuần
- Bệnh nhân có tăng áp lực đường thở ($>30\text{cmH}_2\text{O}$)
- Bệnh nhân béo phì ($\text{BMI} > 35\text{kg/m}^2$)
- Bệnh nhân có tiền sử trào ngược dạ dày thực quản.
- Bệnh nhân dạ dày đầy.
- Bệnh nhân thoát vị khe thực quản, hay chấn thương vùng ngực.

III. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN THỦ THUẬT

1. Trước khi sử dụng Mask thanh quản Proseal (PLMA), người sử dụng phải nắm vững hướng dẫn sử dụng. Nếu đặt không đúng vị trí hoặc nghi ngờ sai thì tắc nghẽn đường thở có thể xảy ra. Trước khi đặt phải chú ý các điểm sau:

- Kiểm tra kích cỡ PLMA phải phù hợp với bệnh nhân.
- Kiểm tra hình dạng của bóng hơi.
- Phải chuẩn bị một PLMA vô trùng khác để sẵn sàng khi cần thay đổi.
- Phải cho dưỡng khí dự trữ trước đặt và thiết lập các thiết bị theo dõi tiêu chuẩn như đặt nội khí quản.
- Cần phải đạt đủ độ mê trước khi đặt.
- Tư thế bệnh nhân lý tưởng là giống như tư thế đặt nội khí quản (bệnh nhân nằm ngửa, cổ ngửa, đầu có thể đặt trên gối cao khoảng 10 cm, sao cho trục của khí quản hầu và miệng trên một đường thẳng).

2. Chuẩn bị đầy đủ các dụng cụ như đặt nội khí quản, mask thanh quản phải luôn được xả bóng hơi hoàn toàn. Có thể đặt PLMA bằng một trong 3 phương pháp: bằng dụng cụ (introducer), hoặc bằng phương pháp ngón trỏ, ngón cái như đặt LMA cổ điển.

3. Cách đặt này người đặt đứng phía trên đầu người bệnh phù hợp cho bệnh nhân trong gây mê. Cách đặt bằng phương pháp ngón trỏ như sau:

- Di găng tay.
- Bôi mỡ K-Y Lubricating Jelly lên phần lưng bóng hơi.
- Đưa ngón trỏ tay phải vào khe giữa bóng hơi của mặt nạ và 2 ống của PLMA
- Tay trái đặt tay nằm dưới vùng cằm đỉnh và đẩy đầu bệnh nhân ngửa ra, tay phải đưa PLMA hướng tới đa lên vòm khẩu cái cứng.
- Tay phải đưa đầu PLMA vào theo chiều uốn cong của vòm họng người bệnh, đẩy phần lưng bóng trượt theo vòm khẩu cái cứng.
- Tiếp tục đẩy PLMA trượt theo vòm khẩu cái cứng và mềm xuống vùng họng dưới.
- Đẩy nhẹ nhàng PLMA vào sâu hơn, khi có cảm giác vướng thì dừng lại.
- Tay trái giữ chặt đầu ngoài của PLMA, rút ngón tay trỏ của bàn tay phải ra.
- Lúc đầu bơm bóng hơi bằng 50% thể tích tối đa, không được bơm quá 60 cmH₂O.
- Cố định PLMA

4. Các vấn đề khi đặt PLMA:

- Độ mê không đủ sâu có thể gây ho, nấc cục trong quá trình đặt. Khi đó nên cho bệnh nhân mê sâu hơn.
- Nếu miệng bệnh nhân mở không đủ để đặt PLMA, điều đầu tiên xem lại là bệnh nhân mê đủ chưa để điều chỉnh. Một người trợ giúp kéo hàm dưới xuống để kiểm tra vị trí của mặt nạ. Tuy nhiên, không nên kéo hàm xuống dưới lâu một khi mặt nạ đã đi qua răng quá xa.
- Bóng hơi phải luôn được ấn tựa vào khẩu cái trong khi đặt nếu không thì đầu mặt nạ có thể bị cuộn ngược ra sau, bị biến dạng hoặc có thể làm sưng vùng hầu. Khi đó tốt hơn hết nên rút ra và đặt lại.
- Nếu một kỹ thuật bị trục trặc dù đã điều chỉnh thì nên dùng kỹ thuật khác để đặt.

5. Sau khi đặt xong, để PLMA tự do, không giữ ống thông khí rồi bơm bóng hơi với không khí vừa đủ để đạt áp lực khoảng 60 cmH₂O, tránh bơm hơi lớn hơn 60 cm H₂O.

Thể tích bơm hơi khởi đầu sẽ thay đổi tùy theo từng bệnh nhân, kích thước dụng cụ, vị trí đầu và độ sâu gây mê. Khi bơm bóng hơi không nên giữ ống thông khí vì sẽ làm cho mặt nạ không vào vị trí đúng. Khi thấy có sự di chuyển ra ngoài nhẹ thì cho biết nó đã nằm ở dưới hạ hầu.

6. Dấu hiệu nhận biết đặt đúng bao gồm: sự di chuyển ra ngoài nhẹ của ống khi bơm hơi, xuất hiện vòng hình oval ở cổ quanh khu vực sụn giáp và sụn nhẫn, hoặc không nhìn thấy bóng hơi trong khoang miệng.

7. Nối kết với vòng gây mê và thông khí nhẹ nhàng vào phổi bệnh nhân, chú ý xem có rò rỉ hay không. Capnography nên được sử dụng để nhận biết trao đổi khí đủ không. Nghe vùng quanh cổ xem có âm thanh bất thường vì nó có thể là co thắt thanh quản nhẹ hoặc gây mê không đủ.

8. Chẩn đoán vị trí mặt nạ đúng hoặc không đúng:

- Đặt đúng khi một đầu tự do của mặt nạ tựa nhẹ vào thanh môn còn đỉnh thì tựa vào cơ thắt trên của thực quản. Bộ phận chống cắn nên nằm giữa răng.

- Nếu mặt nạ nằm quá nông, khí sẽ rò rỉ ra đầu gần của ống dẫn lưu khi phổi được thông khí và điều này sẽ dễ gây trào ngược. Tình huống này được điều chỉnh bằng cách sửa lại vị trí của mặt nạ, đừng cố gắng khắc phục rò rỉ bằng cách bít ống dẫn lưu dạ dày.

- Thỉnh thoảng do xả hơi không tốt hoặc đặt mặt nạ sâu vào tiền đình của thanh quản gây ra tắc nghẽn thông khí và rò rỉ khí qua ống dẫn. Mặt nạ càng được ấn sâu, sự tắc nghẽn càng xấu hơn, dù gây mê đủ sâu. PLMA nên được rút và đặt lại.

- Để dễ dàng phát hiện sai vị trí, nên đặt một ít chất bôi trơn vào đầu gần ống dẫn. Nếu mặt bôi trơn bị cong vòm lên khi phổi thông khí là đặt không đúng vị trí.

- Một phương pháp đơn giản, không xâm lấn, ta đặt ống dạ dày để kiểm tra, nếu ống dạ dày không qua được có thể mặt nạ đã bị gấp. Điều này được kiểm chứng bằng cách dùng đèn nội soi mềm. PLMA nên được rút ra và đặt lại.

9. Khi bơm hơi xong, dụng cụ nên được cố định bằng băng keo. Chú ý nên dán nhẹ nhàng vào mặt ngoài của dụng cụ. Điều này đảm bảo rằng đầu của mặt nạ tựa an toàn lên cơ thắt thực quản trên.

10. Rút mặt nạ thanh quản Proseal

- Nên hóa giải dẫn cơ trước khi tắt thuốc mê ở giai đoạn cuối của cuộc phẫu thuật. Bằng cách trợ giúp thông khí nhẹ nhàng, bệnh nhân bắt đầu có thể thở lại. Vào giai đoạn này nên kiểm tra lại áp lực của bóng hơi.

- PLMA đặt đúng sẽ chịu đựng tốt cho đến khi bệnh nhân xuất hiện phản xạ bảo vệ đường thở khi áp lực của bóng hơi được giữ khoảng 60cmH₂O. Điều này có nghĩa là đường thở thông thoáng có thể được duy trì cho đến khi bệnh nhân có thể nuốt hoặc ho hiệu quả.

- Chuẩn bị máy hút và dụng cụ đặt nội khí quản khi rút PLMA.
- Theo dõi monitor và cho BN thở dưỡng khí qua vòng gây mê hoặc ống T
- Đề bệnh nhân yên tĩnh cho đến khi phản xạ đường thở xuất hiện
- Tránh hút ống thông khí của PLMA vì bóng hơi đã bơm bảo vệ thanh quản và việc hút đường như không cần đến. Hút hoặc các kích thích khác có thể gây co thắt thanh quản trong giai đoạn tỉnh. Nếu cần hút ống thông khí và khoang miệng nên thực hiện trước khi phản xạ bảo vệ đường thở xuất hiện.
- Nên tháo băng keo khi bệnh nhân bắt đầu nuốt trở lại. Tuy nhiên, giai đoạn giữa bắt đầu nuốt và khả năng mở miệng thay đổi tùy vào bệnh nhân, thời gian và kỹ thuật gây mê.
- Xả bóng hơi và rút dụng cụ chỉ khi bệnh nhân có thể mở miệng theo yêu cầu. Nếu xả bóng hơi trước khi nuốt và ho hiệu quả thì các chất tiết ở hầu trên có thể vào thanh quản gây ho hoặc co thắt thanh quản.
- Kiểm tra lại khả năng thông khí và trương lực của hô hấp. Lúc này nếu cần có thể hút miệng cho bệnh nhân.
- Nếu PLMA được rút ở ICU thì nhân viên phòng hồi tỉnh nên được huấn luyện trước về PLMA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Chinh, Nguyễn Văn Chùng (2009). “Tổng quan về các phương pháp giảm đau trong chuyển dạ”. Y học Thành Phố Hồ Chí Minh, tập 13, phụ bản số 5, tr. 1 - 10.
2. Nguyễn Văn Chinh, Nguyễn Văn Chùng (2010). “Đánh giá tai biến, biến chứng của phương pháp giảm đau trong chuyển dạ”. Y học Thành Phố Hồ Chí Minh, tập 14, phụ bản số 1, tr. 260 - 270.
3. Nguyễn Văn Chùng (2012), Gây mê hồi sức cơ bản, Đại Học Y Dược TP.HCM, NXB Y Học, tr. 153 - 167.
4. Nguyễn Văn Chùng (2004), Sử dụng lâm sàng thuốc GMHS, Đại Học Y Dược TP.HCM, NXB Y Học, tr. 144 - 175.
5. Lê Văn Chung, Nguyễn Văn Chùng (2008), “Gây tê ngoài màng cứng và gây tê tủy sống phối hợp trong phẫu thuật chỉnh hình chi dưới”. Y học TP Hồ Chí Minh, tập 12 (1), tr. 78 - 83.
6. Abdullatif H, Kaul HL, (2005), “Combined spinal and epidural anesthesia: A review”. Acta Anaesth Italica, (56), pp. 201 - 209.

PHÁC ĐỒ SỬ DỤNG PRECEDEX (DEXMEDETOMIDINE)**1. Dược lý lâm sàng:**

Dexmedetomidine là một chất chủ vận chọn lọc tương đối với thụ thể α_2 -adreno receptor với tác dụng an thần. Hoạt tính lên cả α_1 và α_2 được thấy sau khi truyền tĩnh mạch chậm các liều cao (1000 mcg/kg) hoặc tiêm tĩnh mạch nhanh. Trong một nghiên cứu trên người tình nguyện khoẻ mạnh (N=10), chỉ số hô hấp và bão hòa oxy vẫn nằm trong giới hạn bình thường và không có bằng chứng của suy hô hấp khi dùng Precedex truyền tĩnh mạch ở các liều nằm trong mức liều khuyến cáo (0,2-0,7 mcg/kg/giờ).

2. Dược động học:

Sau khi tiêm tĩnh mạch, dexmedetomidine có các đặc tính dược động học sau: pha phân bố nhanh với thời gian bán phân bố ($t_{1/2\alpha}$) khoảng 6 phút; thời gian bán thải giai đoạn cuối ($t_{1/2\beta}$) khoảng 2 giờ; thể tích phân bố ở trạng thái ổn định (V_{ss}) khoảng 118 lít. Độ thanh thải có giá trị ước tính là khoảng 39 L/giờ. Thể trọng trung bình đi với đánh giá độ thanh thải này là 72 kg.

Dexmedetomidine có động học tuyến tính trong khoảng liều từ 0,2 đến 0,7 μ g/kg/giờ khi dùng truyền tĩnh mạch cho tới 24 giờ. Bảng 1 cho thấy các thông số dược động học chính khi truyền Precedex (sau các liều ban đầu thích hợp) ở các tốc độ truyền duy trì 0,17 mcg/kg/giờ (nồng độ dự định đạt được là 0,3 ng/ml) trong 12 và 24 giờ; 0,33 mcg/kg/giờ (nồng độ dự định đạt được là 0,6 ng/ml) trong 24 giờ, và 0,70 mcg/kg/giờ (nồng độ dự định đạt được là 1,25 ng/ml) trong 24 giờ.

Phân bố:

Thể tích phân bố ở trạng thái ổn định (V_{ss}) của dexmedetomidine khoảng 118 lít. Liên kết với protein của dexmedetomidine đã được đánh giá trong huyết tương của nam giới và nữ giới tình nguyện. Giá trị liên kết protein trung bình là 94% và hằng định qua các nồng độ khác nhau đã được thử. Liên kết protein là tương tự ở nam giới và nữ giới. Phần dexmedetomidine hydrochlorid liên kết với protein huyết tương giảm đáng kể ở các bệnh nhân suy gan so với người khoẻ mạnh.

Khả năng chiếm chỗ gắn kết của dexmedetomidine bởi fentanyl, ketorolac, theophyllin, digoxin và lidocain đã được khảo sát kỹ lưỡng trong in vitro, cho thấy thay đổi không đáng kể trong liên kết với protein huyết tương của dexmedetomidine. Khả năng chiếm chỗ gắn kết của phenytoin, warfarin, ibuprofen, propranolol, theophylline và digoxin bởi dexmedetomidine đã được khảo sát kỹ lưỡng trong in vitro và không có chất nào có vẻ bị chiếm chỗ đáng kể bởi dexmedetomidine.

Chuyển hoá:

Dexmedetomidine bị chuyển hoá sinh học hầu như hoàn toàn với lượng rất nhỏ dexmedetomidine được thải trừ qua nước tiểu và phân. Chuyển hoá sinh học bao gồm

glucuronid hoá trực tiếp và chuyển hoá qua trung gian cytochrome P450. Các đường chuyển hoá chính của dexmedetomidine là N-glucuronid hoá trực tiếp thành các chất chuyển hoá không có hoạt tính; hydroxyl hoá phần chất béo (chủ yếu qua trung gian CYP2A6) của dexmedetomidine để tạo thành 3-hydroxy dexmedetomidine; và N-methyl hoá dexmedetomidine để tạo thành 3-hydroxy N-methyl dexmedetomidine, 3-carboxy N-methyl dexmedetomidine, và N-methyl-O-glucuronid dexmedetomidine.

Thải trừ:

Thời gian bán thải giai đoạn cuối ($t_{1/2}$) khoảng 2 giờ và độ thanh thải có giá trị ước tính là khoảng 39 L/giờ. Một nghiên cứu cân bằng khối chứng tỏ rằng sau 9 ngày có trung bình khoảng 95% hoạt độ phóng xạ, sau khi tiêm tĩnh mạch dexmedetomidine đánh dấu phóng xạ, được phát hiện trong nước tiểu và 4% qua phân. Không có dexmedetomidine ở dạng không đổi được phát hiện trong nước tiểu. Khoảng 85% hoạt độ phóng xạ phát hiện trong nước tiểu được thải trừ trong vòng 24 giờ sau khi truyền. Phân đoạn hoạt độ phóng xạ thải trừ trong nước tiểu chứng tỏ rằng các sản phẩm N-glucuronid hoá chiếm khoảng 34% tổng bài tiết qua nước tiểu. Khoảng 28% các chất chuyển hoá trong nước tiểu không xác định được.

Giới:

Không thấy có khác biệt về dược động học của dexmedetomidine do giới tính.

Lão khoa:

Dược động học của dexmedetomidine không bị ảnh hưởng bởi tuổi. Không thấy có khác biệt về dược động học của dexmedetomidine ở người trẻ (18-40 tuổi), trung niên (41-65 tuổi) và người già (> 65 tuổi).

Nhi khoa:

Dược động học của dexmedetomidine chưa được nghiên cứu ở trẻ em.

Suy thận:

Dược động học của dexmedetomidine hydrochlorid (C_{max} , T_{max} , AUC, t , CL và V_{ss}) là không khác biệt ở những người bị suy thận nặng (thanh thải creatinin < 30 ml/phút) so với người khoẻ mạnh. Tuy nhiên, dược động học của các chất chuyển hoá của dexmedetomidine chưa được đánh giá ở các bệnh nhân suy chức năng thận. Vì phần chính của các chất chuyển hoá được bài tiết qua thận, có lẽ các chất chuyển hoá có thể bị tích lũy sau khi truyền thời gian dài cho các bệnh nhân suy chức năng thận (xem Thận trọng, Liều dùng và Cách dùng).

Suy gan:

Ở các bệnh nhân với mức độ suy gan khác nhau (Child-Pugh nhóm A, B hoặc C), các giá trị thanh thải là thấp hơn so với người khoẻ mạnh. Giá trị thanh thải trung bình cho

những người bị suy gan nhẹ, vừa và nặng là 74%, 64% và 53%, so với mức ở người khỏe mạnh bình thường, một cách tương ứng. Thanh thải trung bình cho thuốc tự do là 59%, 51% và 32% so với mức ở người khỏe mạnh bình thường, một cách tương ứng.

Mặc dù Precedex được định liều theo tác dụng, có thể cần xem xét giảm liều cho các bệnh nhân suy gan (xem Thận trọng: Suy gan và Liều lượng và cách dùng).

3. Chỉ định:

- An thần, chống lo âu ở ICU, giảm đau cho các thủ thuật ngoại khoa:

	Liều tải	Liều duy trì
Thủ thuật xâm lấn	1 mcg/kg >10 phút.	Từ 0,2 - 1 mcg/kg/giờ
nhiều		Trung bình 0,6 mcg/kg/giờ *Chỉnh tốc độ truyền để đạt được mức an thần mong muốn.
Thủ thuật xâm lấn ít	0,5 mcg/kg >10 phút.	
Bệnh nhân > 65 tuổi	0,5 mcg/kg >10 phút.	Nên giảm liều.
Bệnh nhân suy gan, thần	Giảm liều	Giảm liều

- An thần cho bệnh nhân ở hồi sức tích cực:

	Liều tải	Liều duy trì
Bệnh nhân ≥ 18 tuổi	1 mcg/kg >10 phút.	Từ 0,2 - 1 mcg/kg/giờ Trung bình 0,4 mcg/kg/giờ *Chỉnh tốc độ truyền để đạt được mức an thần mong muốn.
Bệnh nhân > 65 tuổi	0,5 mcg/kg >10 phút.	Nên giảm liều.
Bệnh nhân suy gan, thần	Giảm liều	Giảm liều

4. Chống chỉ định:

- Mẫn cảm với dexmedetomidine.
- Trẻ < 18 tuổi.

5. Dạng trình bày và cách pha truyền:

- Lọ 2ml, chứa 100 mcg/ml.
- Pha truyền bằng NaCl 0,9%.
- Lọ 2 ml dexmedetomidine + 48 ml NaCl 0,9% = 4 mcg/ml.

6. Các tác dụng phụ:

Trong quá trình sử dụng cần theo dõi một số tác dụng phụ sau:

- Hạ huyết áp - Chậm nhịp tim - Buồn nôn, nôn mửa - Cao huyết áp
- Sốt - Thiếu máu - Rung nhĩ - Đau - Khô miệng - Cứng cơ - Kích động.

7. Một số lưu ý khi sử dụng:

- Không được chỉ định truyền precedex > 24 giờ.
- Không được truyền precedex chung đường truyền với máu hay huyết tương.
- Không dùng chung với diazepam, amphotericin B.

Tài liệu tham khảo:

Vidal việt nam 2012.

HƯỚNG DẪN GÂY TÊ TỦY SỐNG TRONG PHẪU THUẬT LẤY THAI**1. GIỚI THIỆU**

Trong mổ lấy thai ở thai phụ khỏe mạnh, gây tê tủy sống là lựa chọn hàng đầu vì kỹ thuật đơn giản, cho phép xác định chính xác vị trí kim, thời gian khởi tê nhanh, chất lượng vô cảm tốt với một lượng nhỏ thuốc tê đủ để phong bế chức năng thần kinh do đó giảm nguy cơ ngộ độc thuốc và giảm thấp nhất lượng thuốc qua thai. Vì những ưu điểm đó mà gây tê tủy sống là kỹ thuật thông dụng nhất trong mổ lấy thai.

2. ĐỐI TƯỢNG

Các bệnh nhân có chỉ định mổ lấy thai được gây tê tủy sống ngoại trừ các chống chỉ định sau: Bệnh nhân từ chối hay không hợp tác, rối loạn đông máu hay dùng thuốc chống đông như Heparin hoặc Aspirin, bệnh nhân nhiễm trùng da lưng vùng gây tê, nhiễm trùng toàn thân, bệnh nhân bị tăng áp lực nội sọ, bệnh nhân có dị tật bất thường cột sống, gù vẹo, xẹp đốt sống đã mổ cắt bản sống, giảm thể tích mẹ chưa điển hình, người làm không đủ chuyên môn và kinh nghiệm trong thao tác, các trường hợp cấp cứu sản khoa (tim thai suy, sa dây rốn, nhau tiền đạo, nhau bong non), suy tim mất bù, đảo shunt P-T.

3. KỸ THUẬT GÂY TÊ TỦY SỐNG**3.1 Chuẩn bị công cụ**

- Thuốc gây mê, hồi sức cấp cứu (Ephedrin 30 mg/ml, Atropin, Propofol 10 mg/1 ml, dẫn cơ, giảm đau...), monitor theo dõi ECG, nhịp tim, huyết áp không xâm lấn, SpO₂. Máy gây mê, máy hút, nguồn Oxy, bộ dụng cụ cấp cứu: ống NKQ, mask thanh quản, đèn đặt ống NKQ trong tư thế sẵn sàng.
- Dụng cụ gây tê: Kim gây tê kiểu Quincke 25. Bơm tiêm 3 ml, kèm sát khuẩn, lọ đựng dung dịch sát khuẩn, găng tay vô trùng, gạc băng dán.
- Thuốc gây tê: Bupivacain Spinal Heavy 0.5% 5 mg/ml, ống 4 ml. Fentanyl 50 mcg/ml, ống 2 ml. Morphine Sunfas Spinal 1 mg/ml, ống 2 ml. Dịch truyền Ringer Lactate, Natri Chlorua 0,9%.

3.2 Chuẩn bị bệnh nhân

- Bệnh nhân được kiểm tra hồ sơ bệnh án, xem xét các xét nghiệm, giấy cam đoan phẫu thuật.
- Khám bệnh nhân trước mổ: nghe tim phổi, kiểm tra vùng gây tê trước khi làm thủ thuật.
- Giải thích cho bệnh nhân rõ về phương pháp vô cảm sẽ thực hiện. Lập đường truyền tĩnh mạch với kim lùn 18G, truyền Ringer lactate 300-500 ml trước khi gây tê.

3.3 Kỹ thuật tiến hành

- Ghi nhận mạch, HA, nhịp thở, SpO2 trước khi gây tê.
- Tư thế bệnh nhân: Nằm nghiêng, hướng dẫn bệnh nhân nằm cúi gập người, cong thắt lưng ra sau, đầu nằm trên gối mềm.
- Liều thuốc tê:
 - + Phác đồ 1: Bupivacain Spinal Heavy 0,5% (7-8,5 mg) + Fentanyl 25 mcg
 - + Phác đồ 2: Bupivacain Spinal Heavy 0,5% (7-8,5 mg) + Fentanyl 15 mcg + Morphini Sulfas Spinal 0,1 mg.
- Bác sĩ gây mê hồi sức: Rửa tay, mang găng phẫu thuật, sát trùng da vùng chích bằng cồn và Povidine.
- Chọc kim ở khoảng gian đốt sống TL3 - TL4, mặt vát kim hướng lên trên, khi chọc đúng khoang dưới nhện sẽ có dịch não tủy chảy ra ở chuôi kim.
- Bơm thuốc, sau khi bơm hết thuốc tê, đặt bệnh nhân tư thế nằm ngửa, kê đầu trên một gối nhỏ.
- Cho bệnh nhân thở Oxy 3 lít/phút qua mặt nạ.
- Sau khi gây tê tủy sống, bệnh nhân mất vận động, mất cảm giác đau từ mức T10 (ngang rốn) trở lên thì có thể tiến hành phẫu thuật.

4. XỬ TRÍ CÁC TÁC DỤNG PHỤ SAU GÂY TÊ

- Bệnh nhân sau gây tê được theo dõi huyết áp 2 phút/ lần trong 10 phút đầu và 5 phút/ lần sau đó cho đến khi kết thúc cuộc mổ.
- Khi có hạ HA 30% hoặc giảm dưới 100 mmHg so với HA ghi nhận trước khi gây tê tủy sống bệnh nhân được xử trí 6 mg Ephedrin tiêm tĩnh mạch để nâng HA (pha 1 ống Ephedrin 30 mg/ml với 9 ml nước cất thành 30 mg/10 ml tương đương 3 mg/1 ml).
- Bệnh nhân được ghi nhận là chậm nhịp tim, khi nhịp tim giảm dưới 50 nhịp/phút. Khi nhịp tim chậm xảy ra Atropine 0,5 mg được dùng để nâng nhịp tim.
- Các tác dụng phụ: buồn nôn và nôn (Primperan 10 mg/ ống tiêm tĩnh mạch), lạnh run (điều trị bằng sưởi ấm hoặc Pethidine 25 mg tiêm tĩnh mạch chậm).

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Chùng (2011). "Gây tê tủy sống". Gây Mê Hồi Sức Cơ Bản, tr. 137-156.
2. Nguyễn Đức Lam, Nguyễn Hữu Tú, Nguyễn Quốc Tuấn (2010). "So sánh hiệu quả và các tác dụng phụ của gây tê tủy sống với gây mê nội khí quản để mổ lấy thai ở bệnh nhân tiền sản giật nặng". Y học thực hành số 744, tr 101-105.

3. Cynthia A, Naveen N (2009). "Spinal, epidural, and caudal anesthesia: anatomy, physiology, and technique". Chestnut' s Obstetric Anesthesia: Principles and practice, 12, pp.227 - 242.

HƯỚNG DẪN

GÂY TÊ TỦY SỐNG KẾT HỢP GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG (CSE) TRONG PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG ĐƯỜNG ÂM ĐẠO

1. ĐỊNH NGHĨA

CSE là phương pháp gây tê tủy (TS) sống kết hợp với gây tê ngoài màng cứng (NMC)

2. MỤC ĐÍCH

- Khởi đầu tác dụng gây tê nhanh với liều thuốc tê thấp
- Kéo dài thời gian vô cảm qua đường NMC
- Dùng giảm đau sau mổ qua đường NMC

3. ĐỐI TƯỢNG

- Bệnh nhân nữ có chỉ định mổ sa sinh dục bằng phương pháp cắt tử cung qua ngã âm đạo
- Không thực hiện trong các trường hợp:
 - + Chống chỉ định gây tê vùng
 - + Bệnh lý cột sống: sốt bại liệt, biến dạng cột sống, gù vẹo cột sống, dị tật cột sống
 - + Bệnh lý về đông máu và đang sử dụng thuốc kháng đông + Thiếu máu nặng hay thiếu thể tích tuần hoàn chưa bồi hoàn + Nhiễm trùng toàn thân hay tại nơi làm thủ thuật + Bệnh lý van tim nặng + Bệnh nhân từ chối không hợp tác

4. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN TRƯỚC MỔ

- Khám tiền mê, thực hiện các xét nghiệm thường quy trước mổ
- Monitor theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO2 liên tục
- Truyền Lactat Ringer hay NaCl 0.9% 5-8 ml/kg
- Nghe tim, phổi
- Đánh giá vùng tê trước khi làm thủ thuật
- Tiến hành gây tê
- Ghi nhận mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO2 trước khi gây tê
- Tư thế bệnh nhân nằm nghiêng, hai tay ôm hai đầu gối sát lên bụng, cầm cuối xuống ngực
- Sát trùng vị trí tê
- Trải khăn lỗ vô trùng

- Xác định vị trí chọc kim: khoang L3-L4, L4-L5
- Gây tê tại chỗ bằng Lidocaine 2% 1 ml
- Sử dụng bộ kim CSE
- Xác định khoang NMC bằng phương pháp mất sức cản không khí
- Dùng kim tê TS G27 xuyên qua lòng kim Tuohy để chích vào khoang dưới nhện
- Rút nòng kim tê TS ra thấy có dịch não tủy chảy ra thì tiến hành bơm vào TS 5mg Levobupivacaine 0.5% + 25 mcg Fentanyl
- Sau đó rút kim tê TS ra
- Luồn catheter vào khoang NMC, lưu catheter khoảng 3 cm
- Rút kim Tuohy ra
- Cố định catheter bằng băng dán vô trùng
- Đặt bệnh nhân nằm ngửa và cho thở Oxy 3 lít/phút
- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO2 mỗi 5 phút
- Đánh giá cảm giác đau bằng bằng kiểm tra nhiệt lạnh (dùng bông gòn tẩm cồn 70 độ) vùng da dưới rốn. Khi vùng mất cảm giác đạt mức ngang rốn thì bắt đầu phẫu thuật.
- Ghi nhận thời gian bắt đầu bơm thuốc tê khi đạt mức phong bế cảm giác đau ở T10

5. SAU KHI GÂY TÊ

- Sau khi tiêm liều TS 30 phút, tiêm 6 mg Levobupivacaine 0.5% qua catheter NMC
- Lặp lại Levobupivacaine 0.5% mỗi 30 phút tùy theo đáp ứng đau của bệnh nhân cho đến khi cuộc mổ kết thúc
- Đánh giá hiệu quả vô cảm trong mổ qua 3 mức độ:
 - + Tốt: Bệnh nhân hoàn toàn không đau
 - + Trung bình: Bệnh nhân đau nhẹ, phải thêm Fentanyl 50 mcg
 - + Kém: Bệnh nhân không chịu đựng được, phải chuyển sang phương pháp vô cảm khác
- Nếu mức độ vô cảm kém, tiến hành bơm 16-20 ml Levobupivacaine 0.5% qua catheter NMC, xem như tê NMC để mổ

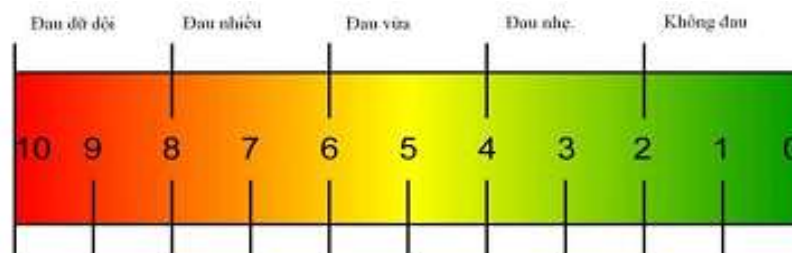
- Tất cả bệnh nhân sau 15 phút đánh giá mức độ phong bế của liều tê TS đều được an thần, giảm lo lắng với 2 mg Midazolam tiêm tĩnh mạch

6. XỬ TRÍ CÁC TÁC DỤNG PHỤ SAU KHI GÂY TÊ

- Hạ huyết áp: Huyết áp tâm thu giảm 20% so với lúc chưa gây tê hoặc < 90 mmHg, truyền dịch nhanh và dùng Ephedrine 5 mg/lần đến khi huyết áp đạt giá trị ban đầu thì ngưng.
- Mạch chậm: < 50 lần/phút, dùng Atropin 0.5 mg tiêm tĩnh mạch. Liều Atropin tối đa là 1 mg
- Nôn ói: Primperan 10 mg pha loãng tiêm tĩnh mạch chậm
- Lạnh run: Pethidin 25 mg tiêm tĩnh mạch kèm đắp ấm cho bệnh nhân

7. SAU MỒ

- Ngay sau khi bệnh nhân được chuyển sang hồi sức, truyền Levobupivacaine 0,1% với Fentanyl 1 mcg/ml qua catheter NMC bơm điện với vận tốc 8ml/giờ.
- Bệnh nhân được theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂ bằng monitor mỗi 30 phút trong 1 giờ đầu, mỗi giờ trong 3 giờ sau, mỗi 2 giờ trong những giờ tiếp theo
- Đánh giá đau: dựa theo thang điểm VAS (Visual Analogue Scales)



Thang điểm đau VAS tiện lợi nhất là một thước trượt gồm hai mặt: Một mặt dành cho bệnh nhân có ghi “không đau”, “đau dữ dội không thể tưởng”, một mặt dành cho người đánh giá mức độ đau:

- + 0-2 điểm: không đau
- + 2-4 điểm: đau nhẹ
- + 4-6 điểm: đau vừa
- + 6-8 điểm: đau nhiều
- + 8-10 điểm: đau dữ dội

Khi bệnh nhân có VAS > 3 , tăng liều thuốc tê lên 2 ml/lần mỗi giờ, tối đa 12 ml/ giờ. Nếu bệnh nhân còn đau thì cho thêm Perfangan 1 g truyền tĩnh mạch CXXX giọt/ phút hoặc Diclophenac tiêm bắp.

- Đánh giá sự ức chế vận động theo thang điểm Bromage cải tiến:
- + Độ 1: Ức chế hoàn toàn (không vận động khớp gối và chân)
- + Độ 2: Ức chế gần như hoàn toàn (chỉ cử động được bàn chân)
- + Độ 3: Ức chế một phần (có thể cử động khớp gối)
- + Độ 4: Không thể vận động được khớp háng (gập khớp gối)
- + Độ 5: Có thể cử động được khớp háng khi nằm ngửa
- + Độ 6: Có thể duỗi khớp gối

Nếu bệnh nhân có yếu, liệt chi giảm tốc độ liều thuốc truyền cho bệnh nhân mỗi 3ml cho đến khi bệnh nhân hết yếu liệt chi và sau đó duy trì ở tốc độ truyền thấp hơn. Thăm khám bệnh nhân để phát hiện các biến chứng như bí tiểu, đau lưng, nhức đầu, các biểu hiện thần kinh thoáng qua do chọc dò kim

- Rút catheter NMC khi bệnh nhân chuyển trại

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Phương Dung (2010), “Đánh giá hiệu quả của gây tê tủy sống kết hợp ngoài màng cứng trong phẫu thuật chi dưới”. Y học TPHCM, tập 14 (1), trang 210 - 216
2. Lê Minh Tâm, Vũ Thị Nhung (2007), “Gây tê tủy sống - ngoài màng cứng phối hợp liều thấp trong phẫu thuật sa sinh dục trên người cao tuổi”. Y học TPHCM, tập 11(1), trang 37 - 43
3. Công Quyết Thắng (2006), “Gây tê tủy sống - ngoài màng cứng”. Gây mê hồi sức, NXB Y học Hà Nội, trang 44 - 83
4. Nguyễn Thanh Vinh, ^ Nguyễn Văn Chùng (2006), “Gây tê tủy sống và gây tê ngoài màng cứng phối hợp để giảm đau trong và sau mổ”. Y học TPHCM, tập 10(1), trang 51 - 57
5. Aitkenhead A.R., Rowbotham D.J., Smith G. (2003), Textbook of Anesthesia, Churchill Livingstone, 4th edition, pp.28., 186 - 191, 202, 208 -210, 211,-21 215, 501 - 523, 545, 559- 567
6. Berends N, Teunken A et al (2005), “A randomized trial comparing low- dose combined spinal - epidural anesthesia for cesarean section in severe preeclampsia”. Acta Anesthesiol Belg, 56(2), pp 155 - 16

PHÒNG NGỪA THUYỀN TẮC TĨNH MẠCH SÂU TRONG NGOẠI KHOA**I. ĐẠI CƯƠNG**

Thuyên tắc ứnh mạch sâu làm tăng nguy cơ biến chứng thuyên tắc phổi dẫn đến tử vong. Phòng ngừa thuyên tắc tĩnh mạch sâu đặc biệt có ý nghĩa quan trọng trong ngoại khoa do tình trạng tăng đông sau mổ. Việc sử dụng kháng đông chu phẫu còn hạn chế do tâm lý e ngại tình trạng chảy máu sau mổ.

II. NGUY CƠ TUYÊN TẮC TĨNH MẠCH SÂU

Nguy cơ thuyên tắc tĩnh mạch sau mổ phụ thuộc: loại phẫu thuật, các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân và bệnh lý đi kèm.

a. Yếu tố nguy cơ của bệnh nhân và bệnh lý đi kèm:

- Ung thư.
- Tiền căn thuyên tắc TM.
- BéophìBMI>30.
- Tuổi >60.
- Bất động, liệt chân.
- Suy hô hấp.
- Đặt catheterTM trung tâm.
- Dùng thuốc ngừa thai hoặc hormon thay thế.
- Chấn thương (đặc biệt CT tủy và gãy chi dưới).
- Suy tim, nhồi máu cơ tim gần đây.
- Liệt chi dưới (vd sau đột quy).
- Các bệnh lý về đông máu.
- Các bệnh lý: hội chứng thận hư.

b. Theo phẫu thuật

Phẫu thuật	Thấp	Trung bình	Cao
Chỉnh hình	PT khớp gối: nội soi, tái tạo dây chằng, CT gối không kèm gãy xương	Gãy xương cẳng và bàn chân	Thay toàn bộ khớp háng, khớp gối, gãy cổ xương đùi, đa CT nặng

Phẫu thuật	Thấp	Trung bình	Cao
Tiêu hóa	PT trực tràng, PT thành bụng, VRT đơn giản,	Cấp cứu Thời gian PT > 1 giờ	PT ung thư Gan, tụy, đại tràng. Bệnh viêm đường tiêu hóa.
Phụ khoa	Soi buồng TC PT lành tính của buồng trứng Soi ổ bụng < 1 giờ	Cắt tử cung PT ác tính của buồng trứng NS ổ bụng > 1 giờ Mở bụng thăm dò	PT ung thư PT sa sinh dục
Niệu khoa	PT nội soi PT thận xuyên da Tinh hoàn, niệu quản, thượng thận		PT ung thư Ghép thận Mô hơ của thận và các cơ quan vùng chậu
Thần kinh	Thoát vị đĩa đệm Cắt bán sống có giới hạn	Cắt bán sống Kết hợp xương cột sống	CT tủy có yếu liệt PT nội sọ
Tai mũi họng	Các phẫu thuật		PT ung thư
Lồng ngực mạch máu	Nội soi trung thất	PT cắt phổi, mạch máu lớn, bất cầu mạch vành	

III. CÁC BIỆN PHÁP PHÒNG NGỪA

3.1. Sử dụng thuốc kháng đông:

- Heparin TLPT thấp (LMWH):

Bắt đầu cho lúc nhập viện hoặc đêm trước mổ.

PT nguy cơ TB Enoxaparine 2000 UI X1 (TDD).

PT nguy cơ cao Enoxaparine 4000 UI X1 (TDD).

- Heparin không phân đoạn (UFH):

Chỉ định ở BN suy thận nặng, 2 giờ trước mổ.

PT nguy cơ TB 5000 UI X 2 (TDD).

PT nguy cơ cao 5000 UI X 3 (TDD).

Theo dõi: cần theo dõi tiểu cầu 2 lần/ tuần, aPTT 1.2 -1.3 lần chứng.

- Fondaparinux: là pentasaccharide tổng hợp ức chế yếu tố Xa.

Ngừa thuyên tắc trong PT lớn ở chi dưới, hiệu quả hơn LMWH. Liều 2.5mg x 1 (TDD) 6-8h saumổ.

Độ thanh thải creatinin từ 20-50 ml/p: dùng liều 1.5 mg x 1(TDD).

3.2. Phương pháp Cff học: Vó áp lực

Chỉ định ở BN có nguy cơ chảy máu nhiều.

Phối hợp thuốc kháng đông trong trường hợp nguy cơ thuyên tắc rất cao. Khuyến dùng cho BN nội soi ổ bụng, không dùng cho BN có bệnh lý ĐM ở chân.

3.3. Thời gian phòng ngừa:

-7-14 ngày cho các PT khác.

- 3-5 ngày cho thay khớp háng, thay khớp gối và gãy cổ xương đùi.

- Dự phòng kéo dài trong PT ung thư bụng - chậu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Oxford Handbook of Anaesthesia, 8th edition, 2011

PHÒNG NGỪA VÀ XỬ TRÍ NGỘ ĐỘC THUỐC TÊ

I. NGUYÊN NHÂN

- Tiêm không đúng cách
- Quá liều
- Gây tê ở những vùng giàu mạch máu
- Gây tê ĩnh mạch

II. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

- Tiền triệu: tê, tê bì môi, chóng mặt, ù tai, vị mặn kim loại, lóa mắt, lo lắng, buồn ngủ.

-Nặng:

- Đột ngột thay đổi tri giác, kích động bất thường hoặc mất ý thức, có hoặc không có kèm theo co giật.
- Suy sụp tuần hoàn nhanh chóng: nhịp xoang chậm, block dẫn truyền, vô tâm thu hoặc loạn nhịp nhanh thất.

Có thể xảy ra ngay khi vừa tiêm thuốc tê.

III. PHÒNG NGỪA

1. Tiêm chậm mỗi 5 ml/lần. Truyền liên tục nếu có thể.
2. Hút thử trước và thường xuyên lặp lại trong quá trình tiêm thuốc tê. Liều test
3. Giảm liều thuốc thấp nhất có thể.
4. Kỹ thuật gây tê: máy dò thần kinh, siêu âm.
5. Phối hợp thuốc tê.
6. Theo dõi liên tục. Luôn cảnh giác với biến chứng của gây tê.
7. Cẩn thận với các yếu tố nguy cơ.

IV. PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ

- Ngưng tiêm thuốc tê.
 - Gọi giúp đỡ.
 - Xử trí tức thì:
1. Kiểm soát đường thở: thông khí với 100% oxy.

2. Kiểm soát động kinh, co giật:
 - Nhóm benzodiazepines: ưu tiên midazolam 3-10 mgTM, diazepam 5- 15mgTM
 - Thiopentone 50-150 mg TM
 - Propofol 20 - 60 mg TM: lưu ý cần tránh trong trường hợp huyết động không ổn định.
3. Hồi sức tim phổi cơ bản và nâng cao: (Basic and advanced cardiac life support (BLS/ACLS)) Có thể thời gian hồi sức cần kéo dài hơn 1 giờ.
4. Truyền dung dịch Lipid 20% có hay không ngưng tim (liều dùng cho bệnh nhân 70kg)

Ngay lập tức:

- Bolus tĩnh mạch 1,5 ml/kg/phút # 100 ml
- Truyền liên tục 15 ml/kg/giờ #1000 ml/giờ #18 ml/g Sau 5 phút:
- Lặp lại tối đa 2 lần liều bolus (cùng liều) nếu: tình trạng tim mạch chưa ổn định hoặc xấu dần đi.
- Khoảng cách giữa các lần bolus là 5 phút.
- Tối đa là 3 lần bolus..
- Truyền liên tục với liều tăng gấp đôi: 30 ml/kg/giờ nếu tình trạng tim mạch chưa ổn định hoặc xấu dần đi.
- Tiếp tục truyền liên tục ít nhất 10 phút sau khi tuần hoàn ổn định hoặc đã đạt liều lipid tối đa.

Cần trọng: Không vượt quá liều tích lũy là 12 ml/kg (840ml lipid).

5. Tránh sử dụng: vasopressin, thuốc ức calcium, ức chế j3 hoặc thuốc tê tại chỗ.
6. Cảnh báo khoa tim hở có thể phải tuần hoàn ngoài cơ thể.
7. Xem xét tiếp tục phẫu thuật.
8. Chuyển hồi sức ngoại theo dõi khi bệnh nhân ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “ AAGBI Safety Guideline - Management of Severe Local Anesthetic toxicity” của Hội gây mê Anh và Ireland năm 2010.
2. “ASRAPM - Checklist for Treatment of Local Anesthetic Systemic Toxicity” của Hội gây tê vùng và giảm đau Mỹ năm 2012.

3. Auroy et al. *Anesthesiology* 2002; 97; 1274.
4. Neal JM, et al. American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. Practice advisory on local anesthetic systemic toxicity. *Reg Anesth Pain Med*. 2010;35(2): 152-161.
5. Nguyễn Hữu Tú. “Ngộ độc toàn thân thuốc tê trong gây tê vùng. “ Bộ môn Gây Mê Hồi Sức, Đại học Y khoa Hà Nội.
6. Post LAST events at <http://www.lipidrescue.org> and report use of lipid to <http://www.lipidregistry.org>

QUY TRÌNH THEO DÕI KHU HỒI TỈNH VÀ TIÊU CHUẨN CHUYỂN TRẠI**MỤC TIÊU**

Đảm bảo an toàn bệnh nhân sau mổ tại khu hồi tỉnh và khi chuyển trại.

ĐỐI TƯỢNG BỆNH NHÂN

Bệnh nhân có phân độ ASAI, II, III. Nguy cơ phẫu thuật thấp và trung bình.

QUY TRÌNH**Theo dõi**

- Tri giác: mức độ tỉnh táo, hợp tác.
- Hô hấp: biên độ và nhịp thở, SpO₂
- Mạch, huyết áp
- Cử động: tay chân, xoay trở
- Tình trạng nôn ói và đau sau mổ
- Các yếu tố khác: thân nhiệt, tình trạng vết mổ, dẫn lưu, lượng nước tiểu. Ghi nhận mỗi 15 phút trong giờ đầu, mỗi 30 phút trong 2 giờ tiếp theo và mỗi giờ sau đó, cho đến khi chuyển trại.

Điều kiện để có thể thực hiện theo quy định thời gian nêu trên khi thỏa đầy đủ nhân lực theo chương II, điều 6, khoản 4 của Thông tư số 13/2012/TT-BYT về hướng dẫn công tác gây mê hồi sức. Trong đó bố trí nhân sự tại khu Hồi tỉnh: tối thiểu gồm 01 (một) bác sỹ gây mê - hồi sức, điều dưỡng viên (số lượng điều dưỡng viên tùy thuộc vào số giường hồi tỉnh với tỷ lệ 02 (hai) điều dưỡng viên phụ trách 05 giường bệnh) và 01 (một) hộ lý.

Chăm sóc

Thở oxy, hút đàm, rút nội khí quản khi có chỉ định.

Thực hiện các y lệnh thuốc và truyền dịch (máu).

Đánh giá tiêu chuẩn Aldrete lúc mới đến khu hồi tỉnh, sau 15 phút, sau 60 phút và trước khi chuyển trại.

TIÊU CHUẨN CHUYỂN TRẠI

Đủ tiêu chuẩn chuyển trại khi đạt 9-10 đ (tiêu chuẩn Aldrete)

Trường hợp AS AIII hoặc Aldrete < 9 (AS AI, II), BSGM đánh giá lại bệnh nhân dựa vào tình trạng BN trước mổ và diễn biến trong mổ và quyết định chuyển trại.

Bảng: Tiêu chuẩn Aldrete

Tiêu chuẩn	Điểm
Cử động tay chân (tự ý hoặc theo yêu cầu)	
4	2
2	1
0	0
Hô hấp	
Hít thở sâu, ho khạc được	2
Khó thở, thở nông hoặc hô hấp hạn chế	1
Không thở	0
Thay đổi huyết áp (so với trước mổ)	
± 20 mmHg	2
$\pm 20 - 50$ mmHg	1
$\pm > 50$ mmHg	0
Tri giác	
Tỉnh táo hoàn toàn	2
Thức tỉnh khi lay gọi	1
Không đáp ứng với kích thích	0
Bảo hòa oxy	
$> 92\%$ với thở khí trời	2
Cần thở oxy để duy trì $> 90\%$	1
$< 90\%$ ngay cả khi thở oxy	0

Các yếu tố khác cần theo dõi trước khi chuyển trại

Quan sát tình trạng chảy máu qua băng vết mổ, dẫn lưu. Theo dõi gò tử cung và huyết âm đạo ở sản phụ sau mổ bắt con.

Đau và nôn ói sau mổ: phải được kiểm soát trước khi chuyển. BN có thể hít thở sâu và ho khạc được mà không đau nặng nề. Báo BSGM và/hoặc PTV nếu có tình trạng nôn ói hay đau không giải thích được. Thân nhiệt BN phải đạt $> 36^\circ\text{C}$ trước chuyển trại 15 phút.

Lượng nước tiểu tối thiểu 30ml/h (0.5- 1ml/kg/h) nếu có ống thông tiểu.

Liều cuối cùng các thuốc có khả năng ức chế hô hấp (giảm đau họ thuốc phiện, an thần, hóa giải dẫn cơ, tê NMC) cần được tiêm trước chuyển trại ít nhất 30 phút.

Trường hợp đặc biệt:

Đối với BN đang thở oxy trước chuyển trại cần đạt SpO₂ ổn định $> 92\%$ với thở khí trời ít nhất 30 phút sau ngưng oxy hoặc $> 94\%$ khi thở oxy. Lưu ý BN vốn đã được thở oxy tại nhà thì SpO₂ tùy thuộc tình trạng lúc ở nhà. BS GM quyết định tiếp tục thở oxy trên đường chuyển và tại trại bệnh tùy thuộc tình trạng BN.

Đối với BN vô cảm TTS và/hoặc NMC: có thể chuyển trại nếu BN không yêu cầu thêm giảm đau, mức phong bế giảm đi 2 khoanh da (tối thiểu mức T10), ổn định tim mạch (HA không giảm $> 20\%$ sau khi nâng đầu giường nếu không có CCD), có phản xạ bảo vệ đường thở, tự xoay trở được. Đối với BN vô cảm tê tại cho hoặc tê thẩm có thể chuyển trại từ khu vực phòng mổ.

Trường hợp BN đã đủ tiêu chuẩn chuyển trại nhưng chưa chuyển được vì lý do ngoài chuyên môn cũng cần được theo dõi mỗi giờ cho đến khi chuyển trại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ y tế (2012). Thông tư Số 13/2012/TT-BYT về Hướng dẫn công tác gây mê hồi sức của Bộ Y Tế.

2. Discharge from post anesthetic care unit (2012). Saskatoon city hospital SHRNursing Practice Committee.
3. Immediate postanaesthetic recovery (2002). The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, 21 Portland Place, London W1B 1PY.
4. Postoperative management in adults - A practical guide to postoperative care for clinical staff (2004). Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Royal College of Physicians. 9 Queen Street, Edinburgh EH21JQ.

RỐI LOẠN THĂNG BẰNG TOAN KIỀM**1. ĐẠI CƯƠNG:**

Trong thực hành chỉ cần dựa vào ba thông số sau để đánh giá tình trạng toan kiềm:

1.1. pH:

Bao giờ cũng nên bắt đầu đánh giá tình trạng toan kiềm bằng việc xem pH. Thông số này cho biết toàn cảnh của thăng bằng toan kiềm và quyết định cho việc chỉ định điều trị triệu chứng. Thông thường người ta chỉ điều chỉnh một rối loạn toan kiềm (dựa trên thay đổi pH) chứ ít khi nào điều chỉnh một rối loạn PaCO_2 hoặc rối loạn HCO_3^- . Chỉ số bình thường pH: 7,35 - 7,45.

1.2. PaCO_2 :

Được đánh giá ngay tiếp sau đánh giá pH, thông số này được máy đo trực tiếp. Hệ hô hấp, nơi điều hòa PaCO_2 , có vai trò quan trọng và tức thì điều hòa thăng bằng toan kiềm. Chỉ số bình thường PaCO_2 : 35 - 45 mmHg.

1.3. HCO_3^- :

Đánh giá sau cùng, thông số này chỉ được tính toán gián tiếp. Thận là nơi điều hòa HCO_3^- nhưng diễn tiến chậm, và có vai trò ít quan trọng, chậm trong điều hòa thăng bằng toan kiềm so với hệ hô hấp. Chỉ số bình thường HCO_3^- : 22 - 26 mEq/L.

2. NHẬN BIẾT RỐI LOẠN TOAN KIỀM

Kỹ thuật phân tích rối loạn toan kiềm dựa vào phân tích khí máu động mạch, trình tự phân tích được thực hiện như sau:

Đánh giá pH Đánh giá PaCO_2 Đánh giá HCO_3^-

Dựa vào pH và PaCO_2 có thể phân chia rối loạn toan kiềm thành các loại chính như sau:

	pH ↑	pH ↓	pH ↓
$\text{PaCO}_2 \uparrow$	Kiểm chuyển hóa	RL toan-kiềm hỗn hợp	Toan hô hấp
$\text{PaCO}_2 \downarrow$	Kiểm chuyển hóa	Bình thường	Toan chuyển hóa
$\text{PaCO}_2 \downarrow$	Kiểm hô hấp	RL toan-kiềm hỗn hợp	Toan chuyển hóa

2.1. NHIỄM TOAN CHUYỂN HÓA ĐƠN THUẦN (không có tăng PaCO_2):

pH < 7,36 $\text{HCO}_3^- < 22 \text{ mEq/L}$ $\text{PaCO}_2 < 40 \text{ mmHg}$

2.1.1. Khoảng trống anion (anion gap): sự sai biệt giữa tổng số ion âm không đo được và tổng số ion dương không đo được, giúp định hướng nguyên nhân gây nhiễm toan chuyển hóa thành hai cơ chế chính: nhiễm acid cố định có khoảng trống anion tăng (ngoại trừ trường hợp nhiễm HCl) và mất HCO_3^- có khoảng trống anion bình thường.

Anion gap = $(\text{Na}^+ + \text{K}^+) - (\text{Cl}^- + \text{HCO}_3^-)$

Trị số bình thường: $16\text{mEq/L} \pm 2$ (công thức có K^+)

$12\text{mEq/L} \pm 2$ (công thức không có K^+)

2.1.2. Toan chuyển hóa có khoảng trống anion cao:

- Nhiễm cetone:

Nguyên nhân: do tiểu đường, uống rượu và nhịn đói.

Xử trí: quan trọng nhất là sử dụng insulin. Bicarbonate chỉ nên dùng theo một số chỉ định sau: (1) nhiễm toan cetone kèm theo sốc và hôn mê, (2) nhiễm toan nặng với $\text{pH} < 7,1$ và (3) nhiễm toan cetone kèm tăng kali máu. Lưu ý tình trạng thiếu hụt các điện giải như hạ kali máu, hạ phosphor và hạ magne máu thường hay xảy ra sau điều trị 12 - 24 giờ.

- Nhiễm acid lactic:

Nguyên nhân: thường do sản xuất quá nhiều acid lactic gặp trong: thiếu oxy mô (sốc, nhồi máu mạc treo), tăng chuyển hóa mô (co giật) và một số nguyên nhân khác như bệnh lý ác tính, hạ đường máu.

Xử trí: điều trị nhiễm toan acid lactic nên hướng tới xử trí nguyên nhân, còn nói chung bicarbonate không có hiệu quả và không nên dùng trong nhiễm toan acid lactic.

- Suy thận:

Thường chỉ gây toan chuyển hóa khi độ lọc cầu thận giảm $< 20 - 30\text{ml/phút}$ (tương đương creatinine máu $> 4\text{mg/dl}$). Có thể dùng bicarbonate để điều chỉnh toan chuyển hóa do suy thận.

- Ngộ độc methanol, paraldehyde, salicylate.

Các biện pháp điều trị chủ yếu trong ngộ độc salicylate gồm tăng bài niệu bằng thuốc lợi tiểu, kiềm hóa nước tiểu bằng bicarbonate (khởi đầu với liều 1mEq/kg truyền trong giờ đầu, sau đó duy trì $1 - 2\text{mEq/kg}$ mỗi 4 - 6 giờ sao cho pH nước tiểu $> 7,5$). Chạy thận nhân tạo giúp thanh thải nhanh salicylate trong những trường hợp nặng, tuy nhiên chỉ định thường bị hạn chế do tình trạng rối loạn huyết động và rối loạn đông máu đi kèm.

2.1.3. Toan chuyển hóa có khoảng trống anion bình thường:

Đây là trường hợp toan chuyển hóa do mất bicarbonate

Có thể dựa vào khoảng trống anion niệu để chẩn đoán phân biệt mất

bicarbonate là qua thận hay qua đường tiêu hóa.

Nguyên nhân mất qua thận: bệnh viêm ống thận mô kẽ, bệnh tự miễn, bệnh toan hóa ống thận; mất qua đường tiêu hóa: do tiêu chảy, dẫn lưu hoặc dò đường mật (hoặc tụy).

Điều trị nên giải quyết nguyên nhân.

2.2. NHIỄM KIỀM CHUYỂN HÓA ĐƠN THUẦN (không giảm PaCO_2)

$\text{pH} > 7,44$ $\text{HCO}_3^- > 26\text{mEq/L}$ $\text{PaCO}_2 > 40\text{mmHg}$

Khi nhiễm kiềm mà không phải do nguyên nhân hô hấp thì chỉ còn do kiềm chuyển hóa.

Trên phương diện điều trị có thể chia thành hai loại: có đáp ứng với Chlor (nhiễm kiềm chuyển hóa có chlor niệu thấp $< 10 - 20\text{mEq/L}$) và không đáp ứng với chlor (có chlor niệu bình thường)

2.2.1. Kiềm chuyển hóa có chlor niệu thấp:

- Thường do các nguyên nhân như giảm thể tích dịch ngoại bào (kiềm chuyển hóa do cô đặc máu), mất acid HCl qua đường tiêu hóa (nôn ói, hút dịch dạ dày), dùng thuốc lợi tiểu.
- Xử trí: các biện pháp điều trị triệu chứng bao gồm bù dịch ($\text{NaCl } 0.9\%$), dùng thuốc kháng thụ thể H_2 hoặc ức chế bơm proton (trong trường hợp mất HCl ở dạ dày), acetazolamide 250 - 500mg mỗi 8 giờ. Nếu có hạ kali máu kèm theo thì bù kali.

2.2.2. Kiềm chuyển hóa có chlor niệu bình thường:

- Nguyên nhân thường gặp nhất là hạ kali máu nặng (kali máu giảm dưới 2mEq/L). Ngoài ra có thể gặp trong cường aldosterone nguyên phát, hội chứng Cushing.
- Xử trí: nếu do giảm kali máu thì bù kali, nếu do cường aldosterone thì dùng spironolactone.

Nói chung xử trí kiềm chuyển hóa hướng tới giải quyết nguyên nhân. Trong những trường hợp nặng còn có thể dùng những biện pháp điều trị triệu chứng mạnh tay hơn như truyền acid HCl, chạy thận nhân tạo (trong trường hợp kiềm chuyển hóa kèm suy thận), thậm chí giảm thông khí kiểm soát (trong trường hợp kiềm chuyển hóa gây rối loạn huyết động hoặc rối loạn nhịp tim).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Phác đồ Bệnh viện Nhân Dân 115, 2008. Trang 164-165.
2. The Washington Manual of Critical care, 2008. PP.179-189.

SÓT CAO ÁC TÍNH TRÊN BỆNH NHÂN GÂY Mê**1. ĐẠI CƯƠNG :**

Sốt cao ác tính (SCAT) là một hội chứng hiếm gặp nhưng có tỷ lệ tử vong cao 70 %, nếu được chẩn đoán sớm và dùng dantrolene tỷ lệ tử vong <5%. Bệnh thường liên quan đến các thuốc sử dụng trong gây mê gây nên, tuy nhiên nó cũng có thể xảy ra ở những người không sử dụng thuốc gây mê. SCAT tác động trên những chủ thể có bệnh lý cơ, khởi phát thường do một số thuốc mê nhóm: halogénés và thuốc dẫn cơ khử cực như Succinylcholine. Đây là một tình trạng tối khẩn cấp, đe dọa tính mạng người bệnh và phải được điều trị kịp thời. Thuốc điều trị đặc hiệu phải luôn được dự trữ sẵn trong các khoa GMHS là dantrolene.

SCAT là sự rối loạn ở hệ thống cơ làm tăng tốc độ biến dưỡng ở cơ, thường xảy ra tức thời hay vài giờ sau khi tiếp xúc dị nguyên, làm gia tăng thân nhiệt nhanh chóng, tăng 10C /5 phút, nhiễm toan nặng, co cứng cơ.

2. NGUYÊN NHÂN :

Các thuốc gây mê kích hoạt SCAT gồm: ether, halothane, enflurane, isoflurane, desflurane, sevoflurane và thuốc dẫn cơ khử cực succinylcholine. Trong đó desflurane, sevoflurane ít có khả năng gây SCAT hơn so với halothane và gây SCAT từ từ hơn so với halothane. SCAT bùng phát khi sử dụng succinylcholine.

3. CHẨN ĐOÁN:**2.1. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG ÍT ĐẶC HIỆU:**

- Nhịp tim nhanh dù đã cho ngũ và giảm đau đủ.
- Loạn nhịp là dấu hiệu muộn với rối loạn chuyển hoá.
- Thở nhanh, tím tái, nổi bông.
- Giảm bảo hoà O₂ máu TM vùng phẫu thuật .
- SaO₂ ít hoặc không cải thiện dù thông khí nhân tạo với FiO₂ 100%.

2.2. TRIỆU CHỨNG GỢI Ý:

- PETCO₂ tăng: dấu hiệu sớm và nhạy cảm nhất.
- Cứng cơ:

+ Triệu chứng không hằng định và có thể tự giới hạn, tuy nhiên phải nghĩ đến tăng thân nhiệt ác tính đến khi có bằng chứng ngược lại.

+ Co thắt khối cơ đơn độc khi dẫn mê và phẫu thuật cấp cứu:

- Ngừng ngay các thuốc mê nhóm Halogéné, succinylcholine, dùng thuốc dẫn cơ không khử cực nếu cần thiết.

- Tiếp tục gây mê và tìm các triệu chứng khác của tăng thân nhiệt ác tính.
- + Co thắt khối cơ đơn độc khi dẫn mê mổ chương trình trong trường hợp đặt NKQ khó do tăng trương lực cơ:
 - Không dùng thuốc mê nhóm Halogené và Succinylcholine.
 - Ngừng phẫu thuật.
- + Cần kiểm tra khí máu động mạch và CPK ngay và sau 24 giờ.
- Tăng thân nhiệt:
 - + Triệu chứng muộn hơn.
 - + Tiến triển rất nhanh (10 mỗi 5 phút).
- Tiêu huỷ cơ:
 - + CPK: tăng muộn, cao nhất sau 24 giờ. Giảm khi lui cơn.
 - + Myoglobine máu và niệu: tương đối sớm.
 - + K⁺ máu tăng.
- Toan hô hấp:
 - + Tăng thán khí.
 - + Thường kèm toan chuyển hoá do acide lactic.

4. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

- + Nhiễm độc giáp.
- + Nhiễm trùng.
- + Gây mê quá nông.
- + Pheochromocytome.
- + Rối loạn thần kinh thực vật.
- + Hội chứng Wolf-Hirschhorn.
- + Sốc nhiễm trùng.
- + Hôn mê do tăng đường huyết.

5. ĐIỀU TRỊ:

- Ngừng hoặc rút ngắn cuộc mổ, theo dõi thân nhiệt.
- Báo động khẩn cấp.

- Tăng thông khí với oxy 100%.
- Ngừng ngay các thuốc nhóm halogene và succinylcholine.
- Thay hệ thống dây máy thở và màng lọc, tháo bình thuốc mê bốc hơi.
- Dùng dantrolene 2-3 mg / kg tiêm tĩnh mạch mỗi 5 đến 10 phút cho đến khi các triệu chứng giảm dần, tổng liều là 10 mg / kg. Liều >10 mg/kg có thể cần thiết. (Mỗi ống dantrium chứa 20 mg dantrolene với NaOH cho pH 9-10 và 3 g mannitol, hoà loãng trong 60 ml nước cất, không được pha trong dung dịch nước muối vì nó sẽ kết tủa).
Ngừa tái phát dantrolene 1 mg/ kg mỗi 6 giờ trong 72 giờ.
- Cho natribicarbonate (2 - 4 mEq / kg tiêm tĩnh mạch) để điều chỉnh toan chuyển hóa cần theo dõi bằng khí máu động mạch và độ pH. Nếu không có kết quả khí máu động mạch thì dùng 5 - 10 ml/kg natri- bicarbonate 1,4% 10ml / kg.
- Kiểm soát sốt bằng nhiều cách như chườm đá, lau mát, làm mát khoang cơ thể như rửa dạ dày, bàng quang, trực tràng, vùng mổ (ngoại trừ lồng ngực) với dung dịch sinh lý làm lạnh và nếu cần thiết có thể sử dụng một bộ trao đổi nhiệt với bằng bơm oxy (ECMO hay CPB). Làm mát nên được dừng lại ở 38° C - 39° C để ngăn ngừa hạ thân nhiệt thứ phát. Theo dõi nhiệt độ trung ương (không phải trực tràng).
- Dung dịch sinh lý làm lạnh TTM 15 ml/kg/15' x 3 (không được dùng Ringer Lactate nguy cơ tăng kali máu).
- Rối loạn nhịp tim thường ổn định sau khi cân bằng toan chuyển hoá và tăng K⁺ máu.
- Nếu vẫn còn rối loạn nhịp, dùng các thuốc chống loạn nhịp cổ điển, tránh dùng các thuốc ức chế calci, đặc biệt là Verapamine và Diltiazem vì có thể gây phân ly điện cơ và làm trầm trọng thêm tình trạng tăng K⁺ máu.
- Theo dõi PETCO₂ và Khí máu động mạch, K⁺ máu, Ca⁺⁺ máu, CPK, chức năng đông máu, theo dõi lượng nước tiểu.
- Tăng K⁺ máu rất thường gặp, điều trị bằng tăng thông khí, natribicarbonate, Insuline - Glucose (10 UI/ 50 ml G 30%).
- Ở trẻ em, tăng K⁺ máu có thể gây ngừng tim đột ngột, nên phải được điều trị khẩn cấp.
- Đảm bảo lưu lượng nước tiểu > 2 ml/kg/h và có thể cho lợi tiểu để bảo vệ thận khỏi myoglobine niệu có thể xảy ra.
- Đặt catheter tĩnh mạch trung ương.
- Điều trị tiếp theo được hướng dẫn bởi các loại khí máu, điện giải, nhiệt độ, loạn nhịp tim, trương lực cơ, và lượng nước tiểu.

- Phân tích các xét nghiệm đông máu như: INR, số lượng tiểu cầu, thời gian Prothrombin, Fibrinogen, Fibrin hoặc sản phẩm thoái hóa.
- Ngưng yếu tố kích hoạt có thể là điều trị đầy đủ cho sốt cao ác tính cấp nếu sự khởi đầu chậm hoặc nếu tiếp xúc trong thời gian rất ngắn.
- Diễn biến lâm sàng sẽ xác định điều trị và nghiên cứu thêm. Dantrolene có lẽ nên được lặp đi lặp lại ít nhất 10 đến 15 giờ (thời gian bán hủy của nó) cho ít nhất từ một đến vài liều. Tái phát của SCAT có thể đạt 50%, thường là trong vòng 6,5 giờ. Khi được chỉ định, canxi và glycoside tim có thể được sử dụng một cách an toàn. Di chứng thần kinh lâu dài, chẳng hạn như tình trạng hôn mê hay tê liệt, có thể xảy ra trong trường hợp tiên triễn, có lẽ vì thiếu oxy não và tưới máu cho sự trao đổi chất tăng lên và vì sốt, nhiễm toan, và giải phóng kali.

6. TIỀN LƯỢNG:

Bệnh nhân phục hồi sau đợt SCAT nên được theo dõi sát tại ICU tới 72 giờ. Lượng nước tiểu, khí máu động mạch, pH, điện giải đồ nên được theo dõi thường xuyên. SCAT có thể tái phát tại ICU mà không cần có tác nhân kích hoạt. Điều trị với dantrolene đã làm giảm tỉ lệ tử vong từ 70% xuống ít hơn 5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Phác đồ ngoại khoa BVND 115, năm 2008. Trang 136.
2. Stoelting's Anesthesia and Co-Existing Disease, 5th Edition, 2008. P620-626.

SỬ DỤNG KHÁNG ĐÔNG CHU PHẪU**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Sử dụng kháng đông chu phẫu giúp phòng ngừa nguy cơ thuyên tắc huyết khối ở các bệnh nhân trước, trong và sau mổ
- Việc ngưng sử dụng kháng đông trước mổ hay sử dụng lại sau mổ tùy thuộc vào nguy cơ chảy máu của phẫu thuật và nguy cơ thuyên tắc của bệnh nhân
- Bác sỹ điều trị cần cân nhắc nguy cơ và lợi ích trước khi áp dụng

II. ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ TẮC MẠCH CHU PHẪU

Thang điểm CHADS

1 điểm	2 điểm
Suy tim ứ huyết Tăng huyết áp Trên 75 tuổi Đái tháo đường	Tiền căn đột quỵ Cơn thiếu máu não thoáng qua

1. Nguy cơ cao

- Van tim cơ học: van 2 lá, van động mạch chủ thể hệ cũ, đột quỵ hoặc cơn thiếu máu thoáng qua trong vòng 6 tháng.
- Rung nhĩ: CHADS 5 hoặc 6 điểm, đột quỵ hoặc cơn thiếu máu thoáng qua trong vòng 3 tháng, bệnh van tim hậu thấp.
- Thuyên tắc tĩnh mạch: trong vòng 3 tháng, bệnh lý về tắc mạch nặng như: thiếu protein c, protein s, antithrombin, kháng thể kháng phospholipid.

2. Nguy cơ trung bình

- Van tim cơ học: van ĐMC, van 2 lá và kèm một trong những yếu tố sau: rung nhĩ, tiền căn đột quỵ hoặc cơn thiếu máu não thoáng qua, tăng huyết áp, đái tháo đường, suy tim ứ huyết, >75 tuổi.
- Rung nhĩ CHADS 3 hoặc 4 điểm.
- Thuyên tắc TM: trong vòng 3-12 tháng, có bệnh lý về tắc mạch nhưng không trầm trọng, thuyên tắc TM tái phát, ung thư.

3. Nguy cơ thấp

- Van tim cơ học: van ĐMC, van 2 lá không kèm rung nhĩ và các yếu tố nguy cơ khác của đột quỵ
- Rung nhĩ: CHADS 0-2 điểm và không có tiền căn đột quỵ hay thiếu máu não thoáng qua
- Thuyên tắc TM đơn thuần >12 tháng và không có yếu tố nguy cơ khác

III. ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ TIM MẠCH**1. Nguy cơ tim mạch thấp**

- HC vành cấp, stent mạch vành > 6 tháng.
- PT bắc cầu ĐMV > 6 tháng.
- Stent có thuốc > 12 tháng.
- TBMMN > 12 tháng.

2. Nguy cơ tim mạch trung bình

- HC vành cấp, stent không thuốc, nong ĐMV: 6- 24 tuần.
- PT bắc cầu ĐMV 6-24 tuần.
- TBMMN < 6 tháng.
- Stent có thuốc > 12 tháng/ nguy cơ cao:
 - o Tiểu đường, suy thận, suy tim EF < 30%.
 - o Stent nhiều nhánh, chỗ chia đôi, nhánh gần, dài.

3. Nguy cơ tim mạch cao

- HC vành cấp, stent không thuốc, nong động mạch vành, PT bắc cầu ĐMV < 6 tuần.
- TBMMN < 2 tuần.
- Stent có thuốc < 12 tháng/nguy cơ cao.

IV. BỆNH NHÂN ĐANG ĐIỀU TRỊ KHÁNG VITAMIN K**A. Phẫu thuật chương trình**

Ngưng 5 ngày trước mổ, đưa ENR < 1.5 và < 1.2 nếu PT nguy cơ chảy máu cao.

1. Nguy cơ chảy máu thấp:

Có thể tiếp tục Sintrom nếu INR trong vùng điều trị.

2. Nguy cơ chảy máu trung bình: Đánh giá nguy cơ tắc mạch**2.2.1.1. Nguy cơ tắc mạch thấp**

- Ngưng Sintrom 4-5 ngày trước mổ.
- Dùng Heparin TLPT thấp liều dự phòng tùy theo nguyên nhân thuyên tắc của từng phẫu thuật.
- Bắt đầu lại Sintrom vào ngày mổ.

2.2.1.2. Nguy cơ tắc mạch trung bình

- Ngưng Sintrom 4-5 ngày trước mổ.
- Dừng Heparin TLPT thấp liều dự phòng 2 ngày trước mổ.
- Ngưng Heparin TLPT thấp trước mổ.
- Bắt đầu lại Sintrom vào ngày mổ.
- Bắt đầu lại Heparin TLPT thấp khi cầm máu ổn định.

2.2.1.3. Nguy cơ tắc mạch cao

- Ngưng Sintrom 4-5 ngày trước mổ.
- Dừng Heparin TLPT thấp liều điều trị 2 ngày trước mổ, liều cuối trước mổ 24 giờ.
- Bắt đầu lại Sintrom vào tối ngày mổ.
- Bắt đầu lại Heparin TLPT thấp khi cầm máu ổn định, nên xem xét cho liều dự phòng 12 giờ sau mổ.

3. Nguy cơ chảy máu cao

- Ngưng sintrom 5 ngày trước mổ.
- Thay bằng Heparin TLPT thấp.
- Bắt đầu Heparin không phân đoạn đường tĩnh mạch vào ngày trước mổ, 1000U/h, giữ TCK 1.5- 2.5, ngưng 6 giờ trước mổ. Sử dụng lại Heparin không phân đoạn sau mổ khi cầm máu được đảm bảo, tiếp tục đến khi INR > 2.

B. Phẫu thuật cấp cứu

- Truyền phức hợp prothrombin đậm đặc, liều lượng phụ thuộc INR lúc ban đầu.
- Vitamin K 5-1 Omg tiêm TM chậm.
- Huyết tương tươi đông lạnh 10-15ml/kg có thể thay thế nhưng ít hiệu quả hơn.

C. Điều chỉnh INR cao

- INR < 5, không chảy máu: giảm hoặc ngưng 1 liều.
- INR 5-9 và không chảy máu: vitamin K1 -2mg uống.
- Chảy máu ít hoặc INR > 9: vit K uống hoặc 2-5mg TM.
- Chảy máu trầm trọng: vit K1 Omg TM và phức hợp prothrombin đậm đặc hoặc huyết tương tươi đông lạnh.

V. HEPARIN

1. Heparin không phân đoạn

- Thời gian bán hủy ngắn 1 -2 giờ có thể PT sau ngưng 6 giờ.

- Mổ khẩn, chảy máu nhiều: Protamine sulphate 1mg cho 100 UI heparin, chích chậm, đường TM ngoại vi.

2. Heparin TLPT thấp

- Thay thế Heparin không phân đoạn trong dự phòng hoặc điều trị thuyên tắc mạch và bệnh mạch vành không ổn định.

- Tiêm dưới da 1 -2 lần/ ngày, không cần theo dõi.

-Thải qua thận thận trọng trên bệnh nhân suy thận.

- Thời gian bán hủy dài hơn Ngưng ít nhất 12 giờ trước PT.

VI. THUỐC KHÁNG KẾT TẬP TIÊU CẦU

	Nguy cơ biến chứng tim mạch thấp	Nguy cơ biến chứng tim trung bình	Nguy cơ biến chứng tim mạch cao
Nguy cơ PT chảy máu thấp - trung bình	Tiếp tục Aspirin, Clopidogrel	Tiếp tục Aspirin, Clopidogrel PT chương trình: trì hoãn	PT chương trình: trì hoãn PT cấp cứu: tiếp tục Aspirin hoặc Clopidogrel
Nguy cơ chảy máu PT cao	Ngưng Aspirin, Clopidogrel 5 ngày Dùng lại sau 24h	PT chương trình: trì hoãn Tiếp tục Aspirin, ngưng Clopidogrel 5 ngày Dùng lại sau 24h khi chảy máu ổn	Trì hoãn PT chương trình Ngưng Clopidogrel 5 ngày Thay thế bằng ức chế GPIIb/IIIa 3-5 ngày trước PT

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Oxford Handbook of Anaesthesia, 3rd edition, 2011

SỬ DỤNG THUỐC KHÁNG ĐÔNG VÀ THUỐC CHỐNG KẾT DÍNH TIỂU CẦU GIAI ĐOẠN QUANH PHẪU THUẬT

1. PHÂN LOẠI THUỐC KHÁNG ĐÔNG:

1.1. Heparin:

1.1.1. Heparin không phân đoạn (Unfractionated heparin-UFH):

- Cơ chế tác dụng: kháng yếu tố IIa và Xa làm kéo dài aPTT.
- Đường dùng: tiêm tĩnh mạch hay tiêm dưới da.
- Thời gian bán hủy: 1.5 giờ.
- Đào thải qua gan.
- Thuốc đối kháng: protamine.

1.1.2. Heparin trọng lượng phân tử thấp (Low molecular weight heparin-LMWH):

- Cơ chế tác dụng: kháng yếu tố Xa, aPTT ít hay không thay đổi.
- Đường dùng: tiêm dưới da.
- Thời gian bán hủy: 4.5 giờ.
- Đào thải qua thận.
- Thuốc đối kháng: protamin (trung hòa không hoàn toàn).
- Các thuốc LMWH: certoparin, dalteparin (Fragmine), enoxaparin (Lovenox), reviparin, nadroparin (Fraxiparine) và tinzaparin.

1.2. Fondaparinux (Arixtra):

- Cơ chế tác dụng: kháng yếu tố Xa, aPTT ít hay không thay đổi.
- Đường dùng: tiêm dưới da.
- Thời gian bán hủy: 14-17 giờ.
- Đào thải qua thận.
- Đối kháng: yếu tố VIIa.

1.3. Thuốc kháng vitamin K:

- Cơ chế tác dụng: ức chế tạo vitamin K ở tế bào gan mà vitamin K tham gia vào phản ứng khử Carboxylase để tạo ra những tiền chất của các yếu tố đông máu

II, VII, IX, X, protein C, protein S nên gây giảm các yếu tố này và làm kéo dài PT.

- Đường dùng: uống.
- Thời gian bán hủy:
 - Thời gian bán hủy ngắn và trung bình: s Phenindione (Pindione): 5-10 giờ. s Acenocoumarol (Sintrom): 8-11 giờ
 - Thời gian bán hủy dài:
 - + Fluindione (Previscan): 30 giờ.
 - + Warfarine (Coumadin): 36-42 giờ.
- Đào thải qua gan.
- Đối kháng: Vitamin K, yếu tố VIIa, PCCs (prothrombin complex concentrates), huyết tương đông lạnh.

1.4. Các thuốc kháng đông mới đường uống (new oral anticoagulants - NOAC):

Thuốc	Nơi tác động	Đường dùng	Thời gian tác dụng (giờ)	Đào thải	Thời gian bán hủy (giờ)	XN theo dõi	Đối kháng
Dabigatran	Yếu tố IIa	Uống	0.5-2	Thận	12-17	Không	Không
Rivaroxaban	Yếu tố Xa	Uống	2.5-4	Thận	9	Không	Không

2. PHÂN LOẠI THUỐC CHỐNG KẾT DÍNH TIỂU CẦU:

Thuốc	Nơi tác động	Đường vào	Thời gian bán hủy	Chuyển hóa	Đối kháng	Dùng trước PT
Aspirin (acid acetylsalicylic)	COX 1-2	Uống	20 phút	Gan	Không	7 ngày
Dipyridamole (Persantone, Peridamol)	Adenosine	Uống	40 phút	Gan	Không	24 giờ
Clopidogrel (Plavix)	ADP	Uống	7 giờ	Gan	Không	5 ngày
Ticlopidine (Ticlid)	ADP	Uống	4 ngày	Gan	Không	10 ngày
Abciximab (Reopro)	GPIIb-IIIa	TM	30 phút	Thận	Không	72 giờ
Eptifibatide (Integrilin)	GPIIb-IIIa	TM	2.5 giờ	Thận	Không	24 giờ
Tirofiban (Aggrastat)	GPIIb-IIIa	TM	2 giờ	Thận	CTNT	24 giờ

COX: cyclooxygenase - ADP: adenosine diphosphate - GP: glycoprotein - TM: tĩnh mạch CTNT: chạy thận nhân tạo.

3. SỬ DỤNG THUỐC KHÁNG ĐÔNG VÀ THUỐC CHỐNG KẾT DÍNH TIỂU CẦU QUANH PHẪU THUẬT (PT):

3.1. Bệnh nhân đang sử dụng Heparin:

3.1.1. Heparin không phân đoạn (UFH):

- Dùng UFH liều điều trị trước phẫu thuật:
 - Đường dưới da: ngừng điều trị trước phẫu thuật 12 giờ.
 - Đường tĩnh mạch: ngừng điều trị trước phẫu thuật 6 giờ.
- TCK cho phép mổ:
 - Trong các phẫu thuật có nguy cơ chảy máu cao: TCK < 1.2.
 - Trong các phẫu thuật khác: TCK < 1.5.
- Dùng UFH lại sau phẫu thuật:
 - Thường bắt đầu dùng 24 sau phẫu thuật.
 - Đối với bệnh nhân trải qua cuộc phẫu thuật lớn, nguy cơ chảy máu cao, dùng lại UFH sau 48-72 giờ.

3.1.2. Heparin trọng lượng phân tử thấp (LMWH):

- Dùng LMWH 24 giờ trước phẫu thuật.
- Dùng lại LMWH 24 giờ sau phẫu thuật, đối với bệnh nhân trải qua cuộc phẫu thuật lớn, nguy cơ chảy máu cao, dùng lại LMWH sau 48-72 giờ.
- Thận trọng khi chọc dò tủy sống hay đặt catheter ngoài màng cứng:

Chọc dò tủy sống hay đặt catheter ngoài màng cứng nên trì hoãn ít nhất 12 giờ sau liều thuốc phòng ngừa thuyên tắc mạch sau cùng, và ít nhất 24 giờ cho liều điều trị thuyên tắc mạch sau cùng.

Rút bỏ catheter ngoài màng cứng ít nhất 12 giờ sau liều LMWH cuối cùng.

Liều LMWH đầu tiên nên cho lại > 2 giờ sau rút catheter ngoài màng cứng.

3.2. Bệnh nhân đang sử dụng thuốc Fondaparinux (Arixtra):

Ngưng điều trị 4 ngày trước phẫu thuật.

3.3. Bệnh nhân đang sử dụng thuốc kháng vitamin K:

3.3.1. Đối với phẫu thuật cấp cứu:

- Trường hợp phẫu thuật khẩn (< 24 giờ): Cho vitamin K 2-4 mg TM cùng với truyền huyết tương tươi đông lạnh (10-15 ml/kg) hoặc phức hợp prothrombin đậm đặc.
- Trường hợp phẫu thuật bán khẩn (có thể trì hoãn >24 giờ): cho đơn thuần vitamin K 2-4 mg TM.

■ Trong cả hai trường hợp trên luôn kiểm tra INR lại trước khi quyết định phẫu thuật, nếu cần thiết có thể cho liều lặp lại để điều chỉnh $INR < 1,5$.

3.3.2. Đối với phẫu thuật chương trình:

3.3.2.1. Các phẫu thuật không cần ngưng kháng đông:

- Can thiệp răng:
 - Nhổ 1-3 răng.
 - Thủ thuật nha chu.
 - Rạch abscess.
 - Cấy ghép răng.
- Mắt: can thiệp thủy tinh thể và nhãn áp.
- Nội soi không sinh thiết.
- Thủ thuật nông (rạch abscess, cắt một vùng da nhỏ...)
- ❖ Nên kiểm tra INR trước phẫu thuật:
 - + Nếu INR trong ngưỡng điều trị: cho phép phẫu thuật.
 - + Nếu INR vượt ngưỡng điều trị: ngưng kháng đông để đưa INR về ngưỡng điều trị, có thể uống vitamin K 1-2,5 mg nếu cần PT sớm hơn.

3.3.2.2. Các phẫu thuật khác phải ngưng kháng đông:

- Thời gian ngưng kháng đông: 5 ngày trước phẫu thuật.
- Trong các phẫu thuật có nguy cơ chảy máu cao, ngưỡng INR cho phép là $< 1,2$.
- Trong các phẫu thuật khác, ngưỡng INR cho phép là $< 1,5$.
- Sử dụng liệu pháp kháng đông bắc cầu:

Nguy cơ thuyên tắc	Liệu pháp kháng đông bắc cầu
Cao	Sử dụng liệu pháp kháng đông bắc cầu
Trung bình	Xem xét chỉ định sử dụng liệu pháp kháng đông bắc cầu: - Nguy cơ chảy máu cao: không sử dụng. - Nguy cơ chảy máu không cao: sử dụng.
Thấp	Không sử dụng liệu pháp kháng đông bắc cầu.

Nguy cơ thuyên tắc	Van tim cơ học	Rung nhĩ	Huyết khối thuyên tắc tĩnh mạch
Cao	Van 2 lá Van ĐMC lỏng bóng, đĩa nghiêng Đột quỵ gần đây (< 6 tháng) hoặc thiếu máu não thoáng qua (TIA)	- CHADS2: 5-6 - Đột quỵ hay TIA < 3 tháng	- Huyết khối thuyên tắc TM < 3 tháng - Bệnh lý tăng đông nặng (thiếu protein C, Protein S, antithrombin, kháng thể kháng phospholipid)
Trung bình	Van ĐMC cơ học 2 lá + ≥ 1 yếu tố nguy cơ: rung nhĩ, tiền sử đột quỵ hoặc TIA, THA, tiểu đường, suy tim sung huyết, >75 tuổi	CHADS2: 3-4	- Huyết khối thuyên tắc TM 3-12 tháng. - Bệnh lý tăng đông không nặng (đột biến gen prothrombin). - Huyết khối thuyên tắc TM tái phát. - Ung thư hoạt động
Thấp	Van ĐMC cơ học 2 lá mà không có rung nhĩ và những yếu tố nguy cơ khác.	- CHADS2: 0-2 - Không có tiền sử đột quỵ hay TIA	- Huyết khối thuyên tắc TM > 12 tháng và không có yếu tố nguy cơ nào khác

C: suy tim sung huyết, H: tăng huyết áp, A: tuổi, D: đái tháo đường, S: đột quỵ hoặc TIA

Mỗi yếu tố nguy cơ được tính 1 điểm, riêng S được tính 2 điểm.

♦♦♦ Các trường hợp khác cũng được xếp vào nhóm nguy cơ cao:

- + Tiền sử thuyên tắc khi ngưng kháng đông.
- + CHADS2 < 5 + đột quỵ / TIA < 3 tháng.
- + Huyết khối thuyên tắc TM > 12 tháng nhưng nặng kèm tăng áp phổi.
- + Phẫu thuật: thay van tim, bóc nội mạc động mạch cảnh, mạch máu lớn.
- Phân loại phẫu thuật theo nguy cơ chảy máu:

Nguy cơ chảy máu thấp	Nguy cơ chảy máu cao
- Nội soi với sinh thiết. - Sinh thiết tiền liệt tuyến hoặc bàng quang. - Khảo sát điện sinh lý hoặc cắt đốt qua catheter nhịp nhanh trên thất (bao gồm đốt bên trái thông qua chọc vách liên nhĩ). - Đặt máy tạo nhịp hoặc máy khử rung chuyển nhịp (ngoại trừ có giải phẫu phức tạp như tim bẩm sinh).	- Gây tê ngoài màng cứng hoặc tủy sống, chọc tủy sống lưng để chẩn đoán. - Phẫu thuật lồng ngực. - Phẫu thuật bụng. - Phẫu thuật chấn thương chỉnh hình lớn. - Sinh thiết gan, thận. - Cắt tiền liệt tuyến qua niệu đạo. - Những phẫu thuật lớn với tổn thương mô rộng (PT ung thư, thay khớp, tim, sọ não, cột sống).

- Cách sử dụng liệu pháp kháng đông bắc cầu:

+ Ngưng thuốc kháng vitamin K 5 ngày trước PT.

+ Dừng liệu điều trị UFH hay LMWH vào ngày thứ 3 trước PT.

+ Dừng trước PT:

- BN đang điều trị UFH: dừng 12 giờ trước PT khi dùng đường tiêm dưới da, dừng 6 giờ trước PT khi dùng đường TM.

- BN đang điều trị LMWH: dừng 24 giờ trước PT.

+ Cho lại kháng đông bắc cầu liệu điều trị (UFH hoặc LMWH):

- Sau PT 24 giờ đối với các PT có nguy cơ chảy máu thấp.

- Sau PT 48-72 giờ đối với các PT có nguy cơ chảy máu cao.

■ Thời điểm uống lại thuốc kháng vitamin K sau PT: ở cả hai nhóm bệnh nhân có và không có sử dụng liệu pháp bắc cầu kháng đông nên uống lại liều thuốc kháng vitamin K ngay sau PT 24 giờ trừ khi chảy máu sau PT đang diễn tiến.

3.3.2.2. Các phẫu thuật chương trình nên trì hoãn:

Đối với các bệnh nhân bị huyết khối thuyên tắc TM < 1 tháng nếu có thể nên hoãn mổ sau 3 tháng.

Bệnh nhân đang sử dụng thuốc kháng đông mới đường uống

(NOAC):

3.4.1. Đối với phẫu thuật cấp cứu:

■ Ngưng NOAC.

■ Xem xét trì hoãn phẫu thuật ít nhất 12 giờ và lý tưởng 24 giờ sau liều cuối cùng.

3.4.2. Đối với phẫu thuật chương trình:

■ Các trường hợp không có nguy cơ chảy máu quan trọng: thực hiện phẫu thuật tại thời điểm nồng độ đầy (> 12-24 giờ sau liều cuối cùng).

■ Các trường hợp khác thời điểm dừng thuốc NOAC tùy thuộc vào chức năng thận và nguy cơ chảy máu của PT.

Độ thanh thải Creatinine (ml/p)	Dabigatran		Rivaroxaban	
	Nguy cơ chảy máu thấp	Nguy cơ chảy máu cao	Nguy cơ chảy máu thấp	Nguy cơ chảy máu cao
CrCL ≥ 80	≥ 24 giờ	≥ 48 giờ	≥ 24 giờ	≥ 48 giờ
CrCL 50-80	≥ 36 giờ	≥ 72 giờ	≥ 24 giờ	≥ 48 giờ
CrCL 30-50	≥ 48 giờ	≥ 96 giờ	≥ 24 giờ	≥ 48 giờ
CrCL 15-30	Không chỉ định	Không chỉ định	≥ 36 giờ	≥ 48 giờ
CrCL < 15	Không chỉ định sử dụng			

■ Thời điểm sử dụng lại kháng đông:

Những PT mà quá trình cầm máu ngay lập tức và hoàn toàn, có thể cho lại thuốc 6-8 giờ sau PT. Những PT kèm bất động lâu, nên xem xét bắt đầu dùng lại với liều kháng đông như trong dự phòng huyết khối TM hoặc chỉ là liều trung gian LMWH 6-8 giờ sau PT khi cầm máu đã đạt được và bắt đầu lại NoAc 48-72 giờ sau PT.

3.5. Bệnh nhân đang sử dụng thuốc chống kết dính tiểu cầu:

■ Ở những bệnh nhân đang sử dụng aspirin để dự phòng thứ phát bệnh tim mạch mà cần thực hiện một thủ thuật nhỏ về răng, da hoặc PT đục thủy tinh thể, khuyến cáo sử dụng aspirin quanh thời gian thủ thuật, phẫu thuật.

■ Ở bệnh nhân có nguy cơ trung bình - cao biến cố tim mạch đang điều trị aspirin mà cần PT ngoài tim, khuyến cáo sử dụng aspirin quanh thời gian PT.

■ Ở bệnh nhân có nguy cơ thấp biến cố tim mạch đang điều trị aspirin mà cần PT ngoài tim, khuyến cáo ngưng aspirin 7-10 ngày trước PT.

■ Ở Bệnh nhân đang điều trị aspirin và cần PT bắc cầu động mạch vành, khuyến cáo tiếp tục sử dụng aspirin quanh thời gian PT.

■ Ở bệnh nhân đang điều trị kháng tiểu cầu kép và cần PT bắc cầu động mạch vành, khuyến cáo tiếp tục aspirin quanh thời gian PT, ngưng clopidogrel 5 ngày trước PT.

■ Ở những bệnh nhân đã được đặt stent động mạch vành đang điều trị kháng tiểu cầu kép và cần PT, khuyến cáo trì hoãn PT ít nhất 6 tuần sau đặt stent thường và ít nhất 6 tháng sau đặt stent phủ thuốc. Nếu cần PT trong thời gian này, khuyến cáo tiếp tục sử dụng liệu pháp kháng tiểu cầu kép quanh thời gian PT.

■ Dừng lại thuốc chống kết dính tiểu cầu 24 giờ sau PT khi cầm máu đã đạt được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH:

1. Baron, T.H, P.S. Kamath, et al. (2013), “Management of Antithrombotic Therapy in Patients Undergoing Invasive Procedures”, N Eng J Med 368, 2113-2124.
2. D.Duketis, J. and A. C.Spyropoulos (2012), “perioperative Management of Antithrombotic Therapy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines”, Chest, 141, e 326S-e350S.

3. European Heart Rhythm Association (2013), “Practical Guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation”, *Europace*, 15, 625-651.
4. Maddali.S (2013), “ICSI health care guideline: antithrombotic therapy”.
5. Kaatz, S. and D. Paje (2011), Update in bridging anticoagulation”, *J Thromb Thrombolysis*, 31, 259-264.
6. Palaniswamy, C. and. D. R. Selvaraj (2011), “Periprocedural Bridging Anticoagulation: Current Perspectives”, *American Journal of Therapeutics* 18, e89-e94.

TÊ TỦY SỐNG TRONG MỔ BẮT CON

Tê tủy sống là phương pháp vô cảm được lựa chọn chính trong mổ bắt con, mức phong bế thần kinh cần thiết để mổ lấy thai ở đoạn ngực 10, tuy nhiên khi cần lấy tử cung ra ngoài hoặc đung vào trên phúc mạc cần tê đạt mức ngực 4.

I. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các trường hợp mổ bắt con nếu không có chống chỉ định.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu.
- Nhiễm trùng toàn thân.
- Nhiễm trùng nơi chọc dò.
- Hạ huyết áp, hạ khối lượng tuần hoàn chưa điều chỉnh được.
- Sản phụ từ chối.
- Sản phụ bị rối loạn thần kinh.
- Nhau bong non. Nhau tiền đạo. Tim thai suy cấp. Sa dây rốn
- Bệnh lý tim mạch: hẹp van 2 lá, suy tim...

III. CÁC XÉT NGHIỆM CẬN LÂM SÀNG CẦN THIẾT

1. Công thức máu: Hb > 8,5g%, tiểu cầu >80.000/mm³.
2. INR < 1,5.

IV. LIỀU THUỐC

Liều thuốc ờng tê tủy sống mổ bắt con thấp hơn trong các phẫu thuật ổ bụng khác do:

- Thể tích dịch não tủy thấp hơn trong thai kỳ.
- Sự dịch chuyển lên trên của thuốc tê ưu trương trong dịch não tủy (nồng độ dịch não tủy thấp hơn khi mang thai).
- Dây thần kinh tăng nhạy cảm với thuốc tê.

Liều thuốc: tùy theo chiều cao và cân nặng

- Bupivacain 0,5%: 7,5-12mg
- Levobupivacain 0,5%: 7,5 - 12mg
- Ropivacain 0,5%: 10-20mg

Phối hợp thêm với nhóm thuốc phiện (không có chất bảo quản) để làm giảm liều thuốc, kéo dài thời gian tác dụng của thuốc tê, giảm đau sau mổ:

- Fentanyl: 10 - 25 mcg
- Sufentanil: 2.5-5mcg
- Morphin: 0.1 -0.2 mg (giảm đau sau mổ kéo dài 12-24h)

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đánh giá bệnh nhân trước mổ: Ghi nhận trong phiếu khám tiền mê.

2. Thực hiện:

- Kiểm tra máy móc, chuẩn bị trang thiết bị, thuốc (theo quy trình)
- Kiểm tra đường truyền: đường truyền kim 16G hiệu quả.
- Monitoring: dấu hiệu sinh tồn, SpO₂
- Thuốc kháng H₂: Ranitidine.
- Kỹ thuật gây tê tùy sống: theo quy trình tê tùy sống.
- Tư thế bệnh nhân: nghiêng trái, hai gối đưa sát lên bụng, hai tay ôm gối cổ gồng để lưng cong hoặc tư thế ngồi lưng cong.
- Vị trí tê: L3-4 hoặc L4-5.
- Ghi nhận số lần đâm kim, màu sắc dịch não tủy.
- Bơm thuốc tê.
- Sau tê, kê tư thế bệnh nhân nằm ngửa, nghiêng trái hoặc kê gối độn hông nghiêng trái.
- Đánh giá phong bế vận động, cảm giác.
- Kiểm tra trước mổ theo phiếu an toàn trong phẫu thuật.
- Sau bắt bé: cho thuốc co hồi tử cung, kháng sinh phòng ngừa.
- Theo dõi và xử trí tai biến: theo quy trình xử trí tai biến tê tùy sống.
- Kết thúc mổ: đánh giá lượng nước tiểu và màu sắc nước tiểu, lượng máu mất, dịch âm đạo, hoàn tất phiếu gây mê. Khi bệnh nhân ổn định chuyển về phòng hồi tỉnh.

3. Hồi sức sau mổ:

- Theo dõi: dấu hiệu sinh tồn, co hồi tử cung, dịch âm đạo, lượng và màu sắc nước tiểu, phục hồi cảm giác và vận động mỗi 15-30 phút trong 4 giờ đầu.

- Giảm đau đa mô thức: tùy theo mức độ đau mà phối hợp các thuốc giảm đau (paracetamol, morphin, ketorolac, diclofenac, meloxicam, voltarel, tramadol, neíòpam), có thể kết hợp tê vùng (TAP, tê ngoài màng cứng, morphine khoang dưới nhện).
- Ổn định chuyên khoa sau 4-6 giờ.

	NGUYÊN NHÂN	XỬ TRÍ
Hạ huyết áp	- Dẫn động mạch. - Dẫn tĩnh mạch (cả tĩnh mạch mạc treo và chi dưới) làm tăng sức chứa tĩnh mạch. - Đè ép từ cung lên tĩnh mạch. - Phong bế thần kinh tim (trên ngực 5). Hạ huyết áp nghiêm trọng kéo dài làm giảm nhịp tim thai.	- Truyền dịch. - Thuốc co mạch.
Khó thở	- Hạ huyết áp. - Ức chế hô hấp do mức tê quá cao.	- Thở oxy và nâng huyết áp - Thông khí kiểm soát
Buồn nôn và nôn	- Hạ huyết áp - Tăng phản xạ nội tạng do PTV chạm vào	- Metoclopramid 10 mg TM hay Ondansetron 8 mg TM
Ngứa	Do phối hợp thuốc phiện	
Lạnh run	Cơ chế chưa rõ	- Pethidine 25 mg TM

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tô Văn Thìn, cẩm nang gây mê sản khoa. Nhà xuất bản y hpc.
2. Robin Russel. Anaesthesia for Obstetric and Gynecology.

THUỐC KHÁNG ĐÔNG VÀ GÂY TÊ VÙNG

	Thuốc	Trước gây tê	Sau gây tê	Lưu ý/ Test
Heparin	LMWH liều dự phòng	10- 12h	2h	
	LMWH liều điều trị	24h	2h	
	UFH (TM) liều dự phòng	2-4h	1h	Kiểm tra tiểu cầu nếu dùng > 4 ngày
	UFH (TM) liều điều trị	2-4h, đánh giá tình trạng đông máu	1h, rút catheter khi đông máu bình thường	
	UFH tiêm dưới da	Không chống chỉ định với liều 2 l/ngày tổng liều < 10.000 IU		
Chống kết tập tiểu cầu	Aspirin	Không CCD	Không CCD	
	Clopidogrel	Ngưng 7-10 ng trước tê Nếu nguy cơ biến chứng TM cao ngưng 5 ngày		
	Ức chế GP IIb/IIIa	Abciximab 48h Eptifibatide 48h	Tránh dùng kháng đông trong 4 tuần nếu cho, phải theo dõi tình trạng TK	
	Kháng vitamin K	Ngưng 4-5ng INR < 1.5	- Rút catheter khi INR < 1.5 - Sau đó cho lại kháng đông	Theo dõi dấu hiệu TK trong 24h sau rút catheter nếu có cho lại kháng đông
	Fondaparinux			

TÀI LIỆU THAM KHẢOOxíord Handbook of Anaesthesia, 3rd edition, 2011.

HƯỚNG DẪN GÂY Mê TOÀN DIỆN TRONG PHẪU THUẬT LẤY THAI

1. PHÂN LOẠI MỔ LẤY THAI

Mức độ	Định nghĩa (tại thời điểm quyết định phẫu thuật)
1	Đang đe dọa trực tiếp tính mạng của mẹ hoặc thai
2	Sức khỏe của mẹ hoặc thai đang bị ảnh hưởng, nhưng không đe dọa tính mạng ngay lúc đó
3	Cần phải sinh sớm nhưng sức khỏe của mẹ/thai không bị ảnh hưởng
4	Vào lúc phù hợp với sản phụ và equipe sản khoa

2. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN

- Khám tiền mê và các thông tin cần thiết
- Xét nghiệm
 - + Công thức máu + Chức năng đông máu: TQ, TCK + Nhóm máu
 - + Kháng thể bất thường hồng cầu + Các xét nghiệm khác tùy tình trạng sản phụ
 - + Phản ứng chéo 2-4 đơn vị hồng cầu lắng nếu nguy cơ truyền máu cao
- Truyền Natri Clorua 0.9% hoặc Lactated Ringer với kim 16G hoặc 18G, tùy tình trạng bệnh nhân để điều chỉnh thể tích dịch truyền trước phẫu thuật. Chuẩn bị 2 đường truyền TM nếu BN có nguy cơ khác (truyền máu, điều chỉnh đường huyết, huyết áp, MgSO₄,...)
- Nhịn ăn uống (phẫu thuật chương trình)
 - + Ăn lần cuối: 8 giờ trước phẫu thuật
 - + Uống lần cuối: 2 giờ trước phẫu thuật (nước trong)
- Kháng tiết dạ dày: trước phẫu thuật 30 phút
 - + Ranitidine: 50 mg TM hoặc 150 mg uống
 - + Metoclopramide: 10 mg TM hoặc uống
- Đặt sonde dạ dày nếu dạ dày đầy. Hút sonde dạ dày
- Luôn để BN nằm nghiêng trái 15°
- Đặt sonde tiểu (sau gây tê, trước gây mê)

3. THUỐC THƯỜNG QUY

- Kháng sinh: Sau khi kẹp dây rốn
 - + Cefazoline: 1 g TM (< 80 kg); 2g TM (> 80 kg)

- + Nếu dị ứng PNC: Clindamycin 600 mg TTM(< 80 kg); 1.2g TTM (>80 kg)
- Tăng cơ: sau khi kẹp dây rốn hoặc sau khi bóc nhau xong + Oxytocin 10 UI/ NaCl 0.9% 100 ml: TTM nhanh
- + Oxytocin 10 UI/ NaCl 0.9% 500 ml: TTM 90 ml/h
- + Các thuốc khác tùy tình trạng bệnh nhân, theo yêu cầu PTV

4. GÂY Mê MỎ LẤY THAI

4.1 Trước phẫu thuật

- Khám tiền mê
 - + Các lần vô cảm trước có tai biến - biến chứng
 - + Đánh giá đường thở khó
 - + Đánh giá nguy cơ hít sặc
 - + Giải thích việc thở Oxy và đè sụn nhẫn trước khi ngủ mê
- Chuẩn bị các dụng cụ và phương án cho đường thở khó: đèn đặt NKQ khó, ống NKQ nhiều kích thích, mask thanh quản...
- Không cho người thân vào phòng phẫu thuật nếu BN được gây mê

4.2 Khởi mê (phẫu thuật lấy thai cấp độ 1)

- Chuyển bệnh nhân đến phòng phẫu thuật ở tư thế nghiêng trái
- Có sẵn người phụ (KTV GM)
- Lactated Ringer 500 ml TTM chảy tốc độ tối đa
- Chuyển BN qua bàn phẫu thuật với tư thế nghiêng trái 150
- Kê đầu, cổ vai ở tư thế thuận lợi cho việc đặt ống nội khí quản (NKQ).
- Cho BN thở Oxy 100% với mask kín + Bảo đảm thấy đường biểu diễn CO2
 - + Trong lúc đó người phụ đặt monitoring theo dõi ECG, NIBP, SpO2
 - + Bảo đảm máy hút sẵn sàng hoạt động và ở trong tầm tay
- Khi PTV đã sẵn sàng, người phụ thực hiện thủ thuật Sellick.
- Bảo đảm đường truyền TM chảy tốt
 - + Fentanyl 1-2 mcg/kg (TM) hoặc Alfentanyl 8-10 mcg/kg nếu BN có bệnh tim mạch hoặc bệnh mạch máu não (Bảo BS khoa nhi, bé sơ sinh sẽ được dùng thuốc hóa giải).

- + Thiopental 4-5 mg/kg (TM) hoặc Propofol 2-2.5 mg/kg (TM)
- + Succinylcholine 1-1.5 mg/kg (TM)
- Khi đủ điều kiện, đặt ống nội khí quản (6.0-7.0), bơm bóng. Gắn vào hệ thống thông khí (Oxy 100%). Kiểm tra vị trí ống NKQ.

4.3 Lưu ý khi đặt NKQ khó

- Ở sản phụ, đường kính trong NKQ thường nhỏ hơn so với mức ước lượng.

Đặc biệt trong trường hợp sản phụ bị viêm đường hô hấp trên hoặc tiền sản giật, vì thanh quản thường bị phù.

- Dùng stylet giúp đặt ống NKQ dễ hơn
- Nên sử dụng đèn soi thanh quản để đặt NKQ khó
- Thanh quản thường bị che khuất do đèn sụn nhĩ không đúng cách
- Đặt lại tư thế đầu và cổ
- Nếu đèn sụn nhĩ làm ảnh hưởng đến việc thông khí cung cấp Oxy thì có thể ngưng đèn. BN có thể bị hít sặc nhưng việc thiếu Oxy nguy hiểm hơn vì có thể gây tử vong.
- Lưu ý: Bệnh nhân không chết vì đặt NKQ thất bại. Bệnh nhân chết vì thiếu Oxy do cố gắng đặt ống NKQ nhiều lần hoặc do đặt ống NKQ vào thực quản mà không biết.

Nếu nghi ngờ, rút ống NKQ ra và thông khí lại bằng mask và bóng.

4.4 Duy trì mê và hóa giải

- Khi đã chắc chắn đặt NKQ đúng, cho BN thở máy. Điều chỉnh để duy trì EtCO₂ 35-40.
- FiO₂ 35-50%, N₂O 50-70%, Isoflurane hoặc Sevoflurane. Nếu BN bị mất máu nhiều, duy trì mê bằng cách tiêm TM Ketamine (dò liều mỗi lần 25 mg).

Lưu ý: BN có thể bị thức tỉnh bất cứ lúc nào.

- Sau khi kẹp dây rốn, thêm thuốc dẫn cơ: Rocuronium 15 mg hoặc Atracrium 15 mg, hoặc tùy tình trạng BN. Nếu được, nên theo dõi TOF để hướng dẫn sử dụng thuốc dẫn cơ. Đồng thời thêm Fentanyl 1-2 mcg/kg. Chú ý: lượng ối trong bình hút trước khi bắt bé để đánh giá lượng máu mất chính xác hơn.
- Truyền Paracetamol và/hoặc NSAID để giảm đau sau phẫu thuật, nếu đau không giảm sử dụng Morphine PCA theo phác đồ.

+ Peralgan 1 g: 1 chai x 4 TTM/15 phút, cách 6 giờ

- + Voltaren 75 mg: 1 ống TB
- + Nếu mức độ đau > 4, theo phác đồ Morphine PCA
- Khi kết thúc cuộc phẫu thuật, sử dụng máy đo độ dẫn cơ để xem BN đã hồi phục hoàn toàn chưa. Cần lưu ý đặc biệt những BN đã hoặc đang sử dụng Magnesium Sulphate.
- Hóa giải dẫn cơ bằng Neostigmin và Atropin

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng GMHS Trường ĐHYD TP HCM
2. Bài giảng GMHS Trường ĐHY Hà Nội
3. Sách GMHS sản khoa của Bs Tô Văn Thìn Bv Hùng Vương

XỬ TRÍ HẠ HUYẾT ÁP TRONG MỔ BẮT CON**I. ĐẠI CƯƠNG**

Hạ huyết áp được định nghĩa khi huyết áp tâm thu giảm trên 20 - 30% so với mức bình thường hoặc khi huyết áp tâm thu giảm thấp hơn 100 mmHg.

Hạ huyết áp là biến chứng thường gặp nhất của gây tê trực thần kinh, nếu nặng và kéo dài có thể dẫn đến giảm tưới máu tử cung-nhau, làm thai bị thiếu oxy, nhiễm toan gây suy hoặc tổn thương trẻ sơ sinh. Hạ huyết áp nặng ở mẹ có thể có những ảnh hưởng bất lợi cho mẹ bao gồm mất tri giác, hít dịch vị vào phổi, ngưng thở và ngưng tim.

II. NGUYÊN NHÂN

ức chế thần kinh giao cảm, đặc biệt trương lực cơ trơn mạch máu làm dẫn tĩnh mạch và giảm kháng lực động mạch.

Giảm cung lượng tim do do sự đè ép của tử cung lên tĩnh mạch chậu làm cản trở máu trở về tim.

III. XỬ TRÍ

Mục tiêu đạt huyết áp tâm thu >100 mmHg

1. Truyền dịch

Truyền dịch ường lúc chuẩn bị gây tê với dung dịch tinh thể 10-30 ml/kg. Không nên sử dụng Glucose 5% vì nguy cơ hạ huyết áp trẻ sơ sinh.

2. Thuốc co mạch: sử dụng một trong các thuốc sau

Ephedrin: 3 - 7.5 mg TMC, có thể lặp lại liều trên mỗi 3-4 phút đến liều tối đa là 30 mg.

Phenylephrin: 50 - 100 mcg tiêm tĩnh mạch chậm cho đến khi đạt yêu cầu.

Tình huống tụt huyết áp nặng vẫn còn sau khi đã xử trí 1 trong 2 loại thuốc trên thì sử dụng adrenalin với liều 1-2 mcg/kg rv, liều duy trì 0.025 - 0.5 mcg/kg/phút.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chestnut's Obstetric anesthesia: principles and practice 2012
2. Drugs in anaesthesia and intensive care 2011.

XỬ TRÍ NGỘ ĐỘC THUỐC TÊ**1. ĐẠI CƯƠNG:**

Ngộ độc thuốc tê là một tai biến trong gây tê vùng. Nếu không được xử trí kịp thời, tỷ lệ tử vong sẽ tăng cao. Vì vậy tất cả các loại gây tê vùng và tại chỗ cần phải có biện pháp dự phòng.

Các thuốc tê sử dụng thông thường như Lidocaine, Bupivacain, Levobupivacaine, Ropivacaine .. đều có thể gây ngộ độc.

2. NGUYÊN NHÂN:

Khi tăng đột ngột nồng độ thuốc tê trong huyết tương do:

- + Tai biến của tiêm thuốc vào mạch máu.
- + Do hấp thu thuốc nhanh vào máu bất thường vì sử dụng nồng độ thuốc cao hoặc sử dụng thuốc số lượng lớn.
- + Trong trường hợp gây tê vùng đường tĩnh mạch có thể do tuột garrot hoặc xả garrot sớm dẫn đến gia tăng đột ngột nồng độ thuốc trong tuần hoàn gây ngộ độc.

Độc tính thuốc tê tác động lên 2 vị trí: hệ thần kinh trung ương và tim.

Có nhiều yếu tố làm nặng thêm tác dụng nhiễm độc của thuốc tê như:

- + Thiếu oxy.
- + Ưu thán.
- + Nhiễm toan.
- + Tăng K⁺ máu.
- + Giảm Na⁺ máu.
- + Hạ thân nhiệt.

3. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG:**3.1. Ngộ độc thần kinh trung ương:**

Thường gặp với Lidocaine và chủ yếu là cơn co giật.

Các tiền triệu (mơ hồ hay không có):

- + Kích thích: kích động, giật cơ, động kinh.
- + Ức chế: ngủ gà, mất ý thức, hôn mê hay ngưng thở.
- + Không đặc hiệu: vị kim loại trong miệng, tê quanh miệng, nhìn đôi, ù tai, hoa mắt, nói khó...

- + Xuất hiện cơn co giật toàn thân.
- + Có thể đi vào hôn mê và tử vong nếu không điều trị kịp thời.

3.2. Ngộ độc tim: (chỉ biểu hiện khi ngộ độc nặng)

Thường gặp với Bupivacaine. Độc tính tác dụng điện (các sợi dẫn truyền) và cơ (co cơ). Tuỳ theo liều lượng, thuốc tê ức chế sự đi vào nhanh của ion Na^+ ở tế bào nhĩ và thất:

- + Lúc đầu có thể tăng động (tăng huyết áp, nhịp nhanh, rối loạn nhịp thất) rồi + Tụt huyết áp tiến triển.
- + Block nhĩ - thất do tốc độ dẫn truyền chậm, mạch chậm hay vô tâm thu.
- + Có thể xuất hiện: nhịp nhanh kịch phát trên thất, xoắn đỉnh, rung thất.
- + Phân ly điện cơ.

4. ĐIỀU TRỊ:

4.1. Điều trị ban đầu:

- + Ngừng ngay việc tiêm thuốc tê.
- + Gọi người đến trợ giúp.
- + Kiểm soát đường thở và, nếu cần, để chắc chắn thì đặt nội khí quản cho thở oxy 100% và bảo đảm thông khí đủ (tăng thông khí có thể giúp làm tăng pH huyết tương trong trường hợp toan chuyển hóa).
- + Có sẵn hay đặt thêm đường truyền tĩnh mạch chắc chắn.
- + Thường xuyên đánh giá tình trạng tim mạch.
- + Xem xét lấy máu làm xét nghiệm, nhưng không nên làm chậm trễ việc điều trị vì việc này.

4.2. Điều trị đặc hiệu:

4.2.1. Ngộ độc thần kinh trung ương:

- Thiopental: 150 - 300 mg TM. Hoặc Midazolam 0,1 - 0,2 mg/kg.

XEM XÉT dùng LIPID Dạng Nhũ Tương Đường Tĩnh Mạch để làm giảm nồng độ thuốc tê trong huyết tương.

- Nếu tình trạng BN ổn định sau xử trí ngộ độc thuốc, có thể tiếp tục cuộc phẫu thuật.

4.2.2. Ngộ độc tim:

Hệ thống tim mạch ít ngộ độc hơn so với hệ thần kinh trung ương, nhưng ngộ độc tim mạch có thể nặng và khó điều trị hơn.

4.2.2.1. Các biểu hiện lâm sàng:

Ngộ độc tim mạch làm giảm sức co bóp tâm thất, loạn nhịp tim trở với điều trị, và mất trương lực mạch ngoại biên gây trụy tim mạch.

Tiêm bupivacaine vào tĩnh mạch có thể gây trụy tim mạch và trở với điều trị do ái lực cao của thuốc này với kênh natri. Tăng CO₂ máu, toan hóa máu, giảm oxy làm tăng tác dụng ức chế cơ tim, ức chế nhịp tim của bupivacaine. Ropivacaine ít gây độc tim hơn do nó nhanh chóng phân ly khỏi kênh natri.

4.2.2.2. Điều trị:

- Cho thở oxy 100%, bù đủ dịch, và thuốc vận mạch khi cần.
- Trong trường hợp mạch chậm: Atropin 0,5 - 1 mg TM.
- Nhịp nhanh thất: nên điều trị bằng sốc điện chuyển nhịp. Rối loạn nhịp do thuốc tê thì khó điều trị nhưng thường tự khỏi nếu huyết động bệnh nhân được duy trì.
- Amiodarone có tác dụng tốt hơn lidocain đối với các rối loạn nhịp thất khi ngộ độc bupivacaine và cần một lượng lớn epinephrine để hồi sức thành công.
- Hồi sức tim phổi có thể kéo dài cho tới khi tác dụng độc tim giảm xuống nhờ sự tái phân phối thuốc tê.
- Giảm co cơ tim: Catecholamines, tốt nhất là Dobutamine 5mcg/kg/phút, Adrenaline chỉ dùng trong trường hợp ngừng tim (chú ý: ngưng tim sau ngộ độc thuốc tê vùng hồi phục sau 1 giờ).

Nên nhớ rằng rối loạn nhịp có thể RẤT KHÓ điều trị, nên xem xét dùng tuần hoàn ngoài cơ thể nếu có thể.

DÙNG LIPID Dạng Nhũ Tương Đường Tĩnh Mạch để làm giảm nồng độ thuốc tê trong huyết tương.

→ Theo dõi:

- Chuyển đến nơi có đầy đủ trang thiết bị và đội ngũ nhân viên thích hợp để theo dõi cho đến khi hồi phục hoàn toàn.
- Ngăn chặn viêm tụy cấp bằng cách theo dõi lâm sàng thường xuyên, bao gồm đo amylase hay lipase trong 2 ngày.

Cách dùng dung dịch lipid:

(Propofol không được dùng để thay thế lipid dạng nhũ tương)

+ Ban đầu: Dùng Lipid dạng nhũ tương 20% bolus 1.5ml/kg TM chậm trên 1phút, rồi truyền 15ml/kg/giờ (trong 5 phút).

+ Sau 5 phút: cho liều bolus thứ 2 cùng liều nếu:

- Tình trạng tim mạch chưa ổn định hoặc

- Suy tuần hoàn.

Tiếp tục truyền TM Lipid dạng nhũ tương 20% cùng tốc độ, nhưng tăng liều 30ml/kg/giờ bất cứ lúc nào sau 5 phút, nếu:

- Tình trạng tim mạch chưa ổn định hoặc

- Suy tuần hoàn.

+ Tiếp tục truyền cho đến khi tình trạng tuần hoàn ổn định và hiệu quả hay đạt tổng liều lipid không vượt quá 12ml/kg.

Cụ thể: Liều điều trị cho một bệnh nhân 50kg

+ Ban đầu: Dùng Lipid dạng nhũ tương 20% 75ml TM chậm trên 1phút, rồi truyền Lipid dạng nhũ tương 20% 750ml/giờ trong 5 phút + Sau 5 phút: cho liều bolus thứ 2 75ml TM chậm trên 1 phút, tiếp tục truyền TM Lipid dạng nhũ tương 20% 750ml/giờ, nhưng tăng lên 1500ml/giờ nếu cần, tổng liều không vượt quá 600ml.

Để giảm thiểu nguy cơ:

+ Dùng liều thuốc tê thấp nhất để đạt hiệu quả và thời gian tê.

+ Nồng độ thuốc tê trong máu tùy thuộc vào vị trí tiêm và liều thuốc tê. Các yếu tố làm gia tăng tình trạng ngộ độc thuốc tê: lớn tuổi, suy tim, thiếu máu cơ tim, các rối loạn dẫn truyền, bệnh chuyển hóa (bệnh ty thể), bệnh gan, giảm protein trong máu, toan chuyển hóa hay hô hấp, các thuốc ức chế kênh Na⁺. Bệnh nhân suy tim nặng, đặc biệt phân suất tống máu quá thấp, rất dễ bị ngộ độc.

+ Nên dùng các đặc điểm dược động học và/hoặc liều test, như là epinephrine 5mcg/ml thuốc tê. Biết rõ về các đáp ứng, thời gian có tác dụng, và thời gian tác dụng của liều test để xác định thuốc vào mạch máu.

+ Hút ngược bơm tiêm xem có máu không trước khi bơm thuốc tê.

+ Tiêm thuốc tê từ từ, trong khi vẫn quan sát các dấu hiệu và phát hiện ngộ độc thuốc tê .

4.2.3. Các tác dụng có hại khác bao gồm hội chứng Horner:

Do tác dụng ức chế các sợi B trong các rễ thần kinh từ T1-T4, và methemoglobin xảy ra sa khi dùng một lượng lớn kem EMLA.

Methylene blue 1-2 mg/kg tiêm tĩnh mạch trên 5 phút.

Tài Liệu Tham Khảo:

1. The American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine 2012.
2. The Association of Anaesthetist of Great Britain and Ireland 2010.
3. P. Prithvi Raj, Textbook of regional anesthesia, 2003 .
4. Wilton C. Levine, “clinical Anesthesia Procedures of Massachusetts General Hospital”, 8th edition, 2010. pp.214-216.

XỬ TRÍ TĂNG THÂN NHIỆT ÁC TÍNH TRONG GÂY Mê**I. ĐẠI CƯƠNG**

Được Denborough mô tả lần đầu tiên vào năm 1962, ông báo cáo nhiều người trong cùng một gia đình bị tử vong khi gây mê.

Tăng thân nhiệt ác tính là bệnh lý gây chết người, nó thuộc một dạng bệnh lý cơ dưới lâm sàng. Diễn tiến tiềm ẩn và bùng nổ khi gặp tác nhân kích thích (các chất mê hơi hoặc succinylcholine.) Đặc điểm là tăng chuyển hóa cơ, lúc đầu chuyển hóa hiếu khí, sau đó sang chuyển hóa yếm khí tạo ra các sản phẩm acid lactic, toan chuyển hóa, tạo nhiệt, ly giải cơ vân phóng thích ra nhiều kali, myoglobin và creatine kinase.

Tỉ lệ tăng thân nhiệt ác tính là 1/5000 đến 1/65.000 trường hợp gây mê.

Có đến 50% số người bị tăng thân nhiệt ác tính đã từng được gây mê mà không có biến chứng này.

II. CHẨN ĐOÁN: Dấu hiệu để nghi ngờ tăng thân nhiệt ác tính

Sớm	Tiến triển	Muộn
Tăng $EtCO_2$	Toan huyết	Nước tiểu màu cola
Cứng hàm	Thân nhiệt tăng	CK tăng
Nhịp nhanh	Tim mạch mất ổn định	SpO_2 giảm
Loạn nhịp	Tăng kali máu	Rối loạn đông máu

Chẩn đoán xác định bằng thử nghiệm cơ cơ (thử nghiệm cơ cơ caffeine halothane

- sinh thiết mẫu cơ, ngâm vào dung dịch caffeine hoặc halothane rồi quan sát cơ- độ nhay 97%, độ đặc hiệu 78%).

III. ĐIỀU TRỊ: Ghi nhớ:

Dantrolene

Mê tĩnh mạch

Điều trị nâng đỡ

1. Gọi người giúp đỡ. Báo động bệnh nhân đang bị đe dọa tính mạng. Bác sĩ trưởng khoa hoặc Bác sĩ trưởng tua trực chỉ huy quá trình cấp cứu.
2. Lấy hộp điều trị TĂNG THÂN NHIỆT ÁC TÍNH.
3. Tắt thuốc mê hơi, tháo bình bốc hơi. Thay bình vôi soda nếu nhận thấy có thể làm thật nhanh.
4. Tăng thông khí O_2 100%. Dừng phí thời gian thay máy hoặc thay đường ống.

5. Dantrolene tiêm tĩnh mạch 2.5 mg/kg cân nặng, có thể lặp lại mỗi 5 phút, đến liều tối đa là 10 mg/kg. Liều duy trì Dantrolene 1 mg/kg tiêm tĩnh mạch mỗi 4-6 giờ hoặc TTM liên tục 0.25 mg/kg/giờ trong ít nhất 24 giờ.

Một lọ Dantrium 20 mg pha với 60 ml nước cất vô trùng.

Huy động dantrolene từ nhiều nơi: nhà thuốc, bệnh viện lân cận, thường cần tối thiểu 36 -50 lọ để điều trị cho một bệnh nhân (người lớn).

6. Ngừng mổ nếu được. Nếu không được: duy trì mê bằng thuốc mê tĩnh mạch(Propofol).

7. Đặt catheter động mạch xâm lấn, catheter tĩnh mạch trung tâm (cân nhắc) - KHÔNG làm chậm trễ việc dùng Dantrolene.

8. Làm mát tích cực cho bệnh nhân.

Làm lạnh các khoang cơ thể (trừ khoang ngực) bằng dung dịch NaCl 0.9 % lạnh.

Truyền dịch tĩnh mạch bằng dung dịch NaCl 0.9% lạnh.

Khăn lạnh, đá lạnh vào vùng nách, bẹn.

Giảm nhiệt độ phòng.

Ngừng làm lạnh khi thân nhiệt ở mức 3 8°C

9. Điều trị các rối loạn kèm theo: tăng kali máu, toan máu, loạn nhịp tim (theo protocol riêng).

10. Duy trì nước tiểu > 2 ml/kg/giờ. Mannitol 0.5 - 1 g/kg hoặc Furosemide 0.5 -1 mg/kg cân nặng. Duy trì nước tiểu > 2 ml/kg/giờ để phòng tổn thương thận do tích tụ myoglobin ừng ống thận.

11. Theo dõi liên tục nhiệt độ, khí máu động mạch, điện giải.

Xét nghiệm sinh hóa máu gồm: công thức tế bào máu, điện giải, khí máu động mạch, CK, đông máu, myoglobin.

Chuyển khoa hồi sức tích cực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. David s. Tatro (2013). Dantrolene.In: A to z Drugs Facts. Facts and Comparisons.
2. David c. Borshoít (2011). Malignant hyperthermia. In: The Anaesthetic Crisis Manual, the first edition, pp 22-23. Cambridge University Press.

3. Guideline Statement for Malignant Hyperthermia in the Perioperative Environment - AST Guideline
4. K. p. E. Glahn (2010). Recognizing and managing a malignant hyperthermia crisis guidelines from the European Malignant Hyperthermia Group. *British Journal of Anaesthesia* 105(4): 417-20
5. Karen M. Van Tassel and Scott R. Schulman (2007). In: *Malignant Hyperthermia, the second edition*, pp 654-656. Saunders.
6. Malignant Hyperthermia Association of the United States (MHAUS)
www.mhaus.org
7. Melissa M. Vu (2007). Hyperthermia. In: *Complications in Anesthesia, the second edition*, pp 423-425. Saunders.

SỬ DỤNG OXYTOCIN TRONG CHUYỂN DẠ

Thuốc Oxytocin là thuốc gây co bóp tử cung cả về tần số và cường độ.

I. CHỈ ĐỊNH

- Sử dụng Oxytocin để gây cơn co tử cung trong trường hợp khởi phát chuyển dạ hoặc đã chuyển dạ nhưng cơn co thưa, yếu.
- Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ.
- Đề phòng và xử trí băng huyết sau sinh.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối:

- Bất tương xứng đầu - chậu.
- Ngôi không có chỉ định sinh đường âm đạo.
- Nhau tiền đạo trung tâm.
- Nhau bong non thể nặng.
- Suy thai cấp.
- Không có phòng phẫu thuật, phẫu thuật viên và phương tiện phẫu thuật.
- Mẹ bị bệnh lý tim mạch gây rối loạn cung lượng tim.

2. Chống chỉ định tương đối:

- Vết mổ cũ lấy thai.
- Đa thai, đa ối.

III. CÁCH DÙNG

1. Trước sinh:

Cách thực hiện:

- Bơm tiêm điện có điều khiển tốc độ truyền là cách sử dụng tốt nhất với liều ban đầu là 4mUI/phút. Hoặc có thể:
- Dùng dung dịch Glucose 5% 500 ml (hoặc Lactate Ringer 500ml) 1 chai, truyền tĩnh mạch với tốc độ VIII giọt/phút.
 - + Pha Oxytocin 5UI 1 ống vào chai dịch đang truyền TM VIII giọt/phút.
 - + Lắc đều chai cho thuốc Oxytocin pha đều.
- Theo dõi sát chuyển dạ bằng monitor sản khoa, đặc biệt theo dõi tim thai và cơn gò TC.
- Phải ghi diễn tiến chuyển dạ trên biểu đồ chuyển dạ.

Theo dõi

- Theo dõi trong 20-30 phút, nếu cơn gò chưa đạt 3 cơn gò/10 phút (khởi phát chuyển dạ) hoặc chưa đạt số cơn gò theo độ mở CTC thì chỉnh giọt, tăng từ VIII (8) giọt/phút (4mUI/phút) lên số giọt cần thiết sao cho đạt được tần số cơn gò phù hợp. Liều tối đa là XL (40) giọt/phút (20mUI/phút).
- Khám ngoài: mỗi 15 phút/lần đều đặn theo dõi cơn co tử cung, nhịp tim thai; mỗi giờ/lần khám độ lọt của ngôi thai.
- Khi đã đạt được số cơn gò phù hợp giai đoạn chuyển dạ và độ mở cổ tử cung, đánh giá sự tiến triển của chuyển dạ bằng độ mở CTC và ngôi thai theo qui định Hướng Dẫn Quốc Gia tùy giai đoạn của cuộc chuyển dạ.
- Khi phát hiện chuyển dạ ngưng tiến triển (theo dõi tối đa 2 giờ):
 - + Cân nhắc việc có tiếp tục sử dụng Oxytocin liều cao hơn, hay

- + Phối hợp thuốc mềm CTC, hay
- + Mổ lấy thai.

2. Sau sinh:

- Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ (xem phác đồ “Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ”).
- Đề phòng và điều trị băng huyết do dờ tử cung (xem phác đồ “Băng huyết sau sinh”).

IV. TAI BIẾN & XỬ TRÍ**1. Con gò TC cường tính:**

- Khi có nhiều hơn 5 cơn co trong 10 phút và mỗi cơn co kéo dài trên 90 giây.
- Xử trí: ngưng truyền Oxytocin, có thể phối hợp thuốc giảm gò (xem phần “Dọa vỡ TC” trong phác đồ “Vỡ TC”) và theo dõi sát tần số cơn gò và tình trạng tim thai trong 30 - 45 phút. Sau 45 phút, cơn gò TC không giảm → mổ lấy thai ngay hoặc giúp sinh bằng dụng cụ nếu đủ điều kiện.

2. Dọa vỡ - vỡ TC: xem phác đồ Vỡ TC.**3. Thai suy cấp trong chuyển dạ:**

- Nếu có dấu hiệu suy thai phải ngừng truyền Oxytocin → tham khảo phác đồ “Thai suy cấp”.
- Sau khi ngưng truyền Oxytocin 15 phút không có kết quả, phải mổ lấy thai ngay hoặc sinh giúp (sinh hút, forceps) nếu đủ điều kiện.

4. Nhau bong non: xem phác đồ “Nhau bong non”.**5. Ngộ độc nước:** Khi truyền dịch liều cao trong thời gian dài.**6. Ảnh hưởng tim mạch:**

- Khi dùng liều cao > 45 mUI/phút hay khi tiêm TM trực tiếp.
- Gây tụt huyết áp, giảm tưới máu động mạch vành, ngưng tim.

7. Giãn cơ trơn:

- Khi dùng liều cao trực tiếp.
- Thường gặp đi kèm sản phụ được gây tê hay gây mê.

8. Dị ứng: ít thấy.**10. Ảnh hưởng lên thai:** suy thai, ngạt sau sinh, tăng Bilirubine/máu gây tăng mức độ vàng da sơ sinh.

XUẤT HUYẾT ÂM ĐẠO TRONG BA THÁNG ĐẦU THAI KỲ

Chẩn đoán xuất huyết âm đạo trong những tháng đầu thai kỳ gồm có dọa sảy thai, sảy thai đang tiến triển, sảy thai trọn, thai ngoài tử cung (TNTC), và các nguyên nhân gây xuất huyết âm đạo tử đường sinh dục dưới.

DỌA SẢY THAI**1. Triệu chứng cơ năng:**

- Tắt kinh.
- Có triệu chứng nghén.
- Đau bụng âm ỉ hoặc từng cơn vùng hạ vị.
- Ra máu âm đạo số lượng ít.

2. Triệu chứng thực thể:

- Cổ tử cung còn dài, đóng kín
- Kích thước thân tử cung to tương ứng với tuổi thai.

3. Xét nghiệm:

- Xét nghiệm định lượng β hCG nồng độ tăng cao 1000 - 6000 UI/ml
- Siêu âm thấy hình ảnh túi ối tròn đều, có phôi thai và tim thai ở trong buồng tử cung.

4. Xử trí:

- Nằm nghỉ tuyệt đối, ăn nhẹ, chống táo bón.
- Tư vấn cho bệnh nhân và gia đình về những tiến triển có thể xảy ra.
- Spasmaverin 40 mg uống 1 viên x 3 lần/ngày. Hoặc Spasfon 40 mg 1 viên x 3 lần/ngày
- Hỗ trợ nội tiết tố: Utrogestan 100 mg, 1 viên x 3 lần/ngày hoặc Duphaston 10 mg, 1 viên x 3 lần/ngày.

SẢY THAI ĐANG TIẾN TRIỂN**1. Triệu chứng:**

- Đau bụng nhiều hạ vị, đau từng cơn
- Âm đạo ra huyết nhiều.
- Thăm âm đạo: cổ tử cung đã xoá, mở, có thể thấy phần thai hoặc cổ tử cung.

2. Xử trí:

- Dùng kiềm gấp bọc thai ra, hút hay nạo lòng tử cung để cầm máu, mô bệnh phẩm gửi giải phẫu bệnh.
- Truyền dung dịch Natrichlorua 0, 9% 500 ml pha 10 UI oxytocin truyền tĩnh mạch XL giọt/ phút.
- Cho kháng sinh: Amoxicillin 500mg x 1 viên x 3 lần/ ngày x 5 ngày hoặc Cephalexin 500 mg 1 viên x 3 lần/ngày x 5 ngày.

SẢY THAI TRỌN**1. Triệu chứng**

- Thường gặp khi sảy thai trong 6 tuần đầu.
- Sau khi đau bụng, ra máu, thai ra cả bọc, sau đó ra máu ít dần
- Khám thấy cổ tử cung đóng, tử cung co hồi bình thường.
- Định lượng β HCG nồng độ thấp trong máu: 300 - 500 UI/ml.

- Siêu âm: tử cung và hai phần phụ, tử cung kích thước lớn hơn bình thường. Nội mạc tử cung dày, có ít dịch long tử cung.

2. Xử trí

- Cho uống kháng sinh: Cephalexin 500 mg 1 viên x 3 lần/ngày.
- Tư vấn cho bệnh nhân về nghỉ ngơi, ăn uống, theo dõi nếu có các triệu chứng bất thường như: đau bụng, ra máu, sốt. Cần tái khám ngay.

SẢY THAI KHÔNG HOÀN TOÀN

1. Triệu chứng.

- Sau khi thai sảy, ra máu kéo dài.
- Còn đau bụng.
- Cổ tử cung mở và tử cung còn to.

2. Xử trí

- Cho kháng sinh.
- Nếu siêu âm thấy trong buồng tử cung: Nội mạc tử cung dày trên 10 mm, cấu trúc không đều: tiến hành hút nạo lòng tử cung lại hoặc có thể cho Misoprostol 400mcg, ngâm cạnh má mỗi 2 - 3 viên /lần, mỗi lần cách nhau 4 giờ. Tối đa 3 lần. Ngày hôm sau siêu âm lại kiểm tra.

THAI NGOÀI TỬ CUNG (TNTC)

1. Định nghĩa:

TNTC là trường hợp trứng sau khi đã thụ tinh không làm tổ và phát triển trong buồng tử cung mà phát triển ở bên ngoài buồng tử cung

2. Chẩn đoán

Phụ nữ tuổi sinh đẻ có đau bụng hay ra huyết

- Nếu HCG dương tính và SA trong TC không có thai, cạnh TC có khối echo hỗn hợp chẩn đoán thai ngoài TC.
- Thấy túi thai trong TC loại trừ thai ngoài TC, trừ trường hợp có kèm thai trong với thai ngoài TC (1/30.000).
- HCG thấp so với tuổi thai kèm với SA nghi ngờ, có thể nội soi chẩn đoán.
- Quyết định nội soi dựa trên:

+ Yếu tố nguy cơ (bảng 1), tiền căn thai ngoài TC, thụ tinh trong ống nghiệm, phẫu thuật tại vòi, có vòng, có chóng mặt...

+ Trên SA có khối cạnh TC nghi ngờ, có dịch ổ bụng.

Bảng 1. Các yếu tố nguy cơ thai ngoài TC

Yếu tố	Nguy cơ tương đối
Tiền căn TNTC	3. 9
Phẫu thuật tại vòi	2. 4
Hút thuốc	1. 26 – 2. 42
Kích thích rụng trứng	1. 66
Nhiễm Chlamydia	1.50
Có vòng	1. 34
VMC cắt ruột thừa	1. 25

3. Điều trị

Nhằm 4 Mục Đích:

- Giải quyết khối TNTC
- Giảm tối đa tỉ lệ tử vong
- Ngừa tái phát TNTC
- Duy trì khả năng sinh sản

3.1. Thai ngoài tử cung vỡ có choáng:

- Hồi sức chống choáng tích cực:
- Truyền dịch, truyền máu hoặc dung dịch cao phân tử
- Vừa hồi sức vừa phẫu thuật:
- Chọn phương pháp kiểm soát chảy máu nhanh nhất.
- Cắt triệt để tai vòi để làm giảm tái phát
- Nếu TNTC đoạn kẽ, phải xén góc TC, khâu lại bằng chỉ chromic 20 hoặc 1(0) hoặc chỉ Vicryl 20
- Đoạn sản nếu có chỉ định.

Thai ngoài TC vỡ nhưng chưa có dấu hiệu choáng có thể phẫu thuật nội soi.

3.2. Huyết tụ thành nang:

- Nếu khối huyết tụ nhỏ (< 8 cm): mổ nội soi.
- Nếu khối huyết tụ lớn (> 8 cm): mở bụng lấy khối huyết tụ.

3.3. Thai ngoài tử cung chưa vỡ:

- Mở bụng hoặc PT nội soi
- Nội soi khi không có chống chỉ định.
- Mở bụng khi có chống chỉ định của PT nội soi hoặc không có điều kiện nội soi.
- Cắt tai vòi hoặc điều trị bảo tồn.

3.4. Thai trong ổ bụng

- Thai chết, phải phẫu thuật lấy khối thai ra.
- Thai sống, phẫu thuật ngay vì nguy cơ gây xuất huyết nội. Lúc mổ khi lấy nhau chỉ lấy phần dễ lấy, không cố gắng lấy phần dính chặt vào các cơ quan trong ổ bụng vì nguy cơ gây chảy máu nhiều. Phần nhau còn lại sẽ tự hủy không cần can thiệp, hoặc có thể dùng Methotrexate để đẩy nhanh quá trình hủy nhau. Không dẫn lưu.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH CỦA NỘI SOI TRONG TNTC

- TNTC vỡ có choáng
- HTTN to (> 8 cm).
- Dính nặng.
- TNTC đoạn kẽ.

TIÊU CHUẨN ĐỂ CHỌN ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN**Bước 1:**

1. Người bệnh còn muốn sanh con
2. TNTC chưa vỡ hoặc đã vỡ nhưng gọn không phức tạp.
3. Đường kính túi thai < 4cm
4. Vị trí TNTC không ở đoạn kẽ hoặc eo
5. Progesteron < 5ng/ml

6. Siêu âm không thấy tim thai THEO DÕI SAU ĐIỀU trị bảo tồn

- Hậu phẫu theo dõi PHCG, SA mỗi 48 giờ.
- Sau phẫu thuật lấy sạch khối nhau thai, bình thường PHCG phải giảm nhanh sau 48 giờ.
 - Nếu sau 48 giờ:
 - $\beta\text{HCG} < 15\%$ định lượng ban đầu, không cần thử thêm.
 - βHCG trong khoảng 35 - 50% của mức ban đầu,

+ SA kiểm tra.

+ Có thể còn sót nhau, thai, phẫu thuật có thể thất bại cần: o Phẫu thuật lần 2 hoặc

o Điều trị với Méthotrexate (ức chế tế bào nuôi phát triển.)

Liều 50 mg tiêm bắp 1 lần duy nhất, có thể lập lại điều trị lần 2, lần 3 và tối đa 3 liều, mỗi lần lập lại vẫn liều 50 mg tiêm bắp, nếu lượng B hCG không giảm dưới 15% sau 4 - 7 ngày điều trị.

Liều lập lại sau 7 ngày khi B hCG không giảm dưới 15% hay không giảm, tăng và siêu âm có tim thai.

HƯỚNG DẪN BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT TNTC

- Nên dùng thuốc ngừa thai viên phối hợp trong vài tháng.
- Chỉ nên cho mang thai sau khi đã chụp HSG có kết quả tốt.
- Cần theo dõi bằng SA thai kỳ sau phẫu thuật TNTC để theo dõi nguy cơ tái phát.
- Khi cắt tai vòi với khoét góc, xẹp có thể không được chắc cần theo dõi khám thai k .

4. Tiên lượng

- Tiên lượng tùy thuộc vào chẩn đoán sớm,
- + Nếu phát hiện và xử trí sớm lúc chưa vỡ hay mới vỡ, tiên lượng tốt,
- + Nếu trễ, mất máu nhiều trong bụng, tỉ lệ tử vong khoảng 1 - 1,5%, chiếm 6,5% của tử vong mẹ.
 - Tái phát 10 - 15%.
 - Có thai bình thường 35% với người chưa sinh và 82% với người con rạ.
- Nếu có tiền căn phá thai, bệnh lây truyền đường sinh dục, sảy thai, ... tỉ lệ có thai thường là 43, 4% so với người không có các tiền căn trên là 82, 6%.
 - Sau phẫu thuật bảo tồn, có thai lại 35%, bị thai ngoài TC tái phát 9%.

Các nguyên nhân gây xuất huyết âm đạo tử đường sinh dục dưới

Các nguyên nhân gây xuất huyết âm đạo hoặc CTC không có liên quan đến thai kỳ gồm có ung thư CTC, viêm âm đạo, polyp CTC và CTC lộ tuyến.

Ung thư CTC có thể có dịch âm đạo hồng nhạt , lỏng , có mùi hôi, thường xuất hiện sau giao hợp. Một kết quả Pap bình thường gần nhất không đủ loại trừ ung thư, và bất kỳ sang thương nào cần phải được sinh thiết. Tuy nhiên khi sinh thiết một sang thương CTC trong thai kỳ không nên thực hiện ở phòng cấp cứu thường chảy máu nhiều và rất khó kiểm soát.

Viêm cổ tử cung do gonorrhea, Chlamydia trichomonas hoặc nhiễm khuẩn âm đạo có nhiều triệu chứng khác nhau từ không triệu chứng, huyết trắng bất thường, đau bụng hoặc ra huyết âm đạo nhẹ. Một mẫu soi tươi huyết trắng có thể giúp chẩn đoán. Nên cấy dịch CTC tìm Gonorrhea và chlamydia.

CTC lộ tuyến hoặc polyp CTC có thể gây chảy máu đặc biệt là xuất huyết sau giao hợp. CTC lộ tuyến là thường gặp trong thai kỳ và rất dễ nhận diện. Đây là tình trạng bình thường, tế bào trụ thường thấy nhiều ở lỗ trong CTC nay quan sát thấy ở cổ ngoài. Nó biểu hiện vòng nhẵn màu đỏ viền xung quanh lỗ CTC.

Polyp CTC là những khối mô màu hồng nhạt nhú ra khỏi CTC. Không nên xoắn trong phòng cấp cứu vì có thể chảy máu.

Nên quan sát thành âm đạo để tìm các vết loét, các vết rách nhỏ hoặc vết sưng do nhiễm trùng, chấn thương hay ngoại vật.

CHỈ ĐỊNH SINH THIẾT GAI NHAU/CHỌC ỒI KHẢO SÁT RỐI LOẠN NHIỄM SẮC THỂ VÀ BỆNH LÝ DI TRUYỀN PHÂN TỬ THAI NHI

I. Sàng lọc quý 1

(Áp dụng cho tất cả thai phụ đến khám thai ở tuổi thai sớm trong 3 tháng đầu thai kỳ)

- Kết quả xét nghiệm phối hợp theo FMF (ĐMDG + PAPP-A và PHCG) $>1/250$.
- Nếu kết quả sàng lọc quý 1 thấp ($<1/250$) nhưng siêu âm hình thái học quý hai có bất thường, nguy cơ hiệu chỉnh sẽ thay đổi tùy theo từng loại bất thường như bảng 1 hoặc bảng 2. Kết quả nguy cơ sau cùng $> 1/250$ có chỉ định chọc ối.

Bảng 1: Tỷ số nguy cơ (LR) của dấu chứng đơn độc trên siêu âm

Dấu chứng siêu âm	Tỷ số nguy cơ
Bất /Thiếu sản xương mũi	x 41
Da gáy dày	x 10
Não thất bên giãn	x 5
Xương cánh tay ngắn	x 4
Ruột echo dày	x 3
Xương đùi ngắn	x 1.5
Ổ echo dày trong tim	x 1
Dãn bể thận	x 1
Nang đám rối mạng mạch	x 1
Dị tật thai (thoát vị rốn, kênh nhĩ thất, hẹp tá tràng)	x 5.2

Bảng 2: Tỷ số nguy cơ (LR) của hai dấu chứng trên siêu âm

	Ổ echo dày/tim	Dãn bể thận	Xương cánh tay ngắn	Xương đùi ngắn	Ruột echo dày	Da gáy dày
Ổ echo dày trong tim	-	X8	X 15	X 30	X25	X80
Dãn bể thận	X 8	-	X10	X30	X25	X 80
X đùi ngắn	X15	X10	-	X50	X40	X100
X cánh tay ngắn	X30	X30	X50	-	X100	X 300
Ruột echo dày	X25	X25	X40	X100	-	X200
Da gáy dày	X80	X80	X100	X300	X200	-

II. Sàng lọc quý 2

(Áp dụng cho những thai phụ đến khám ở tuổi thai muộn hơn 14- 21 tuần)

- Nguy cơ HC Down kết hợp tuổi và Triple test
- + Nguy cơ cao $> 1/250$: Chọc ối.

+ Nguy cơ < 1/350: khám thai định kỳ và siêu âm hình thái học ở tuổi thai 20 - 22 tuần. Nếu có dấu chứng bất thường trên siêu âm, nguy cơ ban đầu sẽ được hiệu chỉnh lại theo tỉ số nguy cơ của từng dấu chứng hoặc hai dấu chứng (Bảng 1 và bảng 2), nếu kết quả cuối cùng > 1/250 có chỉ định chọc ối.

+ Nếu kết quả siêu âm hình thái học bình thường, nguy cơ ban đầu sẽ giảm đi 1/3.

III. Sản phụ khám thai sau 21 tuần

- Không làm Triple test.
- Nguy cơ ban đầu là nguy cơ theo tuổi mẹ.

Tuổi	Nguy cơ
35	1/302
36	1/238
37	1/185
38	1/142
39	1/108
40	1/82
41	1/62
42	1/46

- Nguy cơ hiệu chỉnh tùy kết quả siêu âm
- + Kết quả siêu âm bình thường: Nguy cơ giảm 1/3.
- > Ví dụ sản phụ 38 tuổi, nguy cơ ban đầu theo tuổi mẹ là 1/142, kết quả siêu âm bình thường nguy cơ sẽ giảm đi 1/3 thành 1/426.
- + Kết quả siêu âm bất thường, nguy cơ sẽ thay đổi tùy theo tỷ lệ tăng lên của mỗi loại bất thường ở bảng 1 và 2.
- + Ví dụ sản phụ 35 tuổi, nguy cơ là 1/302, siêu âm có da gáy dày sẽ tăng nguy cơ lên 10 lần nên nguy cơ hiệu chỉnh là 1/30.

IV. Những chỉ định đặc biệt

- Bố mẹ mang rối loạn cấu trúc NST.
- Tiền sử sinh con bị Thalassemia.
- XN huyết đồ nghi ngờ Thalassemia.
- Không cần làm XN sinh hóa ở những trường hợp trên
- Theo yêu cầu của thai phụ và gia đình.

HƯỚNG DẪN LÂM SÀNG VỀ TIỀN SẢN GIẬT- SẢN GIẬT

1. TRIỆU CHỨNG

1. 1. Tiền sản giật:

- Phù: toàn thân, phù mềm, trắng, ấn lõm. Là triệu chứng không đặc hiệu, vì phù có thể xảy ra trong bệnh lý về tim, thận, phù do chèn ép, dẫn tĩnh mạch, thiếu dinh dưỡng. . .
- Huyết áp tăng: HA tâm thu > 140 mmHg, và hoặc HA tâm trương > 90 mmHg.
- Co mạch gây thiếu máu, xuất tiết, xuất huyết ở các cơ quan: ở não (nhức đầu, rối loạn thị giác, nôn ói), ở gan (đau thượng vị), ở thận (đạm niệu, thiếu niệu), ở nhau (thai suy, thai chết).

- Protein niệu: >300g/24 giờ hoặc 1+ thử bằng que. Có thể dao động trong ngày.

Là triệu chứng quan trọng của TSG. Nếu chưa có protein niệu, chẩn đoán TSG vẫn chưa chắc chắn, mặc dù có 10% cơn co giật xảy ra trước khi đạm niệu xuất hiện.

- Hct tăng.
- Chức năng gan thận có thể không thay đổi trong giai đoạn nhẹ.
- * TSG nhẹ có thể tiến triển nhanh chóng thành TSG nặng khiến việc chẩn đoán phân biệt đôi khi không kịp thời. Đặc biệt, TSG có thể trở nặng sớm và nhanh khi có hội chứng **HELLP**:

Hemolysis (tán huyết), **Elevated Liver Enzym** (tăng men gan), **Low Platelet** (giảm tiểu cầu)

* TSG nặng khi có một số triệu chứng sau:

- Protein - niệu 2+ trở lên hay 2g/24 giờ.
- Đau vùng thượng vị hay hạ sườn phải.
- Giảm tiểu cầu.
- Các triệu chứng suy tim, phù phổi cấp.
- Rối loạn tri giác.

1. 2. Sản giật:

Mỗi cơn giật xảy ra 4 giai đoạn

- Giai đoạn xâm nhiễm: co giật ở miệng, mặt trong vài giây
- Giai đoạn co cứng toàn thân: kéo dài 15-20 giây
- Giai đoạn co giật tay chân và toàn thân: co giật từng cơn, mặt tím do ngưng thở, miệng sùi bọt mép lẫn máu, hàm dưới đóng mở từng hồi, kéo dài khoảng 1 phút.
- Giai đoạn hôn mê: các cử động co giật nhẹ và thưa dần rồi ngưng. Bệnh nhân rơi vào hôn mê, thở lại, nhịp thở nhanh đều. Giai đoạn này có thể ngắn hay dài nhưng khi tỉnh lại, bệnh nhân hoàn toàn không nhớ gì trước khi co giật cả
- Sản giật có thể xuất hiện từ 1-2 đến trên 20 cơn giật. Nếu không điều trị, có thể giật liên tiếp cho đến chết.
- Sản giật có thể xuất hiện trước, trong chuyển dạ hay trong thời kỳ hậu sản, trong vòng 48 giờ sau sinh, hoặc có thể chậm hơn đến 10 ngày sau sinh, nhất là ở con so.

2. CHẨN ĐOÁN

2. 1. Tiền sản giật:

Tiêu chuẩn tối thiểu để chẩn đoán:

- HA >140/90 mmHg xuất hiện sau tuần lễ thứ 20 của thai kỳ

- Protein niệu: >300g/24 giờ hoặc 1+ thử bằng que.

Các triệu chứng khẳng định TSG nặng:

- HA >160/110 mmHg
- Protein niệu >2g/24giờ hay > 2+ thử bằng que
- Creatinin huyết >1, 2mg/dL trừ trường hợp đã có trước khi mang thai
- Tiểu cầu <100. 000/mm³
- Tiêu huyết vi thể (tăng LDH)
- Men gan tăng cao (SGPT, SGOT)
- Nhức đầu kéo dài, hoa mắt chóng mặt.
- Đau vùng thượng vị.
- Thiếu niệu.

2. 2. Sản giật:

Khi có cơn co giật không thể giải thích được bằng nguyên nhân khác trên một phụ nữ mang thai có triệu chứng TSG sẵn

Triệu chứng bất thường	TSG nhẹ	TSG nặng
HA tâm trương	< 100 mmHg	> 110mmHg
Protein niệu	vết hay 1+	> 2+ nhiều lần
Nhức đầu	không	có
Hoa mắt	không	có
Đau vùng thượng vị	không	có
Thiếu niệu	không	có
Co giật	không	có (sản giật)
Creatinin huyết	bình thường	tăng cao
Giam tiểu cầu	không	có
Men gan tăng	rất nhẹ	nặng
Thai kém phát triển	không	thấy rõ
Phù phổi	không	có

3. ĐIỀU TRỊ

Phân loại tiền sản giật nặng và tiền sản giật nhẹ

3. 1. TSG nhẹ: Không cần nhập viện

- Điều trị nội khoa:

- + Cho bệnh nhân nghỉ ngơi.
- + Chế độ ăn nhiều đạm, nhiều rau cải và trái cây tươi, hạn chế muối.
- + Kiểm tra bệnh nhân 2 lần trong tuần.
- Theo dõi tình trạng sức khỏe của bà mẹ, đo mạch, huyết áp, cân nặng khám tim phổi.
- Theo dõi tình trạng thai nhi (đo NonSTresstest mỗi ngày). Khi tuổi thai từ 36 tuần trở đi.

Dẫn dò bệnh nhân tự phát hiện các dấu hiệu trở nặng: nhức đầu, chóng mặt, tình trạng phù tăng, thai máy yếu. . .

3. 2. TSG nặng: Nhập viện

3. 2. 1. Mục đích điều trị:

Ngăn chặn sự tiến triển của TSG bằng cách

- Dự phòng các cơn co giật
- Kiểm soát HA bệnh nhân
- Châm dứt thai kỳ
 - Chế độ dinh dưỡng

3. 2. 2. Cách điều trị:

a/ Điều trị nội khoa:

^ Chống co giật: MAGNESIUM SULFATE Truyền tĩnh mạch liên tục

- (1) Liều đầu 4 - 6 g magnesium sulfate pha trong 100ml dung dịch tiêm trong 15- 20 phút. (tương đương: 2- 3 ống - ống 10 ml /1, 5g)
- (2) Bắt đầu 1g mỗi giờ trong 100ml truyền hay tiêm tĩnh mạch.
- (3) Đo magnesium máu mỗi 4 - 6 giờ và điều chỉnh liều duy trì để giữ được magnesium ở nồng độ 4 - 7 mEq/L (4. 8 - 8. 4 mg/dL).
- (4) Magnesium sulfate được ngưng sử dụng sau khi sanh 24 giờ.

- Phản xạ xương bánh chè còn.

- Không suy hô hấp.

- Nước tiểu trong 4 giờ đầu trên 100ml.

Magnesium sulfate ngưng sử dụng 24 giờ sau sanh.

^ Hạ huyết áp: HYDRALAZINE khi huyết áp tối thiểu > 110 mmHg đối với bệnh nhân > 35 tuổi và >100mmHg đối với bệnh nhân trẻ.

Cách dùng:

- Tiêm tĩnh mạch 5mg hydralazine mỗi 30 phút, đến khi huyết áp tối thiểu < 100mmHg.
- Uống 25 - 100mg/ngày, không dùng quá 300mg/ngày.
- An thần
- Diazepam liều nhẹ 10mg tiêm tĩnh mạch mỗi 4 giờ.
- Khi chuyển dạ, có thể dùng Dolargan 50mg tiêm tĩnh mạch chậm mỗi 2 giờ. Ngưng tiêm nếu dự đoán sẽ sổ thai trong vòng 2 giờ.

^ Lợi tiểu: Chỉ dùng khi:

- HA tối đa > 170 mmHg.
- Có triệu chứng doạ phù phổi cấp.

Furosemide (Lasix) 20mg/1ống x 8 ống tiêm tĩnh mạch chậm.

Không dùng dung dịch ưu trương ^ Trợ tim

- Khi có triệu chứng doạ phù phổi cấp.
- Digoxin 0. 5mg tiêm tĩnh mạch.
- Risordan 5mg ngậm dưới lưỡi mỗi 15 phút.

^ Dịch truyền

- Glucose 5% giữ TM, tránh các dung dịch ưu trương, tránh truyền dịch nhanh.

- Chuẩn bị sẵn cây ngáng lưỡi, thành giường cao.

b/ Chấm dứt thai kỳ:

- Là biện pháp điều trị triệt để cho TSG.
- Chỉ định khi:
 - + Huyết áp tối thiểu >110mmHg trong 24 giờ.
 - + Đạm niệu > 2g/24 giờ.
 - + Creatinin huyết tăng.
 - + Nhức đầu, hoa mắt hay đau vùng thượng vị, xuất huyết đáy mắt, suy giảm chức năng gan.
 - + Giảm tiểu cầu.
 - + Có hội chứng HELLP.
 - + Đe dọa sản giật.
 - + Đe dọa phù phổi cấp.
 - + Thai suy trường diễn hoặc suy cấp.
- Phương pháp sanh
 - + Để tránh nguy cơ cho mẹ, cố gắng sanh ngả âm đạo là biện pháp ưu tiên ở các trường hợp sản giật.
 - + Nguy cơ biến chứng nặng giảm nhiều ở những trường hợp sanh ngả âm đạo.

3. 3. Sản giật:

3. 3. 1. Mục đích điều trị:

- Chống co giật.
- Hạ huyết áp.
- Dự phòng biến chứng: Xuất huyết não, phù phổi cấp, vô niệu, nhau bong non.

3. 3. 2. Nguyên tắc điều trị:

- Khẩn trương tích cực.
- Điều trị giống như đối với TSG nặng.
- Theo dõi, chăm sóc tại khoa Sản sóc đặc biệt, có đủ oxy và các phương tiện hồi sức khác.

3. 3. 3. Điều trị nội khoa: Như trong TSG nặng

- Chống co giật, lợi tiểu, trợ tim, giữ tĩnh mạch bằng dịch truyền, hạ áp, an thần.
- Thêm: Oxy

Cây ngáng lưỡi Hút đàm nhớt

- Theo dõi:

Dấu hiệu sinh tồn: M, HA, nhịp thở, nhiệt độ

Nước tiểu

Phản xạ gân xương

CVP

Soi đáy mắt

Tim thai, cơn gò tử cung

- Nếu bệnh nhân co giật liên tục không đáp ứng với magne sulfate, cần sử dụng Thiopental 300mg tiêm TMC để cắt cơn.

3. 3. 4. Chấm dứt thai kỳ: Theo dõi sanh ngã âm đạo hoặc MLT tùy theo tình trạng cổ TC và tình trạng mẹ.

4. CHĂM SÓC THEO DÕI

- Nằm phòng tối, yên tĩnh, tránh các kích thích.
- Lập bảng theo dõi TGS: tri giác, M, HA, nhịp thở, nước tiểu, PXGX/ giờ.
- Theo dõi các dấu hiệu trở nặng của bệnh như: HA tăng cao, thiếu niệu, đau thượng vị, hoa mắt, nhức đầu, chóng mặt, khó thở, . . .

VÀNG DA SƠ SINH

I. ĐỊNH NGHĨA

Vàng da ở trẻ sơ sinh là hiện tượng sinh lý do tăng phá hủy hồng cầu phôi thai, giảm chức năng của các men chuyển hóa do gan sản xuất và tăng chu trình ruột gan. Trong một số trường hợp, khi bilirubin gián tiếp trong máu tăng quá cao có thể diễn tiến nặng đến vàng da nhân, biến chứng này còn tùy thuộc nhiều yếu tố: non tháng hay đủ tháng, trẻ khỏe hay bệnh lý, bất đồng nhóm máu.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

a. Hỏi

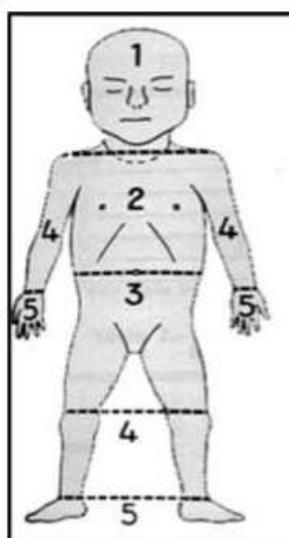
- Thời gian xuất hiện vàng da:
 - Sớm (1-2 ngày): huyết tán (bất đồng nhóm máu ABO, nhóm máu khác).
 - Từ 3-10 ngày: phổ biến: có biến chứng hoặc không biến chứng.
 - Muộn (ngày 14 trở đi): vàng da sữa mẹ, vàng da tăng bilirubin trực tiếp.
- Triệu chứng đi kèm: bỏ bú, co giật.

b. Khám

- Đánh giá mức độ vàng da: Nguyên tắc Kramer.

Vùng	1	2	3	4	
Bilirubin/máu (mg/dl)	5-7	8-10	11-13	13-15	
Bilirubin/máu (mmol/l)	85-119	136-170	187-221	221-255	

- Tìm biến chứng vàng da nhân: li bì, mắt phản xạ bú, gồng ưỡn người.



- Tìm các yếu tố góp phần vàng da nặng hơn:
 - Non tháng.
 - Máu tụ, bướng huyết thanh.
 - Da ửng đỏ do đa hồng cầu.
 - Nhiễm trùng.

- Chướng bụng do chậm tiêu phân su, tắc ruột.

c. Đề nghị xét nghiệm

• Vàng da nhẹ (vùng 1-2) xuất hiện từ ngày 3-10, không có biểu hiện thần kinh: không cần xét nghiệm.

• Vàng da sớm vào ngày 1-2 hoặc vàng da nặng (vùng 4-5), cần làm các xét nghiệm giúp đánh giá độ nặng và nguyên nhân:

- Bilirubin máu: tăng Bilirubin gián tiếp.

- Các xét nghiệm khác:

+ Phết máu ngoại biên.

+ Nhóm máu ABO; Rh mẹ-con.

+ Test Coombs trực tiếp.

2. Chẩn đoán

a. Độ nặng vàng da

• Vàng da nhẹ: vàng da nhẹ từ ngày 3-10, bú tốt, không kèm các yếu tố nguy cơ, mức Bilirubin máu chưa đến ngưỡng phải can thiệp.

• Vàng da bệnh lý: vàng da sớm, mức độ vàng nặng, kèm các yếu tố nguy cơ, mức Bilirubin vượt ngưỡng phải can thiệp.

• Vàng da nhân:

- Vàng da sậm + Bilirubin gián tiếp tăng cao > 20 mg%, và:

- Biểu hiện thần kinh.

b. Chẩn đoán nguyên nhân (thường gặp)

• Bất đồng nhóm máu ABO:

- Nghĩ đến khi: mẹ nhóm máu O, con nhóm máu A hoặc B.

- Chẩn đoán xác định: mẹ O, con A hoặc B + Test Coombs trực tiếp (+).

• Nhiễm trùng: vàng da + ổ nhiễm trùng/biểu hiện nhiễm trùng lâm sàng+ xét nghiệm.

• Máu tụ: vàng da + bầm huyết thanh/bầm huyết xương sọ/máu tụ nơi khác.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

• Đặc hiệu: chiếu đèn, thay máu.

• Điều trị hỗ trợ.

2. Chiếu đèn

a. Chỉ định

• Lâm sàng: vàng da sớm, vàng da lan rộng đến tay, chân (vùng 3,4,5), hoặc

• Mức Bilirubin máu:

Cân nặng (g)	Bilirubin gián tiếp (mg%)					
	5-6	7-9	10-12	12-15	15-20	> 20
< 1.000	Chiếu đèn		Thay máu			
1.000-1.500		Chiếu đèn		Thay máu		
1.000-2.000			Chiếu đèn		Thay máu	
> 2.000			Chiếu đèn			Thay máu

b. Nguyên tắc

- Chiều đèn liên tục, chỉ ngừng khi cho bú.
- Vàng da nặng: nên chọn ánh sáng xanh, nếu không có ánh sáng xanh thì sử dụng ánh sáng trắng với hệ thống đèn hai mặt.
- Tăng lượng dịch nhập 10-20% nhu cầu.

3. Thay máu

a. Chỉ định

- Lâm sàng: vàng da sậm đến lòng bàn tay, bàn chân (< 1 tuần) + bắt đầu có biểu hiện thần kinh, hoặc
- Mức Bilirubin gián tiếp máu cao > 20 mg% + bắt đầu có biểu hiện thần kinh (li bì, bú kém).

b. Nếu không thể thay máu vì

- Quá chỉ định: đang suy hô hấp nặng hoặc sốc.
 - Không đặt được catheter tĩnh mạch rốn.
 - Không có máu thích hợp và máu tươi (< 7 ngày).
- Biện pháp điều trị thay thế: chiếu đèn hai mặt liên tục.

4. Điều trị hỗ trợ

a. Cung cấp đủ dịch (tăng 10-20% nhu cầu).

b. Chống co giật bằng Phenobarbital.

c. Cho bú mẹ hoặc cho ăn qua ống thông dạ dày sớm.

d. Trẻ non tháng có chậm tiêu phân su: thụt tháo nhẹ bằng NaCl 0,9%.

e. Nếu do nguyên nhân nhiễm trùng: kháng sinh thích hợp (xem nhiễm trùng sơ sinh).

f. Vật lý trị liệu nếu vàng da nhân qua giai đoạn nguy hiểm.

5. Theo dõi

a. Trong thời gian nằm viện

- Mức độ vàng da, biểu hiện thần kinh mỗi 4-6 giờ nếu vàng da nặng, mỗi 24 giờ trong trường hợp vàng da nhẹ.
- Lượng xuất-nhập, cân nặng mỗi ngày.
- Không nhất thiết phải đo Bilirubin máu mỗi ngày trừ trường hợp vàng da đáp ứng kém với điều trị (mức độ vàng da không giảm, có biểu hiện thần kinh).

b. Tái khám mỗi tháng để đánh giá phát triển tâm thần vận động và có kế hoạch phục hồi chức năng kịp thời.

Vấn đề	Mức độ chứng cứ
Trẻ sơ sinh nên được đánh giá xem có vàng da không mỗi 8 – 12 giờ.	III Pediatrics 2009
Khi trẻ tái khám cần ghi nhận bú, tiêu tiểu, tăng cân và vàng da.	III Essential evidence plus

PHÁ THAI BẰNG THUỐC ĐẾN HẾT 9 TUẦN

Phá thai bằng thuốc (PTBT) là phương pháp chấm dứt thai kỳ bằng cách sử dụng thuốc Mifepristone và Misoprostol đối với thai đến hết 9 tuần (63 ngày) kể từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng.

I. ĐIỀU KIỆN ÁP DỤNG

- Khách hàng cần ở gần Bệnh viện (khoảng cách từ nơi ở đến BV không quá 60 phút khi đi bằng bất cứ phương tiện gì).

II. NGƯỜI ĐƯỢC PHÉP THỰC HIỆN

- Bác sĩ Sản Phụ khoa được huấn luyện về phá thai bằng thuốc (có Giấy Chứng nhận) và thành thạo kỹ thuật phá thai bằng phương pháp ngoại khoa (hút, nạo).

III. CHỈ ĐỊNH

- Thai trong tử cung có tuổi thai đến hết 63 ngày (theo siêu âm).

IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**1. CCD tuyệt đối:**

- Hen suyễn đang điều trị.
- Tiểu đường.
- Bệnh lý tuyến thượng thận.
- Điều trị bằng Corticoid toàn thân lâu ngày.
- Tăng huyết áp, hẹp van 2 lá, tắc mạch hoặc có tiền sử tắc mạch.
- Rối loạn đông máu, sử dụng thuốc chống đông.
- Thiếu máu nặng.
- Dị ứng với Mifepristone hoặc Misoprostol.

2. CCD tương đối:

- Đang cho con bú.
- Đang đặt dụng cụ tử cung: có thể lấy dụng cụ tử cung (DCTC) trước khi PTBT.
- Đang viêm nhiễm sinh dục cấp tính (nên điều trị viêm nhiễm trước khi PTBT).

V. QUY TRÌNH KỸ THUẬT**1. Chuẩn bị khách hàng**

- Hỏi tiền sử bệnh về nội, ngoại, sản phụ khoa & các bệnh lây truyền qua đường tình dục.
- Khám toàn thân.
- Khám phụ khoa.
- Siêu âm.
- XN máu: Huyết đồ, nhóm máu, đông máu toàn bộ hoặc máu chảy, máu đông.
- Khách hàng ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn xin bỏ thai và cam kết của cha hoặc mẹ hoặc người giám hộ).

2. Tư vấn:

- Thảo luận về quyết định chấm dứt thai kỳ.
- Tư vấn về các biện pháp phá thai hiện có tại cơ sở.
- Tư vấn về phương pháp phá thai bằng thuốc.
- Tư vấn về các tai biến có thể xảy ra và tác dụng phụ của thuốc.
- Tư vấn về theo dõi sau phá thai bằng thuốc.
- Các dấu hiệu cần khám lại ngay.

- Sự cần thiết của việc khám lại sau 2 tuần.
- Các dấu hiệu bình thường sau khi dùng thuốc.
- Các dấu hiệu phục hồi sức khỏe và khả năng sinh sản sau phá thai.
- Thông tin về các biện pháp tránh thai, hướng dẫn chọn lựa biện pháp thích hợp và sử dụng đúng để tránh phá thai lần nữa.

3. Phác đồ sử dụng thuốc

a. Thai đến hết 49 ngày:

- Uống 1 viên Mifepristone 200mg tại bệnh viện (BV). Theo dõi mạch, huyết áp, tình trạng toàn thân của khách hàng trong vòng 15 phút. Sau đó cho khách hàng về nhà.
- Sau 36- 48 giờ, uống hoặc ngậm dưới lưỡi 2 viên Misoprostol 200µg tại BV hay tại nhà.

b. Thai từ 50 ngày đến hết 63 ngày:

- Uống 1 viên Mifepristone 200mg tại BV.
- Sau 36-48 giờ, ngậm dưới lưỡi 4 viên Misoprostol 200µg tại bệnh viện (nếu khách hàng nôn nhiều, có thể đặt thuốc ở túi cùng sau âm đạo).
- Theo dõi tại BV ít nhất 3 giờ.

VI. THEO DÕI SAU KHI DÙNG THUỐC

1. Theo dõi trong những giờ đầu sau dùng thuốc:

- Dấu hiệu sinh tồn mỗi giờ một lần trong 3 giờ đầu.
- Tình trạng ra máu âm đạo, đau bụng và các tác dụng phụ (nôn, buồn nôn, tiêu chảy, sốt).

2. Khám lại sau 2 tuần: (để đánh giá hiệu quả điều trị)

Khai thác bệnh sử, khám lâm sàng, siêu âm kiểm tra (nếu cần thiết). Nếu:

- Sảy thai hoàn toàn: kết thúc điều trị.
- Ứ máu nhiều, sót nhau, thai lưu: có thể tiếp tục dùng Misoprostol 200µ đơn thuần liều 2 viên – 3 viên uống hay ngậm dưới lưỡi hoặc hút buồng tử cung.
- Thai tiếp tục phát triển: hút thai.

VII. TAI BIẾN & XỬ TRÍ

1. Chảy máu nhiều: khi ra máu âm đạo ướt đẫm 2 băng vệ sinh dày trong 1 giờ và kéo dài 2 giờ liên tiếp.

Xử trí:

- Khi không ảnh hưởng tổng trạng:
 - + Nếu thấy sảy thai đang tiến triển và nhau thập thò cổ tử cung thì dùng kèm tìm gấp mô nhau ra và dùng thuốc co hồi tử cung: Oxytocine, Misoprostol...
 - + Nếu ứ dịch buồng TC nhiều thì hút buồng TC cầm máu.
- Khi có ảnh hưởng tổng trạng: vừa hồi sức vừa thực hiện thủ thuật như trên. Có thể nhập viện.

2. Rong huyết kéo dài, mệt mỏi, có dấu hiệu thiếu máu: điều trị nội, ngoại khoa tùy tình trạng lâm sàng, có thể nhập viện.

3. Nhiễm khuẩn: rất hiếm khi xảy ra

Triệu chứng: sốt hoặc ớn lạnh, dịch tử cung có mùi hôi, đau vùng bụng hoặc vùng chậu, ra máu âm đạo kéo dài hoặc ra máu thấm giọt, tử cung di động đau hoặc lượng bạch cầu, CRP tăng.

Xử trí:

- + Nhập viện.
- + Kháng sinh liều cao hoặc phối hợp.
- + Điều trị nội hoặc ngoại khoa tùy tình trạng bệnh.
- + Hút buồng tử cung, nếu cần.,.

ĐIỀU TRỊ THAI LƯU ĐẾN HẾT 12 TUẦN**I. ĐỊNH NGHĨA**

Thai chết lưu là thai đã chết trong tử cung mà không được tổng xuất ra ngoài ngay.

II. CHẨN ĐOÁN**1. Bệnh sử**

Xác định ngày kinh chót. Tình trạng ra huyết âm đạo, đau bụng.

- Tiền sử sản phụ khoa:

- + Số con đã có - tuổi con nhỏ nhất.
- + Tiền sử thai lưu. Số lần đi hút thai.
- + Tiền căn mổ lấy thai, bóc nhân xơ tử cung.

- Tiền căn bệnh nội ngoại khoa: Bệnh lý tim mạch, cường giáp, vv...

2. Khám

- Xác định tư thế tử cung, tuổi thai.
- Đánh giá tình trạng ra huyết âm đạo.
- Đánh giá các bệnh lý ở đường sinh dục đi kèm nếu có: viêm nhiễm, u xơ TC, u nang buồng trứng.

3. Xét nghiệm

- Siêu âm: Xác định tình trạng thai lưu, tuổi thai vào thời điểm lưu.
- XN máu: Huyết đồ, Đông máu toàn bộ, nhóm máu, Rh (khi đủ điều kiện).

III. LƯU Ý

Cần lấy mốc tuổi thai dựa vào ngày kinh chót và siêu âm lần đầu tiên khi thai còn sống.

- Tuổi thai vào thời điểm siêu âm lúc thai chết chỉ gợi ý tuổi thai vào thời điểm lưu, từ đó có thể tiên lượng nguy cơ rối loạn đông máu.
- Thai lưu tồn tại trong tử cung trên 6 tuần có thể sẽ xảy ra rối loạn đông máu.

Nhập viện những trường hợp:

- Xét nghiệm đông máu toàn bộ bất thường.
- Có bệnh lý nội khoa cần thực hiện thủ thuật tại nơi có điều kiện hồi sức cấp cứu.
- Các trường hợp thai lưu có nguy cơ tai biến cao.

IV. XỬ TRÍ**1. Tư vấn:**

- Nếu khách hàng có Rh (-): tư vấn theo phác đồ xử trí thai phụ Rh (-).
- Tư vấn thủ thuật hút thai (bao gồm các bước thủ thuật, tai biến có thể xảy ra).
- Các dấu hiệu bất thường cần khám ngay.
- Tư vấn các biện pháp tránh thai sau hút thai.
- Tư vấn về khả năng sinh sản sau thủ thuật.
- Nên có thai lại ít nhất sau 3 tháng hút thai lưu và kiểm tra sức khỏe trước khi có ý định mang thai trở lại.

2. Quy trình kỹ thuật:**a. Phương pháp giảm đau - vô cảm:**

- Uống thuốc giảm đau Ibuprofen 400mg hoặc 2 viên Paracetamol 0,5g trước khi làm thủ thuật 30 phút đối với những trường hợp vô cảm bằng tê cạnh cổ TC.

b. Thực hiện thủ thuật:

- Sát trùng âm hộ (kèm I).
- Sát trùng CTC, âm đạo (Kèm II).
- Gây tê mép trước CTC (vị trí 12h với 1ml Lidocain 1%).
- Kẹp CTC bằng kèm Pozzi.
- Gây tê cạnh CTC với 4ml Lidocain 1% ở vị trí 4h & 7h hoặc 5h & 8h.
- Nong CTC bằng ống hút nhựa (nếu trường hợp khó có thể sử dụng bộ nong bằng kim loại Hégar hay Pratt).
- Chọn ống hút thích hợp với tuổi thai.
- Hút thai (bằng máy hay bằng tay), đánh giá hút sạch buồng tử cung.
- Mở kèm Pozzi, lau sạch CTC và âm đạo.
- Kiểm tra mô và tổ chức sau hút thai, gửi Giải phẫu bệnh lý mô nhau.

3. Theo dõi sau thủ thuật:

- Theo dõi sinh hiệu, huyết âm đạo, đau bụng dưới.
- Hướng dẫn sử dụng toa thuốc sau thủ thuật.
- Hướng dẫn cách chăm sóc sau thủ thuật.
- Hẹn ngày tái khám và các dấu hiệu bất thường cần tái khám ngay, lấy kết quả giải phẫu bệnh.
- Hướng dẫn ngừa thai, tránh mang thai ngoài ý muốn.

XỬ TRÍ SẴY THAI ĐANG TIẾN TRIỂN

I. ĐỊNH NGHĨA

Sảy thai đang tiến triển là tình trạng thai dưới 20 tuần, cổ tử cung giãn rộng, ra huyết nhiều, phần thai hoặc nhau đang tổng xuất qua cổ tử cung.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng cơ năng

- Trễ kinh, đau bụng, ra huyết âm đạo.

2. Triệu chứng thực thể

- Đánh giá tổng trạng, sinh hiệu, lượng máu mất.

- Xác định tư thế tử cung. Xác định tuổi thai.

- Đánh giá tình trạng sảy thai: độ mở CTC, huyết âm đạo, gò TC.

3. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm nước tiểu: Quickstick (+).

- Siêu âm nếu cần.

III. XỬ TRÍ

1. Tư vấn

- Tư vấn trước và sau hút thai.

- Tư vấn các biện pháp tránh thai sau hút thai.

- Tư vấn khả năng sinh sản sau thủ thuật:

+ Thời gian có thể mang thai lại là 10 - 14 ngày sau hút thai.

+ Nên có thai lại ít nhất 3-6 tháng sau sảy thai.

+ Khách hàng được giải thích rõ ràng các nguy cơ của hút thai và tự nguyện ký tên vào tờ cam kết hút thai theo yêu cầu.

+ Uống thuốc giảm đau trước khi làm thủ thuật đối với những trường hợp vô cảm bằng tê cạnh cổ TC (2 viên Paracetamol 0.5g hoặc 1 viên Ibuprofen 400mg uống 30 phút trước khi làm thủ thuật).

2. Quy trình kỹ thuật

- Sát trùng âm hộ (kèm I).

- Sát trùng âm đạo, CTC (Kèm II).

- Gây tê mép trước CTC (vị trí 12h với 1ml Lidocain 1%).

- Kẹp CTC bằng kèm Pozzi.

- Gây tê cạnh CTC với 4ml Lidocain 1% ở vị trí 4-5h và 7-8h.

- Nong CTC bằng ống hút nhựa (nếu trường hợp khó có thể sử dụng bộ nong bằng kim loại Hégar hay Pratt). Tuy nhiên CTC thường mở và không phải nong trong những trường hợp sảy thai đang tiến triển.

- Chọn ống hút thích hợp với tuổi thai.

- Hút thai (bằng bơm hút chân không, bằng tay hay bơm điện), đánh giá hút sạch buồng tử cung.

- Mở kèm Pozzi, lau sạch CTC và âm đạo.

- Kiểm tra mô và tổ chức sau hút thai.

- Chuyển khách hàng sang buồng hồi phục.

3. Theo dõi sau thủ thuật

- Theo dõi sinh hiệu, huyết âm đạo, đau bụng dưới.
- Hướng dẫn sử dụng toa thuốc và cách chăm sóc sau thủ thuật.
- Hẹn ngày tái khám và các dấu hiệu bất thường cần tái khám ngay.
- Hướng dẫn ngừa thai, tránh mang thai ngoài ý muốn.

XỬ TRÍ SÓT NHAU / SÓT THAI**I. ĐỊNH NGHĨA**

Sốt nhau / sốt thai là tình trạng còn sót lại mô nhau hoặc thai trong tử cung sau thủ thuật.

II. CHẨN ĐOÁN**1. Khám lâm sàng****a. Hỏi bệnh**

- Thời điểm hút thai lần trước.
- Nơi hút thai lần trước (tại bệnh viện hay ngoài bệnh viện).
- Tuổi thai lần hút trước.

b. Khám bệnh

- Tổng trạng: Đánh giá tình trạng nhiễm trùng (sốt, đau bụng, dịch âm đạo hôi, môi khô, lưỡi bẩn...).
- Xác định tư thế và kích thước tử cung.
- Xác định độ đau tử cung.
- Đánh giá độ mở CTC.
- Đánh giá mức độ ra huyết âm đạo.

2. Xét nghiệm cận lâm sàng**a. Siêu âm**

- Xác định tình trạng sót nhau, sót thai.
- Đánh giá mức độ sót nhau.

b. Xét nghiệm (chỉ làm khi cần thiết)

- Huyết đồ, CRP, PT, APTT, INR, nhóm máu, Rhesus
- β hCG.

III. ĐIỀU TRỊ**1. Nội khoa****a. Chỉ định**

- Ứ dịch lòng tử cung.
- Nghi sót nhau kích thước nhỏ < 3x3cm.

b. Điều trị

- Oxytocine 5 UI Tiêm bắp 1-2 ống/ngày x 3 ngày, hoặc Misoprostol 200 μ g ngậm dưới lưỡi 2v x 2 lần/ngày x 2-3 ngày.
- Kháng sinh ngừa nhiễm trùng.

2. Ngoại khoa**a. Chỉ định**

- Sốt thai, sót nhau hay ứ dịch lòng tử cung lượng nhiều.

b. Điều trị

- Hút / nạo kiểm tra buồng tử cung (thực hiện các bước như hút thai theo yêu cầu, nên được thực hiện bởi kỹ thuật viên có kinh nghiệm).
- Gửi giải phẫu bệnh lý mẫu mô sau hút / nạo.
- Kháng sinh điều trị.
- Thuốc tăng co hồi tử cung nếu cần.

XỬ TRÍ BĂNG HUYẾT TRONG VÀ SAU KHI HÚT THAI**I. ĐỊNH NGHĨA**

Băng huyết là tình trạng ra huyết âm đạo nhiều ≥ 300 ml trong vòng 24 giờ sau hút thai hoặc ảnh hưởng đến tổng trạng.

II. CHẨN ĐOÁN**1. Tổng trạng**

- Vã mồ hôi, da xanh, niêm nhợt.
- Mạch nhanh trên 90 lần/phút.
- Huyết áp thấp, tụt.

2. Khám

- Máu âm đạo ra nhiều, đỏ tươi, có khi có máu cục.
- Băng vệ sinh hoặc quần áo ướt đẫm máu.
- Tử cung gò kém, có thể do ứ máu trong lòng tử cung, sót tổ chức thai, mô nhau, do tổn thương ở cổ tử cung hoặc thủng tử cung.

III. XỬ TRÍ

Tùy theo tình trạng lâm sàng mà có hướng xử trí thích hợp.

1. Có choáng: HA < 90/60 mmHg hoặc tình trạng ra máu không cải thiện.

- Hồi sức tích cực.
- Chuyển bệnh nhân lên phòng mổ và xử trí tiếp.
- Lưu ý: Hoàn tất hồ sơ bệnh án, ghi rõ diễn tiến thủ thuật.

2. Không choáng: Huyết áp $\geq 90/60$ mmHg.

- Truyền tĩnh mạch, tốt nhất là 2 đường truyền: Glucose 5% 500ml 1 chai, pha với 2 ống Oxytocine 5UI, TTM xxx (30) giọt/phút & Lactate Ringer 500ml 1 chai, TTM xxx giọt/phút.
- Thở Oxy 4 lit/phút.
- Nằm đầu thấp.
- Nạo sạch buồng tử cung, lấy hết mô sót và máu cục.
- Thông tiểu.
- Đánh giá lại tình trạng tử cung, có thể dùng thêm:
 - + Thuốc:
 - . Oxytocine 5UI 2 ống tiêm bắp và/hoặc 2-4 ống pha vào 1chai Lactate Ringer 500ml truyền TM chậm.
 - . Ergometrine 0,2mg, 1 ống tiêm TM chậm hay tiêm bắp.
 - . Misoprostol 200 μ g 4 viên đặt hậu môn.
 - + Thất động mạch CTC.
 - + Bóng chèn.
- Tiếp tục theo dõi sinh hiệu và tình trạng ra máu của khách hàng.,.

XỬ TRÍ THUNG TỬ CUNG TRONG KHI HÚT THAI HOẶC NẠO SINH THIẾT**I. ĐỊNH NGHĨA**

Thung tử cung là tổn thương đến lớp cơ tử cung ± phúc mạc tử cung do đưa dụng cụ vào buồng tử cung trong khi làm thủ thuật hút/nạo thai, đặt hoặc lấy vòng, nạo sinh thiết...

II. CHẨN ĐOÁN

Bệnh nhân có thể đột ngột đau bụng dữ dội khi đang làm thủ thuật.

Khám:

- Đau đột ngột, da xanh niêm nhợt.
- Mạch nhanh, huyết áp tụt (nếu có choáng).
- Ấn đau vùng hạ vị, có thể có phản ứng phúc mạc hay dấu hiệu kích thích phúc mạc.
- Đo buồng tử cung không cảm giác chạm đáy tử cung.
- Hút hay gắp ra mạc nối lớn.

Cận lâm sàng: siêu âm có thể thấy dịch ổ bụng hoặc tổn thương cơ tử cung.

III. XỬ TRÍ

Trong quá trình làm thủ thuật, nếu có nghi ngờ làm thủng tử cung:

1. Ngưng làm thủ thuật ngay lập tức.**2. Hồi sức**

- a. Xác định tổng trạng bệnh nhân: M, HA. Đánh giá tình trạng choáng.
- b. Lấy ngay đường truyền tĩnh mạch:
Lactat Ringer hay Natri Chlorna 0.9% 500 ml, truyền TM xxx giọt/phút.
- c. Dùng thuốc co hồi tử cung, kháng sinh và thuốc điều trị choáng (nếu BN có choáng).

3. Chuyển bệnh nhân lên phòng mổ để thực hiện phẫu thuật thám sát (hở hay nội soi), vá lỗ thủng (nếu có), giải quyết các tổn thương kèm theo và làm sạch buồng tử cung.

Lưu ý:

- Trong những trường hợp bệnh nhân có kèm choáng: nên điều trị chống choáng tích cực và chỉ chuyển bệnh nhân khi tình trạng đã ổn định.
- Tư vấn cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân hướng xử trí, cho ký cam kết.
- Hoàn tất hồ sơ bệnh án, ghi rõ diễn tiến thủ thuật.
- Khi bàn giao với khoa khác, phải rõ ràng và cụ thể để việc theo dõi bệnh nhân được chặt chẽ và sát sao hơn.

ĐẶT VÀ THÁO DỤNG CỤ TỬ CUNG (DCTC)**I. ĐẶT DỤNG CỤ TỬ CUNG (DCTC)****1. Chuẩn bị khách hàng**

- Hỏi tiền sử để loại trừ chống chỉ định.
- Thăm khám để loại trừ có thai hoặc xuất huyết tử cung bất thường chưa rõ nguyên nhân, các bất thường ở đường sinh dục.
- Siêu âm (nếu cần).

2. Tư vấn

- Tìm hiểu nhu cầu khách hàng về việc đặt DCTC.
- Giới thiệu các loại DCTC và cách đặt DCTC.
- Tư vấn các thuận lợi và bất lợi của DCTC, các tác dụng ngoại ý thường gặp và cách xử trí, hạn dùng của DCTC.
- Lịch tái khám sau đặt DCTC.
- Ký cam kết.

3. Chỉ định đặt vòng

- Các phụ nữ trong tuổi sinh đẻ, đã có con.
- Muốn thực hiện một biện pháp tránh thai tạm thời bằng DCTC.

4. Chống chỉ định**a. Tuyệt đối**

- Viêm nhiễm cấp tính đường sinh dục.
- Tử cung dị dạng.
- Có thai.
- Rong kinh rong huyết chưa rõ nguyên nhân.
- Ung thư đường sinh dục.
- Sa sinh dục độ II - III.

b. Tương đối

- Tiền căn thai ngoài tử cung.
- U xơ tử cung.
- Bệnh lý van tim hậu thấp.
- Bệnh lý nội khoa mãn tính khác có suy gan, suy thận.
- Bệnh lý dị ứng với đồng (Hội chứng Wilson).

5. Kỹ thuật

- Khám xác định kích thước và vị thế tử cung.
- Sát trùng âm hộ, âm đạo và CTC.
- Dùng kẹp Pozzi kẹp CTC, đo buồng tử cung.
- Chuẩn bị DCTC (cho cảnh dụng cụ tử cung vào cần đối với vòng TCu, đánh dấu cần dụng cụ tử cung cho phù hợp với kích thước buồng TC).
- Đưa DCTC vào buồng TC và lấy cần dụng cụ ra.
- Cắt dây vòng khoảng 2cm.
- Tháo kẹp CTC và lau sạch CTC, âm đạo.

6. Thuốc sau đặt vòng

- Kháng sinh uống ngừa nhiễm trùng.

- Giảm co thắt: Alverine 40mg, uống 1-2 viên x 2-3 lần/ ngày x 3-5 ngày.
- Giảm đau: Paracetamol 500mg uống 1 viên x 3 lần/ngày x 3-5 ngày.
- Có thể cho thêm thuốc đặt âm đạo.

II. THÁO VÒNG

1. Chỉ định tháo DCTC

a. Vì lý do y tế

- Có thai (nếu thấy dây DCTC mới được tháo).
- Ra nhiều máu.
- Đau bụng dưới nhiều.
- Nhiễm khuẩn tử cung hoặc tiểu khung.
- Phát hiện tổn thương ác tính hoặc nghi ngờ ác tính ở tử cung, cổ tử cung.
- DCTC bị tụt thấp.
- Đã mãn kinh (sau khi mất kinh 12 tháng trở lên)
- DCTC đã hết hạn (10 năm với TCu 380-A, 5 năm với Multiload): sau khi tháo có thể đặt ngay DCTC khác (nếu khách hàng muốn).

b. Vì lý do cá nhân

- Muốn có thai trở lại.
- Muốn dùng một biện pháp tránh thai khác.
- Thấy không cần dùng biện pháp tránh thai nào nữa.

2. DCTC có dây

- Đặt mở vệt bộc lộ CTC.
- Sát trùng âm đạo và CTC bằng Povidon Iodin (Betadine).
- Dùng kẹp Kelly dài, kéo nhẹ dây vòng và vòng ra khỏi buồng tử cung.
- Lau sạch âm đạo và lấy mở vệt khỏi âm đạo.

3. DCTC không dây

- Khám xác định tư thế tử cung.
- Sát trùng âm hộ, âm đạo và CTC.
- Dùng kẹp Pozzi kẹp CTC, đo buồng tử cung.
- Dùng móc vòng lấy vòng khỏi buồng TC.
- Tháo kẹp CTC, lau sạch âm đạo.

4. Thuốc sau tháo DCTC

- Kháng sinh uống dự phòng nhiễm trùng.
- Giảm đau: Paracetamol 500mg uống 1 viên x 3 lần/ngày x 3-5 ngày.
- Có thể cho thêm thuốc đặt âm đạo.

Lưu ý: Cần phải tư vấn cho khách hàng sử dụng một biện pháp tránh thai khác sau lấy vòng, nhằm phòng ngừa mang thai ngoài ý muốn.

NHIỄM KHUẨN ÂM ĐẠO

Nhiễm khuẩn âm đạo là một hội chứng do rối loạn phổ vi trùng âm đạo: giảm sút nồng độ *Lactobacilli* và gia tăng vi khuẩn yếm khí.

Nhiễm khuẩn âm đạo do *Gardnerella* làm tăng nguy cơ viêm vùng chậu, mủm âm đạo sau cắt tử cung. Nếu có thai sẽ dễ bị vỡ ối non, nhiễm trùng ối, sinh non, viêm nội mạc tử cung sau sinh và sau mổ lấy thai.

I. NGUYÊN NHÂN

Thường do vi khuẩn kỵ khí, đặc biệt là *Gardnerella vaginalis*.

II. CHẨN ĐOÁN

Có 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:

- Lâm sàng: huyết trắng nhiều, màu trắng xám, rất hôi, nhất là sau giao hợp.
- Cận lâm sàng:
 - + Whiff test (+): Nhỏ KOH 10% sẽ có mùi hôi như cá ươn.
 - + Phết âm đạo: nhiều “Clue cell”, nhuộm gram có nhiều *Cocobacille* nhỏ (Clue cell có > 20% trong quang trường).

III. ĐIỀU TRỊ

Dùng đường uống hay đặt âm đạo

- Metronidazole 500mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống trong bữa ăn), hoặc
- Metronidazole gel 0.75% (5g)/ngày bơm âm đạo x 5 ngày, hoặc
- Clindamycin 300mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống), hoặc
- Clindamycin 100mg x 1 lần/ngày x 3 ngày (đặt âm đạo), hoặc
- Dequalinium Chloride 10mg x 1 lần/ngày x 6 ngày (đặt âm đạo), hoặc
- Policresulen 90mg x 1 lần/ngày x 6 ngày (đặt âm đạo).
- Các loại thuốc đặt âm đạo khác như: Megyna, Neo-Megyna, Zonatrizol, Ladyvagi...

Vệ sinh tại chỗ

- Povidon Iodin 10%.
- Acid lactic + Lactoserum atomisat.
- Các loại thuốc rửa phụ khoa khác: Manginovim, Gynofar, Shema, Gynec...

Chú ý

- Metronidazole không dùng trong 3 tháng đầu thai kỳ.

IV. THEO DÕI

- Tái khám khi có gì lạ.
- Khám phụ khoa định kỳ.

VIÊM CỔ TỬ CUNG**I. ĐỊNH NGHĨA**

Viêm cổ tử cung hay còn gọi là viêm cổ tử cung trong mũ nhầy, là tình trạng viêm nhiễm các tế bào tuyến của kênh cổ tử cung.

II. NGUYÊN NHÂN

- Hai tác nhân gây bệnh thường gặp nhất là *Neisseria gonorrhoeae* và *Chlamydia trachomatis*.
- 10% - 20% viêm CTC sẽ diễn tiến đến viêm vùng chậu.

III. CHẨN ĐOÁN**1. Lâm sàng**

- Không có triệu chứng LS nổi bật.
- Có nhiều huyết trắng màu vàng hay xanh, đóng ở CTC.
- CTC có thể bị lộ tuyến. CTC viêm đỏ, phù nề, dễ chảy máu khi đụng chạm.

2. Cận lâm sàng

- XN vi trùng học huyết trắng lấy từ kênh CTC sau khi đã chùi sạch cổ ngoài, nhuộm Gram thấy có nhiều tế bào bạch cầu.
- Nếu có Song cầu gram (-) hình hạt cà phê, có thể chẩn đoán nguyên nhân do lậu cầu.
- Nếu XN có vi khuẩn lậu → điều trị thêm Chlamydia (theo WHO).

IV. ĐIỀU TRỊ**1. Điều trị lậu cầu**

- Lựa chọn 1:
 - Ceftriaxone 250mg TB liều duy nhất + Azithromycine 1g uống liều duy nhất.
 - Ceftriaxone 250mg TB liều duy nhất + Clarithromycine 1g uống liều duy nhất.
- Lựa chọn 2 (nếu Ceftriaxone không có sẵn):
 - Cefixime 400 mg uống 1 liều duy nhất + Azithromycine 1g uống liều duy nhất.
 - Cefixime 400 mg uống 1 liều duy nhất + Clarithromycine 1g uống liều duy nhất.

Chú ý:

- Luôn điều trị cho bạn tình.
- Nếu XN lậu cầu (+) → tư vấn HIV, VDRL, HBsAg.
- Khi BN có thai: Ceftriaxone 250mg TB liều duy nhất + Azithromycine 1g uống liều duy nhất.

2. Điều trị Chlamydia

- Lựa chọn 1:
 - Azithromycine 1g uống liều duy nhất, hoặc
 - Clarithromycine 1g uống liều duy nhất, hoặc
 - Doxycycline 100mg x 2 lần/ngày x 7 ngày, uống sau ăn.
- Lựa chọn 2:
 - Erythromycin 500 mg x 4 lần/ ngày x 7 ngày (uống), hoặc
 - Levofloxacin 500 mg x 1 lần/ngày x 7 ngày (uống).

Chú ý:

- Luôn điều trị cho bạn tình.
- Khi BN có thai:
 - . Azithromycine 1g uống liều duy nhất, hoặc
 - . Clarithromycine 1g uống liều duy nhất, hoặc
 - . Amoxicilline 500mg x 3 lần/ngày x 7 ngày (uống), hoặc
 - . Erythromycine 500 mg x 4 lần/ ngày x 7 ngày (uống).

V. THEO DÕI

- Tái khám sau 7 ngày hoặc ngay khi có gì lạ (đau bụng, tiểu gắt tiểu buốt...)

- Khám phụ khoa định kỳ.

VIÊM SINH DỤC DO HERPES**I. NGUYÊN NHÂN**

- **Herpes simplex virus** (HSV) type 2, đôi khi có kèm type 1.
- HSV có ái lực với tổ chức da niêm sinh dục, chui vào hạch bạch huyết vùng chậu, ẩn nấp trong đó và gây tác dụng lâu dài. Thời gian ủ bệnh: 3-7 ngày.

II. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào triệu chứng lâm sàng là chính, XN CLS ít thực hiện. Nếu cần hội chẩn thêm chuyên khoa.

1. Lâm sàng

- Sốt, đau cơ.
- Nhiễm HSV lần đầu tiên có thể có tổn thương tại chỗ và toàn thân (vùng sinh dục, hậu môn).
- Sang thương là những bóng nước, nổi lên từng mảng, sau đó vỡ ra thành một vết loét rộng, nông, đau, bóng rât, kéo dài 2-3 tuần.
- Khí hư đục như mủ.
- Hạch bẹn (+), một hoặc hai bên, đau.
- Những đợt tái phát: giống tổn thương ban đầu nhưng ngắn hơn, ít triệu chứng toàn thân, thường xuất hiện sau tình trạng stress.

2. Cận lâm sàng (nếu có điều kiện)

- Cấy virus.
- Thê vùi trong tế bào (phết tế bào).
- Kỹ thuật miễn dịch huỳnh quang (mẫu ở đáy vết loét).
- Phản ứng huyết thanh: tăng gấp 4 lần (2-3 tuần).

III. ĐIỀU TRỊ: Tùy theo giai đoạn bệnh**1. Giai đoạn cấp:** Dùng một trong các thuốc sau đây:

Acyclovir (Zovirax)	400mg uống 3 lần/ngày x 7 – 10 ngày.
Acyclovir (Zovirax)	200mg uống 5 lần/ngày x 7 – 10 ngày.
Famcyclovir	250mg uống 3 lần/ngày x 7 – 10 ngày.
Valacyclovir	1g uống 2 lần/ngày x 7-10 ngày.

2. Giai đoạn tái phát:

- Dùng một trong các thuốc sau đây:

Acyclovir (Zovirax)	400mg uống 3 lần/ngày x 5 ngày.
Acyclovir	800mg uống 2 lần/ngày x 5 ngày.
Acyclovir	800mg uống 3 lần/ngày x 2 ngày.
Famciclovir	125mg uống 2 lần/ngày x 5 ngày.
Famciclovir	1000mg uống 2 lần/ngày x 1 ngày.
Famciclovir	500mg uống 2 lần/ngày x 1 ngày.
Famciclovir	500mg uống 1 lần,
sau đó uống	250mg uống 2 lần/ngày x 2 ngày.
Valacyclovir	500mg uống 2 lần/ngày x 3 ngày.
Valacyclovir	1g uống 1 lần/ngày x 5 ngày.

- Thuốc bôi.
- Kháng sinh nếu bội nhiễm.
- Giảm đau, vệ sinh tại chỗ.

IV. THEO DÕI

- Tái khám khi có gì lạ.
- Khám phụ khoa định kỳ.

Lưu ý:

- Các thuốc điều trị Herpes hiện nay không có khả năng diệt virus mà chỉ làm giảm triệu chứng bệnh và giảm thời gian bị bệnh.
- Người bệnh có nguy cơ nhiễm HIV rất cao và nguy cơ lây nhiễm cao cho thai nhi (đặc biệt trong giai đoạn chuyển dạ).
- Khả năng lây cho bạn tình là rất cao trong suốt cuộc đời nên tư vấn phòng lây nhiễm (an toàn tình dục, sử dụng bao cao su đúng cách và thường xuyên) là rất quan trọng.
- Không điều trị trong 3 tháng đầu thai kỳ.
- Khi thai đủ trưởng thành nên mổ lấy thai, không nên đẻ s i nh đường âm đạo nhằm tránh nguy cơ lây nhiễm cho con.

VIÊM SINH DỤC DO GIANG MAI

I. NGUYÊN NHÂN

- Là bệnh lây qua đường tình dục, đứng thứ hai sau AIDS.
- Do xoắn khuẩn: ***Treponema Pallium***.
- Sau khi bị nhiễm, bệnh trở thành một bệnh toàn thân và vi khuẩn có thể qua nhau lây cho con.

II. CHẨN ĐOÁN: Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng

1. Lâm sàng

- Dựa vào đặc tính của săng giang mai, vị trí săng thường ở âm hộ, âm đạo, CTC.
- Săng giang mai: 6 đặc tính của Alfred Fournier
 1. Vết lõ tròn hay bầu dục, đường kính 0,5 – 2cm.
 2. Giới hạn rõ và đều đặn, thường không có bờ.
 3. Đáy sạch, trơn, bóng láng, màu đỏ như thịt tươi.
 4. Bóp không đau.
 5. Nền cứng chắc như bìa hộp.
 6. Hạch kèm theo.
 Nếu có bội nhiễm săng đau.

2. Cận lâm sàng

- Cổ điển: VDRL phản ứng cố định bổ thể BW với kháng nguyên phospholipid.
- Hiện đại:
 - Săng xuất hiện < 5 ngày: phản ứng miễn dịch huỳnh quang FTA.
 - Săng xuất hiện < 7 ngày: phản ứng ngưng kết hồng cầu TPHA.
 - Săng xuất hiện > 14 ngày: VDRL.

III. PHÒNG BỆNH & ĐIỀU TRỊ

1. Phòng bệnh

- **Phòng bệnh cá nhân:**
 - Trong giao hợp: nên dùng bao cao su.
 - Khi cần chích thuốc dùng kim tiêm một lần rồi bỏ, truyền máu phải thử VDRL và HIV.
- **Truyền thông sức khỏe sinh sản:**
 - Giáo dục nam nữ thanh niên về tác hại của bệnh.
 - Chống tệ nạn mại dâm.
 - Xây dựng mạng lưới y tế: phát hiện và điều trị.
 - Thử máu trước khi kết hôn.

2. Điều trị: chuyên khám & điều trị theo chuyên khoa Da liễu.

SÙI MÀO GÀ SINH DỤC (MỤN CỐC SINH DỤC)

I. NGUYÊN NHÂN

- Siêu vi Human Papilloma Virus (HPV): type 6, 11.
- Gây ra nhiều tổn thương ở niêm mạc và da.
- lây qua đường tình dục.
- Thời gian ủ bệnh 6-18 tuần.

II. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào lâm sàng là chính, nếu cần hội chẩn chuyên khoa.

Lâm sàng:

- Những nhú nhỏ mọc thành từng đám như mụn cóc ở âm hộ, âm đạo, hội âm, quanh hậu môn, cổ tử cung.
- Tổn thương không đau, không gây triệu chứng gì đặc biệt.
- Phát triển rất nhanh khi mang thai.

III. ĐIỀU TRỊ

Chuyển điều trị theo chuyên khoa.

Lưu ý: Làm xét nghiệm tìm thêm các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

VIÊM VÙNG CHẬU (PID: Pelvic Inflammatory Disease)**I. ĐỊNH NGHĨA**

Viêm vùng chậu là viêm nhiễm cấp đường sinh dục trên của phụ nữ, lây lan từ cổ tử cung lên đến tử cung, ống dẫn trứng, buồng trứng và các cơ quan lân cận bao gồm: viêm nội mạc tử cung, viêm ống dẫn trứng, abscess phần phụ & viêm phúc mạc chậu.

II. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

- Tác nhân gây bệnh chủ yếu trong viêm vùng chậu là ***Chlamydia trachomatis*** và ***Neisseria gonorrhoeae***.
- Các tác nhân khác cũng có thể gây bệnh như:
 - Gardnerella vaginalis, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urelyticum.
 - Streptococques, Staphylococques, Haemophilus influenzae.
 - Entérobactéries (E. coli, Klebsiella, yếm khí, Bactéroides fragilis).
 - Cytomegalo virus (CMV).

III. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Có nhiều bạn tình.
- Tuổi trẻ < 25 tuổi.
- Tiền căn viêm vùng chậu.
- Bạn tình có viêm nhiễm niệu đạo hoặc nhiễm lậu.
- Đặt vòng tránh thai.

IV. CHẨN ĐOÁN**1. Tiêu chuẩn chẩn đoán (theo tiêu chuẩn CDC 2010):**

• **Tiêu chuẩn chính (cần thiết):** BN trẻ trong độ tuổi hoạt động tình dục, có nguy cơ mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục, có đau vùng chậu và không tìm được nguyên nhân gây bệnh khác. Khi khám vùng chậu có:

- Đau khi lắc CTC, hoặc
- Đau tử cung, hoặc
- Đau phần phụ.

• **Tiêu chuẩn phụ (hỗ trợ nhưng không nhất thiết phải có)**

- Sốt > 38.3°C (nhiệt độ miệng).
- Khí hư âm đạo, CTC viêm
- Có nhiều bạch cầu trên phết nhuộm Gram khí hư.
- N. gonorrhoeae (+) hoặc C. Trachomatis (+).
- Tăng tốc độ lắng máu (VS).
- Tăng CRP.

Giá trị tiên đoán dương của chẩn đoán lâm sàng 65 – 90% khi so sánh với nội soi.

2. Cận lâm sàng:

- Tổng phân tích tế bào máu: Bạch cầu tăng.
- CRP tăng.
- Tốc độ lắng máu (VS) tăng.
- β hCG.
- CA₁₂₅ tăng.
- Tổng phân tích nước tiểu.
- Siêu âm.
- MRI (nếu cần thiết).
- Xét nghiệm khí hư âm đạo:
 - + Soi tươi tìm Gardnerella vaginalis.
 - + Nhuộm gram tìm vi trùng Neisseria gonorrhoeae.
- Test miễn dịch chẩn đoán Chlamydia trachomatis.

V. Chẩn đoán phân biệt

- Thai ngoài tử cung.
- U buồng trứng xoắn, xuất huyết nang buồng trứng.
- Lạc nội mạc tử cung.
- Ung thư buồng trứng tiến triển cấp.
- U xơ tử cung hoại tử.
- Viêm ruột thừa cấp.
- Viêm bàng quang, viêm đài bể thận, cơn đau quặn thận.

VII. ĐIỀU TRỊ**1. Nguyên tắc chung:**

- Tất cả các phác đồ điều trị phải hiệu quả đối với cả *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* và vi trùng yếm khí.
- Điều trị càng sớm thì nguy cơ di chứng về sau càng thấp.
- Điều trị những người có quan hệ tình dục với BN trong vòng 60 ngày kể từ khi có triệu chứng.
- Thể nhẹ có thể điều trị ngoại trú.
- Bệnh thể nặng phải nhập viện điều trị nội trú.
- Tháo vòng tránh thai.

2. Điều trị nội trú trong các tình huống sau :

- Đang mang thai.
- Không đáp ứng hoặc không dung nạp với kháng sinh đường uống.
- Không tuân thủ điều trị.
- Không thể dùng kháng sinh uống do buồn nôn và nôn ói.
- Thể nặng: sốt cao, buồn nôn, nôn, đau vùng chậu nhiều.
- Khối abscess vùng chậu, kể cả abscess vòi trứng.
- Có thể cần phải phẫu thuật hoặc chưa loại trừ bệnh lý ngoại khoa (như: viêm ruột thừa).
- Nhiễm HIV.

3. Điều trị ngoại trú:**▪ Lựa chọn 1:**

- Ceftriaxone 250mg (tiêm bắp) 1 liều duy nhất + Doxycycline 100mg x 2 lần/ngày (uống) x 14 ngày.
(+/-) Metronidazole 500mg x 2 lần/ngày (uống) x 14 ngày.

Hoặc

- Cefoxitin 2g (TB) liều duy nhất, phối hợp Probenecid 1g (uống) cùng lúc với liều duy nhất Cefoxitin + Doxycycline 100mg x 2 lần/ngày (uống) x 14 ngày.
(+/-) Metronidazole 500mg x 2 lần/ngày (uống) x 14 ngày.

Hoặc

- Cephalosporin thế hệ III như Cefotaxime 1g tiêm bắp 1 liều duy nhất hoặc Ceftizoxime 1g tiêm bắp 1 liều duy nhất + Doxycycline 100mg x 2 lần/ngày (uống) x 14 ngày.
(+/-) Metronidazole 500mg x 2 lần/ngày (uống) x 14 ngày.

▪ Lựa chọn 2:

- Ofloxacin 400mg 2 lần/ngày (uống) x 14 ngày hoặc Levofloxacin 500mg 1 lần/ngày (uống) x 14 ngày.
(+/-) Metronidazole 500mg x 2 lần/ngày (uống) x 14 ngày.

▪ Trường hợp dị ứng với Penicilline

- Nhập viện và điều trị với Clindamycine 900mg truyền tĩnh mạch mỗi 8 giờ + Gentamycine liều đầu tiên 2mg/kg (tiêm TM hoặc TB), sau đó duy trì 1.5mg/kg mỗi 8 giờ.

Sau 24 giờ lâm sàng cải thiện, chuyển sang: Clindamycin 450 mg uống mỗi 6 giờ cho đủ 14 ngày.

Hoặc

Doxycycline 100mg x 2 lần/ngày (uống) x 14 ngày + Metronidazole 500mg x 2 lần/ngày (uống) x 14 ngày.

- Hoặc điều trị ngoại trú: Ofloxacin 400mg 2 lần/ngày (uống) x 14 ngày hoặc Levofloxacin 500mg 1 lần/ngày (uống) x 14 ngày.

(+/-) Metronidazole 500mg x 2 lần/ngày (uống) x 14 ngày.

4. Điều trị nội trú

• Nguyên tắc điều trị nội trú:

- Điều trị với kháng sinh tiêm TM ít nhất 48h.

- Chuyển sang kháng sinh uống nếu sau 48h triệu chứng lâm sàng cải thiện.

• Lựa chọn 1:

- Cefoxitin 2 g (TM) mỗi 6 giờ hoặc Cefotetan 2g (TM) mỗi 12 giờ + Doxycycline 100mg uống mỗi 12 giờ.

hoặc

- Cephalosporine thế hệ III Ceftriaxon 1 – 2g (TM) 1 lần/ngày + Doxycycline 100mg uống mỗi 12 giờ.

Ngưng kháng sinh TM sau 48h nếu tình trạng lâm sàng cải thiện, chuyển sang kháng sinh uống Doxycycline 100mg 1v x 2 lần/ngày x 14 ngày.

• Lựa chọn 2:

- Clindamycine 900mg (TM) mỗi 8 giờ + Gentamycine liều đầu tiên 2mg/kg (tiêm TM hoặc TB), sau đó duy trì 1.5mg/kg mỗi 8 giờ.

- Chuyển từ đường tĩnh mạch sang đường uống bắt đầu sau 48 giờ cải thiện các triệu chứng lâm sàng (sốt, buồn nôn, nôn, đau vùng chậu). Dùng Doxycycline 100mg x 2 lần/ngày (uống) x 14 ngày hoặc Clindamycin 450mg x 4 lần/ngày (uống) x 14 ngày.

- Trường hợp bệnh nhân không dung nạp với Doxycycline, có thể sử dụng Azithromycine 1g đơn liều uống 1 lần/tuần x 2 tuần.

• Lựa chọn 3:

- Ampicillin-Sulbactam 3g (TM) mỗi 6 giờ + Doxycycline 100mg uống mỗi 12 giờ.

- Hiệu quả trong điều trị C. trachomatis, N. gonorrhoeae & vi khuẩn kỵ khí trên những BN abscess phần phụ.

• Trong trường hợp abscess phần phụ điều trị nội không đáp ứng tốt: nên can thiệp ngoại khoa sau 48 giờ dùng kháng sinh đường tĩnh mạch.

VIII. XUẤT VIỆN

1. Tiêu chuẩn xuất viện: Sau khi hết sốt 2 ngày & bạch cầu giảm.

2. Theo dõi sau xuất viện:

- Điều trị tiếp tục theo bước 2 phần điều trị ngoại trú.

- BN có bằng chứng nhiễm Chlamydia hay lậu cầu dễ tái phát trong vòng 6 tháng, cần xét nghiệm kiểm tra sau 3 – 6 tháng điều trị, khuyến khích điều trị bạn tình.

RONG KINH - RONG HUYẾT**I. ĐỊNH NGHĨA KINH NGUYỆT**

- Là xuất huyết âm đạo có chu kỳ, do lớp màng nội mạc tử cung tróc ra sau khi chịu tác dụng của nội tiết, xảy ra sau rụng trứng, có đặc điểm về thời gian, khoảng cách, lượng máu và triệu chứng đi kèm hầu như cố định với mỗi cá nhân.
- Đặc điểm kinh nguyệt bình thường tóm tắt trong bảng 1 dưới đây.

Bảng 1: Đặc điểm kinh nguyệt

	<i>Bình thường</i>	<i>Bất thường</i>
Số ngày	3 – 7 ngày	< 3 hay > 7 ngày
Số lượng	30 - 80 ml	> 80 ml
Khoảng cách	24 – 32 ngày	< 24 hay > 32 ngày

(Sản Phụ Khoa 2007 – ĐHY Dược Tp HCM)

Bảng 2: Phân loại

Phân loại	Khoảng cách	Số ngày kinh	Số lượng
Rong kinh	Đều	Kéo dài	Nhiều/trung bình/ít
Rong huyết	Không đều	Kéo dài	Trung bình/ít
Rong kinh – Rong huyết	Không đều	Kéo dài	Nhiều

II. NGUYÊN NHÂN

Rong kinh - rong huyết có thể do nguyên nhân thực thể hay nguyên nhân chức năng.

1. Nguyên nhân thực thể

- Cơ quan sinh dục.
- Bệnh toàn thân: bệnh lý huyết học, bệnh lý nội tiết, suy gan, suy thận.
- Dùng thuốc.
- Suy dinh dưỡng, béo phì.

2. Nguyên nhân chức năng

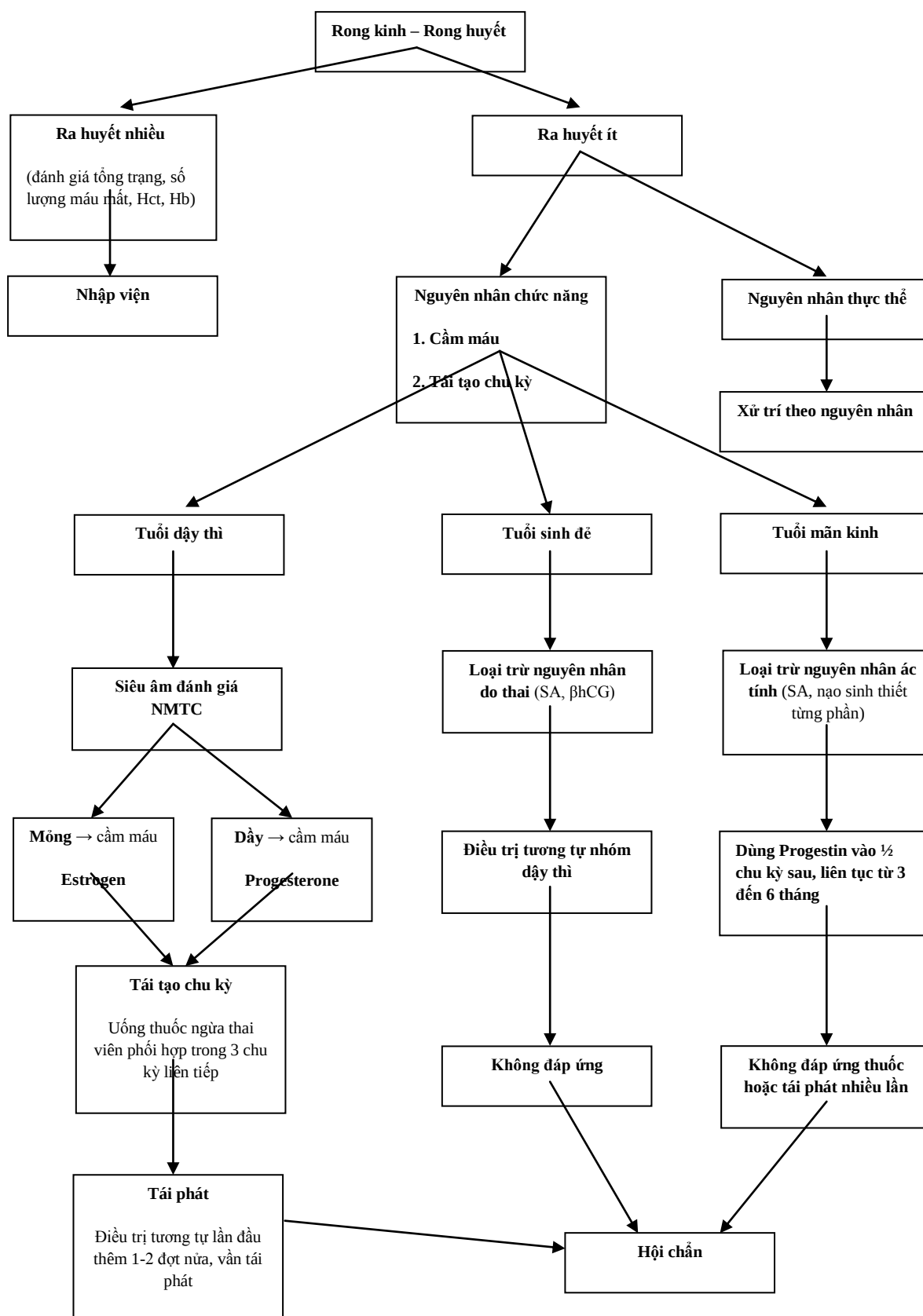
- Không rụng trứng (80-90%)
 - + Quanh có kinh lần đầu: trục hạ đồi - tuyến yên - buồng trứng chưa trưởng thành.
 - + Quanh mãn kinh: các nang trứng không đáp ứng.
- Có rụng trứng (10-20%).

Trên lâm sàng, tùy theo tuổi có các nguyên nhân thường gặp sau.

Bảng 3: Các nguyên nhân xuất huyết TC bất thường thường gặp theo tuổi.

<i>Tuổi</i>	<i>Nguyên nhân thường gặp</i>	<i>Tỷ lệ</i>
Trước dậy thì	- Dậy thì sớm - Bướu	Hiếm

Dậy thì	- Nguyên nhân chức năng - Rối loạn đông máu - U buồng, viêm, biến chứng mang thai	> 50% 20% Hiếm
Sinh đẻ	- Biến chứng mang thai - Nguyên nhân chức năng - U xơ tử cung - Viêm sinh dục, polype kênh CTC, u ác - Chấn thương - Rối loạn tuyến giáp	+++ ++ + Hiếm Hiếm Hiếm
Quanh mãn kinh	- Nguyên nhân chức năng - Ung thư CTC - Ung thư nội mạc TC, ung thư buồng trứng - Viêm sinh dục - Biến chứng mang thai - Rối loạn tuyến giáp	40% 4 – 5% - Hiếm - -
Mãn kinh	- Viêm teo nội mạc TC, âm đạo - Dùng Estrogen - Ung thư nội mạc TC - Polype CTC, nội mạc TC - Tăng sinh nội mạc TC - Khác (ung thư CTC, sarcoma TC, chấn thương)	30% 30% 15% 10% 5% 10%

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RONG KINH – RONG HUYẾT

TĂNG SINH NỘI MẠC TỬ CUNG

I. ĐỊNH NGHĨA – PHÂN LOẠI

- Tăng sinh nội mạc TC là chẩn đoán mô học được định nghĩa là có sự tăng sinh bất thường về kích thước và hình dạng của tuyến NMTC làm ***tăng tỷ lệ tuyến / mô đệm so với nội mạc TC bình thường***.
- Phân loại: theo WHO dựa vào 2 yếu tố chính
 - Thành phần cấu trúc tuyến / mô đệm (đơn giản hay phức tạp).
 - Có sự hiện diện của nhân không điển hình (điển hình hay không điển hình).
- Do đó tăng sinh NMTC được chia thành 4 nhóm:
 - Tăng sinh đơn giản điển hình.
 - Tăng sinh đơn giản không điển hình.
 - Tăng sinh phức tạp điển hình.
 - Tăng sinh phức tạp không điển hình.
- Lý do của sự phân chia này dựa trên diễn tiến tự nhiên của bệnh:
 - 2% tăng sinh đơn giản điển hình diễn tiến thành ung thư NMTC.
 - 8% tăng sinh phức tạp điển hình diễn tiến thành ung thư NMTC.
 - 23% tăng sinh không điển hình diễn tiến thành ung thư NMTC.

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

Tăng sinh NMTC gây nên do có sự kích thích của estrogen lên NMTC mà không có tác dụng đối kháng của progesterone. Do đó ta thường gặp tăng sinh NMTC ở các nhóm sau:

1. Tuổi dậy thì (do chu kỳ không phóng noãn).

2. Phụ nữ trẻ, tiền MK, quanh MK (do suy giảm progesterone của hoàng thể).

- Nội sinh: phụ nữ béo phì, bướu BT sản xuất estrogen, thiếu năng BT, hội chứng BT đa nang.
- Ngoại sinh: điều trị nội tiết estrogen đơn thuần.
- Các bệnh lý đi kèm như tiểu đường, cao huyết áp.

3. Hậu mãn kinh

- Điều trị nội tiết estrogen đơn thuần trong thời kỳ hậu MK.
- Cũng có thể do estrogen nội sinh.
- Do thuốc: Tamoxifen.

III. TRIỆU CHỨNG – CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng

Xuất huyết tử cung bất thường, thường đi kèm với đau co thắt vùng bụng dưới.

2. Khám

- Âm đạo có huyết từ buồng TC.
- Có thể phát hiện đi kèm cùng bướu BT, buồng trứng đa nang, tăng sinh tuyến thượng thận.

3. Siêu âm

- Tăng sinh NMTC tạo ra vùng echo dày, đồng nhất, bờ nhẵn trong buồng TC, có độ dày $\geq 4\text{mm}$ (mãn kinh) và đầu chu kỳ kinh $> 9\text{mm}$.
- Có thể phát hiện u nang BT, BT đa nang.

4. Nạo sinh thiết

- Tăng sinh NMTC là chẩn đoán của GPB trên vi thể nên nạo sinh thiết giúp chẩn đoán rõ ràng dạng tăng sinh.
- Tuy vậy, nạo sinh thiết (NST) không phải luôn luôn cho chẩn đoán chính xác. Có một số ung thư NMTC biệt hóa cao không chẩn đoán được qua NST (cùng tồn tại với tăng sinh NMTC không điển hình).

5. Soi buồng TC

- Có thể thấy những hình ảnh như NMTC dày lên, có những đường viền, rãnh sung huyết, những nhú nội mạc bờ dày không đều. Tăng sinh NMTC có 2 dạng:
 - Tăng sinh khu trú.
 - Tăng sinh toàn diện: toàn bộ NMTC dày.
- Soi buồng TC có thể giúp hướng dẫn việc nạo sinh thiết một cách chính xác.

IV. XỬ TRÍ

Phụ thuộc vào tuổi, GPBL, dấu hiệu lâm sàng, mong muốn có con.

Mục đích điều trị

- Đối với bệnh lý tăng sinh nội mạc đơn giản hay phức tạp, điển hình: kiểm soát xuất huyết bất thường và ngăn ngừa diễn tiến thành ung thư NMTC.
- Tăng sinh NMTC không điển hình: cần điều trị triệt để bao gồm phẫu thuật (do nguy cơ ung thư nội mạc tử cung cao).

Lưu ý:

- Nhiều loại tăng sinh khác nhau có thể cùng hiện diện ở nội mạc và cùng đi kèm với ung thư NMTC.
- Điều kiện đầu tiên trong điều trị bảo tồn là mẫu nạo sinh thiết đã được lấy cẩn thận không bỏ sót tổn thương.
- Có thể điều trị ở tất cả thời điểm vì điều trị ở giai đoạn sớm tình trạng tăng sinh không điển hình cũng có thể thoái triển.

1. Nhóm trẻ tuổi và chưa mãn kinh**a. Tăng sinh điển hình**

- Thuốc ngừa thai phối hợp chu kỳ ít nhất 6 chu kỳ / 6 tháng.
- Progestins nên dùng liên tục ít nhất 12 -14 ngày/tháng x 3 - 6 tháng.
 - MPA (Medroxyprogesterone acetate) 10 mg/ngày.
 - Micronized progesterone 200 mg/ngày.
 - Norethindrone acetate 5-15 mg/ngày.
 - Depot - provera (Depo Medroxyprogesterone acetate) 150 mg TB / 3 tháng.
 - Đặt dụng cụ TC chứa nội tiết (Levonorgestrel) đối với bệnh nhân muốn ngừa thai.
- Sau đó:
 - Theo dõi các biểu hiện trở lại bình thường của chu kỳ kinh nguyệt và rụng trứng.
 - Nếu muốn có thai → kích thích phóng noãn.
 - Sinh thiết NMTC khi có xuất huyết TC bất thường.

b. Tăng sinh không điển hình

- Bệnh nhân còn muốn sinh con:

- Thuốc ngừa thai phối hợp.
- Progestins: Megestrol (80-160 mg/ngày), MPA, Depot - provera 150 mg tiêm bắp hoặc vòng tránh thai chứa progestin.
- Sinh thiết nội mạc tử cung đánh giá điều trị sau 3 tháng, nếu bệnh lý còn tồn tại → tăng liều cao hơn. Thời gian thoái triển trung bình khi điều trị progestin được ghi nhận khoảng 9 tháng. Nếu bệnh lý vẫn còn tồn tại sau 7 – 9 tháng điều trị → tiên lượng điều trị nội khoa thất bại cao (có chỉ định cắt TC).
- Khi mẫu sinh thiết không còn dấu hiệu bệnh, khuyến bệnh nhân có thai sớm. Nếu chưa muốn có thai cần tiếp tục duy trì điều trị và sinh thiết NMTC mỗi 6-12 tháng.
- Cắt tử cung có chỉ định đối với:
 - Bệnh nhân đủ con không muốn sinh thêm.
 - Bệnh nhân không muốn hoặc không thể theo dõi bằng phương pháp nội khoa và sinh thiết nội mạc TC theo lịch hẹn.
 - Xuất huyết tử cung trầm trọng.

2. Nhóm tuổi mãn kinh

a. Tăng sinh điển hình

- Đang điều trị nội tiết thay thế thì chỉ cần ngưng thuốc.
- Có buồng trứng → phẫu thuật.
- Điều trị Progestin liên tục 3 tháng, sau đó sinh thiết nội mạc tử cung đánh giá điều trị ngay khi ngưng thuốc và lập lại sau 6-12 tháng.
- Bệnh nhân còn ra huyết bất thường và kết quả nạo sinh thiết còn tồn tại bệnh → cắt tử cung.
- BN bị các vấn đề nội khoa nặng không thể phẫu thuật cũng có thể điều trị với Progestins.

b. Tăng sinh không điển hình

- Phương pháp điều trị thích hợp nhất là cắt tử cung.
- Nếu chưa thực hiện được phẫu thuật có thể điều trị Progestin liên tục hoặc đặt dụng cụ tử cung chứa progestin sau khi sinh thiết nội mạc tử cung cẩn thận dưới nội soi buồng TC để loại trừ ung thư nội mạc tử cung.
- Mẫu sinh thiết cần làm lại sau 3 tháng điều trị và sau đó mỗi 6-12 tháng.

Các phương pháp khác

- GnRH đồng vận: gây tình trạng mãn kinh giả có hiệu quả với tăng sinh NMTC điển hình sau 6 tháng điều trị nhưng không hiệu quả đối với tăng sinh không điển hình (số liệu còn ít).
- Cắt đốt nội mạc tử cung tăng sinh qua nội soi buồng TC: ghi nhận thành công khoảng 68-73% trường hợp nhưng còn theo dõi các di chứng lâu dài.
- Danazol cũng được ghi nhận điều trị thành công (khoảng 83% phụ nữ mãn kinh) nhưng tác dụng phụ nhiều.

U XƠ TỬ CUNG

I. ĐỊNH NGHĨA – PHÂN LOẠI

- U xơ tử cung là khối u lành tính của tế bào cơ trơn tử cung.
- Phân loại: tùy theo vị trí khối u xơ có thể chia thành
 - Dưới thanh mạc.
 - Trong cơ tử cung.
 - Dưới niêm mạc.
 - Có thể ở CTC hoặc trong dây chằng rộng.

II. CHẨN ĐOÁN

Phần lớn phụ nữ có u xơ tử cung không có triệu chứng lâm sàng nhưng cũng có thể có triệu chứng nặng.

1. Triệu chứng lâm sàng

- Xuất huyết tử cung bất thường (rong kinh, rong huyết, cường kinh).
- Các triệu chứng chèn ép vùng hạ vị (cảm giác trằn nằng, bón, tiểu lắt nhắt, bí tiểu...)

2. Khám

- Tổng trạng có thể bình thường hoặc nhợt nhạt, thiếu máu.
- Tử cung to, chắc, mật độ không đều di động theo CTC.
- Triệu chứng phúc mạc do khối u xơ TC thoái hóa hoại tử.

3. Cận lâm sàng

- Siêu âm: Có u xơ tử cung (phân biệt u nang buồng trứng).
- Có thể sử dụng CT- Scan, MRI trong những trường hợp khó (u to, cần chẩn đoán phân biệt...).
- UIV đánh giá chèn ép niệu quản, thận.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Xuất huyết tử cung bất thường do chu kỳ không rụng trứng hay bệnh lý tăng sinh nội mạc TC hay bệnh lý ác tính của NMTC.
- Đau vùng chậu (do lạc nội mạc ở cơ tử cung, lạc nội mạc buồng trứng, thai ngoài tử cung, UNBT xoắn, viêm phần phụ).
- Khối u hạ vị (thai, lạc nội mạc ở cơ TC, polyp tử cung, khối u BT, leiomyosarcoma).

III. XỬ TRÍ

1. Mục tiêu điều trị

- Làm giảm nhẹ các triệu chứng (xuất huyết tử cung bất thường, đau, các triệu chứng do chèn ép...).
- Giảm kích thước khối u xơ.

Cách thức can thiệp nên tùy vào từng người bệnh dựa trên các yếu tố sau:

- Kích thước và vị trí khối u xơ (to hay nhỏ, dưới niêm mạc, trong cơ hay dưới thanh mạc).
- Triệu chứng kèm theo (chảy máu, đau, chèn ép, vô sinh).
- Tình trạng mãn kinh.
- Nguyên vọng của người bệnh (giá thành, sự thuận lợi, mong muốn bảo tồn TC, tác dụng phụ).

Xử trí u xơ tử cung có thể bằng biện pháp theo dõi, điều trị nội khoa hay phẫu thuật.

2. Nội khoa: Chỉ định điều trị nội khoa khi u xơ tử cung có triệu chứng**a. Progestins**

- Lynestrenol (Orgamétil) 5mg: liều 1 viên x 2 lần/ngày (uống).
- Norethisterone (Primolut-Nor) 5mg: liều 1 viên x 2 lần/ngày (uống).
- Dydrogesterone (Duphaston) 10mg: liều 1 viên x 2-3 lần/ngày (uống).
- Nomegestrol acetate (Lutenyl) 5mg: liều 1 viên x 1 lần/ngày (uống).
- Tùy theo mức độ xuất huyết hoặc nhu cầu có con:
 - + Có thể điều trị từ ngày thứ 16 đến 25.
 - + Hay từ ngày thứ 5 tới 25 của chu kỳ.
 - + Hoặc liên tục, trong 3 - 6 tháng.
- DCTC có nội tiết (Mirena có Levonorgestrel) được sử dụng để giảm bớt thể tích khối u và cường kinh, đồng thời ngừa thai.
- Progestins (chích, cấy...) dùng để điều trị các triệu chứng nhẹ ở những người muốn kết hợp ngừa thai.
- Progestins có thể giảm kích thước u xơ nhưng khi ngưng thuốc thì khối u sẽ to trở lại.

b. Thuốc ngừa thai phối hợp

Làm teo NMTC, do đó giảm bớt tình trạng cường kinh trong u xơ TC.

c. Chất đồng vận GnRH

- Chỉ định : có thể dùng trong những trường sau:
 - + Điều trị trước mổ bóc nhân xơ to.
 - + Trì hoãn phẫu thuật và nâng thể trạng trước phẫu thuật.
 - + Bệnh nhân tiền mãn kinh.
 - + Chuẩn bị trước mổ cắt tử cung đường âm đạo, nội soi buồng tử cung đối với u xơ TC $\geq 5\text{cm}$.
 - + Bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật.
 - + Bệnh nhân chưa muốn phẫu thuật.
- Thuốc đắt tiền, hiệu quả có giới hạn nên chỉ sử dụng khi thật cần thiết.
- Nên dùng 3 tháng trước phẫu thuật để nhân xơ nhỏ lại và phẫu thuật ít mất máu.
- Các loại thuốc GnRH đồng vận
 - + Triptorelin (Diphereline) 3,75mg/tháng, TB.
 - + Leuprorelin acetat (Enantone) 3,75mg/tháng, TB.
 - + Goserelin (Zoladex) 3,6 mg/tháng, tiêm dưới da vùng bụng.

d. Các phương pháp điều trị nội khoa khác

- Antiprogestins (RU-486).
- Danazol và Gestrinone (Androgenic steroids).

Có hiệu quả nhưng tác dụng phụ nhiều.

3. Phẫu thuật

Chỉ định phẫu thuật: khi có 1 trong các yếu tố sau:

- 1- UXTC to ≥ 12 tuần có triệu chứng.
- 2- Xuất huyết tử cung bất thường, điều trị nội thất bại.
- 3- UXTC dưới niêm mạc, rong huyết.
- 4- Có biến chứng (chèn ép bàng quang, niệu quản).

- 5- U xơ TC hoại tử, nhiễm trùng.
- 6- U xơ TC to nhanh, nhất là sau mãn kinh.
- 7- Kết hợp với các bệnh lý khác: K CTC, K NMTC, tăng sinh NMTC không điển hình, sa sinh dục.
- 8- Vô sinh, sảy thai liên tiếp.
- 9- Khối u vùng hạ vị không phân biệt được với khối u buồng trứng.

Phương pháp phẫu thuật

Mục đích phẫu thuật lấy khối nhân xơ bảo tồn tử cung hay cắt tử cung toàn phần tùy thuộc vào tình trạng bệnh lý và nguyện vọng của người bệnh.

▪ Bóc nhân xơ

- U xơ TC ở cơ và dưới thanh mạc → mở bụng.
- U xơ TC dưới niêm mạc → nội soi buồng TC.
- U xơ TC thoái hóa sa xuống âm đạo → cắt đường âm đạo.

▪ **Cắt tử cung toàn phần:** người bệnh đã được tư vấn kỹ và đồng ý trước khi phẫu thuật.

▪ **Tắc động mạch tử cung** (hiện chưa áp dụng tại BV An Bình)

Chỉ định

- 1- Có chẩn đoán u xơ TC to 12 - 16 tuần (siêu âm tối đa 3 nhân xơ).
- 2- Có chống chỉ định gây mê toàn thân.
- 3- Nhân xơ tái phát sau phẫu thuật bóc nhân xơ.
- 4- Muốn giữ lại TC.
- 5- BN từ chối phẫu thuật.

Chống chỉ định

- Có rối loạn đông máu.
- Các bệnh lý nội khoa cần điều trị trước.
- Nghi ngờ bệnh lý ác tính.

Phương pháp

- Đặt Catheter vào động mạch đùi luôn đến động mạch tử cung, rồi bơm vào chất plastic hay gel tạo đông cục máu làm giảm nuôi dưỡng u và kết quả giảm kích thước khối u xơ.
- Sau thủ thuật dùng thuốc giảm đau không steroid hoặc Paracetamol, KS dự phòng và theo dõi biến chứng (chảy máu, nhiễm trùng...) BN được xuất viện sau 1 ngày.

▪ **Nội soi buồng tử cung cắt u xơ TC dưới niêm mạc** (hiện chưa áp dụng tại BV An Bình)

- Phụ nữ đã có đủ con.
- Điều trị triệu chứng xuất huyết bất thường.

▪ **Điều trị u xơ TC bằng sóng siêu âm MRI-HIFU** (hiện chưa áp dụng tại BV An Bình)

- Là phương pháp dùng sóng siêu âm hội tụ cường độ cao tạo hiệu ứng nhiệt đốt tế bào đích dưới kiểm soát định vị bằng hình ảnh cộng hưởng từ.
- Đây là phương pháp điều trị u xơ tử cung tiên tiến nhất trên thế giới hiện nay, có tác dụng loại trừ mô đích bất thường trong cơ thể mà không cần phẫu thuật, không để lại sẹo.

- Ưu điểm của điều trị u xơ tử cung bằng phương pháp MRI-HIFU:
 - . Phương pháp đã được chứng minh là hiệu quả rất tốt, bảo tồn được TC.
 - . Không gây mê.
 - . Không để lại sẹo do không rạch da để vào ổ bụng như phẫu thuật nội soi hay mổ hở.
 - . Thời gian điều trị thường chỉ kéo dài từ 2 giờ đến 4 giờ.
 - . Thời gian nằm viện có thể về trong 6 giờ.
 - . Có thể trở lại sinh hoạt bình thường ngay trong ngày hôm sau.
 - . Bệnh nhân trẻ sau điều trị u xơ tử cung, có thể mang thai trở lại.
 - . Hiệu quả cao. Triệu chứng sẽ giảm hoặc hết hẳn sau khi đốt.

DẠ SẦY THAI, SẦY THAI 3 THÁNG ĐẦU THAI KỲ (< 14 TUẦN)**I. DẠ SẦY THAI****1. Định nghĩa**

- Được gọi là dọa sảy thai khi có triệu chứng ra máu âm đạo trước tuần lễ thứ 20 của thai kỳ.
- Xuất độ xảy ra trong 30-40% thai kỳ.

2. Chẩn đoán**▪ Triệu chứng cơ năng**

- Bệnh nhân có thai kèm ra máu âm đạo lượng ít, màu đỏ tươi hoặc bầm đen.
- Có thể có cảm giác trằn bụng dưới, đau âm ỉ vùng hạ vị hoặc đau lưng.

▪ Khám lâm sàng

- Cổ tử cung còn dài, đóng kín.
- Kích thước thân tử cung to tương ứng với tuổi thai.

3. Cận lâm sàng

- Siêu âm thấy hình ảnh túi ối và thai trong buồng tử cung, có thể có hình ảnh khối máu tụ quanh túi thai hay gai nhau.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Thai ngoài TC.
- Thai trứng.

5. Xử trí

- Nằm nghỉ, ăn nhẹ, chống táo bón.
- Tư vấn cho người bệnh và gia đình những tiến triển có thể xảy ra, nên tránh lao động nặng, tránh di chuyển, đi lại nhiều, tránh giao hợp ít nhất 2 tuần sau khi hết ra máu âm đạo.
- Thuốc giảm co:
 - Alverine citrate 40 mg (Spasmaverin): uống 1-2 viên x 2-3 lần/ngày.
 - Drotaverin Hydrochlorid 40mg (Nospa): uống 1-2 viên x 2-3 lần/ngày.
 - Hyoscine (Buscopan) 10mg/viên: uống 1-2 viên x 2-3 lần/ngày.
 - Hyoscine (Buscopan, Vincopane) 20mg/ống: TB/TM 1 ống x 1-3 lần/ngày.
 - Phloroglucinol dihydrat (Spasless) 40mg/ống: TB/TM 1 ống x 1-3 lần/ngày.
- Progesterone:
 - Progesterone tự nhiên dạng vi hạt (Utrogestan 100mg/viên, Progeffik 100mg/viên, Vageton 100mg/viên) để giảm co thắt tử cung, uống hoặc tốt hơn là đặt âm đạo, liều 1-2 viên x 2 lần/ngày.
 - Progesterone tự nhiên 25mg/ống, tiêm bắp 2 ống/ngày.
 - Didrogestosterone 10mg/viên (Duphaston): uống 1 viên x 2 lần/ngày.
 - Không nên dùng các loại progesterone tổng hợp vì có khả năng gây dị tật thai nhi, nhất là trong giai đoạn tạo phôi 2 tháng đầu thai kỳ.

II. SẦY THAI**1. Sảy thai khó tránh****▪ Lâm sàng**

- Ra máu âm đạo nhiều, đỏ tươi.
- Đau hạ vị từng cơn, ngày càng tăng.
- Khám âm đạo: CTC mở, đôi khi có ối vỡ.

▪ Xử trí

- Kháng sinh dự phòng (thường dùng đường uống từ 5-7 ngày).
- Nạo hút thai + gởi GPBL (nếu cần).
- Thuốc gò TC.

2. Sảy thai diễn tiến**▪ Lâm sàng**

- Ra máu âm đạo nhiều, có máu cục. Bệnh nhân có thể bị choáng.
- Đau quặn từng cơn vùng hạ vị do tử cung co thắt mạnh để tống thai ra.
- Khám âm đạo: đoạn dưới TC phình to, CTC mở, đôi khi có thể thấy khối nhau thai lồi ở CTC.

▪ Xử trí

- Nếu có choáng, phải hồi sức chống choáng.
- Nạo hút thai nhanh để cầm máu + gởi GPBL.
- Kháng sinh (đường uống/tiêm bắp/tĩnh mạch).

3. Sảy thai không trọn**▪ Lâm sàng**

- Thường đã có triệu chứng dọa sảy trước đó.
- Đau bụng, ra huyết nhiều hơn.
- Có thể ghi nhận có mảnh mô được tống xuất ra khỏi âm đạo. Sau đó vẫn tiếp tục ra máu âm đạo và còn đau bụng lâm râm.
- Khám âm đạo: CTC còn hé mở hay đóng kín, thân TC còn to hơn bình thường.
- Siêu âm: có thể thấy hình ảnh sót nhau trong buồng tử cung.

▪ Xử trí

- Kháng sinh (đường uống/tiêm bắp/tĩnh mạch).
- Nạo kiểm tra buồng tử cung để lấy phần nhau sót ra. Gởi GPBL.
- Thuốc gò tử cung.
- Máu ra nhiều phải hồi sức, truyền dịch, truyền máu nếu cần.

▪ Cần lưu ý

- Sảy thai nhiễm khuẩn: chỉ nạo sau khi đã điều trị kháng sinh TB/TM phổ rộng.
- Sảy thai băng huyết, tụt huyết áp: phải hồi sức tích cực vừa hồi sức vừa nạo.

THAI NGOÀI TỬ CUNG**I. ĐỊNH NGHĨA**

- Thai ngoài TC là tình trạng túi thai nằm ngoài buồng TC.
- Trên 95% các trường hợp thai ngoài TC đóng ở vòi trứng, ở một số ít còn lại, thai đóng buồng trứng (1%), ổ bụng (2%), cổ TC (0,5%).
- Tần suất hiện mắc thai ngoài TC # 9% thai kỳ.
- Tần suất mới mắc hàng năm ở Anh là 11.5 trong 1000 thai kỳ, với tỷ suất tử vong 4%.
- Tỷ lệ mắc bệnh tại Hoa Kỳ là 2%.
- Tại Việt Nam, Bệnh viện Hùng Vương tỷ lệ mắc bệnh là 2,7%.
- Tỷ lệ tử vong chiếm 9% trong các biến chứng mang thai của mẹ trong 3 tháng đầu thai kỳ.

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

Mức độ nguy cơ	Yếu tố nguy cơ	Odds ratio
Cao	- Tiền căn thai ngoài TC - Tiền căn phẫu thuật trên vòi trứng - Tiền căn thắt vòi trứng - Bệnh lý tại vòi trứng - Phơi nhiễm DES (diethylstilbestrol) trong TC - Đang sử dụng Dụng cụ TC (vòng tránh thai)	9.3 – 47 6.0 – 11.5 3.0 – 139 3.5 – 25 2.4 – 13 1.1 – 45
Trung bình	- Vô sinh - Tiền căn viêm CTC (lậu, Chlamydia) - Viêm nhiễm vùng chậu - Nhiều bạn tình - Hút thuốc lá	1.1 – 28 2.8 – 3.7 2.1 – 3.0 1.4 – 4.8 2.3 – 3.9
Thấp	- Tiền căn phẫu thuật bụng/chậu - Thụt rửa âm đạo - Quan hệ tình dục sớm (< 18 tuổi)	0.93 – 3.8 1.1 – 3.1 1.1 – 2.5

III. ̢hCG TRONG THAI KỲ & CHẨN ĐOÁN THAI NGOÀI TỬ CUNG

- 7 ngày sau thụ thai có thể phát hiện đầu tiên trong máu.
- Tại thời điểm trễ kinh: 100 mUI/ml.
- Đỉnh cao ở tuần 8 – 10: 100.000 mUI/ml.
- Sau đó, giảm dần đến tuần 18 – 20.
- Ổn định đến cuối thai kỳ: 10.000 – 20.000 mUI/ml.
- Tăng gấp 2 mỗi 1.4 – 2.1 ngày.

- Nghi ngờ thai ngoài TC nếu > 7 ngày mới tăng gấp đôi.
- 85% thai trong TC có β hCG tăng ít nhất 66% mỗi 2 ngày, trong 40 ngày đầu tiên.
- Giá trị tăng thấp nhất mỗi 2 ngày đối với thai trong TC là 53%, tuy nhiên 21% thai ngoài TC có β hCG tăng giống như thai trong TC ở ngưỡng này.
- β hCG $> 1.500\text{mUI/ml}$ $\rightarrow$ SA đầu dò âm đạo thấy túi thai.
- β hCG $> 6.500\text{mUI/ml}$ $\rightarrow$ SA bụng thấy túi thai.
- Thời gian bán hủy β hCG: 24 – 36 giờ.
- Nghi ngờ thai ngoài TC (86%) nếu bán hủy > 7 ngày.
- 20% thai ngoài TC được chẩn đoán (+) trên SA: túi thai ngoài TC có Yolksac hoặc phôi thai.
- SA ngã âm đạo:
 - GS = 2-3mm (4.5-5 tuần) tương ứng β hCG 1000 – 1500mUI/ml.
 - GS = 8mm, có Yolksac.
 - GS = 15mm, có phôi thai.
 - SA có khối cạnh TC-BT, dịch cùng đồ, không thấy thai trong TC, β hCG $> 1.500\text{mUI/ml}$, giúp:
 - . Tăng độ nhạy SA chẩn đoán thai ngoài TC từ 93% lên 99%.
 - . Giảm 40% tỷ lệ chấm dứt thai kỳ của thai trong TC qua nạo lòng TC chẩn đoán.

IV. β hCG TRONG THEO DÕI THAI NGOÀI TỬ CUNG

- **Thoái triển tự nhiên:**
 - 88% thai ngoài TC β hCG $< 1000\text{mUI/ml}$.
 - 60% thai ngoài TC β hCG $< 2000\text{mUI/ml}$.
 - 25% thai ngoài TC β hCG $> 2000\text{mUI/ml}$.
- **Tiên lượng thoái triển tự nhiên:**
 - Tỷ số β hCG 48 giờ / β hCG 0 giờ < 0.87 (độ nhạy 92.7%, độ đặc hiệu 96.7%).
 - Progesterone $< 5\text{ng/ml}$ (68% thành công).
 - SA lượng dịch cùng đồ $< 100\text{ml}$, không rõ vị trí thai.
 - Thai ngoài TC với huyết động ổn định.
- **Thai ngoài TC vỡ vẫn có thể xảy ra ngay khi β hCG & Progesterone thấp hoặc đang giảm $\rightarrow$ theo dõi đến khi β hCG $< 5\text{mUI/ml}$.**
- **29% thai ngoài TC có β hCG $< 100\text{mUI/ml}$ bị vỡ.**

V. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

1.1. Lâm sàng:

- Trễ kinh: thường gặp.
- Đau bụng: thường đau âm ỉ một bên hạ vị hay có cơn đau nhói.
- Rong huyết: lượng ít, máu bầm đen, không đông.
- Khám âm đạo: có huyết sậm loãng, TC lớn hơn bình thường, cạnh TC có khối u ấn đau chói, lắc cổ TC đau, cùng đồ nề, chọc dò cùng đồ sau rút ra máu không đông khi khối thai đã vỡ.
- Trường hợp thai ngoài TC vỡ, có rối loạn huyết động học.

1.2. Cận lâm sàng:

- Siêu âm TC và hai phần phụ:

- SA bằng đường bụng khi bàng quang đầy nước tiểu hay đầu dò âm đạo, cho thấy trong lòng TC không có hình ảnh túi thai. Có thể thấy khối cạnh TC với echo dạng hỗn hợp (không đồng nhất) hoặc thấy được hình ảnh túi thai trong vòi trứng. Trường hợp thai ngoài TC chưa vỡ thường không có tụ dịch ở cùng đồ sau. Ngược lại, trường hợp thai ngoài TC vỡ hay sảy qua loa vòi, SA thấy được tụ dịch cùng đồ sau.

- Bình thường SA đường kính túi thai GS (Gestational Sac) 0,5cm tương đương thai 4 tuần 3 ngày. GS đo 1 cm tương đương thai 5 tuần.

• Định lượng β hCG/máu:

- Ngưỡng dương tính có nồng độ 1mUI/ml hay β hCG/nước tiểu với ngưỡng dương tính có nồng độ 25mUI/ml.

- β hCG (+) vào ngày thứ 8 sau thụ thai.

- β hCG đánh giá hoạt động tế bào nuôi về sự tăng trưởng của thai, không đánh giá vị trí thai làm tổ.

- Bình thường ở thai kỳ trong TC, nồng độ β hCG 100 mUI/ml lúc mất kinh và 100.000 mUI/ml lúc thai 10 tuần. Trong thai ngoài TC nồng độ β hCG và đường kính túi thai tăng không tương xứng.

• Định lượng Progesterone/huyết thanh:

- Khi có thai nồng độ progesterone > 25 ng/ml, ở thai ngoài TC nồng độ progesterone thấp hơn, khi nồng độ progesterone trong huyết thanh < 5 ng/ml thì giá trị tiên đoán thai ngoài TC có độ đặc hiệu > 90%, và độ nhạy > 80%. Khi nồng độ progesterone 5 - 25 ng/ml thì chẩn đoán loại trừ dựa vào định lượng nhiều lần β hCG và siêu âm.

• Sự tương quan giữa hình ảnh siêu âm và nồng độ β hCG:

- Khi nhìn thấy hình ảnh thai nhi thì nồng độ β hCG đạt > 6500 mUI/ml.

- Nếu nồng độ β hCG > 6500 mUI/ml mà siêu âm không thấy hình ảnh túi thai nghĩa là một thai bất thường sảy thai hoặc thai ngoài TC.

2. Chẩn đoán phân biệt:

2.1. Thai kỳ sớm:

- BN có trễ kinh, đau trần bụng, không ra huyết âm đạo.

- Khám âm đạo: TC lớn hơn bình thường, phần phụ hai bên mềm không đau.

- Định lượng β hCG dương tính.

- Siêu âm có hình ảnh túi thai trong lòng TC.

- Nồng độ β hCG tương đương hình ảnh siêu âm.

2.2. Sảy thai:

- BN có trễ kinh, đau bụng từng cơn và ra huyết âm đạo nhiều.

- Khám âm đạo có huyết âm đạo sậm loãng hay huyết cục, cổ TC hở, TC lớn không tương xứng tuổi thai, phần phụ hai bên mềm.

- Định lượng β hCG dương tính.

- Siêu âm không thấy túi thai trong buồng TC, cùng đồ sau không tụ dịch.

2.3. Viêm phần phụ:

- BN không trễ kinh, đau bụng từng cơn vùng hạ vị.

- Khám âm đạo: TC nhỏ, phần phụ hai bên nề đau.

- Định lượng β hCG âm tính.

- Siêu âm không thấy bất thường.

2.4. U buồng trứng xoắn:

- BN không trễ kinh, đau bụng từng cơn vùng hạ vị.

- Khám âm đạo: có khối u cạnh TC xác định được kích thước, ấn đau chói.

- Siêu âm có khối u buồng trứng.

- Định lượng β hCG âm tính.

2.5. Viêm ruột thừa:

- BN không trể kinh, đau bụng vùng hố chậu phải, sốt, bí trung đại tiện.
- Khám bụng có điểm đau Mc Burney.
- Siêu âm có hình ảnh ruột thừa viêm.

VI. ĐIỀU TRỊ**1. Mục tiêu:**

- Giải quyết khối thai nằm ngoài tử cung.
- Giảm tối đa tỷ lệ tử vong.
- Ngừa tái phát thai ngoài tử cung.
- Duy trì khả năng sinh sản cho phụ nữ.

2. Các phương pháp điều trị:**• Thai ngoài TC chưa vỡ:**

- Điều trị nội khoa: Methotrexate (MTX).
- Điều trị ngoại khoa:
 - . Phẫu thuật nội soi bảo tồn vòi trứng.
 - . Phẫu thuật cắt vòi trứng.

• Thai ngoài TC vỡ:

- Điều trị ngoại khoa: Phẫu thuật cắt vòi trứng → Nội soi.
→ Mở bụng hở.

VII. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ THAI NGOÀI TC BẰNG METHOTREXATE (MTX)**1. Chỉ định điều trị MTX đơn liều:**

- Huyết động học ổn định (không shock).
- Nồng độ β hCG ≤ 5000 mUI/ml.
- Không có phôi thai, tìm thai trong khối thai ngoài TC qua SA.
- Kích thước khối thai $< 3 - 4$ cm qua SA.

2. Chỉ định điều trị MTX đa liều:

- Huyết động học ổn định (không shock).
- Nồng độ β hCG từ 5.000 – 10.000 mUI/ml.
- Kích thước khối thai < 5 cm qua SA.
- Thai ngoài TC đoạn k < 3 cm.

3. Chống chỉ định điều trị nội khoa:

- Huyết động học không ổn định (tiền sốc, sốc): mạch nhanh, HA tụt, da niêm xanh nhợt, vã mồ hôi, buồn nôn, nôn, Hb/Hct giảm.
- Có dấu hiệu vỡ: đau hạ vị nhiều & tăng dần, hoặc SA có lượng dịch ước lượng > 300 ml, hoặc có dịch trong ổ bụng.
- Có phôi hợp thêm thai trong TC.
- Đang cho con bú.
- Dị ứng MTX.
- Có các bệnh nội khoa: suy thận, loét dạ dày, bệnh phổi hoạt động, suy giảm miễn dịch...
- Bệnh nhân không chấp nhận điều trị bằng MTX.
- Bất thường các XN tiền hóa trị (BC < 3000 , tiểu cầu < 100.000 , men gan SGOT, SGPT > 100 UI/l, tăng BUN, tăng Creatinin, rối loạn đông máu...).

4. Bilan XN trước điều trị bằng MTX:

- Huyết đồ, nhóm máu, Rhesus.
- Đường huyết.
- Đông máu toàn bộ.
- Chức năng gan, thận.
- ECG.
- X quang tim phổi thẳng.

5. Phác đồ sử dụng MTX đơn liều:

- Ngày 1: β hCG MTX 50mg/m² bề mặt da (BSA) hay 1mg/kg.
- Ngày 4: β hCG
 - . Nếu β hCG giảm < 15% từ ngày 4 đến 7 → liều MTX thứ 2.
 - . Nếu β hCG giảm > 15% từ ngày 4 đến 7 → β hCG/mỗi tuần đến khi < 5mUI/ml.
- Ngày 14: β hCG
 - . Nếu β hCG giảm < 15% từ ngày 7 đến 14 → liều MTX thứ 3.
 - . Nếu β hCG giảm > 15% từ ngày 7 đến 14 → β hCG/mỗi tuần đến khi < 5mUI/ml.
- Ngày 21 & ngày 28: Nếu sau 3 liều MTX mà β hCG giảm < 15% → nội soi ổ bụng.

6. Phác đồ sử dụng MTX đa liều:**● Phác đồ đa liều cố định**

- Ngày 1, 3, 5, 7: MTX 50mg/m² bề mặt da (BSA) hay 1mg/kg.
- Ngày 2, 4, 6, 8: Acid Folic 0,1mg/kg.

● Theo dõi:

- Ngày 1, 4, 7: β hCG
 - . Nếu β hCG giảm < 15% từ ngày 4 đến 7 → liều MTX thứ 2.
 - . Nếu β hCG giảm > 15% từ ngày 4 đến 7 → β hCG/mỗi tuần đến khi < 5mUI/ml.
- Ngày 14: β hCG
 - . Nếu β hCG giảm < 15% từ ngày 7 đến 14 → liều MTX thứ 3.
 - . Nếu β hCG giảm > 15% từ ngày 7 đến 14 → β hCG/mỗi tuần đến khi < 5mUI/ml.
- Ngày 21 & ngày 28: Nếu sau 3 liều MTX mà β hCG giảm < 15% → nội soi ổ bụng.

● Phác đồ đa liều thay đổi

- Ngày 1: β hCG MTX 50mg/m² bề mặt da (BSA) hay 1mg/kg.
- Ngày 2: Acid Folic 0,1mg/kg.
- Ngày 3: β hCG so với ngày 1.
 - . Nếu β hCG giảm < 15% → MTX.
 - . Nếu β hCG giảm > 15% → β hCG/mỗi tuần đến khi < 5mUI/ml.
- Ngày 4: Acid Folic 0,1mg/kg, nếu điều trị MTX ngày 3.
- Ngày 5: β hCG so với ngày 3.
 - . Nếu β hCG giảm < 15% → MTX.
 - . Nếu β hCG giảm > 15% → β hCG/mỗi tuần đến khi < 5mUI/ml.
- Ngày 6: Acid Folic 0,1mg/kg, nếu điều trị MTX ngày 5.
- Ngày 7: β hCG so với ngày 5.
 - . Nếu β hCG giảm < 15% → MTX.
 - . Nếu β hCG giảm > 15% → β hCG/mỗi tuần đến khi < 5mUI/ml.

- Ngày 8: Acid Folic 0,1mg/kg, nếu điều trị MTX ngày 7.

(BV An Bình hiện tại chưa điều trị Thai ngoài TC bằng MTX)

VIII. TIỀN LƯỢNG ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ NỘI THAI NGOÀI TỬ CUNG

1. Bảng điểm Fernandez (1991)

Tiêu chuẩn	1	2	3
βhCG (mUI/ml)	< 1000	1000 – 5000	> 5000
Progesterone (ng/ml)	< 5	5 – 10	> 10
Đau bụng	Không có	Đau khi khám	Đau liên tục
Khối thai (cm)	< 1	1 – 3	> 3
Dịch ổ bụng (ml)	0	1 – 100	> 100

Điểm < 12: 80% thành công cho mọi điều trị nội khoa, bao gồm thoái triển tự nhiên.

2. Bảng điểm Elito (1999)

Tiêu chuẩn	0	1	2
βhCG (mUI/ml)	> 5000	1500 – 5000	< 1500
Hình ảnh SA	Thai sống	Túi thai bờ dày/VT	Phù nề vòi trứng
Kích thước khối thai	> 3 – 3.5cm	2.6 – 3cm	< 2.5cm
SA Doppler	Nguy cơ cao	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ thấp

Điểm ≥ 5 : 97% thành công khi điều trị MTX đơn liều.

IX. ĐIỀU TRỊ NGOÀI KHOA

1. Phẫu thuật nội soi bảo tồn vòi trứng:

Phẫu thuật nội soi mở vòi trứng (Linear salpingotomy)

- Là một phẫu thuật lý tưởng cho thai ngoài tử cung chưa vỡ, túi thai nằm 1/3 ngoài vòi trứng.

- Phẫu thuật mở vòi trứng bắt đầu bộc lộ, nâng vòi trứng, rồi rạch một đường qua đoạn căng giãn của vòi trứng, vị trí rạch bờ tự do đối diện bờ mạc treo vòi trứng, dùng kẹp forcep không răng kẹp phần thai kéo nhẹ, phần thai lấy ra dễ dàng khỏi vòi trứng mà không để sót lại màng nuôi trong lòng vòi trứng, hai mép đốt cầm máu bằng đốt lưỡng cực để hờ hai mép bờ vòi trứng, đường rạch tự lành theo cơ chế lành vết thương.

- Tỷ lệ có thai lại bình thường sau phẫu thuật là 38%.

2. Phẫu thuật nội soi không bảo tồn vòi trứng:

- Khi vòi trứng chứa khối thai bị viêm nhiễm nặng.

- Khi thai ngoài tử cung vỡ & không có rối loạn huyết động học.

- Bệnh nhân không còn ý định sinh con.

- Vòi trứng còn lại bình thường.

- Kỹ thuật cắt đoạn vòi trứng (Salpingectomy): kẹp đốt vòi trứng bằng đốt lưỡng cực và cắt bỏ vòi trứng chứa khối thai, đốt cầm máu lưỡng cực.
- Gỡ giải phẫu bệnh lý mẫu mô.

3. Phẫu thuật mở bụng hở cắt vòi trứng:

• Chỉ định:

- Huyết động học không ổn định.
- Tiền căn triệt sản, phẫu thuật trên vòi trứng.
- Không cầm máu được.
- Ứ dịch vòi trứng nặng.
- Tiền căn thai ngoài TC trên vòi trứng đó.

• Kỹ thuật:

- Cắt vòi trứng sát góc TC (có xén góc TC).
- Gỡ giải phẫu bệnh lý mẫu mô.

X. THEO DÕI TRONG ĐIỀU TRỊ

Có thể gặp các triệu chứng sau đây trong quá trình điều trị:

1. Đau:

- Ngày 2 – 3 sau khi tiêm MTX, bệnh nhân có thể thấy đau bụng nhiều hơn do hiện tượng sảy thai qua loa vòi hoặc sự căng dẫn của vòi trứng, đau sẽ giảm dần vào các ngày sau. Có thể cho thuốc giảm đau.
- Nếu đau càng lúc càng nhiều lên → SA, huyết đồ, khám lâm sàng để đánh giá lại tình trạng huyết động học xem có xuất huyết nội không.
 - Sự tăng thể tích khối thai không được xem là thất bại của điều trị nội khoa.
 - 75% bệnh nhân có đau bụng tăng lên ở mức độ vừa phải, từ 1 – 2 ngày, xảy ra sau bắt đầu điều trị 2 – 3 ngày.

2. β hCG:

- Tăng β hCG ngày 4 so với ngày 0 trong điều trị MTX thường gặp, không được xem là thất bại của điều trị.
- Thời gian trung bình để β hCG < 15mUI/ml là 35 ngày, dài nhất là 109 ngày.

3. Khối máu tụ:

- 56% khối thai ngoài TC có tăng kích thước sau điều trị MTX.
- SA có thể có khối cạnh TC ngay khi β hCG < 5mUI/ml & mất đi sau 3 – 6 tháng.
- Sự tăng kích thước khối thai không được xem là thất bại của điều trị nội khoa.

4. Sốt nhau sau phẫu thuật bảo tồn vòi trứng:

- 5 – 20% sốt nhau sau điều trị bảo tồn.
- Nghi ngờ sốt nhau / khối thai, nếu sau mổ XN β hCG:
 - ↓ < 15% 48 giờ sau β hCG khởi điểm trước mổ ngày 0.
 - ↓ theo đường bình nguyên.
 - ↑ trở lại từ ngày 4.

→ **Điều trị theo phác đồ MTX.**

XI. HUYẾT TỤ THÀNH NANG

1. Lâm sàng & CLS:

- Giống như trường hợp thai đóng ở vòi trứng chưa vỡ: rong huyết, đau hạ vị kéo dài, β hCG (+).

- Có thể có 1 lúc đau nhiều rồi lại giảm đi.
- Hình thành khối máu tụ trong tiểu khung, gây chèn ép → kích thích bàng quang, mót đi cầu.
- Da niêm nhợt.
- Khám thực thể: 1 khối giới hạn không rõ ràng trong tiểu khung, mật độ căng, đau khi chạm vào.
- Chọc dò cùng đồ Douglas không được chỉ định khi nghĩ đến chẩn đoán huyết tụ thành nang.

2. Điều trị:

- Mở bóc khối máu tụ.
- Có thể khó khăn vì khối máu tụ dính vào các cơ quan lân cận, nhất là các quai ruột.
- Có thể đặt ống dẫn lưu theo dõi sau mổ.

XII. THAI TRONG Ổ BỤNG

1. Lâm sàng:

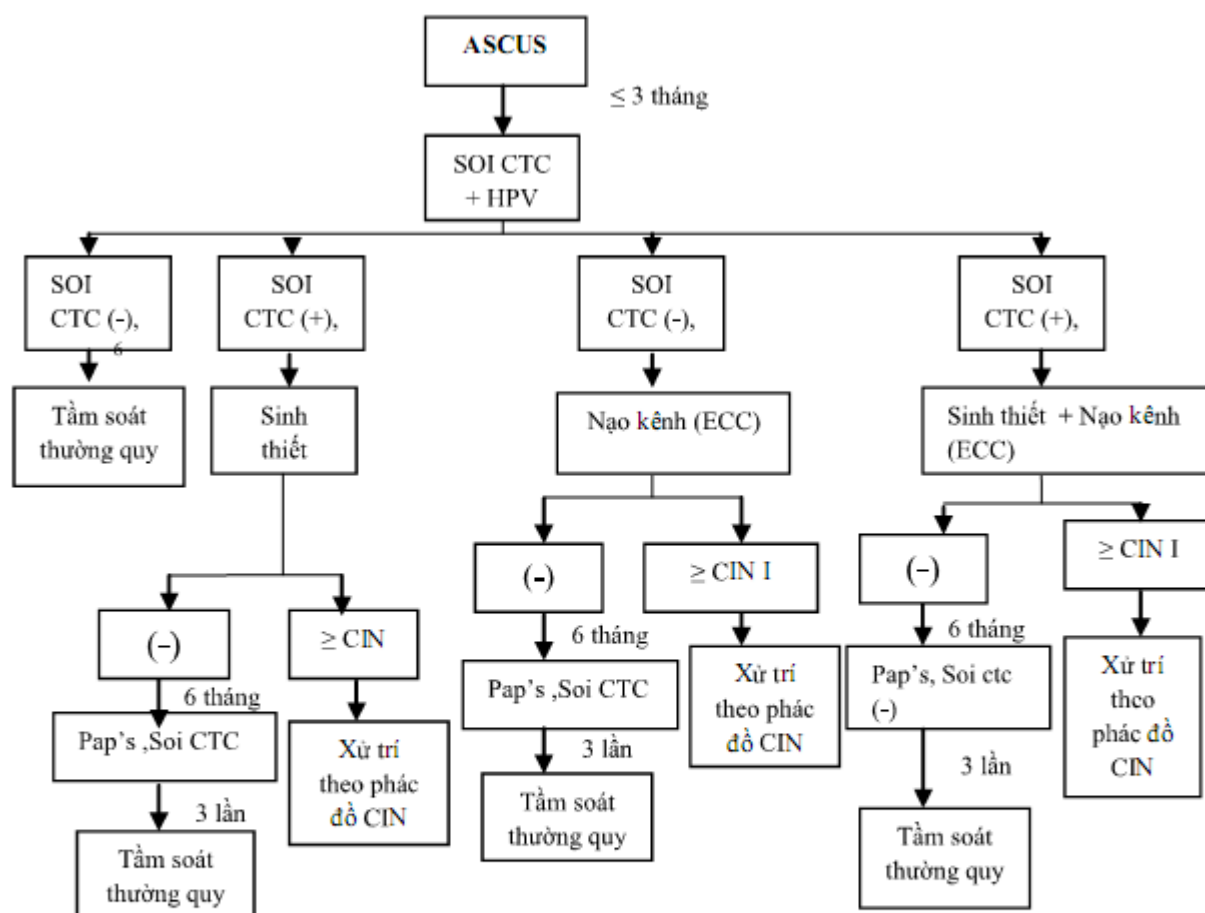
- Thường thứ phát sau thai ngoài TC đóng ở loa vòi & sẩy vào ổ bụng.
- Triệu chứng rõ hơn & chẩn đoán dễ hơn khi thai ≥ 5 tháng.
- Đau vùng chậu hay đau cả bụng, buồn nôn, ói. Nếu thai phát triển đến tam cá nguyệt III, BN sẽ bị đau bụng liên tục, đau nhiều lên khi có cử động thai.
- Xuất huyết TC: 70% các trường hợp, lượng ít.
- Sờ bụng có thể thấy các phần thai, ngôi bất thường # 50-70% các trường hợp.
- Khám AD: Khối thai nằm bên ngoài TC & TC có kích thước bình thường.

2. Cận lâm sàng:

- SA: Thai nằm ngoài TC & nằm lẫn lộn giữa các quai ruột, thai thường suy dinh dưỡng & kích thước nhỏ hơn tuổi thai.
- Oxytocin test (Colvin & Mc Cord 1934): Truyền TM dung dịch Oxytocin thấy khối thai không đáp ứng với kích thích của Oxytocin (TC không gò), ít dùng.
- Chụp X quang bụng không chuẩn bị, chụp buồng TC cản quang (HSG): thường không làm khi có nghi ngờ thai trong ổ bụng.

3. Điều trị:

- Nếu thai chết: mổ lấy khối thai ra (tránh biến chứng rối loạn đông máu cho mẹ).
- Nếu thai còn sống & mẹ không có biến chứng gì:
 - Một số tác giả khuyên nên chờ đến khi thai 36-38 tuần (có sử dụng Corticoids) → mổ lấy thai. Sản phụ cần được nhập viện, theo dõi nghiêm ngặt.
 - Khi mổ, nếu khối nhau bám chặt vào các cơ quan trong ổ bụng, không nên lấy khối nhau ra hết vì sẽ gây chảy máu nhiều, khó cầm. Phần nhau còn lại có thể tự hủy mà không cần can thiệp hoặc có thể dùng MTX để thúc đẩy nhanh quá trình tự hủy của nhau.

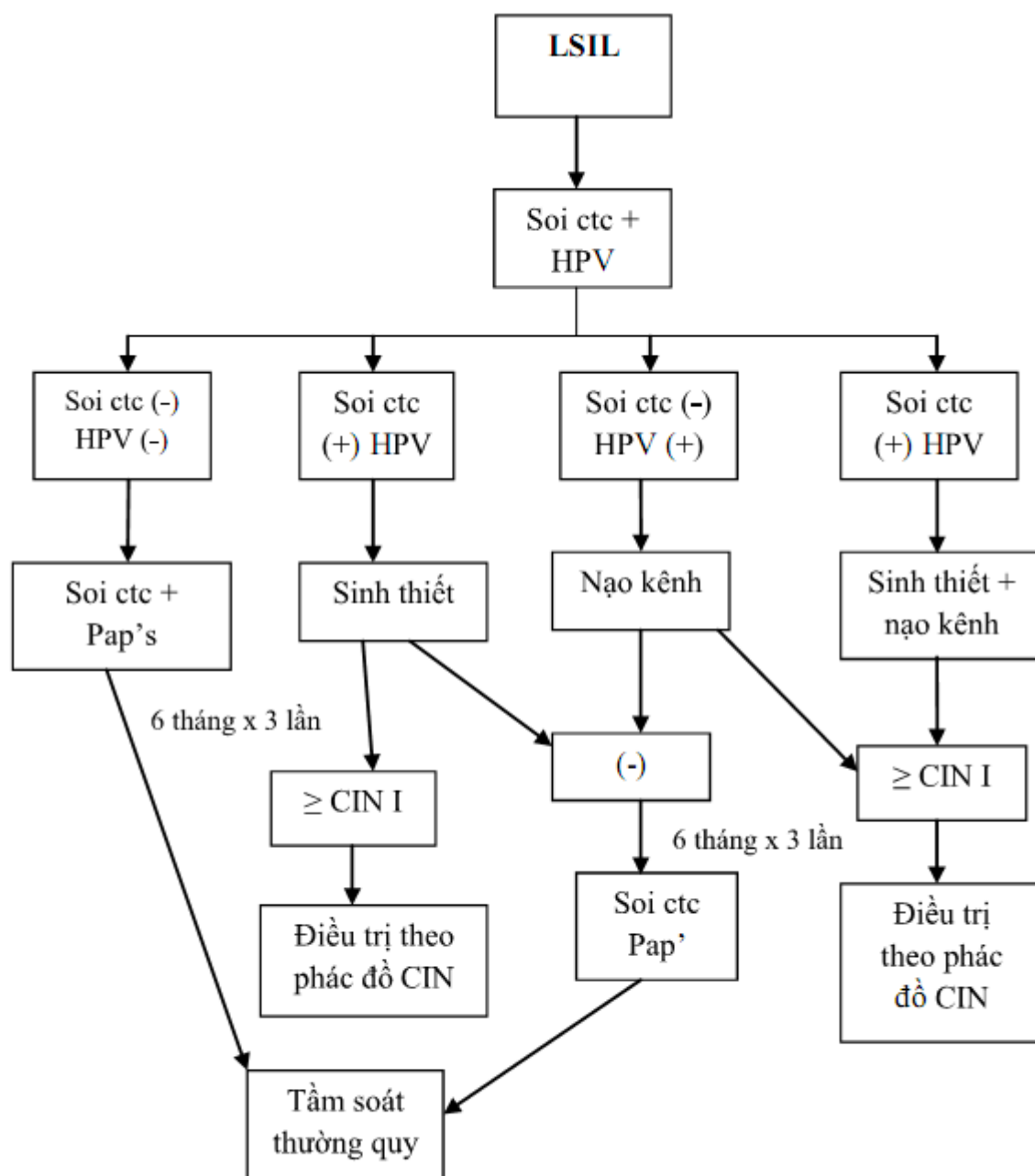
XỬ TRÍ PAP'S BẤT THƯỜNG VÀ TÂN SINH TRONG BIỂU MÔ CỔ TỬ CUNG

ASCUS: *Atypical squamous cells of undetermined significance*

CIN: *Cervical intraepithelial neoplasia*

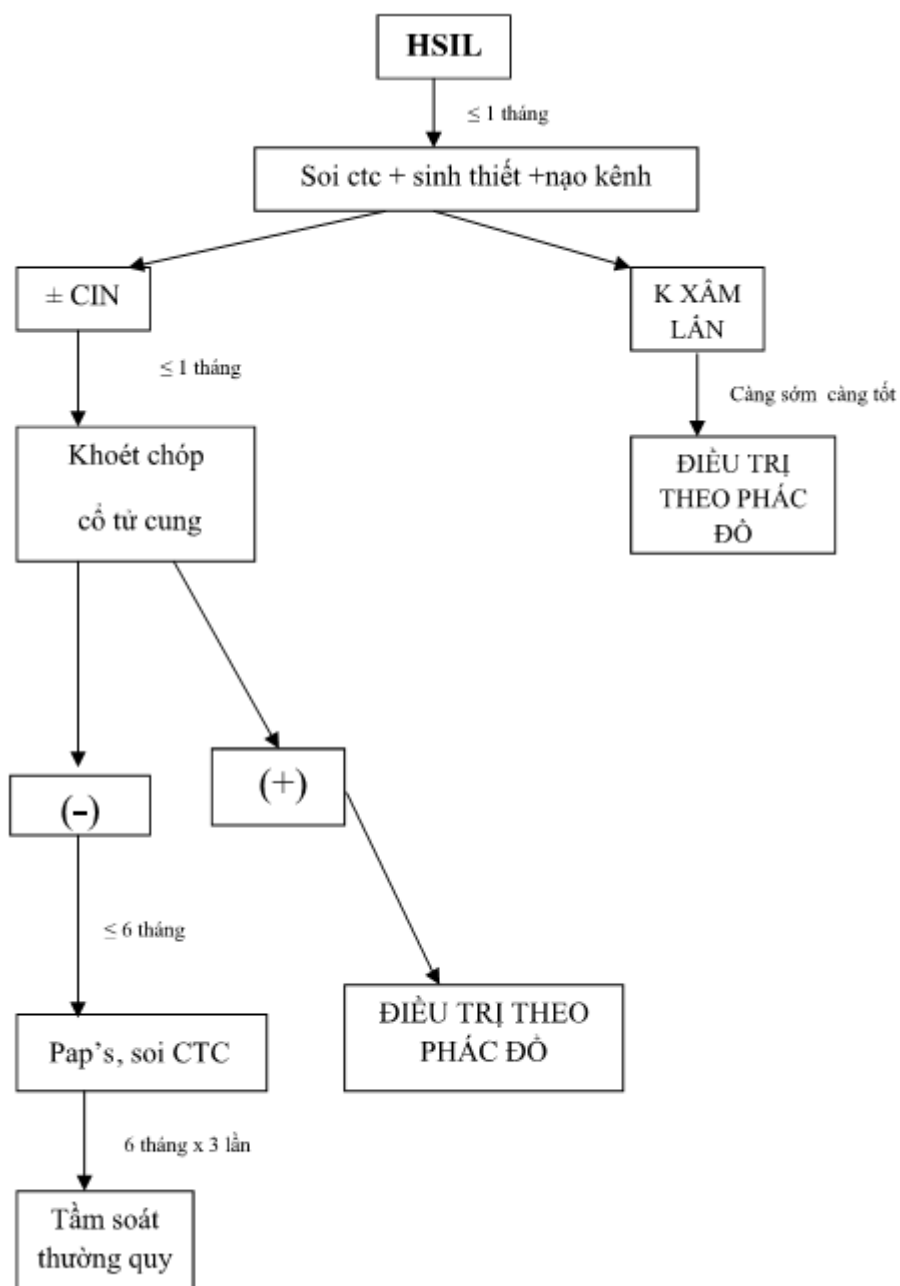
ECC: *Endocervical curettage*

(Hiện tại, BV An Bình chưa làm XN HPV)



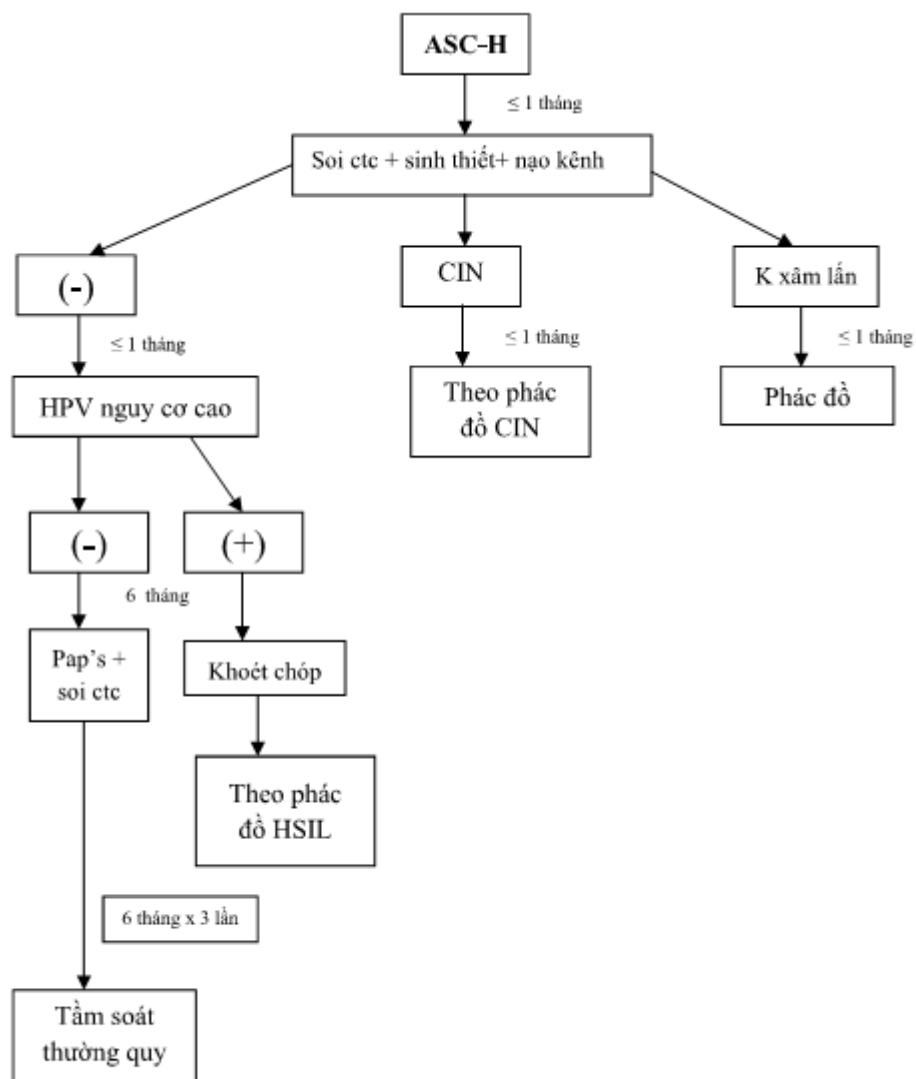
LSIL: *Low grade squamous intraepithelial lesions.*

(Hiện tại, BV An Bình chưa làm XN HPV)



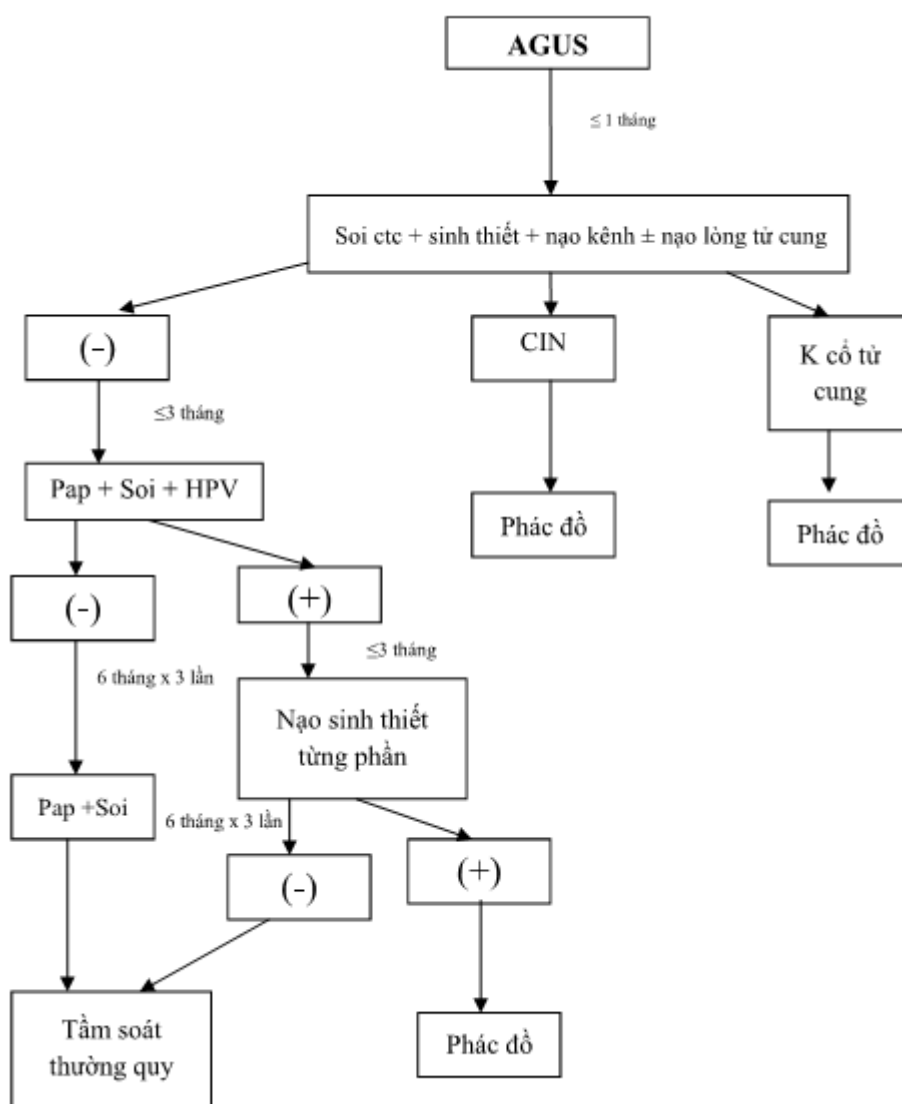
HSIL: High grade squamous intraepithelial lesions.

(Hiện tại, BV An Bình chưa làm XN HPV)

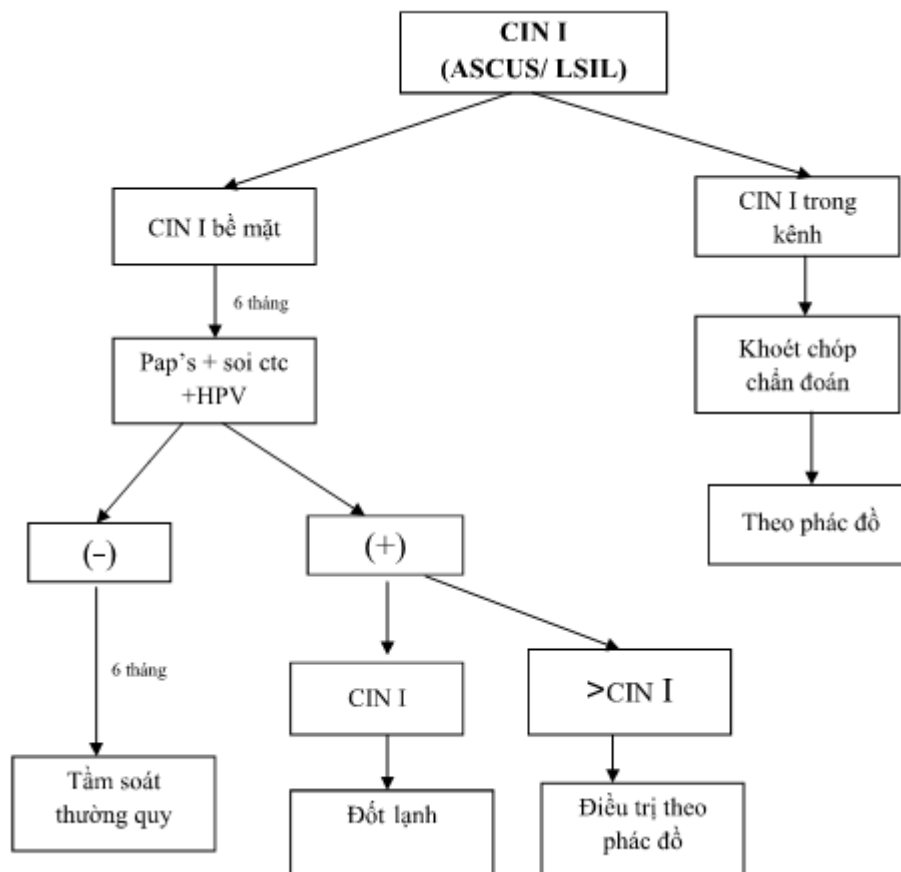


ASC-H (Atypical squamous cells cannot excluded HSIL) tế bào gai không điển hình không thể loại trừ HSIL

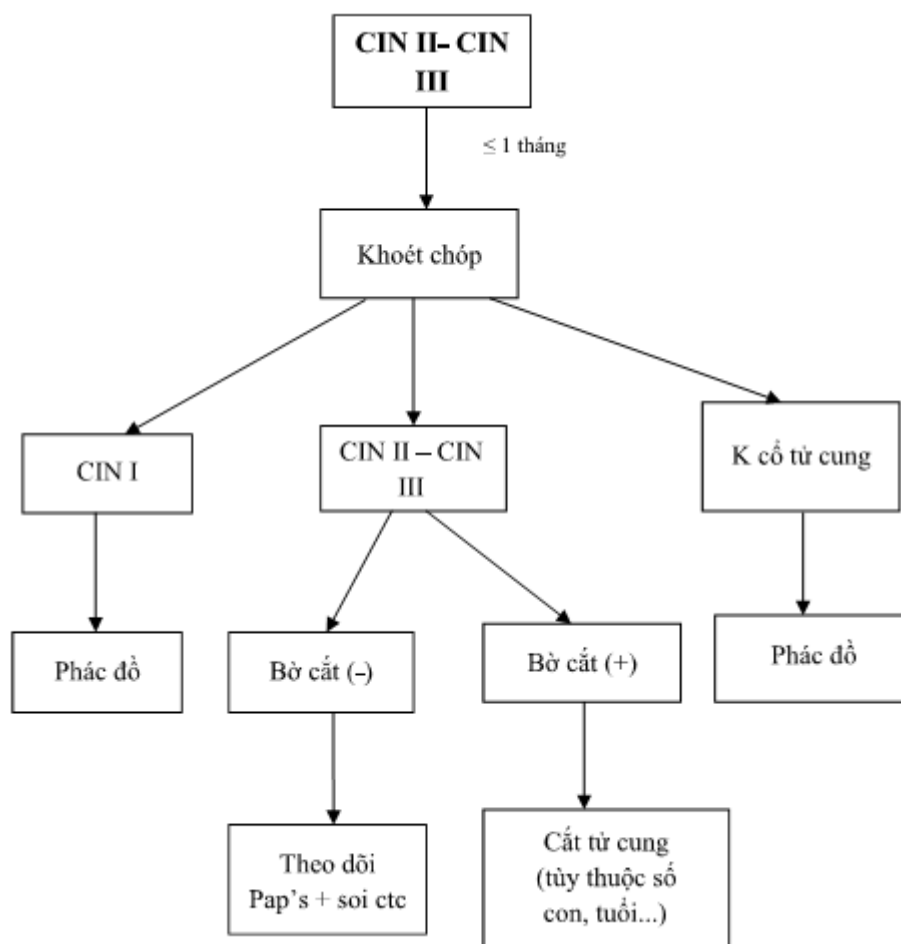
(Hiện tại, BV An Bình chưa làm XN HPV)



(Hiện tại, BV An Bình chưa làm XN HPV)



(Hiện tại, BV An Bình chưa làm XN HPV)



RỐI LOẠN TIỀN MÃN KINH VÀ MÃN KINH

I. TIỀN MÃN KINH

1. Định nghĩa

- Là giai đoạn kéo dài khoảng 2-5 năm trước khi mãn kinh.
- Đây là giai đoạn đặc trưng của sự suy giảm hoặc thiếu Progesteron, FSH và LH tăng.
- Hậu quả của những chu kỳ không rụng trứng và cơ chế phản hồi ngược âm đưa đến tình trạng cường estrogen tương đối.

2. Lâm sàng

- Tăng tính thấm thành mạch: Đau vú, dễ bị phù.
- Chât nhờn CTC trong và lỏng suốt chu kỳ.
- Tăng phân bào ở mô vú và nội mạc TC → tổn thương dị dưỡng hoặc tăng sinh nội mạc TC.
- Rối loạn kinh nguyệt: chu kỳ ngắn hoặc thừa, rong kinh, rong huyết, cường kinh.
- Hội chứng tiền kinh: tăng cân, chướng bụng, trằn bụng dưới, đau vú, lo âu, căng thẳng, bất an.

3. Cận lâm sàng

- Đo lường nội tiết không có ý nghĩa.

4. Điều trị

Có nhu cầu ngừa thai bằng thuốc: thuốc ngừa thai.

Không có nhu cầu ngừa thai bằng thuốc: điều trị bằng Progesteron.

- Thuốc ngừa thai thế hệ mới 20mcg Ethinyl Estradiol và 1mg Desogestrel thích hợp cho những trường hợp có triệu chứng lâm sàng nặng. Có thể sử dụng thuốc ngừa thai cho đến khi mãn kinh ở những phụ nữ không có nguy cơ tim mạch, nhưng tối đa là đến 50 tuổi phải đổi sang nội tiết thay thế.
- Progestins: Dùng 10 ngày mỗi tháng (bắt đầu uống từ ngày 14 đến ngày thứ 23 chu kỳ kinh) để ra kinh khi ngưng thuốc.

II. Mãn kinh

1. Định nghĩa

- Mất kinh liên tiếp 12 tháng.

2. Lâm sàng

- Xảy ra êm đềm hoặc có xáo trộn: bốc hỏa, chóng mặt, nhức đầu, rối loạn tâm lý, mệt mỏi, tê đầu chi, tăng cân.
- Hoặc không xuất huyết TC sau khi ngưng điều trị Progestogen ở những trường hợp rối loạn tiền mãn kinh.

3. Điều trị

• **Mục đích:** Điều trị các triệu chứng than phiền.

• **Chỉ định:**

- Triệu chứng vận mạch nhẹ.
- Thay đổi lối sống: tập thể dục, yoga, thư giãn.
- Điều trị nội tiết.
- Vitamin E, thuốc bổ.
- Khẩu phần ăn có đậu nành & chế phẩm estrogen thực vật.
- Khẩu phần ăn cá ít thịt, nhiều rau quả tươi.

• **Chống chỉ định tuyệt đối:**

- K sinh dục phụ thuộc estrogen: K vú, K NMTC.
- Thuyên tắc mạch đang diễn tiến.
- Bệnh lý gan, nhất là gan mật đang diễn tiến.

• **Chống chỉ định tương đối:**

- Rối loạn mãn tính chức năng gan.
- Tăng HA không kiểm soát.
- Tiền căn thuyên tắc mạch.
- Tiểu porphyrine cấp từng hồi.
- Tiểu đường không kiểm soát được.

• **Tác dụng phụ của estrogen thay thế:**

- Xuất huyết âm đạo.
- Tăng cân, giữ nước, buồn nôn, đau vú, thay đổi tính khí.
- Tăng sinh NMTC, K NMTC, xuất huyết âm đạo bất thường.
- K vú: estrogen trị liệu làm bộc lộ K vú chưa biểu hiện → tăng xuất độ K vú.

• **Thời gian sử dụng:**

- Điều trị nội tiết thay thế (HRT) nên dùng ở liều thấp nhất & thời gian ngắn nhất có thể trong điều trị mãn kinh, nên bắt đầu điều trị sớm trước khi mãn kinh thật sự.
- Không nên dùng sau 60 tuổi.

• **Lựa chọn thuốc:**

- Chọn thành phần Estrogen: Nên chọn loại tự nhiên.
- Nên bổ sung progestin ≥ 10 ngày/tháng.

Các loại HRT trên thị trường VN:

- CLIMEN:	21v	2 mg estradiol valerate. 1 mg cyproteron acetate.
- CYCLO- PROGYNOVA:	21v	2 mg estradiol valerate. 0.5mg norgestrel.
- LIVIAL:	28v	2.5mg Tibolone.
- PAUSOGEST:	28v	2 mg estradiol hemihydrate. 1 mg norethisteron acetate.
- PROGYLUTON:	11v	2mg estradiol valerate.
	10v	2mg estradiol valerate. 0.5mg norgestrel.
- PROGYNOVA:	28v	2mg estradiol valerate.

SA CÁC TẠNG VÙNG CHẬU**I. ĐỊNH NGHĨA**

• Sa các tạng trong vùng chậu (POP = pelvic organ prolapse), là sự tụt xuống của TC, BQ, trực tràng (TrTr), thành trước, thành sau âm đạo (AD)... ra khỏi vị trí giải phẫu bình thường, do sự tổn thương và suy yếu các cấu trúc cân cơ và dây chằng nâng đỡ tại sàn chậu.

• Hệ thống nâng đỡ các cơ quan trong tiểu khung:

- Hệ thống nâng đỡ: cơ nâng hậu môn và cơ nông của sàn hội âm.
- Hệ thống treo: dây chằng mu niệu đạo, mạc mu CTC, dây chằng TC cùng, dây chằng ngang CTC, cân Halban, cân TrTr-AD.
- Hệ thống định hướng: dây chằng tròn, dây chằng rộng

• **Phân loại và phân độ sa tạng vùng chậu:**

Vị trí giải phẫu so với thành AD	Tạng chậu sa & Phân loại			XN cần thiết
Thành trước (ngăn trước)	Sa BQ: trung tâm, bên, kết hợp	Sa niệu đạo		Niệu động học
Vòm AD (ngăn giữa)	Túi sa RN: trước, sau	Sa TC	Sa MC	MRI động ± Niệu động học
Thành sau (ngăn sau)	Túi sa TrTr: cao, giữa, thấp	Sa TrTr. Khối lồi trong TrTr-HM		MRI động ± Niệu động học
Tổn thương nút sàn chậu	Tổn thương cơ thắt trong & ngoài hậu môn			SA 3D cơ thắt HM ngả TrTr

Ghi chú viết tắt: AD (âm đạo), BQ (bàng quang), ND (niệu đạo), RN (ruột non), TC (tử cung), MC (mỏm cắt), TrTr (trực tràng), HM (hậu môn), SC (sàn chậu), SA (siêu âm).

• **Phân loại và phân độ sa tạng vùng chậu theo hệ thống POP-Q:**

a. Giúp phân loại sa tạng chậu tùy theo thành phần bị ảnh hưởng thuộc về:

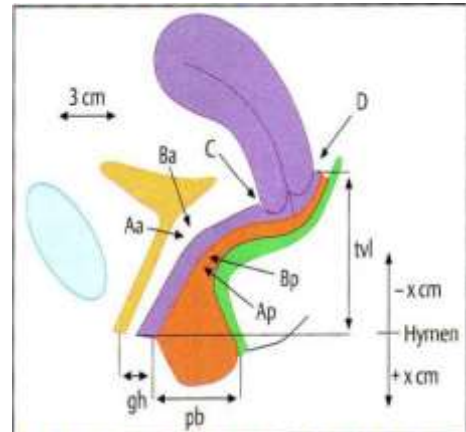
- Ngăn trước (sa BQ, sa niệu đạo)
- Ngăn giữa (sa ruột non, CTC – TC, vòm AD nếu đã cắt TC)
- Ngăn sau (sa trực tràng)

b. Thể hiện một BN có thể sa một hay nhiều các thành phần nêu trên, quyết định điều trị tương ứng theo nguyên tắc phục hồi theo mỗi cấu trúc bị ảnh hưởng.

c. Phân độ sa tạng chậu khách quan, chính xác giúp theo dõi & đánh giá hiệu quả điều trị do dùng thước đo & thể hiện ra đơn vị cm.

• Qui ước: Có 9 mốc cần đo

- Đơn vị cm, BN ở tư thế sản phụ khoa, đầu cao 45°, rặn trong quá trình đánh giá.
- Dụng cụ: van АД, thước đo, kẹp tim, pozzi.
- Điểm cố định: Aa, Ap cách niệu đạo (ND), mép màng trinh 3cm.
- Điểm thay đổi: Ba, Bp là điểm phồng ra xa nhất của đoạn АД từ Aa, Ap đến túi cùng trước và sau khi BN rặn ± hỗ trợ kéo CTC ra bằng pozzi hoặc kẹp tim.
- Cùng đồ: C, D (được tính nếu còn TC).
- Gh: Khe niệu dục.
- Pb: thể sàn chậu (nút sàn chậu)
- Tvl: chiều dài АД.
- Trên/dưới mép màng trinh đánh dấu +/- trước số đo.



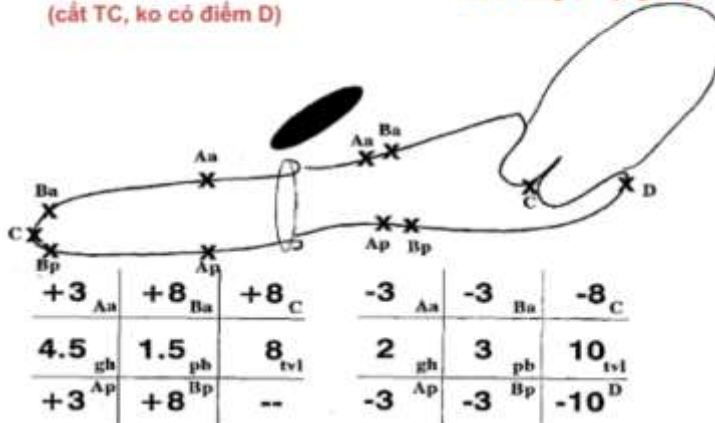
• Phân độ:

- Độ 0: không sa tạng chậu
 - + Aa, Ba, Ap, Bp: 3cm nằm trên màng trinh.
 - Điểm C hay D: $tlv - 2cm < C, D \leq tlv$
- Độ I: B > 1cm trên màng trinh.
- Độ II: B trong khoảng $\pm 1cm$ trên dưới màng trinh.
- Độ III: B > 1cm dưới màng trinh đến $< tlv - 2cm$.
- Độ IV: sa toàn bộ, $B \geq (tlv - 2) cm$.

Trình bày POP-Q theo sơ đồ

B: Sa BQ-TC-TrTr độ IV
(cắt TC, ko có điểm D)

A: Không sa tạng chậu



Aa	Ba	C
Gh	Pb	Tvl
Ap	Bp	D

II. XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN & CHUYÊN BIỆT

1. XNTP thường quy (như các bệnh lý phụ khoa khác), lưu ý:

- Phát hiện và điều trị các yếu tố nguy cơ có thể ảnh hưởng kết quả phẫu thuật (đang có viêm âm đạo, nhiễm trùng tiểu, tiểu đường, thiếu máu,...).
- Loại bỏ bệnh lý phụ khoa (rong kinh, cường kinh, rong huyết), bệnh lý CTC, TC, phần phụ để quyết định có cắt TC không.
- Siêu âm bụng tổng quát khi BN có chỉ định mổ hoặc nghi ngờ thận trọng nước do khối sa chèn ép gây bế tắc đường tiểu dưới.

2. Bilan niệu động học:

- Thường quy với bệnh nhân có bệnh lý các tạng chậu thuộc ngăn trước:
 - + Tiểu không kiểm soát khi gắng sức (TKKSKGS), sa BQ
 - + Hướng dẫn chỉ định điều trị đối với sa BQ và niệu đạo.
 - + Đối chiếu kết quả điều trị trước - sau mổ đối với sa thành trước AD.
- Ở BN có bệnh lý các tạng chậu thuộc ngăn giữa và dưới, cần làm niệu động học khi BN có triệu chứng rối loạn chức năng đường tiêu dưới hoặc khi nghi ngờ khối sa chèn ép lên BQ và cổ BQ.

3. Chụp MRI động (Defecography):

Khảo sát toàn bộ cấu trúc sàn chậu cùng các tạng chậu kèm động học tổng phân.

- Mặc dù kết quả chụp trên MRI động là tiêu chuẩn vàng và là bằng chứng khách quan về phân loại và phân độ các tạng chậu bị sa nhưng cần cân nhắc chỉ định cần thiết chụp do giá thành cao.
- MRI động cần thiết trong trường hợp BN bị rối loạn chức năng đường tiêu hóa dưới điều trị nội thất bại hoặc bị nặng, kéo dài như: tiêu gấp, tiêu không kiểm soát, táo bón hoặc khi BN bị sa các tạng thuộc tầng giữa và dưới từ độ 3 mà chúng ta không thể đánh giá hết được các tạng thuộc hai tầng này bằng khám lâm sàng.

4. Siêu âm 3D ngã trực tràng:

- Đánh giá cơ thắt trong và ngoài hậu môn: khi BN có tổn thương nút sàn chậu, nghi ngờ tổn thương cơ thắt hậu môn, BN có triệu chứng rối loạn chức năng đường tiêu hóa dưới thất bại điều trị.

5. Đo áp lực ống HM, cơ thắt HM:

- Chẩn đoán rối loạn chức năng đường tiêu hóa dưới như: tiêu gấp, tiêu không kiểm soát, táo bón. Đánh giá hiệu quả tập vật lý phục hồi sàn chậu.

6. Đo điện cơ tầng sinh môn:

- Có giá trị trong đánh giá cải thiện chức năng các nhóm cơ sàn chậu. Đánh giá hiệu quả tập vật lý phục hồi sàn chậu.

III. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào lâm sàng theo phân loại và phân độ POP-Q và các xét nghiệm cận lâm sàng, từ đó đưa ra chẩn đoán.

- a. Sa tạng nào.
- b. Số lượng tạng bị sa.
- c. Độ sa của tạng đó.
- d. Có rối loạn tiết niệu kèm theo không (tiểu không tự chủ khi gắng sức, tiểu tồn lưu, bí tiểu, tiểu không kiểm soát hỗn hợp)
- e. Có rối loạn đi cầu kèm theo không.
- f. Về mô tả phân loại và phân độ sa tạng vùng chậu.

Ví dụ chẩn đoán: sa tử cung độ 3, sa bàng quang độ 2, sa trực tràng độ 2, tiểu không kiểm soát khi gắng sức, tổn thương mất nút sàn chậu, rách cơ thắt HM diện rộng, táo bón.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nội khoa:

a. Chỉ định:

- Trong các trường hợp sa các tạng độ 1 -2, chưa có biến chứng hay chưa ảnh hưởng chất lượng sống BN.

b. Điều trị:

- Thay đổi thói quen, sinh hoạt phù hợp.
- Sử dụng nội tiết estrogen tại chỗ (dạng viên đặt âm đạo hay creme bôi thoa).

- Tập vật lý trị liệu phục hồi sàn chậu: tự tập, tập với máy tập sàn chậu, kích thích điện cơ sàn chậu.
- Vòng nâng BQ, TC, TrTr ngã âm đạo và điều trị tiểu không tự chủ khi gắng sức (TKKSKGS).

2. Ngoại khoa :

a. Nguyên tắc

- Phục hồi lại các cấu trúc và chức năng sinh lý cơ quan bị sa của sàn chậu.
- Chỉ định cắt TC khi có bệnh lý tại CTC, TC. Nếu như CTC bình thường và BN có điều kiện theo dõi CTC định kỳ thì nên cắt TC bán phần, giữ lại CTC để tránh phá vỡ cấu trúc nâng đỡ quan trọng của sàn chậu (vai trò của vòng xơ quanh CTC) làm phương tiện cố định các hệ thống nâng đỡ được phục hồi trong phẫu thuật như mảnh ghép, may phục hồi bằng chỉ không tan.

b. Lựa chọn phương pháp PT tùy thuộc:

- Cơ quan bị sa, mức độ sa, có thay đổi chức năng sinh lý sàn chậu.
- Tuổi.
- Tình trạng kinh tế, lối sống.
- Tình trạng sức khỏe người bệnh.
- Điều kiện trang thiết bị hiện có.
- Khả năng và sở trường của PTV.
- Nhu cầu của người bệnh sau khi được tư vấn điều trị cận kề.

3. Chỉ định phẫu thuật điều trị sa tạng vùng chậu:

- Sa tạng chậu từ độ 2 theo POP-Q, có triệu chứng hay biến chứng, ảnh hưởng chất lượng cuộc sống người bệnh, thất bại điều trị bảo tồn 3-6 tháng (pessary) hoặc người bệnh yêu cầu được PT sau khi đã được đánh giá tư vấn đầy đủ.

4. Các phương pháp phẫu thuật

a. Sa thành trước:

- Sa bàng quang: Nâng bàng quang bằng mảnh ghép tổng hợp polypropylene, may phục hồi cân ngang BQ-CTC qua ngã AD/nội soi ổ bụng/mổ hở (repaire of paravaginal defect) khi sa BQ bên < độ 2, may gấp nếp cân BQ-CTC khi sa BQ thể trung tâm < độ 2.
- Niệu đạo: đặt sling dưới niệu đạo (đặt TOT, mini sling hoặc TVT trong trường hợp TKKSKGS nặng nghi do suy cơ thắt niệu đạo với nghiệm pháp Bonney (-), thất bại với TOT trước đó). Phẫu thuật Burch nội soi/mổ bụng hở trường hợp không thực hiện được hoặc thất bại > 2 lần phẫu thuật đặt sling dưới niệu đạo.
(BV An Bình chưa thực hiện các phẫu thuật trên)

b. Sa thành sau:

- Sa trực tràng: Nâng trực tràng bằng mảnh ghép tổng hợp polypropylene mesh (cố định vào dây chằng cùng gai hoặc cơ nâng hậu môn và nút sàn chậu), may phục hồi cân trực tràng âm đạo bằng chỉ tan hay không tan. (BV An Bình chưa thực hiện phẫu thuật này)
- Khâu phục hồi cơ nâng hậu môn.
- Tái tạo, tạo hình nút sàn chậu ± sử dụng mảnh ghép. (BVAB chưa thực hiện phẫu thuật này)

c. Sa TC, mồm cắt:

- Cố định TC/mồm cắt vào mồm nhô bằng chỉ không tan hoặc mảnh ghép tổng hợp
- Cố định TC/mồm cắt vào dây chằng cùng - gai bằng chỉ không tan hoặc mảnh ghép tổng hợp.
- May ngắn dây chằng TC cùng hai bên bằng chỉ không tan (may trong phúc mạc).
- Cố định mồm cắt vào dây chằng TC – cùng.
- Cắt tử cung và cố định mồm cắt.

5. Chỉ định và chống chỉ định đặt mảnh ghép tổng hợp

Phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp là phẫu thuật ưu thế trong việc đạt hiệu quả giải phẫu ngay sau mổ và giữ cho hiệu quả phẫu thuật kéo dài hơn, giảm tỷ lệ tái phát so với phẫu thuật cắt TC hoặc may gấp nếp ÂĐ sửa hội âm kinh điển.

• Mảnh ghép được chỉ định trong trường hợp:

- Sa tạng chậu nặng từ độ 3, sa tái phát, sa móm cắt, tình trạng BN không cho phép phẫu thuật kéo dài hoặc gây mê toàn thân.

• Chống chỉ định tuyệt đối đặt mảnh ghép tổng hợp:

- Bệnh lý rối loạn đông cầm máu, dùng kháng đông kéo dài, xơ gan, suy gan.
- Hiện tại hoặc tiền sử huyết khối/thuyên tắc tĩnh mạch, động mạch.
- Tiểu đường chưa điều trị ổn, không kiểm soát tốt đường huyết.
- Tình trạng suy giảm miễn dịch, dùng corticoid kéo dài.
- Nghiện thuốc lá nặng.
- Tình trạng teo, khiếm khuyết niêm mạc ÂĐ, hệ thống cân cơ dây chằng quá nhiều.
- Tổn thương tiền ung thư âm hộ, ÂĐ, CTC chưa điều trị dứt.
- Hoặc tiền căn tổn thương tiền ung thư âm hộ, ÂĐ, CTC đã điều trị dứt kèm nhiễm HPV type nguy cơ ung thư cao kéo dài đến nay đã được xác định.
- Ung thư cơ quan sinh dục, đường tiêu hóa và tiết niệu dưới.
- Hiện tại hoặc tiền sử xạ trị vùng bụng chậu.
- Hiện tại viêm nhiễm sinh dục chưa điều trị.

• Chống chỉ định tương đối đặt mảnh ghép tổng hợp đặt ra do nguy cơ lộ mảnh ghép trong các trường hợp sau:

- Cắt TC kèm theo lúc mổ.
- Vết thương ở niệu đạo, bàng quang, trực tràng trong lúc mổ.
- Niêm mạc ÂĐ còn quá ít để che phủ mảnh ghép.

• Chọn lựa phẫu thuật điều trị sa tạng chậu ngã ÂĐ hay ngã bụng:**a. Chỉ định phẫu thuật ngã ÂĐ khi:**

- BN lớn tuổi (> 70 tuổi).
- Tình trạng BN không cho phép gây mê kéo dài > 2 giờ.
- BN có tiền sử vết mổ cũ trên bụng nhiều lần (> 2 lần), hoặc tiền sử nhiễm trùng vết mổ.
- BN béo phì ($BMI > 30\text{kg/m}^2$).
- Tiền sử thất bại với các phẫu thuật treo TC ngã bụng.

b. Chỉ định phẫu thuật ngã bụng khi:

- BN trẻ < 60 tuổi hoặc BN < 70 tuổi mong muốn phẫu thuật ngã bụng.
- Sa TC/mồm cắt độ 3-4, sa lộn toàn bộ thành trước sau ÂĐ cần phẫu thuật cố định TC/mồm cắt/ sàn chậu vào móm nhô.
- Thất bại với phẫu thuật điều trị sa tạng chậu ngã ÂĐ trước đó.

c. Chỉ định phẫu thuật kết hợp ngã bụng và ngã ÂĐ khi:

- Kỹ năng phẫu thuật viên không thể thực hiện các phẫu thuật phục hồi sa tạng chậu khó qua ngã bụng như nội soi ổ bụng treo TC vào móm nhô và đặt mảnh ghép nâng BQ-TrTr, khi đó cần kết hợp ngã ÂĐ để đặt mảnh ghép nâng BQ-TrTr, tăng hiệu quả điều trị.
- Sa TC $\geq$ độ 2 kèm sa các tạng chậu khác nhưng tình trạng BN không cho phép phẫu thuật hoặc gây mê kéo dài > 2 giờ.

CHĂM SÓC CHUNG HẬU PHẪU**I. NGÀY 1 (< 24 GIỜ SAU MỔ)****1. Theo dõi:**

- + Tổng trạng, tri giác.
- + Dấu sinh tồn (M, HA, HH, NĐ).
- + Nước tiểu mỗi 4-6 giờ.
- + Tình trạng bụng mỗi 4-6 giờ: các vết mổ có chảy máu, tụ máu không; bụng có chướng, có phản ứng thành bụng không.
- + Âm đạo có ra huyết, ra dịch không.
- + Có nhu động một và trung tiện chưa.

2. Dịch truyền:

- 2000ml/ngày (có thể cho Lactate Ringer, NaCl 0,9%, Glucose 5%, Glucose 10%).
- Kháng sinh: thường dùng KS dạng tiêm chích.
- 12 giờ sau mổ cho ăn loãng (nếu không có lưu ý gì từ phẫu thuật viên) và ăn lại bình thường khi có nhu động ruột.
- Vận động sớm tại chỗ (ngồi lên, đi quanh giường...).

II. NGÀY 2 ĐẾN KHI XUẤT VIỆN**1. Theo dõi:**

- Kháng sinh: có thể tiếp tục dùng KS tiêm chích hoặc đổi KS uống tùy y lệnh của BS.
- Ngưng dịch truyền hoàn toàn từ ngày 3, nếu không có chỉ định đặc biệt.
- M, HA, nhiệt độ, hô hấp, nước tiểu mỗi 12 giờ.
- Rút sonde tiểu / ống dẫn lưu khi có chỉ định Bác sĩ.
- Tình trạng bụng (chướng, phản ứng thành bụng, vết mổ,...).
- Âm đạo có ra huyết, ra dịch không, có trung tiện lại chưa.
- Khuyến khích ngồi dậy, đi lại nhiều hơn.
- Cho ăn uống lại bình thường.
- Khám âm đạo trước khi xuất viện.
- Xin kết quả GPBL trước khi ra viện nếu có yêu cầu.

2. Hướng dẫn khi xuất viện:

- Lấy GPBL 2 tuần sau xuất viện, trừ khi có yêu cầu đặc biệt từ phẫu thuật viên.
- Hướng dẫn 4-6 tuần sau mổ tùy theo tình trạng bệnh.
- Trở lại BV hoặc cơ sở y tế gần nhất ngay khi có dấu hiệu bất thường (đau bụng, sốt, ra huyết).
- Cắt chỉ 5-7 ngày sau mổ tại BV hay Y tế địa phương.
- Tư vấn bệnh khám dinh dưỡng đầy đủ, không ăn kiêng.
- Tư vấn những trường hợp phẫu thuật nặng nề có tai biến, tái khám khi có gì lạ và giới thiệu khám chuyên khoa

III. ĐÁNH GIÁ SAU MỔ VÀ TRƯỚC XUẤT VIỆN**1. Mổ cắt tử cung:**

- Mổ cắt có chảy máu không, nếu nhiều → khâu cầm máu mổ cắt.
- Mổ cắt có viêm không (sốt, đau bụng, dịch âm đạo hôi, mồm cắt phù nề ấn đau nhiều, BC đơn nhân trung tính tăng, CRP tăng, siêu âm phù nề mồm cắt...) → nếu có: đổi

kháng sinh liều cao, phổ rộng + phối hợp rửa âm đạo hằng ngày với Betadin (Povidon) và đánh giá lại.

- + Nếu diễn tiến tốt (hết sốt, hết đau bụng, BC giảm, CRP giảm...).
- + Nếu diễn tiến không tốt (tụ dịch mủm cắt) → phá mủm cắt, kháng sinh phổ rộng + phối hợp rửa âm đạo 5 ngày.
- Hẹn tái khám 4-6 tuần sau mổ tại phòng khám phụ khoa hoặc trở lại BV ngay khi có dấu hiệu bất thường (đau bụng, sốt, ra huyết).

2. Mổ U buồng trứng trên BN có thai:

● Giảm gò TC sau mổ:

- Alverin citrate 40mg 1 viên x 2-3 lần/ngày, uống 5-7 ngày.
- Salbutamol 2mg ½ - 1 viên x 2-3 lần/ngày, uống 5-7 ngày.
- Progesterone 25mg 2 ống x 1 - 2 lần/ngày, tiêm bắp trong 5-7 ngày, hoặc
- Progesterone 100mg 1 viên x 2 lần/ngày, đặt âm đạo trong 5-7 ngày, hoặc
- Didrogestosterone (Duphaston) 10 mg 1 viên x 2 lần/ngày, uống trong 5-7 ngày.
- Theo dõi tim thai, có ra huyết âm đạo không.
- Xin GPB sớm nếu có nghi ngờ ung thư.
- Siêu âm kiểm tra tình trạng thai trước khi xuất viện.
- Hẹn tái khám lại tại phòng khám thai 4 tuần sau mổ hay trở lại BV ngay khi có gì lạ.

CHĂM SÓC HẬU PHẪU CẮT TỬ CUNG NGẢ ÂM ĐẠO

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện sớm những bất thường sau mổ.
- Chảy máu móm cắt, âm hộ, TSM.
- Tổn thương bàng quang, niệu quản.
- Nhiễm trùng móm cắt, viêm phúc mạc khu trú, viêm phúc mạc toàn thể.
- Bán tắc ruột, liệt ruột.

II. THEO DÕI

- Tổng trạng, dấu sinh tồn: mạch, HA, nhiệt độ, nhịp thở.
- Lượng nước vào ra (quan trọng là nước tiểu trong 24 giờ).
- Trung tiện (bình thường 24 giờ - 48 giờ).

III. CHẾ ĐỘ DINH DƯỠNG

- Ngày 1 : dịch truyền + nước.
- Ngày 2: ăn loãng.
- Ngày 3: cháo thịt, cơm nhão, soup.
- Ngày 4: cơm thường.

IV. THUỐC

- Kháng sinh.
- Tập vận động sớm.

V. LƯU Ý

- Rửa âm đạo khi cần bằng dung dịch Povidon Iodin 5% (Betadine 5%) pha loãng.
- Trường hợp có treo cổ bàng quang, chăm sóc hậu phẫu tùy theo phương pháp phẫu thuật mà phẫu thuật viên áp dụng, chủ yếu theo dõi sự đi tiểu, cảm giác, lượng nước tiểu trong một ngày.
- Dẫn lưu bàng quang trong 24-48 giờ hoặc tùy theo yêu cầu của phẫu thuật viên.
- Theo dõi móm cắt (có máu tụ, nhiễm trùng, sốt gạc hay không), vết may TSM (bầm, tụ dịch, tụ máu, nhiễm trùng).

CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG SAU MỔ

I. VẾT THƯƠNG SẠCH KHÔ

- Không thay băng vết thương.
- Cắt chỉ sau mổ 5-7 ngày.

II. VẾT THƯƠNG CHẢY MÁU

- Chảy máu ít thấm băng: thay băng và băng ép chặt vết thương.
- Chảy máu nhiều: kiểm tra vết thương, may cầm máu.

III. TỤ MÁU VẾT THƯƠNG

- Thể hiện bằng một đám bầm tím gồ lên vết mổ.
- Xử trí: cắt một mối chỉ lấy hết máu cục, rửa sạch vết thương, băng ép.

IV. NHIỄM TRÙNG VẾT MỔ

- Xảy ra ngày thứ 4 -5 sau mổ, vết mổ sưng đau.
- Cắt một mối chỉ để thoát dịch, để hở vết mổ.
- Điều trị kháng sinh và may da thì 2.

V. PHẢN ỨNG CHỈ THÀNH BỤNG

- Trong thời kỳ hậu phẫu, tại một chỗ trên vết mổ bị tấy đỏ, chảy một ít dịch đục như mủ. Sau đó tự hết lại, dần dần xuất hiện nhiều lỗ dò khác, chỉ khỏi khi lấy chỉ ra.

CHĂM SÓC ỐNG DẪN LƯU

I. CHỈ ĐỊNH ĐẶT ỐNG DẪN LƯU

- Dẫn lưu sau phẫu thuật cắt bỏ khối u hoặc các bộ phận bị dính, hoặc nghi ngờ có thể chảy máu sau mổ.
- Dẫn lưu để thoát dịch tồn đọng sau phẫu thuật nhiễm trùng ổ bụng.

II. CÁC LOẠI DẪN LƯU

- Có rất nhiều loại ống dẫn lưu, trong sản phụ khoa thường dùng nhất là dẫn lưu Penrose, Redon, Drain, Sump Drain.

II. VỊ TRÍ ĐẶT DẪN LƯU

- Vùng có ổ mủ.
- Vùng thấp (hai hố chậu, cùng đồ Douglas), rãnh đại tràng và vùng dưới gan.

III. THỜI GIAN LƯU ỐNG DẪN LƯU

- Ống dẫn lưu thường được giữ cho đến khi thoát hết dịch. Tuy nhiên không nên giữ ống dẫn lưu quá 72 giờ.

IV. CHĂM SÓC ỐNG DẪN LƯU

- Theo dõi dịch chảy ra (tính chất, số lượng, màu sắc, mùi...).
- Chăm sóc chân ống dẫn lưu (rửa, thay băng).
- Theo dõi tắc ống dẫn lưu (để tránh tình trạng này khi thay băng mỗi ngày phải di động ống dẫn lưu).
- Thay túi dẫn lưu mỗi ngày.

SỐT SAU MỔ LẤY THAI

I. ĐỊNH NGHĨA

Sốt sau mổ lấy thai là sốt từ trên 24 giờ sau khi mổ với thân nhiệt từ 38°C trở lên. Đây là triệu chứng do nhiều nguyên nhân khác nhau với mức độ nặng nhẹ khác nhau.

II. CÁC NGUYÊN NHÂN GÂY SỐT SAU MỔ LẤY THAI



III. CÁC DẤU HIỆU & XỬ TRÍ

1. Nhiễm khuẩn vết mổ:

- Dấu hiệu chính: vết mổ sưng, có dịch tiết là máu hay mủ, tấy đỏ quanh vết khâu.
- Xử trí: cắt chỉ cách quãng, dẫn lưu thoát dịch. Rửa vết mổ bằng dung dịch sát khuẩn và thay băng tối thiểu ngày 2 lần.

2. Căng tức vú:

- Dấu hiệu chính: vú căng đau cả hai bên, xuất hiện muộn 3 - 5 ngày sau mổ lấy thai.
- Xử trí:

+ Đắp mát, hút sữa, giữ vệ sinh vùng vú.

+ Nếu người mẹ cho con bú, khuyến khích tiếp tục cho con bú.

3. Tắc ống dẫn sữa:

- Đắp mát, hút sữa.
- Thuốc giảm tiết sữa.

4. Abces vú:

- Kháng sinh, giảm đau.
- Rạch abcess, dẫn lưu.

BÍ TIỂU SAU SINH MỔ

I. ĐỊNH NGHĨA

Bí tiểu sau mổ là tình trạng rối loạn đường tiểu, biểu hiện bằng cảm giác muốn đi tiểu nhưng không thể tiểu được và có cầu bàng quang căng khi khám.

II. NGUYÊN NHÂN

- Do gây mê, gây tê.
- Thần kinh quá lo lắng.
- Tổn thương do thủ thuật thô bạo, dập bàng quang → liệt bàng quang → bí tiểu.

III. XỬ TRÍ

- Dội nước âm vùng âm hộ, vận động sớm, tập tiểu.
- Nếu thủ thuật trên thất bại thì đặt sonde tiểu và lưu trong 24 giờ.
- Tập bàng quang, 03 giờ tiểu 1 lần (mở sonde) cho tới lúc tạo được cảm giác mắc tiểu, cho sản phụ tiểu qua sonde → rút sonde.
- Thuốc:
 - + Domitazol 2 viên x 2 lần/ngày, uống trong 5 ngày.
 - + Xatral SR (Alfuzosin) 5 mg 01 viên x 2 lần/ngày, uống trong 5 ngày (giảm áp lực niệu đạo).
 - + Nếu sử dụng thuốc không hiệu quả thì tiến hành đặt thông tiểu, lưu lại, tập bàng quang.

TẮC RUỘT SAU MỔ**I. TRIỆU CHỨNG**

- Ói.
- Bí trung – đại tiện.
- Đau bụng từng cơn, bụng chướng.

II. XỬ TRÍ

- Chụp X-quang bụng đứng, không sửa soạn → mức nước hơi (+).
- Siêu âm → các quai ruột giãn, chứa nhiều hơi.
- Công thức máu - Hct, có dấu nhiễm trùng, bạch cầu tăng, CRP tăng
- Ureé / máu - Ion đồ → có rối loạn nước điện giải.

III. CHẨN ĐOÁN & HƯỚNG XỬ TRÍ

Dấu hiệu lâm sàng	Liệt ruột sau mổ	Tắc ruột sau mổ
Đau bụng	Gây khó chịu do chướng bụng nhưng không đau nhiều	Đau càng ngày càng nhiều
Thời gian hậu phẫu	Thông thường trong vòng 48 – 72 giờ	Thường muộn hơn có thể 5 – 7 ngày
Buồn nôn và nôn	+	+++ , càng ngày càng tăng
Chướng bụng	+	+++ , càng ngày càng tăng
Nhu động ruột	Mất hay giảm	Dấu rắn bò Tăng nhu động ruột
Sốt	+/-	+/-
Siêu âm	Các quai ruột giãn	Các quai ruột giãn rộng, có dịch trong ổ bụng, kết hợp với nhiễm trùng trong lòng tử cung hoặc vết mổ
X-quang bụng không sửa soạn	Dẫn quai ruột non + ruột già Ruột già đầy hơi	Một hoặc nhiều quai ruột dẫn (thường là ruột non) với mức nước hơi (+)
Điều trị	Hút dịch dạ dày Đặt sonde trực tràng Điều chỉnh nước, điện giải Thuốc kích thích nhu động ruột	Hút dịch dạ dày liên tục để giảm áp Kháng sinh phối hợp liều cao Điều chỉnh nước điện giải Hội chẩn ngoại tổng quát

VIÊM PHÚC MẠC SAU PHẪU THUẬT SẢN PHỤ KHOA

Viêm phúc mạc (VPM) là 1 trong các tai biến nhiễm trùng nặng sau phẫu thuật.

Tại bệnh viện Từ Dũ tỉ lệ VPM sau mổ lấy thai khoảng 1-4/10.000 và sau mổ phụ khoa khoảng 1-3/10.000.

I. PHÂN LOẠI CHUNG

- **VPM nguyên phát:** không tổn thương tạng, do vi khuẩn từ đường tiêu hóa hay đường máu vào trong ổ bụng mà không có nguồn rõ ràng. Có khoảng 10-30% bệnh nhân xơ gan cổ trướng bị VPM nguyên phát với tỷ lệ tử vong khoảng 25%.
- **VPM thứ phát:** là hậu quả của viêm cơ quan nội tạng (như viêm một thừa, viêm túi thừa), không thủng tạng <10%, có thủng tạng > 50%, tai biến nhiễm trùng phẫu thuật ổ bụng, phẫu thuật sản phụ khoa, .. cần điều trị được bằng phẫu thuật.
- **VPM tái phát:** tái phát nhiễm trùng sau khi điều trị VPM đầy đủ, thường thấy ở những bệnh nhân có bệnh lý đi kèm hoặc những người đang suy giảm miễn dịch.
- Riêng trong lãnh vực sản phụ khoa chúng ta thường gặp 2 loại VPM thứ phát và tái phát.

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

1. Do bệnh nhân:

- Suy dinh dưỡng, điều kiện kinh tế thấp.
- Bệnh nội khoa: gan, thận, tiểu đường,...
- Thiếu máu Hb < 12 g%.
- Tuổi > 60, béo phì.
- Có vết mổ cũ.
- Thời gian nằm viện trước mổ càng lâu nguy cơ nhiễm trùng tăng; nằm viện 1 ngày nguy cơ nhiễm trùng 1,1%, nằm viện 1 tuần nguy cơ nhiễm trùng 2%, nằm viện hơn 2 tuần nguy cơ nhiễm trùng 4,3%.
- Thời gian chuyển dạ, vỡ ối kéo dài làm tăng nguy cơ nhiễm trùng.

2. Do phẫu thuật

- Phẫu thuật (PT) phức tạp, thời gian phẫu thuật dài, nguy cơ nhiễm trùng tăng gấp 2 lần sau mỗi giờ PT ngay cả vết mổ sạch.
- PT mất máu nhiều, có máu tụ, nhiều mô hoại tử, nhiều vật lạ.
- Kháng sinh dự phòng thất bại.
- PT trong phòng mổ nhiễm, PT cấp cứu nhiễm trùng tăng gấp 2 lần.

III. NGUYÊN NHÂN

- Các loại vi trùng gây VPM:

+ VT hiếu khí thường gặp: Lactobacillus, Streptococcus.

Diphtheroides, Staphylococcus.

E.coli, Enterococcus.

+ VT kỵ khí thường gặp: Bacteroides, Clostridia.

- VPM thứ phát sau mổ do nhiễm trùng trong phẫu thuật, nhiễm trùng vết mổ lấy thai, mổ cắt tử cung, tổn thương ruột, bàng quang, niệu quản....
- VPM tái phát thường do: Enterobacter, Pseudomonas, Enterococcus, Staphylococcus, và Candida sp.

- Viêm phúc mạc sau phẫu thuật vùng chậu thường do nhiều loại vi trùng, phần lớn (60%) do vi trùng kỵ khí, 20% cầu trùng hiếu khí Gram (+), 20% trực trùng hiếu khí Gram (-).
- Nhiễm trùng trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật thường do cầu trùng Gram(+) hay đôi khi do trực trùng Gram(-). (Penicillin phổ rộng hay Cephalosporin là lựa chọn tốt nhất trong các nhiễm trùng sớm).
- Nhiễm trùng sau 48 giờ đầu thường do vi trùng kỵ khí.

IV. TRIỆU CHỨNG

1. Triệu chứng cơ năng:

- Đau bụng, sốt. Lưu ý: VPM trên bệnh nhân bị xơ gan giai đoạn muộn hoặc nhiễm trùng huyết nặng có thể chỉ sốt nhẹ.
- Khó thở, buồn nôn/nôn, ớn lạnh, chán ăn, tiểu ít, lo lắng.

2. Triệu chứng thực thể:

- Mạch nhanh, sốt > 38°C, nhịp thở nhanh nông.
- Bụng: phản ứng dội, đau, thành bụng cứng, bụng chướng với tiếng ruột giảm hoặc không có. (Đau bụng có thể không rõ ở bệnh nhân sau mổ lấy thai hoặc có cổ tử cung do xơ gan).

3. Cận lâm sàng:

- Huyết đồ, bạch cầu tăng > 11.000/mm³, BC đa nhân tăng.
- Cây máu, CRP tăng.
- Procalcitonin tăng.
- Phân tích và cấy nước tiểu.
- Chức năng gan, thận.
- Amylase, lipase.
- Đông máu toàn bộ.
- Ion đồ.

4. Chẩn đoán hình ảnh:

- Chụp bụng nằm ngửa hay đứng không sửa soạn, có khí trong ổ bụng, ruột non, đại tràng giãn rộng, phù nề thành ruột.
- Siêu âm có thể có khối trong ổ bụng, có dịch ổ bụng.
- CT có cản quang ruột hoặc MRI: có khối trong ổ bụng, có dịch ổ bụng, có dịch cản quang lan vào ổ bụng. Trên hình ảnh CT, MRI thấy được phúc mạc thành bụng dày, nếu do sót gạc hoặc dị vật cũng có thể thấy được.

5. Chọc hút dịch ổ bụng:

- Trong trường hợp khó chẩn đoán, làm các xét nghiệm:
 - + Đếm hồng cầu, bạch cầu.
 - + Cấy tìm vi trùng (âm tính giả trong 80% trường hợp).
 - + Nhuộm Gram.
 - + Protein toàn phần, Glucose, Albumin.
 - + Lactate dehydrogenase, Amylase, Lipase.
- Trong VPM nguyên phát: thường dịch ổ bụng có nhiều bạch cầu đa nhân (BCĐN) ≥ 250 /mm³ (nếu cấy dương tính, có thể gặp 1 loại vi trùng trong 90% trường hợp).

- VPM thứ phát: bạch cầu đa nhân $\geq 250/\text{mm}^3$ hay $\geq 500 \text{ BC}/\text{mm}^3$ (cấy có thể gặp nhiều loại vi trùng).
- VPM thứ phát điển hình có ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:
 - + Protein toàn phần trong dịch ổ bụng $> 1\text{g}/\text{dl}$.
 - + Glucose dịch ổ bụng $< 50 \text{ mg}/\text{dl}$ ($2,8 \text{ mmol}/\text{l}$).
 - + Tăng lactate dehydrogenase $\geq 225 \text{ UI}/\text{l}$.
- Các trường hợp VPM do ung thư, viêm tụy, xuất huyết vào dịch ổ chướng, lao phúc mạc, cũng có BCĐN $\geq 250 /\text{mm}^3$, nhưng tỉ lệ BCĐN thường $< 50\%$ tổng số BC. Thêm vào đó cấy vi trùng thường âm tính.
- Dịch ổ bụng cấy mọc nhiều loại vi trùng nhưng BCĐN $< 250 \text{ BC}/\text{mm}^3$ thường do vi trùng lan tràn qua lỗ thủng ruột sau chọc rút dịch ổ bụng. Rủi ro này hiếm gặp chiếm tỉ lệ $< 0,6\%$ các trường hợp chọc dò ổ bụng và tỉ lệ tử vong thấp.

V. CHẨN ĐOÁN

1. Phần lớn căn cứ trên lâm sàng:

- Sốt $> 38^\circ\text{C}$ kéo dài.
- Đau bụng nhiều.
- Có phản ứng thành bụng (sau MLT thành bụng nhão dấu hiệu không rõ).
- Chướng bụng, liệt ruột.
- Dịch ổ bụng.
- Choáng nhiễm trùng, nếu để muộn.

2. Phối hợp với các kết quả cận lâm sàng:

- BC $\geq 11.000 \text{ BC}/\text{mm}^3$.
- CRP tăng cao.
- SÂ: có dịch ổ bụng, tăng nhanh, dịch không đồng nhất, có echo, thấy tổn thương nơi nguyên phát.
- X-Quang: liệt ruột, nếu có tổn thương ruột có thể thấy liềm hơi dưới cơ hoành trên phim chụp bụng đứng.
- Chọc dò qua thành bụng dưới siêu âm sẽ thấy có dịch đục mủ, xét nghiệm dịch ổ bụng: có BC đa nhân $> 250 \text{ BC}/\text{mm}^3$, tế bào mủ. VPM thứ phát điển hình có ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:
 - + Protein toàn phần trong dịch ổ bụng $> 1 \text{ g}/\text{dl}$.
 - + Glucose dịch ổ bụng $< 50 \text{ mg}/\text{dL}$ ($2,8 \text{ mmol}/\text{l}$).
 - + Tăng Lactate dehydrogenase $> 225 \text{ UI}/\text{l}$.

VI. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Abscess dưới hoành, dưới gan, trong ổ bụng, vùng chậu, viêm phúc mạc do ruột thừa vỡ.
- Liệt một, xoắn một, lồng một, rối loạn tiêu hóa.
- Viêm hạch mạc treo, viêm ruột thừa, viêm tụy, viêm phần phụ, viêm cầu thận.

VII. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

- Hồi sức tích cực.
- Kháng sinh phổ rộng, phối hợp nhiều kháng sinh.

- Phẫu thuật cấp cứu thám sát, lấy ổ nhiễm trùng, rửa bụng, dẫn lưu.

2. Hồi sức:

- Đặt thông dạ dày để giảm chướng ruột.
- Thở oxy nếu bệnh nhân thấy khó thở.
- Bù dịch điện giải, tránh rối loạn hệ thống thứ phát.
- Truyền Albumin 1,5g/kg Truyền TM ngày thứ 1-2, sau đó 1g/kg ngày thứ 3 cho viêm phúc mạc thứ phát để ngừa hội chứng gan thận.
- Đặt thông Foley theo dõi lượng nước tiểu.

3. Kháng sinh:

- Kháng sinh phổ rộng và phối hợp nhiều kháng sinh sử dụng ngay khi nghi ngờ nhiễm trùng, dịch ổ bụng có BC đơn nhân $> 250/\text{mm}^3$. Điều chỉnh kháng sinh theo kết quả kháng sinh đồ.
- Viêm phúc mạc thứ phát: cần kháng sinh bao vây các vi trùng kỵ khí, hiếu khí Gram âm và các vi trùng cơ hội khác.
- Các kháng sinh có thể chọn lựa:

+ Các loại thuốc kháng sinh Cephalosporine: (và còn nhiều loại khác nữa cũng có thể dùng)

. Cefotaxime 2 g TM mỗi 8 giờ x 5-14 ngày; thuốc vào dịch ổ bụng tốt và không hại thận; tác dụng phụ thường gặp là nổi mẩn đỏ.

. Ceftriaxone 1g TM/24 giờ x 5-14 ngày.

. Ampicillin 2g + Sulbactam 1g (Auropenz 3g) TM mỗi 6 giờ x 5-14 ngày.

. Ceftazidime pentahydrate (Akedim) 1.5g 1 lọ x 2 lần TM/ngày x 7-14 ngày.

. Cefpirome Sulfate (Laxazero) 2g 1 lọ x 2 lần TM/ngày x 7-14 ngày

+ Quinolones (Norfloxacin, Ofloxacin, Ciprofloxacin, Levofloxacin...) x 7 ngày.

+ Nhóm Aminoglycosides (Gentamycin, Amikacin, Tobramycin, Kanamycin...) x 7 ngày.

+ Các kháng sinh có tác dụng trên vi trùng kỵ khí: Metronidazole, Cefotetan, Ticarcillin-Kali Clavulanate, Piperacillin-Tazobactam, Imipenem, Ertapenem 1g (Invanz)...

4. Phẫu thuật:

- Phẫu thuật mở bụng khẩn cấp: lấy sạch ổ nhiễm trùng, rửa sạch ổ bụng và dẫn lưu, lưu ý hốc gan lách tránh áp xe tồn lưu sau này.
- Nếu VPM sau mổ lấy thai do nhiễm trùng vết mổ cơ tử cung, cần thận trọng khi quyết định bảo tồn vì nguy cơ tái phát cao.

5. Chăm sóc, dinh dưỡng:

- Nhịn ăn uống.
- Nuôi ăn qua đường tĩnh mạch.
- Cân bằng nước và điện giải.
- Chỉ cho ăn sau khi có tiếng ruột, hay đại tiện được.
- Rút dẫn lưu ≥ 4 ngày sau mổ.

6. Dự phòng:

- Chuẩn bị tốt bệnh nhân trước mổ, thực hiện đầy đủ các qui trình vô trùng.

- Kháng sinh dự phòng các phẫu thuật sản phụ khoa.
- Các trường hợp phẫu thuật khó, dính, có dịch cổ chướng từ trước phẫu thuật, chảy máu nhiều, khó cầm máu... nên đặt dẫn lưu mủm cắt hoặc qua hốc chậu.
- Trong phẫu thuật cần thận trọng lúc sử dụng máy đốt điện vì tổn thương có thể xảy ra 1-2 tuần sau mổ.
- Theo dõi hậu phẫu cần lưu ý kỹ các triệu chứng dấu hiệu như sốt, đau bụng. Trong 48 giờ đầu sau mổ phần lớn do chưa bù đủ dịch, nhưng cũng không loại trừ được nhiễm trùng Gram (+), cần đánh giá cẩn thận, không để muộn.
- Với các trường hợp sau mổ lấy thai, cần theo dõi kỹ thu hồi tử cung, màu sắc, mùi hôi sản dịch nếu có là đã có nhiễm trùng trong tử cung, cần nạo kiểm tra và cho thuốc co tử cung để tránh ứ đọng sản dịch và giảm nguy cơ bung vết mổ lấy thai và VPM.
- Với các trường hợp đã cắt tử cung, nếu có sốt sau mổ cần khám kỹ xem có máu tụ mủm âm đạo, nếu nghi ngờ kiểm tra bằng siêu âm và nên tháo mủm vào ngày hậu phẫu thứ 3 để thoát máu, dịch ứ đọng, tránh nhiễm trùng lan rộng gây VPM.

VIII. TIỀN LƯỢNG

- Tỷ lệ tử vong VPM nguyên phát tới 80% nếu bệnh nhân được phẫu thuật thám sát không cần thiết.
- VPM thứ phát không biến chứng tỷ lệ tử vong < 5%; VPM thứ phát nặng tử vong 30-50%, với 1/2 do xuất huyết tiêu hóa, suy thận hay suy gan.
- VPM thứ phát có suy thận là biểu hiện nặng, nguy cơ tử vong cao nhất.
- Các chỉ số tiên lượng xấu:
 - + Bề cao TC cao.
 - + Bệnh nhân lớn tuổi.
 - + Liệt một kéo dài.
 - + Suy kiệt, hoặc ung thư.
- Bệnh nhân VPM thứ phát do nhiễm trùng trong bệnh viện có nguy cơ tử vong cao.

IX. BIẾN CHỨNG

- Giảm thể tích tuần hoàn.
- Nhiễm trùng huyết, choáng nhiễm trùng.
- Suy thận, suy gan.
- Suy hô hấp.
- Áp xe tồn lưu.
- Tắc ruột.

VÔ KINH

I. ĐỊNH NGHĨA

Vô kinh được chia thành hai loại:

- Vô kinh nguyên phát là hiện tượng không ra kinh từ tuổi dậy thì 16 - 18 tuổi.
- Vô kinh thứ phát là tình trạng mất kinh liên tiếp từ 3 tháng trở lên ở những phụ nữ có tiền sử đã có hành kinh một thời gian.

II. NGUYÊN NHÂN

1. Vô kinh do có thai.

- Những trường hợp vô kinh khi phụ nữ đang mang thai.

2. Vô kinh do nguyên nhân tuyến yên.

- Bệnh suy toàn bộ tuyến yên (bệnh Simmonds), u tuyến yên, thiếu nội tiết hướng sinh dục tuyến yên đơn thuần
- Hội chứng Sheehan: thiếu năng tuyến yên do hoại tử tuyến yên, có thể xảy ra sau một tình trạng băng huyết sau sanh quá nặng.

3. Vô kinh do nguyên nhân buồng trứng.

- Do cắt bỏ hai buồng trứng, buồng trứng không phát triển (hội chứng Turner), hội chứng stein - leventhal, buồng trứng tinh hoàn (tinh hoàn nữ hóa).

4. Vô kinh do nguyên nhân tuyến giáp trạng

- Cường giáp hoặc thiếu năng tuyến giáp đều có thể gây vô kinh.

5. Vô kinh do nguyên nhân ở tử cung.

- Tử cung dị dạng, không có tử cung, không có cổ tử cung và âm đạo.
- Trên thực tế thường gặp do dính buồng tử cung.
- Do lao nội mạc tử cung, sau lao phổi.
- Do tử cung nhi hóa.

6. Vô kinh do nguyên nhân ở cổ tử cung, âm đạo.

- Trong trường hợp này, nội mạc tử cung vẫn hoạt động, vẫn có thay đổi theo chu kỳ, nội mạc vẫn bong ra hàng tháng, nhưng máu kinh không chảy ra ngoài được vì những nguyên nhân như: cổ tử cung bị bít, không có âm đạo, màng trinh không thủng.
- Những nguyên nhân trên gây ứ máu trong tử cung, hay ứ máu trong tử cung âm đạo.

7. Vô kinh do tăng prolactin.

- Gọi là tăng Prolactin máu khi nồng độ Prolactin huyết thanh > 20 ng/ml.
- Gặp trong khối u tiết prolactin và hội chứng hồ yên rỗng, thứ phát đi kèm đa nang buồng trứng, nhược giáp.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Cần hỏi kỹ tiền căn, chu kỳ kinh nguyệt có hay không?
2. Khám tổng quát và phụ khoa để phát hiện nguyên nhân.

Kiểm tra màng trinh có bít kín hay không.

3. Siêu âm tử cung và hai phần phụ để đánh giá cơ quan sinh dục và loại trừ nguyên nhân thực thể như không có tử cung hay tử cung dị dạng.

4. Cần làm xét nghiệm để tìm nguyên nhân: Prolactin, TSH, Free T₃, Free T₄, FSH, LH, Estradiol, Progesterone...

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Cần điều trị theo nguyên nhân:

- Do u tuyến yên chuyển điều trị theo chuyên khoa.
- Do bệnh lý giáp trạng, cần điều trị theo bệnh lý giáp trạng như cường giáp hay suy giáp...

2. Vô kinh do tăng Prolactin:

- Dùng Bromocriptin (Parlodel) 2,5 mg. Ngày đầu và ngày thứ 2: uống 1/2 viên. Ngày thứ 3 và 4: uống 1 viên. Ngày thứ 5 và 6: uống 1,5 viên. Ngày thứ 7 trở đi uống 2 viên/ngày.

- Sau 30 ngày uống, XN máu lại, nếu Prolactin còn tăng, thì tăng lên 3 viên/ngày. Còn Prolactin giảm thì duy trì 2 viên/ngày và giảm dần còn uống 1/2 viên ngày cho đến khi Prolactin trở về bình thường.

3. Tạo chu kỳ kinh bằng nội tiết tố thay thế hay viên thuốc ngừa thai hàng ngày như Marvelon, Dian-35, vv... mỗi ngày uống 1 viên vào một giờ nhất định.

4. Test Progesterone để tạo ra kinh nguyệt bằng: (SA: NMTC dày)

- Progesterone tự nhiên 25mg/ống, tiêm bắp 2 ống/ngày x 5 ngày, hoặc

- Progesterone tự nhiên (Utrogestan, Progeffik, Vageton) liều 200 - 400 mg/ngày x 5-10 ngày (đặt âm đạo hoặc uống), hoặc

- Didrogesteron (Duphaston) 10 mg 1 viên x 2 lần/ngày x 5-10 ngày (uống), hoặc

- Norethisterone (Primolut-Nor) 5mg 1 viên x 2 lần/ngày x 5-10 ngày (uống), vv...

5. Trường hợp màng trinh bít kín làm cho máu kinh không thoát ra được, cần rạch màng trinh. Can thiệp phẫu thuật tạo âm đạo, nong cổ tử cung để máu kinh thoát ra.

THIẾU KINH - HIẾM KINH**I. ĐỊNH NGHĨA**

Thiểu kinh hay còn gọi là hiếm kinh, là tình trạng mà lượng máu kinh rất ít, thỉnh thoảng không có kinh trong vài tháng hoặc ra kinh như nhỏ giọt trong chu kỳ kinh.

II. NGUYÊN NHÂN

- Do nguyên nhân nội tiết: tăng Prolactin, buồng trứng đa nang làm tăng Androgen.
- Do di truyền.
- Do chức năng: quá lo lắng, tập thể dục thể thao quá mức, do ăn kiêng hay do bệnh lý mạn tính về nội khoa như bệnh lý gan, thận, tuyến giáp, đái tháo đường, suy tim, thiếu máu mạn, bệnh lý chất tạo keo, miễn dịch...
- Do tổn thương dính lòng tử cung, thường có liên quan đến tiền căn hút hoặc nạo lòng tử cung trước đó.
- Do tử cung nhi hóa.
- Do ở thời kỳ tiền mãn kinh.

III. CHẨN ĐOÁN

- Cần khai thác kỹ tiền sử phụ khoa, tiền căn sản khoa, các bệnh lý mạn tính đi kèm.
- Hỏi kỹ về chế độ làm việc, thể dục thể thao, chế độ ăn uống.
- Khám tổng quát, khám phụ khoa, kiểm tra tử cung hai phần phụ.
- Xét nghiệm: huyết đồ, chức năng gan, thận, nội tiết và miễn dịch, vv...
- SA tử cung và hai phần phụ, cần đo đặc đường kính tử cung, nội mạc tử cung và hai buồng trứng. Để đánh giá kích thước tử cung và mức độ tăng sinh nội mạc tử cung.
- Chụp buồng tử cung bằng thuốc cản quang (HSG) để đánh giá buồng tử cung có dính hay không.

IV. ĐIỀU TRỊ

- Tùy theo nguyên nhân gây nên thiếu kinh mà ta có cách điều trị cụ thể cho từng nguyên nhân:
 - Thiếu kinh do tăng Prolactin/máu, điều trị Bromocriptin 2,5 mg (xem bài “Vô kinh”).
 - Thiếu kinh do buồng trứng đa nang, nguyên tắc chung cho điều trị đối với hội chứng buồng trứng đa nang là làm rụng trứng trở lại; cách thực hiện có khác nhau tùy theo việc bệnh nhân muốn có thai hay không. Những phụ nữ chưa muốn có con mà muốn có tình trạng kinh đều thì sẽ được khuyến cáo dùng thuốc ngừa thai. Thuốc ngừa thai sẽ giúp giảm nồng độ nội tiết tố nam.
 - Thiếu kinh do quá lo lắng vì áp lực công việc, áp lực cuộc sống hay luyện tập thể dục thể thao quá mức, ăn kiêng. Cần có chế độ thích hợp cho từng loại, về chế độ làm việc hay học tập, chế độ nghỉ ngơi hợp lý, tránh thức khuya, ăn uống bồi dưỡng đầy đủ.
 - Thiếu kinh do dính lòng tử cung: dùng thuốc nội tiết như thuốc ngừa thai để tăng cường nội mạc tử cung, đồng thời có thể dùng vòng tránh thai đặt vào lòng tử cung để tránh dính lòng tử cung và theo dõi nội mạc tử cung theo chu kỳ kinh bằng cách đo nội mạc tử cung dưới siêu âm ở các thời điểm ngày thứ 5, ngày thứ 25 trở đi của chu kỳ.
 - Thiếu kinh do tử cung nhi hoá: tùy mức độ có thể dùng thuốc nội tiết hỗ trợ bằng thuốc ngừa thai để tạo vòng kinh đều.
 - Thiếu kinh ở thời kỳ tiền mãn kinh: không cần thiết phải điều trị, nếu cần điều trị để tránh các triệu chứng khó chịu ở thời kỳ tiền mãn kinh thì cho nội tiết thay thế (Lưu ý: phải khám, XN, SA trước khi cho nội tiết thay thế).

VIÊM ÂM HỘ - ÂM ĐẠO

Viêm nhiễm cơ quan sinh dục là bệnh khá phổ biến ở người phụ nữ, nguyên nhân đa dạng, diễn biến phức tạp dẫn đến việc điều trị khó khăn, đôi lúc để lại biến chứng như viêm tiểu khung, vô sinh, thai ngoài tử cung, sảy thai, sinh non, viêm kết mạc mắt trẻ sơ sinh...

Viêm âm hộ, âm đạo là biểu hiện thường gặp nhất. Âm đạo là nơi gần với bên ngoài và cũng là nơi thường xuyên có những va chạm trong đời sống hằng ngày. Huyết trắng là triệu chứng nổi bật làm cho người phụ nữ đến khám bệnh.

Khi âm đạo bị viêm nhiễm, chất dịch tiết ra nhiều, trong trường hợp này dù màu sắc như thế nào trắng hay vàng, có mùi hay không đều là bệnh lý.

Huyết trắng: Bình thường ở cổ tử cung và âm đạo có một chất dịch trắng trong hơi đặc, hoặc như lòng trắng trứng, lượng ít không chảy ra bên ngoài, không làm cho người phụ nữ để ý, đó là dịch sinh lý, dịch này có pH # 3,8 - 4,6 tạo nên môi trường bảo vệ cho âm đạo, chống lại sự nhiễm khuẩn nhưng cũng có thể là yếu tố thuận lợi cho sự phát triển của mầm bệnh, pH này do sự chuyển hoá glycogène ở tế bào niêm mạc âm đạo - cổ tử cung thành acide lactic bởi trực khuẩn Doderlein.

I. NGUYÊN NHÂN: Các loại tác nhân trong âm đạo:

1. Vi khuẩn không gây bệnh:

- Trực khuẩn Doderlein.
- Staphylococcus epidermidis.

2. Các vi khuẩn gây bệnh cơ hội:

- Các cầu trùng ái khí: Streptococcus alpha; Streptococcus tan huyết A, C, G; Staphylococcus aureus; Streptococcus agalactia.
- Các trực khuẩn ái khí: Colibacille, Coliformes, Proteus, pseudomonas, Klebsiella, Enterobacter.
- Các vi khuẩn kỵ khí: Streptococcus beta, Bacteroides, Clostridium, Fusobacterie.

3. Vi trùng, siêu vi trùng và ký sinh trùng luôn gây bệnh:

- Neisseria Gonorrhea: Gây bệnh lậu.
- Trichomonas vaginalis.
- Candida albicans: nấm có thể là loại cộng sinh nhưng sẽ gây bệnh khi tăng sinh bất thường.
- Chlamydia trachomatis.
- Treponema pallidum: Gây bệnh Giang mai.
- Gardnerella vaginalis: có thể là loại cộng sinh, gây bệnh khi tăng sinh bất thường.
- Herpes simplex virus.
- Human papilloma virus (HPV).
- HIV.

4. Các mầm bệnh thường gặp:

- Nấm men gây viêm âm hộ - âm đạo.
- Trùng roi Trichomonas vaginalis gây viêm âm đạo.
- Vi khuẩn gây viêm âm đạo vi khuẩn.
- Lậu cầu khuẩn gây viêm cổ tử cung mủ nhầy và viêm niệu đạo.
- Chlamydia trachomatis gây viêm cổ tử cung mủ nhầy và viêm niệu đạo.

II. LÂM SÀNG & ĐIỀU TRỊ

1. Viêm âm đạo do nấm:

- Bệnh thường do nhiễm nấm Candida albicans.
- Chiếm khoảng 20% các trường hợp viêm âm đạo.

- Có các yếu tố thuận lợi như dùng kháng sinh nhiều ngày, đái tháo đường, có thai, bệnh tự miễn, mặc quần quá chật, hoặc thay đổi các sản phẩm dùng cho vệ sinh phụ nữ.

Triệu chứng:

- Bệnh nhân thường bị ngứa nhiều.
- Huyết trắng có màu trắng đục như váng sữa, không hôi, nhiều hoặc ít.
- Có thể kèm theo đi tiểu khó, đau khi giao hợp.

Khám:

- Âm hộ, âm đạo viêm đỏ, có thể bị xây xước nhiễm khuẩn do gãi, trường hợp nặng bị viêm cả vùng tầng sinh môn và đùi bên.
- Huyết trắng thường nhiều, màu trắng như váng sữa, thành mảng dày dính vào thành âm đạo, ở dưới có vết trợt đỏ.

Xét nghiệm:

- Soi tươi / nhuộm Gram tìm nấm men.
- Nuôi cấy ở môi trường Sabouraud.
- Chứng nghiệm Sniff (Whiff test) (-).
- Đo pH < 4,5.

Điều trị:

- Vệ sinh âm đạo, quần áo lót sạch, phải được phơi nắng và ủi trước khi dùng.
- Không giao hợp trong thời gian điều trị.
- Thuốc:
 - . Itraconazole (Sporal) 100mg: uống 2 viên/ngày x 3 ngày.
 - . Fluconazole 150mg: uống 1 viên/liều duy nhất.
 - . Có thể phối hợp thêm thuốc đặt âm đạo (xem bên dưới) và thuốc rửa vệ sinh phụ nữ.
- Tỷ lệ tái phát 15%.

2. Viêm âm đạo do trùng roi *Trichomonas vaginalis*:

Là một bệnh thường gặp ở phụ nữ. Bệnh lây qua đường quan hệ tình dục là chủ yếu, ngoài ra bệnh còn có thể lây qua bồn tắm, khăn tắm ẩm ướt.

Triệu chứng:

- Thời gian ủ bệnh từ 1 - 4 tuần. Khoảng 25% số người mắc không có biểu hiện bệnh lý.
- Huyết trắng: số lượng nhiều, loãng có bọt, màu vàng xanh, hôi. Đặc điểm của huyết trắng do trùng roi có tính chất riêng biệt nên có thể phân biệt với huyết trắng do nấm và các tác nhân khác.
- Có thể kèm theo ngứa, đi tiểu khó và đau khi giao hợp.

Khám: Viêm âm hộ, âm đạo, cổ tử cung viêm đỏ, phù nề, có nhiều huyết trắng màu vàng xanh loãng và có bọt ở cùng đồ.

Xét nghiệm:

- Lấy dịch huyết trắng cho vào nước muối sinh lý soi tươi thấy có trùng roi âm đạo có hình hạt chanh đang di động.
- Chứng nghiệm Sniff (Whiff test): nhỏ một giọt KOH 10% vào dịch huyết trắng thấy mùi cá ươn và mất đi nhanh.
- Đo pH > 4,5.

Điều trị:

- Vệ sinh âm đạo, quần áo lót sạch, phải được phơi nắng và ủi trước khi dùng.
- Không giao hợp trong thời gian điều trị.
- Thuốc:
 - . Metronidazole (Flagyl) 0.5g: uống 4 viên/liều duy nhất, hoặc
 - . Metronidazole 0.5g: uống 1 viên x 2 lần/ngày x 7 ngày.

- . Tinidazole 0.5g: uống 4 viên/liều duy nhất, hoặc
 - . Tinidazole 0.5g: uống 1 viên x 2 lần/ngày x 2-3 ngày.
 - . Secnidazole (Flagentyl) 0.5g: uống 4 viên/liều duy nhất, hoặc
 - . Secnidazole 0.5g: uống 1 viên x 2 lần/ngày x 2-3 ngày.
 - . Có thể phối hợp thêm thuốc đặt âm đạo (xem bên dưới) và thuốc rửa vệ sinh phụ nữ.
- Cần điều trị cho người chồng hoặc bạn tình (thuốc giống như trên).
 - Chú ý: Metronidazole, Tinidazole, Secnidazole không dùng cho phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu, bệnh nhân không được uống rượu khi đang dùng thuốc và cho đến 24 giờ sau khi ngừng thuốc.

3. Viêm âm hộ - âm đạo do vi khuẩn

- Là viêm âm đạo không đặc hiệu, bệnh nhân ra nhiều huyết trắng nhưng không có biểu hiện đau, không có biểu hiện viêm âm hộ - âm đạo.
- Bệnh không phải lây qua quan hệ tình dục nên không cần điều trị cho chồng hoặc bạn tình.
- Nguyên nhân chủ yếu do: Gardnerella vaginalis, Mycoplasma Hominis, Prevotella, Mobiluncus có thể phối hợp với một số vi khuẩn yếm khí khác.

Triệu chứng:

- Ra nhiều huyết trắng, mùi hôi như mùi tanh cá thường là lý do đưa người bệnh đi khám.

Khám:

- Huyết trắng mùi hôi như mùi cá ươn, màu xám trắng, đồng nhất như kem phết đều vào thành âm đạo một lớp mỏng, không có viêm âm đạo.

Xét nghiệm:

- Tiêu chuẩn chẩn đoán dựa vào nhuộm Gram hoặc có 3 trong 4 tiêu chí của Amsel: ra huyết trắng, pH > 4.5, có Clue cells và test Sniff (+).
- Soi tươi hoặc nhuộm Gram có tế bào âm đạo dính các vi khuẩn (Clue cells).
- Test Sniff (+).
- pH âm đạo > 4,5.

Điều trị:

- Thuốc:
 - . Metronidazole 0.5g: uống liều duy nhất 4 viên.
 - . Metronidazole 0.5g: uống 2 lần/ngày x 7 ngày.
 - . Tinidazole 0.5g: uống 4 viên/liều duy nhất.
 - . Tinidazole 0.5g: uống 1 viên x 2 lần/ngày x 2-3 ngày.
 - . Secnidazole (Flagentyl) 0.5g: uống 4 viên/liều duy nhất.
 - . Secnidazole 0.5g: uống 1 viên x 2 lần/ngày x 2-3 ngày.
 - . Clindamycin 300mg uống 2 lần/ngày x 7 ngày.
 - . Clarithromycin 1g uống liều duy nhất.
 - . Clarithromycin: uống 0.25g – 0.5g x 2 lần/ngày x 2-3 ngày.
 - . Azithromycin 1g uống liều duy nhất.
 - . Azithromycin: uống 0.25g – 0.5g x 2 lần/ngày x 2-3 ngày.
 - . Kem Clindamycin 2% bôi tại chỗ trong 7 ngày.
 - . Có thể phối hợp thêm thuốc đặt âm đạo (xem bên dưới) và thuốc rửa vệ sinh phụ nữ.

Chú ý:

- Metronidazole, Tinidazole, Secnidazole không dùng cho phụ nữ có thai 3 tháng đầu.
- Trong khi uống thuốc không được uống rượu.

- Vệ sinh âm đạo, quần áo lót sạch, phải được phơi nắng và ủi trước khi dùng.
- Không giao hợp trong thời gian điều trị.

4. Viêm âm đạo do *Neisseria gonorrhoeae* (xem bài “Viêm Cổ tử cung”).

5. Viêm âm đạo do *Chlamydia trachomatis* (xem bài “Viêm Cổ tử cung”).

Cách điều trị Viêm âm hộ - âm đạo thông thường:

- Phối hợp 3 loại thuốc uống: Azithromycine (hoặc Clarithromycine) + Metronidazole (hoặc Tinidazole hoặc Secnidazole) + Fluconazole (hoặc Itraconazole).
- Có thể phối hợp thêm thuốc đặt âm đạo (xem bên dưới) và thuốc rửa vệ sinh phụ nữ.

Các loại thuốc đặt AD:

- Miconazole hoặc Clotrimazole 200mg: đặt AD 1 viên/ngày x 6 ngày.
- Clotrimazole 500mg: đặt AD 1 viên/liều duy nhất.
- Clotrimazole 100mg: đặt AD 1 viên/ngày x 6 ngày.
- Econazole 150 mg: đặt AD 1 viên/ngày x 2 ngày.
- Tinidazole 150mg + Miconazole 100mg (Zonatrizol): đặt AD 1 viên/ngày x 10 ngày.
- Nystatin 100.000UI : đặt AD 1 viên/ngày x 14 ngày liên tục (kể cả những ngày có kinh).
- . Neomycin sulfate + Nystatin 100.000UI + Polymyxin B sulfate (Ladyvagy): đặt AD 1 viên/ngày x 6-12 ngày.
- Metronidazole 200mg + Chloramphenicol 80mg + Dexamethasone 0.5mg + Nystatin 100.000UI (Megyna): nhúng viên thuốc trong nước đun sôi để nguội 2-3 giây rồi đặt AD 1 viên/ngày x 10 ngày.
- Metronidazole 500mg + Neomycin sulfate 65.000UI + Nystatin 100.000UI (Neo-Megyna, Neo-Tergynan): nhúng viên thuốc trong nước đun sôi để nguội 2-3 giây rồi đặt AD 1 viên/ngày x 10 ngày.
- Và còn nhiều loại thuốc đặt khác...

THAI BẮM Ở SẸO MỔ LẤY THAI

I. ĐỊNH NGHĨA – NGUY CƠ

• Thai bám ở sẹo mổ lấy thai là một dạng thai ngoài TC do thai làm tổ trong vết sẹo mổ trên cơ tử cung. Đây là dạng bệnh lý hiếm gặp nhất của thai ngoài TC. Tuy nhiên với tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng có khuynh hướng gia tăng nên tỷ lệ thai bám ở vết mổ cũ cũng gia tăng.

• Có hai dạng thai bám ở vết mổ cũ:

- Dạng 1: thai làm tổ ở sẹo mổ cũ và phát triển chủ yếu trong buồng tử cung.
- Dạng 2: là thai cấy sâu vào trong lớp cơ và phần mô sợi của TC ở vị trí sẹo mổ lấy thai cũ.

• Nguy cơ:

- Đối với dạng thai bám một phần ở sẹo mổ, thai phát triển chủ yếu trong buồng TC có thể vẫn tiến triển đến tam cá nguyệt thứ hai và ba, phần nhau bám có thể kéo lên khi thành lập đoạn dưới TC, bám thấp hoặc diễn tiến thành nhau cài răng lược.
- Đối với dạng thai cấy hoàn toàn trong lớp cơ và sẹo mổ nếu thai phát triển đến tam cá nguyệt thứ II và thứ III có nhiều nguy cơ bao gồm vỡ tử cung, xuất huyết ồ ạt, xâm lấn bánh nhau vào bàng quang, nguy cơ cắt tử cung cao, tăng tử suất.

II. CHẨN ĐOÁN

Phát hiện sớm thai bám ở VMC giúp điều trị bảo tồn khả năng sinh sản.

1. Lâm sàng

Tam chứng cổ điển: (khoảng 1/3 bệnh nhân không có triệu chứng)

- Trễ kinh.
- Ra huyết âm đạo bất thường.
- Đau bụng lâm râm.

2. Cận lâm sàng

• **Siêu âm ngã âm đạo kết hợp với Doppler:**

- Buồng TC trống, kênh CTC trống không có thành phần của túi thai.
- Túi thai [có phôi thai (+/-) & tim thai (+/-)] nằm ở thành trước đoạn eo tử cung có cơ tử cung phân cách giữa túi thai với bàng quang.
- Có sự phân bố mạch máu quanh túi thai khi kết hợp siêu âm Doppler cho thấy gia tăng mạch máu quanh túi thai.
- Mất hay thiếu lớp cơ bình thường giữa bàng quang và túi thai.
- Thực tế lâm sàng cần yêu cầu bác sĩ siêu âm có kinh nghiệm xác định thêm:
 - . Tương quan giữa túi thai và đường niêm mạc tử cung.
 - . Đo bề dày thành trước TC.

• **Siêu âm 3D:** (không thường quy)

- Xác định chi tiết giải phẫu của lớp tế bào nuôi bao quanh túi thai, lớp cơ mỏng giữa túi thai và bàng quang.
- Đánh giá mạch máu xung quanh túi thai.

• **MRI:** giúp chẩn đoán trong những trường hợp khó (không thường quy).

3. Chẩn đoán phân biệt

• **Thai ở đoạn eo / CTC:** Các tiêu chuẩn để chẩn đoán lâm sàng (Paalman và McElin)

- Chảy máu tử cung không kèm đau co thắt sau một giai đoạn mất kinh.
- CTC mềm, to bằng hoặc lớn hơn đáy tử cung.
- Tất cả thành phần của thai được giới hạn hoàn toàn ở kênh CTC và bám chắc vào kênh CTC.
- Lỗ trong CTC đóng, lỗ ngoài CTC mở một phần.

• **Sảy thai đang tiến triển.**

- **U nguyên bào nuôi (hiếm).**

III. ĐIỀU TRỊ

- **Quan điểm điều trị phụ thuộc vào:**

- Tuổi thai, kích thước túi thai.
- Nguyên vọng còn sinh sản của BN.
- Tình trạng huyết động học.

- **Mục đích điều trị:**

- Lấy khối thai trước khi vỡ.
- Bảo tồn khả năng sinh sản.

- **Chọn lựa các phương thức điều trị có thể được phân thành 5 loại:**

- Hủy thai trong túi ối.
- Lấy khối nhau thai.
- Chèn (Tamponade).
- Hóa trị toàn thân.
- Tắc mạch máu nuôi.

Điều cần lưu ý là việc điều trị thường phối hợp nhiều phương thức và được cân nhắc trên từng người bệnh.

1. Hủy thai trong túi ối

- Hủy thai trong túi ối đối với các thai đã có hoạt động tim thai. Thủ thuật hủy thai ± hút túi thai được thực hiện tại phòng mổ dưới thực hiện dưới sự hướng dẫn của siêu âm.

- Đường thực hiện:

- + Qua CTC, âm đạo.
- + Qua thành bụng.

- Yêu cầu kỹ thuật:

- + Kim 20-22 G, có thể sử dụng kim 16-17G (có thể hút phôi và ối trước khi bơm thuốc).
- + Túi ối phải được giữ nguyên vẹn.
- + Tránh chảy máu ở vùng kênh CTC.
- + Phối hợp với bác sĩ có kinh nghiệm Khoa Hiếm muộn.

2. Lấy khối nhau thai

Hai phương thức cổ điển là nong nạo và phẫu thuật.

- **Nong và nạo:**

- Dưới sự hướng dẫn của siêu âm bởi thầy thuốc có kinh nghiệm.
- Nong và nạo có nguy cơ xuất huyết cao.
- Có thể tiến hành hút lấy khối nhau thai khi β hCG giảm nhiều (còn 10-30% so với ban đầu).
- Nạo thường kết hợp với những phương thức cơ học khác (thắt động mạch tử cung trước, chèn bóng sau nạo) để giảm nguy cơ xuất huyết.
- Luôn cảnh giác nạo trong những trường hợp này có thể đưa đến nguy cơ cắt tử cung.

- **Phẫu thuật**

- Mục đích phẫu thuật:

- + Lấy khối nhau thai, bảo tồn tử cung.
- + Cắt tử cung.

- Phẫu thuật lấy khối nhau thai trong trường hợp:

- + Không đáp ứng điều trị nội.
- + Khối nhau thai xâm lấn nhiều.

- Lợi ích của phương pháp này là lấy hết mô nhau thai đồng thời sửa chữa khiếm khuyết của sẹo mổ cũ ngăn ngừa tái phát.

- Bất lợi của phương pháp này là đường mổ dài, thời gian hậu phẫu dài và có thể tăng nguy cơ nhau tiền đạo và nhau cài răng lược.
- Cắt tử cung ngay từ đầu cũng có thể đặt ra trong các trường hợp:
 - + Xuất huyết không cầm được.
 - + Thai ở tam cá nguyệt II hoặc III.
 - + Tránh phải truyền máu hoặc rơi vào tình huống khẩn cấp ở những phụ nữ không có nhu cầu sinh đẻ.
 - + Tuổi thai tính trên siêu âm trong khoảng 12 tuần.

3. Chèn (tamponade)

- Mục đích: kiểm soát chảy máu rỉ rả sau thủ thuật hút thai.
- Sử dụng sonde Folley 26F đặt nhẹ nhàng qua cổ trong CTC, sau đó bơm căng bong bóng 30ml nước muối sinh lý chèn tại chỗ 12 – 24 giờ tùy chỉ định lâm sàng.

4. Hóa trị toàn thân

- Có thể điều trị đầu tiên hoặc điều trị hỗ trợ.
- Mục đích:
 - + Giảm sự phân bố mạch máu ở khối thai.
 - + Tiêu hủy tế bào nhau.
- Xét nghiệm trước khi cho Methotrexate (MTX): Huyết đồ, chức năng gan, thận.
- Liều lượng: MTX 1mg/kg cân nặng (tiêm bắp) hoặc 50 mg/m² da.
- Đánh giá đáp ứng: theo dõi diễn tiến β hCG và hình ảnh siêu âm. Có thể dùng liều lặp lại sau 1 tuần.

Lưu ý

- MTX có thể hủy tế bào nuôi nhanh tạo thành những vùng mô hoại tử vi khuẩn phát triển.
- β hCG có thể giảm trong vài tháng đầu tiên sau điều trị nội đơn độc nhưng thời gian để cơ thể hấp thu khối nhau thai có thể kéo dài nhiều tháng sau khi β hCG < 5mIU/ml có thể gây các biến chứng như rong huyết dây dứa kéo dài, nhiễm trùng, xuất huyết muộn ở ạt do bong rã khối nhau thai lâm sàng, nên phối hợp điều trị nội với hút thai khi β hCG giảm an toàn.
- Cần nhắc điều trị MTX cho từng trường hợp (β hCG cao, kéo dài) và theo dõi cẩn thận các triệu chứng nhiễm trùng.

5. Tắc mạch máu nuôi

Được dùng để chuẩn bị cho thủ thuật hay phẫu thuật hoặc kết hợp với hóa trị.

Các phương pháp được sử dụng:

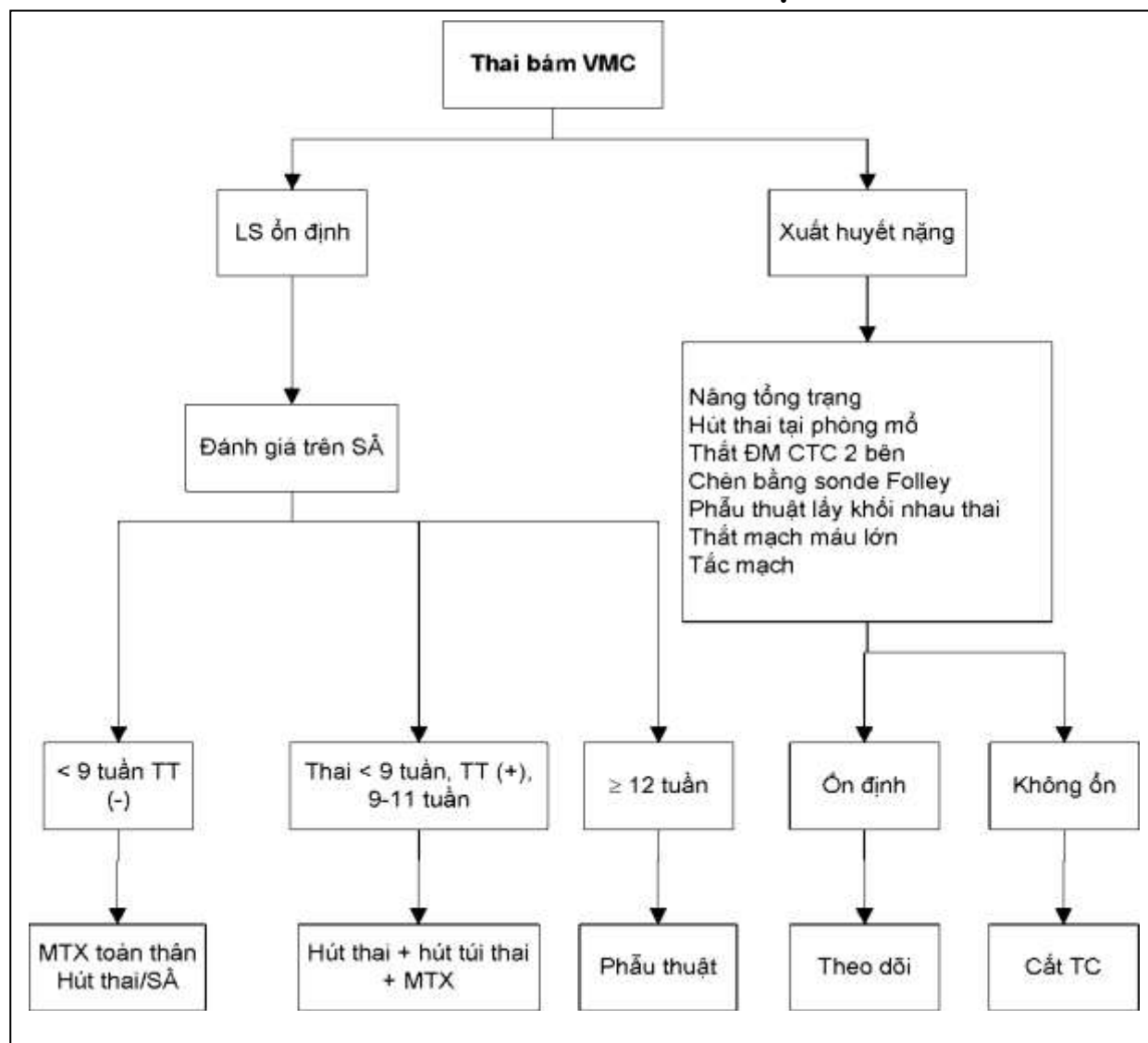
- + Thắt động mạch TC ngả âm đạo.
- + Thắt động mạch chậu trong (internal iliac).
- + Tắc mạch CTC, TC hoặc ĐM chậu trong.

IV. THEO DÕI SAU ĐIỀU TRỊ

- BN được theo dõi ngoại trú tại Khoa Phụ Sản sau khi xuất viện:
 - + β hCG/máu 1-2 tuần/ lần đến khi < 5mIU/ml.
 - + Siêu âm mỗi 4 tuần đến khi khối nhau thai < 10 mm.
- Ngừa thai > 3 tháng nếu có điều trị Methotrexate.
- Tái khám ngay khi có dấu hiệu bất thường (xuất huyết nhiều, đau bụng...).
- Có thể dùng thuốc ngừa thai để vừa ngừa thai vừa điều chỉnh tình trạng rong huyết rỉ rả do tiêu khối nhau thai ở vùng sẹo mổ.

V. CHUYỂN TUYẾN

- BS luôn cân nhắc đến tình trạng bệnh lý và mức độ của bệnh khi điều trị.
- Khi cần thiết thì nên chuyển tuyến cao để BN được hưởng sự điều trị tốt nhất.

TÓM TẮT SƠ ĐỒ ĐIỀU TRỊ

KHÁM THAI**Lịch khám thai**

- 3 tháng đầu (tính từ ngày đầu kinh cuối đến 13 tuần 6 ngày).
 - + Khám lần đầu: sau trễ kinh 2 - 3 tuần.
 - + Khám lần 2: lúc thai 11-13 tuần 6 ngày để đo độ mờ da gáy.
- 3 tháng giữa (tính từ tuần 14 đến 28 tuần 6 ngày): 1 tháng khám 1 lần.
- 3 tháng cuối: (tính từ tuần 29 đến tuần 40) tái khám
 - + Tuần 29 - 32: khám 1 lần.
 - + Tuần 33 - 35: 2 tuần khám 1 lần.
 - + Tuần 36 - 40: 1 tuần khám 1 lần.

Chú ý

- Lịch khám thai sẽ thay đổi khi có dấu hiệu bất thường (đau bụng, ra nước, ra huyết...).
- Hướng dẫn thai phụ về dinh dưỡng, vệ sinh, sinh hoạt, tái khám và chích ngừa uốn ván rốn.
- Bổ sung sắt, canxi và các vi chất khác.
 - + Cung cấp sắt và acid folic suốt thai kỳ.
 - + Sắt 30 - 60mg/ ngày uống lúc bụng đói.
 - + Acid folic 400 mcg - 1000 mcg/ ngày.
 - + Cung cấp Canxi 1000mg - 1500mg/ngày.

I. KHÁM THAI TRONG 3 THÁNG ĐẦU (Từ khi có thai đến 13 tuần 6 ngày)**Mục đích**

- Xác định có thai - tình trạng thai.
- Xác định tuổi thai - tính ngày dự sinh.
- Đánh giá sức khỏe của mẹ: bệnh lý nội, ngoại khoa và thai nghén.

Các việc phải làm**1. Hỏi bệnh:**

- Tiền căn bản thân :
 - + Sản - Phụ khoa, PARA.
 - + Nội - Ngoại khoa.

- Tiền căn gia đình.

- Về lần mang thai này.

2. Khám tổng quát: cân nặng, mạch, huyết áp, tim, phổi...**3. Khám sản khoa:** khám âm đạo, đo bề cao tử cung, đặt mỏ vịt lần khám đầu tiên.**4. Cận lâm sàng:**

- Máu (khi xác định có tim thai qua siêu âm).
 - + Huyết đồ, HBsAg, HBeAg, Anti-HCV, VDRL, HIV, đường huyết, Creatinin.
 - + Nhóm máu, Rhesus.
 - + Rubella: IgM, IgG. (với trường hợp tiền sử sảy thai liên tiếp thử thêm: CMV, Toxoplasma). (hiện chưa thực hiện tại BVAB)
 - + Double test: ngay khi SA đo độ mờ da gáy (thai 11-12 tuần).
- Nước tiểu: 10 thông số.
- Siêu âm (lần 1): bắt buộc để xác định
 - + Tuổi thai.
 - + Thai trong hay ngoài tử cung.
 - + Tình trạng thai: Thai trứng, đa thai, dọa sảy, thai lưu...
- Siêu âm đo độ mờ da gáy (thai 11-12 tuần).

Tiêm VAT: 2 lần cách nhau 1 tháng**Lịch tiêm VAT / thai phụ**

- VAT 1: càng sớm càng tốt.
- VAT 2: cách VAT 1 tối thiểu 1 tháng (> 30 ngày) và trước sinh 1 tháng.
- VAT 3: ở thai kỳ sau, cách VAT 2 tối thiểu 6 tháng (> 180 ngày).
- VAT 4: ở thai kỳ sau, cách VAT 3 tối thiểu 1 năm.
- VAT 5: ở thai kỳ sau, cách VAT 4 tối thiểu 1 năm.
- Tiêm phòng VAT 2 mũi cho những thai phụ chưa tiêm ngừa lần nào hoặc từ bé có tiêm chủng bạch hầu, ho gà, uốn ván.
- Với những phụ nữ đã tiêm đủ 5 mũi VAT, nếu mũi tiêm cuối cùng > 10 năm, thì cần nhắc lại 1 mũi.

II. KHÁM THAI TRONG 3 THÁNG GIỮA (Từ 15 - 28 tuần)

Các việc cần làm

1. Theo dõi sự phát triển của thai: trọng lượng mẹ, bề cao tử cung, nghe tim thai.
2. Phát hiện những bất thường của thai kỳ: đa ối, đa thai, nhau tiền đạo, tiền sản giật...
3. Khám tiền sản cho những thai phụ có nguy cơ cao hoặc siêu âm phát hiện bất thường.
4. Phát hiện các bất thường của mẹ :
 - + Hở eo tử cung: dựa vào tiền căn, lâm sàng và siêu âm.
 - + Tiền sản giật: HA cao, Protein niệu.
 - + Dọa sảy thai to hoặc dọa sinh non.
5. Hướng dẫn về dinh dưỡng, vệ sinh, sinh hoạt, tái khám và chích ngừa uốn ván rốn.
6. Hướng dẫn các sản phụ tham dự lớp: Chăm sóc sức khỏe bà mẹ.

Cận lâm sàng

1. Nghiệm pháp dung nạp đường ở tuổi thai từ 24 - 28 tuần tầm soát đái tháo đường thai kỳ.
(Chỉ định: béo phì, tăng cân nhanh, gia đình trực hệ đái tháo đường, tiền căn bản thân: sinh con to, thai dị tật hoặc thai lưu lớn không rõ nguyên nhân, đường niệu (+), đường huyết lúc đói > 105mg/dl).
2. Triple test: thực hiện ở tuổi thai 14 - 21 tuần, đối với những trường hợp chưa thực hiện sàng lọc trong 3 tháng đầu thai kỳ.
3. Tổng phân tích nước tiểu (mỗi lần khám).
4. Siêu âm: Siêu âm hình thái học (hoặc 3D, 4D) tối thiểu 1 lần ở tuổi thai 20 - 25 tuần khảo sát hình thái thai nhi, tuổi thai, sự phát triển thai, nhau, ối.

III. KHÁM THAI TRONG 3 THÁNG CUỐI (Từ 29 - 40 tuần)

Các việc cần làm

1. Ngoài những phần khám tương tự 3 tháng giữa thai kỳ, từ tuần 36 trở đi cần xác định thêm :

- Ngôi thai.
- Ước lượng cân thai.
- Khung chậu.
- Tiên lượng sinh thường hay sinh khó.

2. Hướng dẫn sản phụ :

- Đếm cử động thai.

Lưu ý các triệu chứng bất thường :

- Ra huyết âm đạo.
- Ra nước ối.
- Đau bụng từng cơn.
- Phù, nhức đầu, chóng mặt.

3. Chuẩn bị đồ đạc cho mẹ và trẻ sơ sinh khi đi sinh.

4. Tư vấn thai phụ phù hợp với tình trạng thai.

5. Phân loại thai kỳ nguy cơ cao.**7. Cận lâm sàng**

- Máu (khi tuổi thai ≥ 38 tuần):
 - + Huyết đồ, PT, APTT, INR, đường huyết, Creatinin, Ion đồ.
 - + Nhóm máu, Rhesus.
 - + Các XN còn thiếu khác HOẶC theo chỉ định thêm khác của Bác sĩ.
- Nước tiểu: 10 thông số (mỗi lần khám).
- Siêu âm :
 - . Siêu âm tối thiểu 1 lần lúc thai 32 tuần để xác định ngôi thai, lượng ối, vị trí nhau, đánh giá sự phát triển thai nhi. Có thể lập lại mỗi 4 tuần.
 - . Siêu âm màu (thai > 28 tuần) khi nghi ngờ thai chậm phát triển: mẹ tăng cân chậm, BCTC không tăng, các số đo sinh học thai nhi không tăng sau 2 tuần, mẹ tăng huyết áp... có thể lặp lại sau mỗi 2 tuần.
- Non stress test: thực hiện khi có chỉ định.
- Quang kích chậu: khám khung chậu nghi ngờ.
- MRI khi có chỉ định.

Một số lưu ý chung

1. Sau mỗi lần khám đều phải có chẩn đoán rõ ràng.
2. Có thể siêu âm nhiều lần hơn nếu cần.
3. Những XN chuyên biệt được chỉ định theo y lệnh BS: bệnh tim, bệnh thận, tuyến giáp.
4. Khâu eo tử cung: từ 14 đến 18 tuần.
5. Hội chẩn đối với những trường hợp có U nang buồng trứng (tuổi thai 15 tuần trở lên, siêu âm màu, có các XN α FP, β hCG và CA₁₂₅).

RUBELLA VÀ THAI KỲ

- lây truyền qua đường hô hấp.
- 7 ngày trước phát ban đến 5-7 ngày sau phát ban.
- Ủ bệnh: trung bình 14 ngày.
- Lâm sàng :
 - + Thường rất nhẹ.
 - + > 50% ở thể ẩn hoặc không có triệu chứng.

Cơ quan	Biểu hiện Rubella bẩm sinh
Tổng quát	- Thai chết lưu, sảy thai tự nhiên. - Sinh non, nhẹ cân. - Chậm phát triển tâm thần.
Thính giác	- Điếc giác quan: 1 hay 2 bên. - Điếc trung ương. - Khiếm ngôn.
Tim mạch	- Còn ống động mạch. - Hẹp động mạch phổi. - Thông nhĩ thất. - Bệnh tim bẩm sinh phức tạp khác.
Thị giác	- Bệnh võng mạc có sắc tố. - Đục thủy tinh thể: sắc ngọc, đục, có nhân, 50% ở 2 bên, thường kèm theo bệnh võng mạc. - Tăng nhãn áp. - Tật mắt nhỏ.
Biểu hiện lúc mới sinh (nhiễm trùng trầm trọng, tử vong cao)	- Xuất huyết giảm tiểu cầu, có hoặc không ban xuất huyết. - Gan lách to. - Viêm não màng não. - Bệnh mềm xương (phát hiện qua X-quang). - Viêm hạch
Biểu hiện chậm	- Viêm phổi mô kẽ (3-12 tháng). - Tiểu đường type 2.

I. RUBELLA BẨM SINH

- Nguy cơ và độ trầm trọng của dị tật tùy thuộc tuổi thai lúc nhiễm virus:
 - + 90% trẻ dị tật nếu mẹ nhiễm khi thai < 12 tuần.
 - + 30 - 40% trẻ dị tật nếu mẹ nhiễm ở tuổi thai 13-14 tuần.
 - + 20% trẻ dị tật nếu mẹ nhiễm ở tuổi thai 15-16 tuần.
 - + 10% trẻ dị tật nếu nhiễm ở tuổi thai 17-20 tuần.

- + Rất hiếm gặp dị tật nếu mắc bệnh sau tuần lễ thứ 20 của thai kỳ.
- Ảnh hưởng sự phát triển bào thai → thai chết lưu, sảy thai, sanh non, trẻ mang dị tật bẩm sinh.
- Dị tật bẩm sinh :
 - + Kết hợp nhiều dấu hiệu/triệu chứng (bảng trên).
 - + Đứt bẩm sinh là thể đơn thuần phổ biến.

II. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN & XỬ TRÍ

1. Xét nghiệm Rubella

- Thực hiện xét nghiệm Rubella cho tất cả thai phụ đến khám thai lần đầu, tốt nhất khi thai < 8 tuần, chỉ thử thường qui tới tuổi thai ≤ 16 tuần (chung với xét nghiệm thường qui).
- Không xét nghiệm Rubella cho những thai phụ có kháng thể an toàn từ trước khi có thai lần này.

2. Phân tích kết quả xét nghiệm và phối hợp lâm sàng (xem sơ đồ)

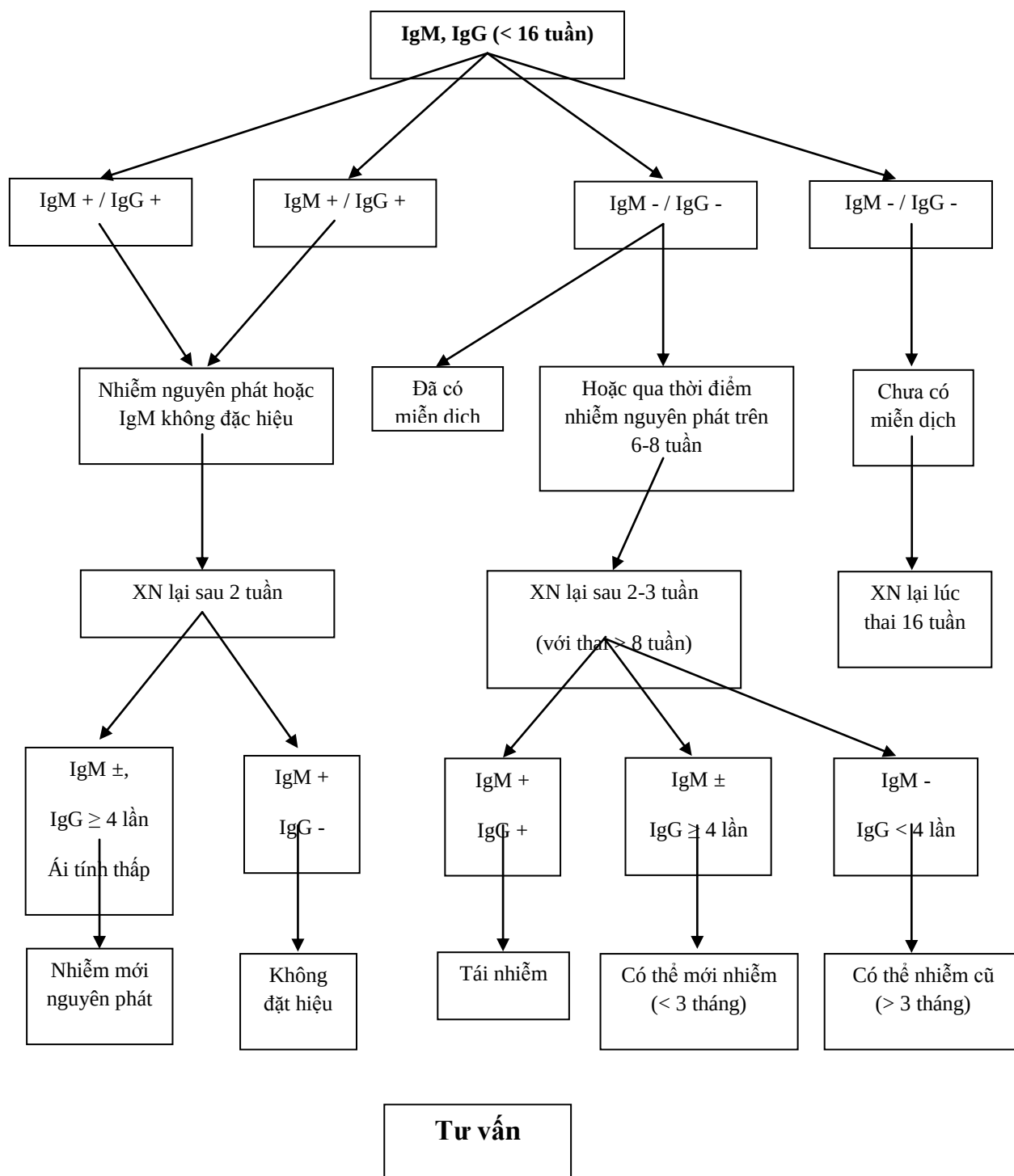
- IgM (+) dương tính giả
 - + Do tồn tại lâu, tái nhiễm.
 - + Phản ứng chéo với B19, EBV.
- Ái tính cao: nhiễm cũ, ái tính thấp: nhiễm mới.
- Nhiễm nguyên phát: xử trí theo tư vấn và chọn lựa.
- Không nhiễm: với XN huyết thanh âm tính thì xét nghiệm lại lúc thai 16 tuần, tùy kết quả, tư vấn phù hợp.
- Đã có miễn dịch từ trước khi có thai: thường duy trì ổn định IgG.

3. Các bước xử trí

- Chẩn đoán nhiễm Rubella nguyên phát.
- Xác định nhiễm Rubella nguyên phát ở tuổi thai nào.
- Tư vấn cho thai phụ và gia đình về tác hại cho thai nhi.
- Nếu chấm dứt thai kỳ:
 - + Có biên bản hội chẩn khoa.
 - + Tư vấn nguy cơ của thủ thuật chấm dứt thai kỳ.
 - + Có đơn xin bỏ thai theo mẫu.
 - + Dẫn tái khám sau bỏ thai, hoặc trước khi muốn có thai lại, tư vấn thời điểm có thể mang thai lại.
- Nếu giữ thai: theo dõi thai kỳ, sơ sinh và trẻ đến 5 tuổi.

Tài liệu tham khảo

1. Wandinger K.P. et al. J Virol Methods 174 (2011) 85-93.
2. VPD Surveillance Manual, 4th edition, 2008, 1 - 11.

SƠ ĐỒ PHÂN TÍCH KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM & PHỐI HỢP LÂM SÀNG

VPD surveillance Manual,
4th edition, 2008, 1-11

THAI KỲ VỚI MẸ RHESUS ÂM

Một thai kỳ với mẹ Rhesus âm cần chuẩn bị dự phòng cho:

- Bệnh lý tán huyết ở thai kỳ sau.
- Tình trạng BHSS cần truyền máu cho mẹ ở lần sinh này.
- Tình trạng tán huyết bé sau sinh.

I. Tiêm phòng anti-D Immunoglobulin dự phòng bệnh lý tán huyết cho thai kỳ sau

1. Thai phụ đến khám thai lần đầu tiên cần thử nhóm máu và yếu tố Rhesus trong xét nghiệm thường qui.

- Đối với những thai phụ có Rh âm: XN yếu tố Rh cho cha bé. Nếu cha bé cũng Rh âm thì không cần tiêm anti - D. Nếu cha bé Rh dương hay không xác định được nhóm máu của người cha thì thai phụ cần được XN kháng thể anti-D.
- Xét nghiệm tìm kháng thể anti - D: Khoảng tuần thứ 20 - 28.
 - + Có anti - D: sau sinh bé cần được gọi Khoa Dưỡng nhi để đề phòng thiếu máu tán huyết cho bé và thai phụ cần được theo dõi sát thai kỳ.
 - + Nếu thai phụ Rh âm không có kháng thể anti-D nên được tiêm dự phòng anti-D immunoglobulin.

2. Đối với thai phụ Rhesus âm mang thai lần đầu thuộc đối tượng tiêm anti-D (Cha bé Rhesus dương hoặc thai phụ không có kháng thể anti-D)

- Trước tuần lễ 28 thai kỳ không xử trí gì khác ngoài việc khám thai theo qui trình.
- Tuần 28 thai kỳ: TB một liều anti-D Ig [Immunorho 300mcg (1500UI)/ống, TB]
- 34 tuần nhắc lại.
- Trong vòng 72 giờ sau sinh nhắc lại (sau khi lấy máu XN Kleihauer).
- Tiêm trong trường hợp mẹ truyền máu có Rh dương trong vòng 72 giờ được truyền máu.

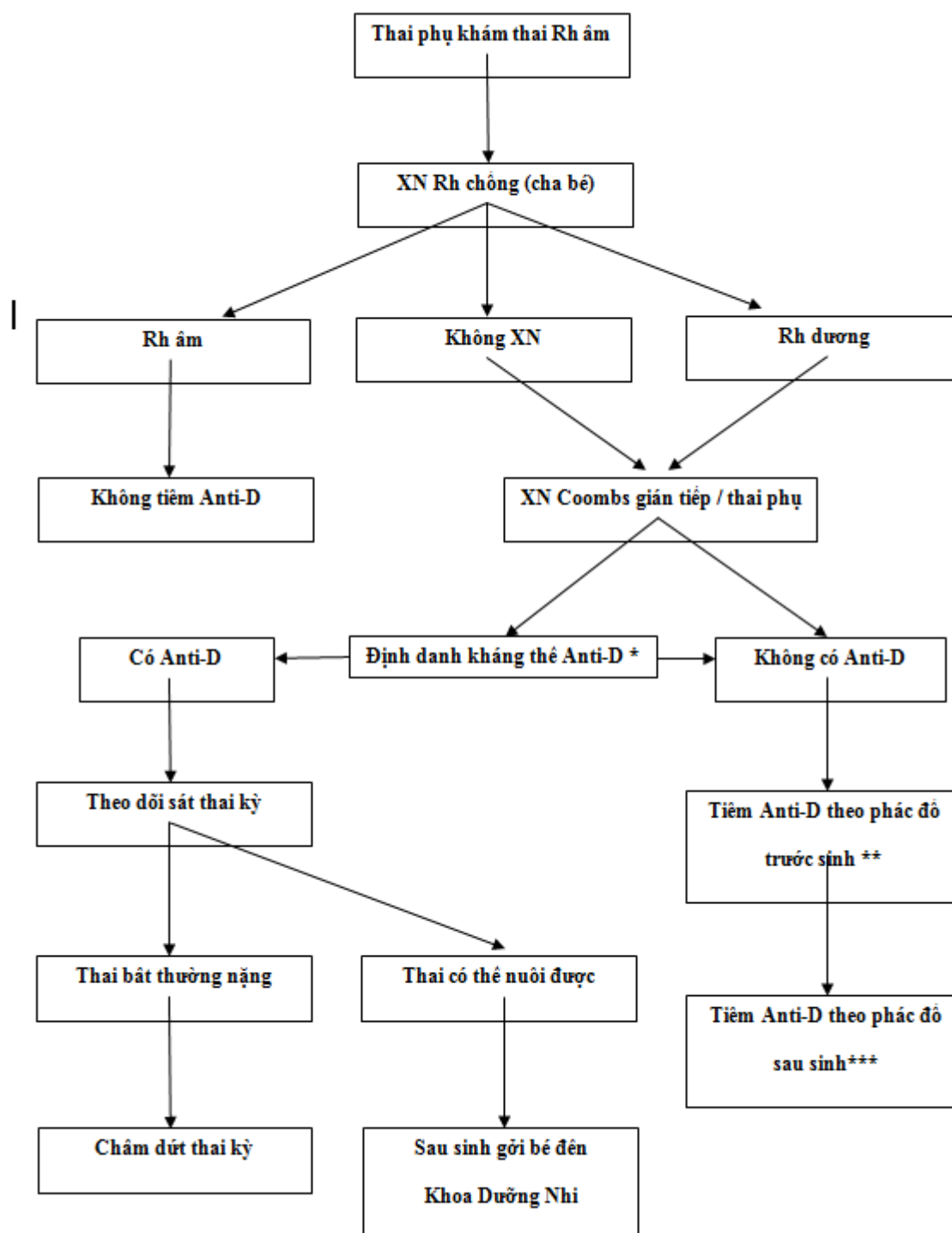
Liều: Tiêm bắp (cơ Delta) 1000UI (200mcg) hoặc 1250 UI (250mcg) anti-D mỗi lần tiêm.

II. Dự phòng cho mẹ trong cuộc sinh, chuẩn bị máu hiếm

- Trong cuộc chuyển dạ, không thể lường trước được tai biến có thể xảy ra hay không. Nếu có băng huyết sau sinh, việc truyền máu khác nhóm (truyền máu Rhesus dương cho người Rhesus âm) sẽ gây nguy hiểm. Vì vậy việc chuẩn bị máu cùng nhóm và cùng yếu tố Rhesus là điều cần thiết.
- Tư vấn thai phụ về nguy cơ băng huyết sau sinh và việc truyền máu khác nhóm.
- Cho thai phụ nhập viện trước ngày dự sinh 10 ngày để chuẩn bị 2 đơn vị máu hiếm. Nếu không sử dụng cũng sẽ không được hoàn trả tiền máu.

III. Chuẩn bị cho bé sau sinh

- Ngay sau sinh: Lấy máu rốn của thai nhi (từ những bà mẹ có Rh âm) làm những XN: Nhóm máu ABO-Rh, định lượng Hb, Bilirubin và Test Coombs của bé.
- Bé cần được gọi Khoa Dưỡng nhi để đề phòng theo dõi tình trạng thiếu máu tán huyết.

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ THAI PHỤ RHESUS ÂM

* XN định danh kháng thể anti-D: thực hiện lúc thai 20 - 28 tuần.

** Chỉ định dùng anti-D Ig trước sinh:

Anti-D dùng trong những trường hợp thai phụ có Rh âm không có kháng thể anti-D ngay sau bất cứ nguy cơ truyền máu thai nhi - mẹ nào sau đây:

- Kết thúc thai kỳ: nội hoặc ngoại khoa.
- Thai ngoài tử cung.
- Hút nạo buồng tử cung sau sảy thai.
- Dọa sảy thai sau 12 tuần.
- Sảy thai sau 12 tuần.

- Thủ thuật xâm lấn trước sinh như chọc ối, CVS, lấy mẫu máu thai.
- Xuất huyết trước chuyển dạ.
- Ngoại xoay thai.
- Chấn thương bụng kín.
- Thai chết trong tử cung.
- Sinh bé mang Rh dương.

Thời điểm dùng anti-D Ig

- Các thai kỳ bình thường: Trong quý 3 thai kỳ thường có sự truyền máu tiềm ẩn giữa mẹ và thai. Do đó cần tiêm anti-D 3 lần:

+ Tuần 28 thai kỳ.

+ Tuần 34 thai kỳ.

+ Ngay sau sinh (càng sớm càng tốt, nên trước 72 giờ) đối với bé có Rhesus dương.

- Đối với các trường hợp có nguy cơ truyền máu mẹ - thai kể trên, tiêm anti-D ngay sau bất kỳ nguy cơ nào kể trên (càng sớm càng tốt).

- Với các thai kỳ tiếp diễn đến lúc sinh nên tiêm nhắc lại vào các thời điểm 28 tuần, 34 tuần và ngay sau sinh.

Lưu ý :

- Đối với sẩy thai tự phát trước 12 tuần không kèm hút nạo thì không cần sử dụng Anti-D.

- Với dọa sẩy thai sau 12 tuần, nếu còn ra huyết ít nên dùng liều nhắc lại anti-D sau mỗi 6 tuần.

- Mẹ nhập viện trước dự sinh 7-10 ngày để chuẩn bị máu hiếm.

***** Chỉ định dùng anti-D Ig sau sinh:**

- Ngay sau sinh, nên lấy máu dây rốn xét nghiệm nhóm máu ABO và Rhesus. Nếu Rhesus bé dương cần tiêm ngay cho mẹ một liều anti-D. Nếu Rhesus bé âm, không cần tiêm.

- Nên làm xét nghiệm Kleihauer / máu mẹ (lấy máu mẹ càng sớm càng tốt, nên lấy trong vòng 2 giờ sau sinh và trước khi tiêm anti-D) để định lượng hồng cầu thai nhi trong tuần hoàn mẹ. Nếu lượng lớn hơn 4ml cần thêm lượng anti-D theo tính toán.

Chỉ định dùng anti-D nếu cần truyền máu Rh dương khẩn cấp (tổng lượng truyền không quá 20% lượng máu cơ thể): trong vòng 72 giờ được truyền máu.

CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH**I. MỤC ĐÍCH**

- Phát hiện sớm những thai kỳ bị dị tật bẩm sinh nặng, bệnh lý gen hoặc những trẻ giảm thiểu trí tuệ: HC Down (trisomy 21), HC Patau (trisomy 13), HC Edwards (trisomy 18), bệnh Thalassemia..., từ đó tư vấn cho thai phụ và gia đình hướng kết thúc thai kỳ nhằm giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội.
- Việc chẩn đoán sớm những khuyết tật có thể sửa chữa được sau sinh như nứt môi, chẻ vòm, tay chân khoèo... sẽ giúp cho việc chuẩn bị tâm lý tốt hơn cho vợ chồng.

II. CÁC BƯỚC SÀNG LỌC & CHẨN ĐOÁN THEO TUỔI THAI**1. Khám thai lần đầu tiên**

- Khi có tim thai, người mẹ được cho làm 1 số xét nghiệm để đánh giá sức khỏe bản thân và nguy cơ cho thai nhi: huyết đồ, đường huyết, nhóm máu, yếu tố Rhesus, HBsAg, HIV, VDRL, Rubella (IgM và IgG).
- Tầm soát bệnh Thalassemia thai nhi bằng xét nghiệm huyết đồ của bố mẹ.

2. Sàng lọc và chẩn đoán trước sinh 3 tháng đầu

- Tuần thứ 11 - 13 tuần 6 ngày: Đo độ mờ da gáy, kết hợp độ mờ da gáy với tuổi mẹ và Double test [PAPP-A (Pregnancy Associated Plasma Protein A) và Free β hCG] để đánh giá nguy cơ hội chứng Down, Trisomy 18 và Trisomy 13. Với những đối tượng thuộc nhóm nguy cơ cao được tư vấn sinh thiết gai nhau làm nhiễm sắc thể đồ.
- Siêu âm khoảng thời gian này có thể phát hiện những dị tật nặng nề của thai như: vô sọ, nang bạch huyết vùng cổ thai nhi, cụt chi. Khi có những dị tật bẩm sinh nặng nề này, tư vấn thai phụ và gia đình kết thúc thai kỳ.

3. Sàng lọc và chẩn đoán trước sinh 3 tháng giữa

- Tuần thứ 14 - 21, nếu chưa được sàng lọc 3 tháng đầu: làm Triple test (AFP, Free β hCG và UE3) tầm soát nguy cơ hội chứng Down, Trisomy 18 và khuyết tật ống thần kinh thai nhi.
 - Tuần thứ 21 - 24: Siêu âm khảo sát hình thái học.
- Với những đối tượng thuộc nhóm nguy cơ cao được tư vấn xét nghiệm dịch ối để chẩn đoán bệnh lý di truyền và bệnh lý gen. Với những dị tật bẩm sinh nặng nề như não úng thủy, bất sản thận hai bên, tim bẩm sinh nặng... tư vấn thai phụ và gia đình chấm dứt thai kỳ.

4. Tuổi thai muộn hơn : 3 tháng cuối thai kỳ.

Siêu âm có vai trò trong chẩn đoán thai chậm tăng trưởng, dây rốn quấn cổ thai, nhau tiền đạo, nhau cài răng lược...

VỖ TỬ CUNG

I. MỞ ĐẦU

- Vỡ tử cung là một trong 5 tai biến sản khoa, có thể gây tử vong cho thai nhi và sản phụ. Vỡ tử cung có thể xảy ra trong thời kỳ mang thai, nhưng thường gặp nhất trong chuyển dạ.

- Vỡ tử cung có triệu chứng điển hình là do sự vỡ tất cả các lớp của tử cung mà không phải do phẫu thuật, thường kèm chảy máu, có thể tống xuất một phần hoặc tất cả các phần thai vào ổ bụng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Vỡ tử cung trong thai kỳ

Thường xảy ra trên TC có sẹo mổ cũ hoặc dị dạng.

• **Triệu chứng cơ năng**

- Đột ngột đau nhói vùng tử cung, nhất là chỗ mổ cũ, có thể ra huyết âm đạo.
- Có thể có triệu chứng của choáng.

• **Dấu hiệu thực thể**

- Tổng trạng: có thể có dấu hiệu choáng.
- Nhìn: bụng có thể có sẹo mổ cũ, có thể biến dạng, lành phình.
- Sờ nắn:
 - + Sờ thấy các phần thai nhi nằm ngay dưới da bụng, không sờ thấy đáy TC nếu thai bị đẩy ra khỏi buồng TC.
 - + Có phản ứng thành bụng.
 - + Đau nhói vùng VMC khi sờ nắn.
 - + Gõ đục vùng thấp hoặc gõ đục toàn ổ bụng.
- Tim thai suy hoặc không nghe được tim thai.
- Khám âm đạo có thể không thấy ngôi thai khi thai bị đẩy vào ổ bụng, máu đỏ tươi theo găng.

• **Cận lâm sàng**

- Hct giảm.
- Có thể có tăng bạch cầu.
- Siêu âm: dịch ổ bụng, vị trí thai bất thường, đuôi tứ chi, tim thai: nhịp chậm rời rạc hoặc không có.

Lưu ý: Trường hợp vết sẹo mổ cũ chỉ mới bị nứt, ít có dấu hiệu điển hình của xuất huyết nội.

2. Vỡ tử cung trong chuyển dạ

a. Dạng vỡ tử cung trong thời kỳ chuyển dạ: Chỉ xảy ra trên TC không có sẹo mổ cũ.

• **Triệu chứng cơ năng**

- Thai phụ đau bụng nhiều.
- Con co tử cung dồn dập, mạnh.

• **Dấu hiệu thực thể**

- Vòng Bandl lên cao (cao ngang rốn và trên rốn là sắp vỡ TC), tử cung có hình quả bầu.
- Dấu hiệu Frommel: hai dây chằng tròn bị kéo dài, căng lên như hai sợi dây đàn.
- Tim thai có thể bình thường, không đều hoặc suy.

- Khám âm đạo thấy đầu cao chưa lọt, các dấu hiệu bất xứng đầu chậu; có thể phát hiện các nguyên nhân: khung chậu hẹp, ngôi bất thường.

b. Võ tử cung

• Triệu chứng cơ năng

- Sản phụ có dấu dọa vỡ, đột ngột đau nhói sau đó bớt đau nhưng tổng trạng xấu dần.
- Choáng: da xanh, niêm nhạt, mạch nhanh nhẹ khó bắt, tụt huyết áp, tay chân lạnh.
- Xuất huyết âm đạo.
- Nước tiểu có thể có màu đỏ.

• Dấu hiệu thực thể

- Triệu chứng tổng quát : có thể có choáng.
- Nhìn: bụng có thể biến dạng, lành phình.
- Sờ nắn
 - + Phản ứng thành bụng.
 - + Đau nhói nơi vết vỡ.
 - + Sờ thấy thai nhi, không sờ thấy đáy TC nếu thai bị đẩy ra khỏi buồng TC.
- Gõ đục vùng thấp hoặc gõ đục toàn ổ bụng.
- Tim thai suy hoặc không nghe được tim thai.
- Khám âm đạo có thể không còn thấy ngôi thai, máu đỏ tươi theo găng.
- Trường hợp vỡ TC sau sinh thường, sinh giúp: thấy máu đỏ tươi chảy từ lòng TC, có thể có choáng, soi tử cung phát hiện vết vỡ ở đoạn dưới TC, vết rách CTC lên tới đoạn dưới TC, sẹo mổ cũ không còn nguyên vẹn liên tục, bị mỏng hoặc đã rách vỡ rộng.

III. XỬ TRÍ

• Dọa vỡ TC

- Lập đường truyền TM với NaCl 9 % hoặc Ringer Lactat.
- Thông tiểu.
- Mổ lấy thai cấp cứu.

• Vỡ tử cung

- Hồi sức tích cực.
- Mổ cấp cứu.
- Xử lý tử cung
 - + Bảo tồn TC nếu tổng trạng cho phép, < 40 tuổi, < 2 con, nứt hoặc vết vỡ đơn giản, chưa có dấu nhiễm trùng.
 - + Cắt tử cung toàn phần nếu choáng nặng, có nhiễm trùng, vết vỡ phức tạp, tuổi > 40, số con > 2.

• Các vấn đề cần lưu ý

- Hồi sức chống choáng thật tốt trước - trong - sau phẫu thuật.
- Kháng sinh phổ rộng, liều cao trước và sau mổ.
- Nếu bảo tồn tử cung:
 - + Phải cắt lọc trước khi khâu bảo tồn vết rách do sẹo mổ cũ.
 - + Cố gắng phủ được phúc mạc tử cung.
 - + Cần triệt sản nếu bệnh nhân đủ con.
- Cần thận không làm tổn thương niệu quản 2 bên.

- Quan sát, phát hiện tổn thương ở các cơ quan lân cận để giải quyết kết hợp kịp thời.
- Cần theo dõi biến chứng viêm phúc mạc toàn thể hay khu trú trong thời kỳ hậu phẫu.

IV. DỰ PHÒNG

- Quản lý thai tốt, đặc biệt đối với vết mổ cũ.
 - + Đánh giá lại thai kỳ và định hướng phương pháp sinh khi thai 38 tuần có VMC.
 - + Đối với phụ nữ có vết mổ trên cơ tử cung ngay sau mổ nên ngừa thai ít nhất 1 năm.
- Khi khởi phát chuyển dạ hoặc tăng co phải theo dõi sát cơn gò với monitor sản khoa, phát hiện sớm các dấu hiệu bất xứng đầu chậu, cơn gò cường tính.
- Đối với các thai kỳ có chỉ định mổ lấy thai nên được mổ chủ động hoặc ngay khi bắt đầu có chuyển dạ.
- Khi giúp sinh phải tôn trọng đúng chỉ định, đủ điều kiện và thực hiện đúng kỹ thuật.

BẢNG HUYẾT SAU SINH**I. ĐỊNH NGHĨA**

- BHSS là tình trạng mất $\geq 500\text{ml}$ máu sau sinh đường âm đạo hoặc mất $\geq 1000\text{ml}$ máu sau mổ lấy thai hoặc ảnh hưởng tổng trạng hoặc Hematocrit giảm $> 10\%$ so với trước sinh.
- Phân loại: nguyên phát (< 24 giờ đầu) và thứ phát (sau 24 giờ - 12 tuần - WHO).

II. CHẨN ĐOÁN

- Đo lượng máu mất bằng túi đo máu lót ngay sau khi sổ thai và ra hết nước ối.
- Dấu hiệu mất máu cấp tính: mặt, vật vã, da xanh niêm nhợt, vã mồ hôi
- Thay đổi tổng trạng, sinh hiệu: mạch nhanh, HA tụt.
- TC tăng thể tích.
- Ra huyết âm đạo đỏ tươi lượng nhiều - liên tục

Nguyên nhân:

- Đờ tử cung.
- Chấn thương đường sinh dục (đặc biệt là vỡ tử cung).
- Bất thường về bong nhau, sổ nhau
- Rối loạn đông máu.

III. XỬ TRÍ CHUNG**Hồi sức tích cực + co hồi tử cung + tìm nguyên nhân.**

- Huy động tất cả mọi người để cấp cứu.
- Thiết lập ít nhất 2 đường truyền tĩnh mạch, catheter 18G cho dịch chảy với tốc độ nhanh.
- Đánh giá tình trạng mất máu và thể trạng chung của sản phụ (các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ).
- Nếu nghi ngờ có choáng hoặc bắt đầu có choáng phải xử trí ngay theo phác đồ xử trí choáng.
- Thông tiểu.
- Xoa đáy tử cung và dùng thuốc co hồi TC
 - Oxytocin 5 UI 4 ống pha 500 ml dịch tinh thể, tối đa 80 UI.
 - Methyl-ergometrin 0,2mg 1 ống TB hay tiêm vào cơ tử cung (không bao giờ tiêm tĩnh mạch), tối đa 5 liều. Không sử dụng: tiền căn cao huyết áp, hội chứng Raynaud.
 - Carbetocin (Duratocin 100mcg) 1 ống TMC, chỉ một liều duy nhất (khuyến cáo sử dụng dự phòng trong những trường hợp nguy cơ cao BHSS).
 - Prostaglandin F2 alpha (Carboprost tromethamine): 250mcg TB mỗi 15-20 phút nếu cần, tổng liều là 2mg) nếu không có hen suyễn và cao huyết áp.
 - Prostaglandin E1 (Misoprostol: Cytotec) 200mcg/viên: 4 viên đặt hậu môn 1 lần duy nhất, có thể dùng cho người cao huyết áp hay hen suyễn. Theo dõi nhiệt độ sản phụ vì có thể sốt $\geq 40^\circ\text{C}$ và lạnh run. Sử dụng phối hợp với thuốc gò tử cung đường tiêm, không sử dụng như thuốc gò duy nhất để điều trị BHSS.
- Tìm nguyên nhân: kiểm tra đường sinh dục và thực hiện các biện pháp cầm máu cơ học khác.
- Làm xét nghiệm cơ bản: nhóm máu, huyết đồ, đông máu toàn bộ.

IV/ TRIỆU CHỨNG & XỬ TRÍ THEO BỆNH CẢNH LÂM SÀNG**1/ Đờ tử cung (Tonus)****a/ Triệu chứng**

- Chảy máu ngay sau khi sổ nhau là triệu chứng phổ biến
- Tử cung giãn to, mềm nhão, co hồi kém hoặc không co hồi, không có khối an toàn.
- Có thể dẫn đến choáng nếu không xử trí kịp thời.

b/ Xử trí: ngoài phần xử trí chung có thể cần thêm

- Chèn bóng lòng TC, phẫu thuật may mũi B-Lynch hoặc thắt động mạch tử cung, thắt động mạch hạ vị, cắt tử cung.
- Kết hợp vừa phẫu thuật vừa hồi sức, truyền máu.

2/ Chấn thương đường sinh dục (Trauma)

Gồm rách âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn, cổ tử cung, vỡ tử cung và máu tụ đường sinh dục.

a/ Triệu chứng

- Tử cung co hồi tốt nhưng máu đỏ tươi vẫn chảy ra ngoài âm hộ.
- Khám thấy vết rách và máu tụ đường sinh dục.

b/ Xử trí: ngoài xử trí chung còn thêm

- Khâu phục hồi đường sinh dục.
- Nếu bị tụ máu, tùy theo vị trí, kích thước và sự tiến triển của khối máu tụ để có thái độ xử trí thích hợp. Nguyên tắc chung là phải phá khối máu tụ và khâu cầm máu kỹ, tránh tái phát. Làm tại phòng mổ khi khối máu tụ to, sâu hoặc ở vị trí khó kiểm soát.
- Với vỡ tử cung: xem phác đồ “ Vỡ tử cung ”

3/ Bất thường về bong nhau và sổ nhau (Tissue).**a/ Triệu chứng**

- **Sốt nhau, sót màng**
 - Chảy máu thường xuất hiện sau khi sổ nhau.
 - Tử cung có thể co hồi kém.
 - Ra máu rỉ rả, lượng máu ra có thể ít hoặc nhiều, máu đỏ tươi lẫn máu cục.
 - Có thể phát hiện sớm sót nhau bằng cách kiểm tra nhau và màng nhau.
 - Nếu phát hiện muộn, không kịp thời, mất máu nhiều có dấu hiệu choáng.
- **Nhau không bong**
 - Nhau không bong trong vòng 30 phút sau khi sổ thai hoặc dùng biện pháp xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ không kết quả.
 - Nhau bám chặt và không chảy máu.
 - Nhau cài răng lược bán phần thì sau khi thai đã sổ 30 phút nhau không bong hoàn toàn, chảy máu nhiều hay ít tùy theo diện nhau bong rộng hay hẹp. Nhau cài răng lược toàn phần: ít gặp, không chảy máu.

b/Xử trí

- **Sốt nhau, sót màng**
 - Truyền dịch tĩnh mạch ngay.
 - Cho thuốc giảm đau (Morphin 10mg/ống cho 1 ống TB/TDD hay Pethidine 100mg/ống cho ½ ống TB/TM chậm) và tiến hành kiểm soát tử cung.
 - Tiêm bắp 1-2 ống Oxytocin 5UI/ống hoặc/và TB 1 ống Ergometrin 0.2mg/ống.

- Dùng kháng sinh toàn thân.
- Theo dõi mạch, huyết áp, chảy máu và co hồi tử cung.
- Hồi sức truyền máu nếu thiếu máu cấp.
- **Nhau không bong**
 - Nếu chảy máu, tiến hành bóc nhau và kiểm soát tử cung, tiêm bắp 2 ống Oxytocin 5UI, xoa đáy tử cung, hồi sức chống choáng, cho kháng sinh.
 - Nhau cài răng lược bán phần chảy máu hoặc nhau cài răng lược toàn phần → cắt TC.
 - Nếu chảy máu nhiều cần phải hồi sức chống choáng, truyền máu và phẫu thuật.
 - Duy trì gò tử cung theo nguyên tắc chung.

4/ Rối loạn đông máu (Thrombin)

- Có thể tiên phát do các bệnh về máu nhưng thường là thứ phát do chảy máu nhiều, mất sinh sợi huyết (đông máu nội quản lan tỏa). Đông máu nội mạch lan tỏa có thể kết hợp với tiền sản giật nặng, thai chết trong tử cung, nhau bong non thể ần, nhiễm trùng ối hay thuyên tắc ối. Tất cả các tình trạng bệnh lý này có thể dẫn đến tiêu sinh sợi huyết.
- Điều trị nội khoa bằng máu tươi là chính, các yếu tố đông máu và điều trị nguyên nhân.
- Nếu phải can thiệp phẫu thuật lưu ý mở bụng đường dọc.

V/ DỰ PHÒNG

- Đảm bảo quản lý thai nghén tốt, phát hiện sớm các nguy cơ cao.
- Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ: kéo dây rốn có kiểm soát.
- Trong những trường hợp nguy cơ cao BHSS: có thể sử dụng sớm Carbetocin (Duratocin 100mcg) 1 ống TM chậm hoặc TB, một liều duy nhất.
- Áp dụng vẽ biểu đồ chuyển dạ, không để xảy ra chuyển dạ kéo dài.
- Đỡ sinh đúng kỹ thuật, nhẹ nhàng để tránh gây chấn thương đường sinh dục. Khi có tổn thương đường sinh dục cần phát hiện sớm và xử trí kịp thời.
- Theo dõi sát sản phụ 6 giờ đầu sau sinh, đặc biệt là trong 2 giờ đầu để phát hiện sớm các trường hợp chảy máu.

NHAU BONG NON**I. ĐỊNH NGHĨA**

Nhau bong non (NBN) là tình trạng nhau bám ở vị trí bình thường nhưng bong sớm trước khi sổ thai do bệnh lý hoặc chấn thương.

II. CHẨN ĐOÁN**1. Triệu chứng cơ năng:**

- Đột ngột đau bụng dữ dội.
- Ra huyết âm đạo đen loãng, không đông.

2. Triệu chứng thực thể:

- Tử cung co cứng nhiều. Trương lực cơ tử cung tăng, tử cung cứng như gỗ và tử cung tăng chiều cao.
- Có thể có thai suy hay mất tim thai.
- Có thể có choáng.
- Có thể có hội chứng tiền sản giật.
- Khám âm đạo: Ra máu âm đạo lượng từ ít tới nhiều, đỏ sẫm, loãng, không đông, đoạn dưới căng, cổ tử cung chắc, siết chặt ở lỗ trong cổ tử cung, màng ối căng phồng, nước ối có thể có máu.

3. Cận lâm sàng:

- Siêu âm có thể không thấy khối máu tụ sau nhau nhưng cũng không được loại trừ nhau bong non.
- Các xét nghiệm máu không giúp chẩn đoán nhau bong non nhưng có thể chẩn đoán hậu quả rối loạn đông máu do nhau bong non.

4. Phân loại:***Thể nhẹ:***

- + Tổng trạng bình thường, chảy máu ít.
- + Có thể không có dấu suy thai.
- + Chuyển dạ thường diễn tiến nhanh.
- + Thường chỉ chẩn đoán được khi làm siêu âm hoặc ghi nhận dấu ấn của huyết tụ trên bánh nhau ngay sau sinh.

Thể nặng - phong huyết tử cung nhau:

- + Sản phụ đau dữ dội.
- + Mất tim thai.
- + Có thể kèm hội chứng tiền sản giật nặng.
- + Tình trạng choáng nặng.
- + Ra máu âm đạo sẫm đen, loãng không đông.
- + Trương lực cơ tử cung tăng, tử cung cứng như gỗ và tử cung tăng chiều cao.
- + Cổ tử cung cứng, ối căng phồng, nước ối có thể có máu.

Chẩn đoán NBN chủ yếu dựa trên lâm sàng.

Xét nghiệm chỉ hỗ trợ thêm cho lâm sàng.

III. XỬ TRÍ**1. Nguyên tắc xử trí:**

Tùy thuộc vào:

- Tổng trạng thai phụ.
- Tuổi thai.
- Tình trạng thai.

2. Xử trí:

• **Nhau bong non thể nặng, ảnh hưởng tổng trạng mẹ: MLT cấp cứu**

- Mở đường dọc.
- Thất động mạch tử cung dự phòng.
- Nếu xảy ra băng huyết → xem phác đồ băng huyết.
- Dựa vào tuổi, Para, tổng trạng mẹ → quyết định cắt tử cung.

• **NBN thể nhẹ, tổng trạng mẹ và biểu đồ tim thai cho phép**

Tuổi thai > 34 tuần

- Tiên lượng sinh trong vòng 1 giờ: bấm ối, sinh đường âm đạo.
- Tiên lượng diễn tiến chuyển dạ thuận lợi: bấm ối, tăng co (nếu gò không đủ), sinh đường âm đạo.
- Tiên lượng diễn tiến chuyển dạ không thuận lợi: MLT.

Tuổi thai < 34 tuần

- Hỗ trợ phổi:
 - . Betamethasone 4mg/ống: TB 12mg (3 ống) x 2 liều, cách nhau 24h, hoặc
 - . Dexamethasone 4mg/ống: TB 6mg (1.5 ống) x 4 liều, cách nhau 12h.
- Theo dõi sát tình trạng mẹ & thai: Trong thời gian theo dõi, nếu tình trạng mẹ và thai diễn tiến xấu → MLT cấp cứu.
- Sau hỗ trợ phổi, tổng trạng mẹ ổn định, tim thai tốt thì có thể chấm dứt thai kỳ bằng tăng co phối hợp thuốc mềm CTC để sinh đường âm đạo khi thuận lợi hoặc MLT khi không thuận lợi.

Trường hợp thai chết

- Tổng trạng mẹ bị ảnh hưởng: MLT.
- Tình trạng mẹ cho phép: bấm ối, tăng co theo dõi sinh đường âm đạo.
- Điều trị nội khoa tích cực khi có rối loạn đông máu.

SA DÂY RÓN**I. CHẨN ĐOÁN**

Sa dây rốn trong bọc ối: khám âm đạo thấy dây rốn nằm ở bên hoặc dưới ngôi thai nhưng vẫn trong bọc ối.

Nếu ối đã vỡ thì khám dây rốn sa trong âm đạo, có khi ra ngoài âm hộ.

Hay gặp trong ngôi bất thường.

II. XỬ TRÍ CHUNG**1. Sa dây rốn trong bọc ối**

Không cho sản phụ rặn.

Đặt sản phụ nằm tư thế mông cao ngay sau khi phát hiện và chuyển lên phòng mổ.

Phẫu thuật lấy thai cấp cứu.

Nếu thai chết, có đủ điều kiện: lấy thai đường dưới.

2. Sa dây rốn khi đã vỡ ối

- Xác định xem dây rốn còn đập không, nghe tim thai bằng Doppler.

- Nếu thai còn sống:

+ Cho sản phụ nằm tư thế đầu thấp và đánh giá tiến triển của cuộc chuyển dạ và tình trạng thai nhi.

+ Nếu đủ điều kiện sinh nhanh: cho sinh.

+ Phẫu thuật lấy thai ngay nếu không đủ điều kiện sinh đường dưới.

+ Đưa tay vào trong âm đạo đẩy ngôi thai lên cao, giảm chèn ép vào dây rốn.

+ Tư vấn cho gia đình sản phụ về diễn biến xấu có thể xảy ra đối với thai.

+ Nếu dây rốn sa ra ngoài âm hộ, bọc dây rốn nhẹ nhàng bằng khăn ẩm, ấm.

- Nếu thai đã chết, không còn tính chất cấp cứu: theo dõi sinh đường âm đạo nếu không có các nguyên nhân sinh khó khác.

SỬ DỤNG OXYTOCIN TRONG CHUYỂN DẠ

Thuốc Oxytocin là thuốc gây co bóp tử cung cả về tần số và cường độ.

I. CHỈ ĐỊNH

- Sử dụng Oxytocin để gây cơn co tử cung trong trường hợp khởi phát chuyển dạ hoặc đã chuyển dạ nhưng cơn co thưa, yếu.

- Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ.

- Đề phòng và xử trí băng huyết sau sinh.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**1. Chống chỉ định tuyệt đối:**

- Bất tương xứng đầu - chậu.

- Ngôi không có chỉ định sinh đường âm đạo.

- Nhau tiền đạo trung tâm.

- Nhau bong non thể nặng.

- Suy thai cấp.

- Không có phòng phẫu thuật, phẫu thuật viên và phương tiện phẫu thuật.

- Mẹ bị bệnh lý tim mạch gây rối loạn cung lượng tim.

2. Chống chỉ định tương đối:

- Vết mổ cũ lấy thai.

- Đa thai, đa ối.

III. CÁCH DÙNG

1. Trước sinh:

Cách thực hiện:

- Bơm tiêm điện có điều khiển tốc độ truyền là cách sử dụng tốt nhất với liều ban đầu là 4mUI/phút. Hoặc có thể:
- Dùng dung dịch Glucose 5% 500 ml (hoặc Lactate Ringer 500ml) 1 chai, truyền tĩnh mạch với tốc độ VIII giọt/phút.
 - + Pha Oxytocin 5UI 1 ống vào chai dịch đang truyền TM VIII giọt/phút.
 - + Lắc đều chai cho thuốc Oxytocin pha đều.
- Theo dõi sát chuyển dạ bằng monitor sản khoa, đặc biệt theo dõi tim thai và cơn gò TC.
- Phải ghi diễn tiến chuyển dạ trên biểu đồ chuyển dạ.

Theo dõi

- Theo dõi trong 20-30 phút, nếu cơn gò chưa đạt 3 cơn gò/10 phút (khởi phát chuyển dạ) hoặc chưa đạt số cơn gò theo độ mở CTC thì chỉnh giọt, tăng từ VIII (8) giọt/phút (4mUI/phút) lên số giọt cần thiết sao cho đạt được tần số cơn gò phù hợp. Liều tối đa là XL (40) giọt/phút (20mUI/phút).
- Khám ngoài: mỗi 15 phút/lần đều đặn theo dõi cơn co tử cung, nhịp tim thai; mỗi giờ/lần khám độ lọt của ngôi thai.
- Khi đã đạt được số cơn gò phù hợp giai đoạn chuyển dạ và độ mở cổ tử cung, đánh giá sự tiến triển của chuyển dạ bằng độ mở CTC và ngôi thai theo qui định Hướng Dẫn Quốc Gia tùy giai đoạn của cuộc chuyển dạ.
- Khi phát hiện chuyển dạ ngưng tiến triển (theo dõi tối đa 2 giờ):
 - + Cân nhắc việc có tiếp tục sử dụng Oxytocin liều cao hơn, hay
 - + Phối hợp thuốc mềm CTC, hay
 - + Mổ lấy thai.

2. Sau sinh:

- Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ (xem phác đồ “Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ”).
- Đề phòng và điều trị băng huyết do dờ tử cung (xem phác đồ “Băng huyết sau sinh”).

IV. TAI BIẾN & XỬ TRÍ

1. Cơn gò TC cường tính:

- Khi có nhiều hơn 5 cơn co trong 10 phút và mỗi cơn co kéo dài trên 90 giây.
- Xử trí: ngưng truyền Oxytocin, có thể phối hợp thuốc giảm gò (xem phần “Dọa vỡ TC” trong phác đồ “Vỡ TC”) và theo dõi sát tần số cơn gò và tình trạng tim thai trong 30 - 45 phút. Sau 45 phút, cơn gò TC không giảm → mổ lấy thai ngay hoặc giúp sinh bằng dụng cụ nếu đủ điều kiện.

2. Dọa vỡ - vỡ TC: xem phác đồ Vỡ TC.

3. Thai suy cấp trong chuyển dạ:

- Nếu có dấu hiệu suy thai phải ngừng truyền Oxytocin → tham khảo phác đồ “Thai suy cấp”.

- Sau khi ngưng truyền Oxytocin 15 phút không có kết quả, phải mổ lấy thai ngay hoặc sinh giúp (sinh hút, forceps) nếu đủ điều kiện.

4. Nhau bong non: xem phác đồ “Nhau bong non”.

5. Ngộ độc nước: Khi truyền dịch liều cao trong thời gian dài.

6. Ảnh hưởng tim mạch:

- Khi dùng liều cao > 45 mUI/phút hay khi tiêm TM trực tiếp.
- Gây tụt huyết áp, giảm tưới máu động mạch vành, ngưng tim.

7. Giãn cơ trơn:

- Khi dùng liều cao trực tiếp.
- Thường gặp đi kèm sản phụ được gây tê hay gây mê.

8. Di ứng: ít thấy.

10. Ảnh hưởng lên thai: suy thai, ngạt sau sinh, tăng Bilirubine/máu gây tăng mức độ vàng da sơ sinh.

XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN 3 CHUYỂN DẠ

I. Định nghĩa

Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ là các thao tác chủ động của người đỡ sinh tác động ở giai đoạn sau khi sổ thai để giúp nhau bong và sổ ra ngoài nhanh hơn, nhằm phòng ngừa băng huyết sau sinh.

II. Chỉ định

Cho mọi trường hợp sinh đường âm đạo, khi thai vừa mới sổ ra ngoài và chắc chắn không còn thai nào trong tử cung.

III. Kỹ thuật

Các bước chính được WHO, FIGO, ICM và BHYT thống nhất khuyến cáo gồm:

1. Ngay sau sổ thai hoặc sau cắt dây rốn hoặc sau so nhau: tiêm bắp 10 UI Oxytocin. Nếu người bệnh đang được truyền dịch, có thể sử dụng Oxytocin 20 UI truyền TM XXX giọt/phút.
2. Giải thích những việc sẽ làm cho sản phụ.
3. Kiểm tra TC co hồi chưa, không có cầu bàng quang.
4. Kéo dây rốn có kiểm soát: Một tay chặn trên xương vệ, đẩy nhẹ tử cung lên trên, một tay kéo nhẹ dây rốn xuống.
5. Đỡ nhau và màng nhau.
6. Xoa đáy TC kích thích TC co hồi tốt.

IV. Khó khăn & Xử trí

1. Nhau không tróc

- Sau kéo dây rốn lần 1 khoảng 15-30 giây mà dây rốn không xuống thêm, ngưng kéo dây rốn, chờ cơn gò TC sau làm TC gò tốt sẽ thực hiện lần 2.
- Tối đa có thể làm 05 lần. Nếu không được sẽ chuyển bóc nhau bằng tay theo “Hướng Dẫn Quốc Gia”.

2. Đứt dây rốn

- Có thể chờ sổ nhau tự nhiên như bình thường nếu không chảy máu nhiều vì máu chảy từ bánh nhau qua chỗ dây rốn đứt không phải là máu mẹ.
- Nếu sau 30-45 phút nhau không sổ sẽ thực hiện bóc nhau bằng tay theo “Hướng Dẫn Quốc Gia”.

3. Lộn tử cung

- Do kéo quá mạnh và khi TC chưa gò tốt hoặc TC bị dị dạng.
- Xử trí theo “Hướng Dẫn Quốc Gia”.

NGHIỆM PHÁP LỘT NGÔI CHỖM

Nghiệm pháp lọt ngôi chễm là phương pháp đánh giá cuộc sinh khi khung chậu giới hạn, trọng lượng thai nhi bình thường hoặc khi khung chậu bình thường nhưng thai nhi lại khá to, nhằm đưa đến quyết định là thai nhi có thể sinh được qua đường âm đạo hay phải phẫu thuật lấy thai.

I. CHỈ ĐỊNH

- Khung chậu giới hạn, thai bình thường.
- Khung chậu bình thường, thai to.
- Khung chậu hẹp, thai nhỏ.

II. ĐIỀU KIỆN

- Phải là ngôi chễm.
- Có chuyên dạ thật sự.
- Cổ tử cung xóa và mở > 4 cm.
- Con co tử cung tốt (4 - 5 cơn co/10 phút). Nếu cơn co không tốt phải tăng co bằng Oxytocin, nhỏ giọt tĩnh mạch.
- Phải theo dõi cẩn thận để phát hiện kịp thời những biến chứng xảy ra trong khi làm nghiệm pháp lọt như sa dây rốn, thai suy, cơn co tử cung dồn dập (>5 cơn co/10 phút), dọa vỡ tử cung.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thai suy.
- Các ngôi không phải là ngôi chễm.
- Có sẹo mổ cũ ở tử cung.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- **Bước 1:** Sản phụ nằm ở tư thế sản khoa.
- **Bước 2:** Khám đánh giá tình trạng tim thai, cơn co tử cung, ngôi thai.
- **Bước 3:** Bấm ối khi có cơn co tử cung và xé rộng màng ối để cho ngôi tì vào cổ tử cung. Nếu ngôi thai còn cao phải đề phòng sa dây rốn.
- **Bước 4:** Ghi rõ giờ bắt đầu bấm ối và diễn biến của tim thai, cơn co tử cung, ngôi thai.
- **Bước 5:** Đánh giá lọt của ngôi thai mỗi giờ trong 2 giờ.

V. THEO DÕI & XỬ LÝ TAI BIẾN

• **Phẫu thuật cấp cứu lấy thai ngay trong các trường hợp.**

- Cơn co tử cung dồn dập, liên tục dù đã ngừng Oxytocin và cho thuốc giảm co.
- Thai suy.
- Sa dây rốn.
- Sau 2 giờ làm nghiệm pháp, cổ tử cung không mở thêm hoặc rắn hơn hoặc phù nề; ngôi thai vẫn cao, không lọt và bắt đầu có bướu huyết thanh.

• **Theo dõi thêm chuyển dạ**

- Nếu sau 2 giờ làm nghiệm pháp lọt mà cổ tử cung mở thêm từ 2 cm trở lên, tim thai trong giới hạn bình thường, ngôi thai xuống sâu hơn trong tiểu khung, có thể quyết định cho theo dõi thêm; khi cổ tử cung mở hết đầu lọt thấp, có thể cho sản phụ sinh thường hay sinh giúp bằng dụng cụ.

NGÔI BẤT THƯỜNG

Ngôi bất thường là ngôi không phải ngôi chỏm, gồm: ngôi mặt, ngôi trán và ngôi thóp trước, ngôi mông, ngôi vai (ngôi ngang), ngôi đầu sa tay (ngôi phức tạp).

I. NGÔI MẶT

Là ngôi đầu ngửa tối đa, mặt thai nhi trình diện trước eo trên.

Ngôi mặt được chẩn đoán xác định trong chuyển dạ sinh bằng cách khám âm đạo.

1. Khám bụng

- Ngôi đầu, nắn ngoài, có dấu hiệu nhất rìu nếu là kiểu cầm sau, nếu là kiểu cầm trước sờ thấy cầm có hình móng ngựa.

2. Khám âm đạo

- Chẩn đoán xác định bằng khám âm đạo, tìm được móc của ngôi là cầm, việc chẩn đoán xác định sẽ dễ hơn khi cổ tử cung đã mở, nhưng phải cẩn thận khi thăm khám để không làm vỡ ối.

- Không bao giờ thấy thóp sau hoặc thóp trước khi khám âm đạo.

- Cần chẩn đoán phân biệt với ngôi trán, ngôi mông.

3. Xử trí

- Cuộc sinh ngôi mặt diễn ra lâu và khó khăn hơn sinh ngôi chỏm.

- Chỉ có ngôi mặt cầm trước có thể sinh đường âm đạo. Nếu sinh đường âm đạo có thể có hỗ trợ bằng forceps, tuyệt đối không được dùng giác hút.

- Ngôi mặt cầm sau tự xoay được về cầm trước cũng có thể sinh đường âm đạo.

- Phẫu thuật lấy thai cho những trường hợp ngôi mặt cầm sau hoặc cầm trước có kết hợp thêm các yếu tố sinh khó khác.

II. NGÔI TRÁN & NGÔI THÓP TRƯỚC

Là ngôi trung gian giữa ngôi mặt và chỏm, đầu không cúi hẳn mà cũng không ngửa hẳn, trán hoặc thóp trước của thai trình diện trước eo trên.

1. Chẩn đoán

- Lúc bắt đầu chuyển dạ là một ngôi đầu cao lỏng.

- Chẩn đoán xác định dựa vào việc khám âm đạo khi cổ tử cung mở được từ 3 cm trở lên, ối đã vỡ và ngôi đã cố định chặt.

- Sờ thấy góc mũi, 2 hố mắt, trán và thóp trước (ngôi trán) hoặc thấy thóp trước ở chính giữa tiểu khung (ngôi thóp trước).

- Không sờ thấy thóp sau và cầm.

- Cần chẩn đoán phân biệt với ngôi mặt và ngôi chỏm.

2. Xử trí

- Theo dõi sát các cuộc chuyển dạ để phát hiện sớm.

- Phẫu thuật lấy thai khi có chẩn đoán xác định.

III. NGÔI MÔNG

Là một loại ngôi dọc, đầu thai nằm ở đáy tử cung, mông trình diện trước eo trên.

Là một ngôi sinh khó do đầu là phần to và cứng nhất lại sinh ra sau cùng, nguy cơ kẹt đầu hậu có thể làm cho thai chết hoặc sang chấn.

1. Chẩn đoán

Lâm sàng

- Ngôi dọc, đầu ở đáy tử cung.

- Khám âm đạo sờ thấy xương cùng, lỗ hậu môn và hai mông thai nhi, có thể một hoặc hai bàn chân cùng với mông.

- Có thể thấy phân su nhưng không đánh giá là thai suy.

- Chẩn đoán phân biệt với: ngôi mặt, ngôi vai, ngôi đầu sa chi.

Cận lâm sàng: siêu âm giúp chẩn đoán và ước lượng cân thai.

2. Xử trí

- Đỡ sinh đường âm đạo khi có những điều kiện thuận lợi:
 - + Ngồi mông đủ hoặc thiếu kiểu mông.
 - + Khung chậu bình thường.
 - + Thai nhi không quá lớn, ước lượng cân thai < 3200g.
 - + Đầu thai cúi tốt.
- Chỉ định mổ lấy thai: khi có kết hợp với bất kỳ một yếu tố nguy cơ
 - + Chuyển dạ kéo dài.
 - + Ngồi mông thiếu kiểu chân.
 - + Khung chậu giới hạn, hẹp, biến dạng.
 - + Con so, thai > 3000g.
 - + Thai to, ước lượng cân thai > 3200g.
 - + Đầu không cúi tốt.
 - + Vết mổ cũ trên TC.

IV. NGÔI VAI

Trong ngôi vai thai không nằm theo trục của tử cung mà nằm ngang hoặc chếch, trục của thai không trùng với trục của tử cung.

Mốc của ngôi là móm vai, ngôi vai không có cơ chế sinh nên hầu hết các trường hợp đều phải phẫu thuật lấy thai. Chỉ làm nội xoay thai cho thai thứ 2 trong song thai.

1. Chẩn đoán

- Tử cung bè ngang, nắn thấy đầu ở hạ sườn hoặc hố chậu.
- Chiều cao tử cung thấp hơn so với tuổi thai.
- Khám âm đạo thấy tiểu khung rộng, ối phòng.
- Khi có chuyển dạ nếu ối vỡ, CTC mở có thể sờ thấy móm vai hoặc tay thai nhi ở trong âm đạo.
- Có thể dùng siêu âm để chẩn đoán.
- Chẩn đoán phân biệt với ngôi mông.

2. Xử trí

- Phẫu thuật lấy thai khi thai đủ trưởng thành.
- Nội xoay thai cho thai thứ hai ngôi vai trong trường hợp sinh đôi, đủ điều kiện nội xoay.

V. NGÔI PHỨC TẠP

Là khi tay thai nhi sa xuống sát bên ngôi thai hay phần trình diện của thai.

1. Chẩn đoán

- Cả tay sa xuống và đầu thai cùng đồng thời trình diện trong khung chậu khi khám âm đạo.
- Có thể phát hiện khi ối còn hoặc đã vỡ.

2. Xử trí

- Sinh tự nhiên chỉ có thể xảy ra khi thai rất nhỏ hoặc chết lưu.
- Có thể đặt lại vị trí của tay thai nhi như sau:
 - + Đẩy tay thai lên trên tiểu khung và giữ cho đến khi cơn co tử cung đẩy đầu thai vào tiểu khung.
 - + Nếu đầu thai giữ được trong tiểu khung và không sờ thấy tay thai nữa thì có thể theo dõi chuyển dạ tự nhiên.
 - + Phẫu thuật lấy thai khi đẩy tay thất bại, hoặc kèm sa dây rốn.

XỬ TRÍ THAI THỨ HAI TRONG SONG THAI

Trong song thai sau khi thai thứ nhất sỏ, thường có biến cố xảy ra với thai thứ hai. Có thể làm thai thứ hai xoay trong tử cung, cơn co tử cung lại thưa, mẹ lại mệt mỏi vì đã gắng sức sinh thai thứ nhất. Vì thế, cần phải biết xử lý để bảo đảm an toàn cho mẹ và cho thai.

I. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

- Khám âm đạo kiểm ngay sau sỏ thai thứ nhất kiểm tra độ xóa mờ CTC, ngôi, thế, kiểu thế của thai thứ hai.
- Nếu ngôi chỏm thì chờ đợi có cơn co tử cung rồi bấm ối và đỡ sinh như các trường hợp sinh ngôi chỏm.
- Ngôi bất thường (ngôi vai, ngôi trán, thai nhỏ) nội xoay thai và đại kéo thai. Sau đó đỡ sinh ngôi mông như thường hoặc đại kéo thai ngay.
- Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ để lấy nhau, nếu chảy máu có thể bóc nhau nhân tạo và soát buồng tử cung.
- Kiểm tra bánh nhau và màng nhau.
- Đề phòng băng huyết sau sinh.

II. THEO DÕI & XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nếu buồng ối thứ hai bị vỡ đột ngột, thai trở thành ngôi vai, tử cung xiết chặt vào thai, không thể làm thủ thuật nội xoay: phải phẫu thuật lấy thai.
- Băng huyết sau sanh → xử trí theo phác đồ “Băng huyết sau sinh”.

SINH KHÓ DO VAI

Sinh khó do vai là sau khi đầu sổ, vai trước của thai không thể vượt qua bờ dưới xương vệ hoặc cần phải can thiệp thủ thuật để đưa vai vượt qua bờ dưới xương vệ, được chẩn đoán khi vai không thể sổ sau khi đầu đã sổ.

Trường hợp kẹt vai, cằm của thai bị đè ép vào tầng sinh môn. Đây là một cấp cứu sản khoa, thai có thể chết nếu không được sinh ra do chèn ép dây rốn.

I. THỦ THUẬT

Các thủ thuật chính giúp cho việc sổ thai dễ hơn, thuận tiện hơn:

- **Thủ thuật McRoberts:** gấp đùi sản phụ tối đa vào bụng sản phụ, giúp làm mở rộng khung chậu, làm phang bớt móm nhô. Nếu không thành công, hỗ trợ thêm đè ép lên phần dưới bụng và kéo nhẹ nhàng đầu thai ra. Kỹ thuật này giúp thành công trong 42% trường hợp.
- **Thủ thuật Rubin I:** Đè ép trên xương vệ.
- **Thủ thuật Rubin II:** Đè ép phía sau của vai trước, giúp đưa trục vai thai theo vị trí đường kính chéo và mặt thai hướng về phía âm đạo.
- **Thủ thuật xoay Woods:** giúp đưa vai trước thành vai sau, đôi khi làm ngược với thủ thuật Rubin II.
- **Thủ thuật Jacquemier hay Bamum:** sinh vai sau trước, tìm cẳng tay và cánh tay trong âm đạo và kéo nhẹ nhàng ra khỏi âm đạo.
- **Bẻ xương đòn:** giúp giảm đường kính vai.
- **Thủ thuật Gaskin:** Xoay thai theo nhiều hướng.

II. XỬ TRÍ

Các bước chính:

- Kêu gọi sự hỗ trợ của BS sản khoa, nữ hộ sinh, BS gây mê hồi sức và BS sơ sinh.
- Cắt rốn TSM.
- Gập chân.
- Kéo nhẹ đầu thai.
- Đè ép trên xương vệ.
- Các thủ thuật trong âm đạo.
- Sổ vai sau trước.
- Xoay thai theo nhiều hướng.

III. BIẾN CHỨNG

Tổn thương cho người mẹ:

- + Tổn thương đường sinh dục, trực tràng.
- + Gãy khớp xương vệ.
- + Băng huyết sau sinh.

Tổn thương cho con:

- + Liệt đám rối thần kinh cánh tay do các dây thần kinh bị kéo căng.
- + Gãy xương đòn.
- + Ngạt nặng.

TĂNG HUYẾT ÁP TRONG THAI KỲ**I. MỞ ĐẦU**

Tăng huyết áp là biến chứng nội khoa thường gặp nhất ở phụ nữ mang thai, chiếm 10% tổng số thai kỳ, là một trong ba nguyên nhân quan trọng gây tử vong mẹ trên toàn thế giới.

II. PHÂN LOẠI (theo ACOG 2014) gồm 4 nhóm:

1. Tiền sản giật – Sản giật:

Tiêu chuẩn chẩn đoán TSG	
Huyết áp	. HA tâm thu $\geq 140\text{mmHg}$ hoặc huyết áp tâm trương $\geq 90\text{ mmHg}$ trong 2 lần đo ít nhất cách 4 giờ, ở thai sau 20 tuần tuổi trên phụ nữ có HA bình thường trước đó. . HA tâm thu $\geq 160\text{mmHg}$ hoặc huyết áp tâm trương $\geq 110\text{ mmHg}$, tăng HA có thể được xác nhận trong một khoảng thời gian ngắn (15 phút) để tạo điều kiện điều trị hạ áp kịp thời.
Và	
Protein niệu	. $\geq 300\text{ mg} / 24\text{ giờ}$ Hoặc . Tỷ lệ Protein / Creatinin ≥ 0.3 (mg/dl, mỗi giá trị) . Dipstick 1+ (chỉ được sử dụng nếu phương pháp định lượng khác không có sẵn)
Hoặc trong trường hợp Protein niệu âm tính, THA mới khởi phát kèm theo với bất kỳ dấu hiệu nào mới khởi phát sau đây:	
Giảm tiểu cầu	$< 100.000 / \text{mm}^3$
Suy thận	Nồng độ Creatinin/huyết thanh $> 1,1\text{mg/dl}$ hoặc tăng gấp đôi nồng độ Creatinin/huyết thanh trong trường hợp không có bệnh thận khác.
Suy chức năng gan	Men gan tăng ≥ 2 lần giá trị bình thường
Phù phổi	Không
Triệu chứng não hoặc thị giác	Không

Tiêu chuẩn chẩn đoán TSG nặng (bất kỳ dấu hiệu nào):

- Tăng HA trầm trọng: HA tâm thu $\geq 160\text{mmHg}$ hoặc huyết áp tâm trương $\geq 110\text{ mmHg}$ qua 2 lần đo cách nhau 4 giờ có nghỉ ngơi tại giường (ngoại trừ đã sử dụng thuốc hạ áp trước đó).

- Tiểu cầu $< 100.000 / \text{mm}^3$.
- Suy chức năng gan: men gan tăng ≥ 2 lần giá trị bình thường. Đau hạ sườn phải hoặc thượng vị kéo dài không đáp ứng với thuốc và không có chẩn đoán thay thế, hoặc cả 2.
- Suy thận tiến triển (nồng độ Creatinin/huyết thanh $> 1,1\text{mg/dl}$ hoặc tăng gấp đôi nồng độ Creatinin/huyết thanh trong trường hợp không có bệnh thận khác).
- Phù phổi.
- Rối loạn não hay thị giác (triệu chứng thần kinh trung ương): rối loạn thị giác (hoa mắt, ám điểm, mù võ não, co thắt mạch máu võng mạc); nhức đầu nhiều, nhức đầu dai dẳng, tăng lên, không đáp ứng thuốc giảm đau, thay đổi tri giác.

Sản giật

- Đây là biến chứng nặng.
- Con co giật có thể xảy ra trước sinh, trong khi chuyển dạ hoặc sau sinh 48-72 giờ.

Hội chứng HELLP

- Xảy ra trước hoặc sau sinh.
- Lâm sàng: Đau thượng vị hoặc hạ sườn phải, nhìn mờ, nhức đầu, vàng da, buồn nôn, nôn.
- CLS: dấu hiệu tán huyết (LDH tăng, Bilirubine gián tiếp tăng), tăng men gan, giảm tiểu cầu.
- 15-20% hội chứng này không có tăng HA, không có Protein niệu.

2. Tăng HA mạn:

HA tâm thu $\geq 140\text{mmHg}$ và/hoặc huyết áp tâm trương $\geq 90 \text{ mmHg}$ trước khi có thai, hoặc xảy ra trước tuần lễ thứ 20 của thai kỳ và kéo dài sau 12 tuần hậu sản.

3. TSG trên nền tăng HA mạn:

Người bệnh có tăng HA trước tuần lễ thứ 20, Protein niệu (+) trước hoặc sau tuần lễ thứ 20, cần phải tăng liều thuốc điều trị HA, tăng men gan đột ngột, giảm tiểu cầu, đau $\frac{1}{4}$ trên phải, sung huyết phổi hay phù phổi, giảm chức năng thận hoặc đột ngột tăng tiểu đạm.

4. Tăng HA trong thai kỳ:

Tăng HA sau tuần lễ thứ 20, Protein niệu (-), không có các dấu hiệu kể trên.

III. XỬ TRÍ

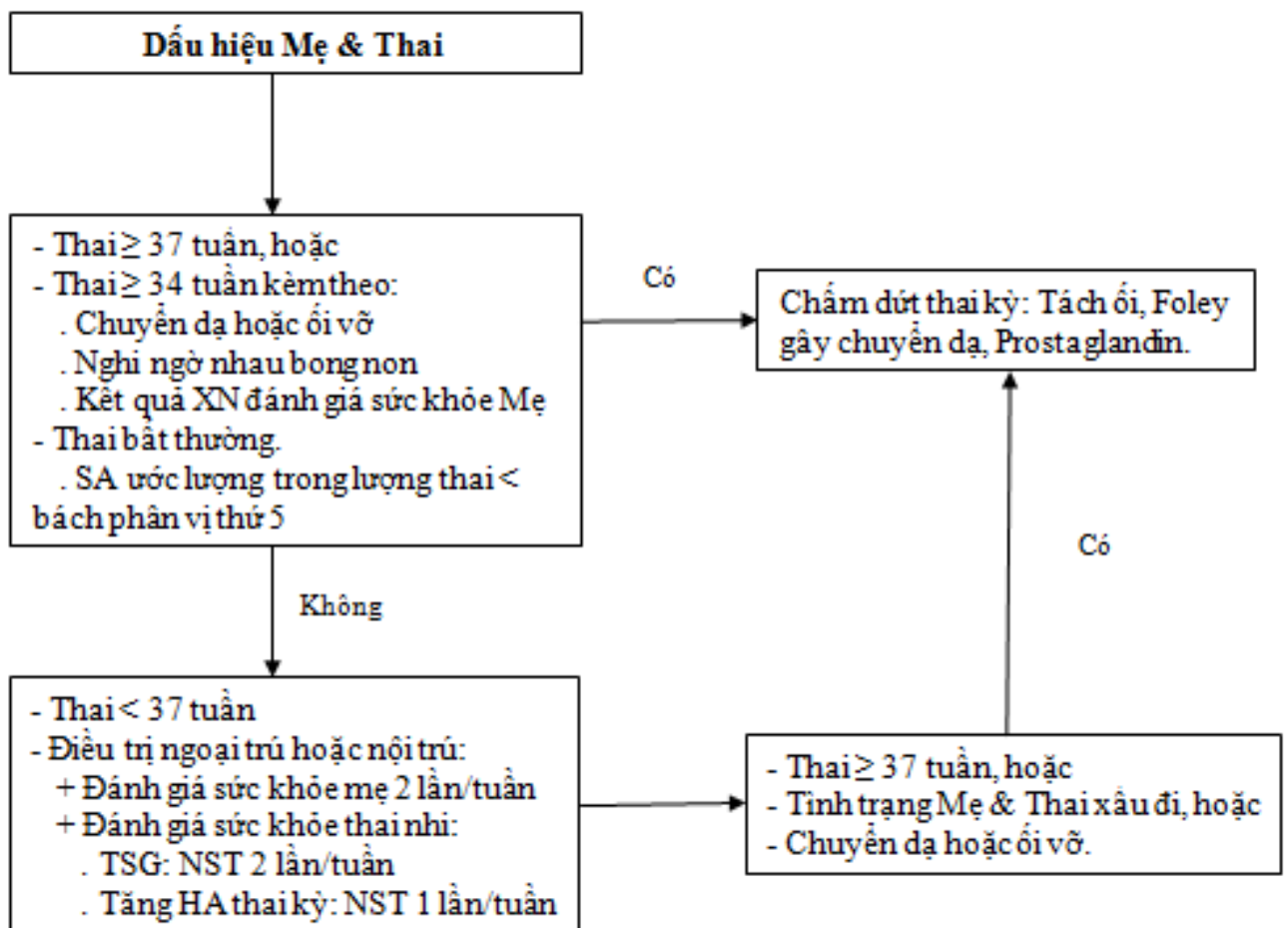
Theo dõi sát HA cho đến 72 giờ sau sinh cho tất cả các trường hợp tăng HA trong thai kỳ và theo dõi HA 7 – 10 ngày sau sinh tại địa phương.

1. TSG không dấu hiệu nặng:

- Có thể theo dõi, điều trị ngoại trú.
- Nhập viện, chấm dứt thai kỳ (CDTK) khi:
 - + Thai ≥ 37 tuần, hoặc
 - + Nghi ngờ nhau bong non, hoặc
 - + Thai ≥ 34 tuần và có bất kỳ triệu chứng sau:
 - . Chuyển dạ hoặc vỡ ối.
 - . SA ước lượng trong lượng thai $<$ bách phân vị thứ 5.
 - . Thiếu ối: AFI $< 5\text{cm}$ ở 2 lần SA liên tiếp cách nhau 24 giờ.
- Nếu chưa có chỉ định CDTK, có thể theo dõi ngoại trú hoặc nội trú:

- + Thai :
 - . Đếm cử động thai.
 - . SA Doppler: xác định có thai chậm tăng trưởng 2 tuần / 1 lần và đánh giá lượng ối 1 tuần / 1 lần.
 - . NST: 1 lần / 1 tuần nếu tăng HA thai kỳ, 2 lần / 1 tuần nếu TSG.
- + Mẹ:
 - . Theo dõi HA 2 lần / tuần.
 - . Đạm niệu mỗi lần khám thai.
 - . XN: tiểu cầu, chức năng gan – thận mỗi tuần.
- + Chế độ ăn hợp lý (nhiều đạm, rau xanh, trái cây).
- + Tư vấn các dấu hiệu trở nặng: nhức đầu nhiều, nhìn mờ, đau thượng vị, thở nhanh.

Lưu đồ hướng xử trí tăng HA trong thai kỳ, TSG không dấu hiệu nặng



2. TSG nặng:

* **Chấm dứt thai kỳ khi TSG nặng** xuất hiện sớm trước 25 tuần hoặc bất cứ tuổi thai nào khi có:

- + Phù phổi
- + Suy thận
- + Nhau bong non

- + Giảm tiểu cầu nặng
- + Đông máu nội mạch lan tỏa
- + Các triệu chứng não dai dẳng
- + NST không đáp ứng (2 lần liên tiếp cách 4-6 giờ ở tuổi thai 28-32 tuần)
- + SA Doppler ĐM rốn: mất hoặc đảo ngược song tâm trương
- + Thai lưu

*** Điều trị mong đợi:** Thai < 34 tuần với tình trạng bà mẹ & thai nhi ổn định, tiếp tục theo dõi thai được tiến hành tại các cơ sở có nguồn lực chăm sóc đặc biệt cho bà mẹ & trẻ sơ sinh đầy đủ.

- Tiêm thuốc hỗ trợ phổi thai nhi khi thai ≤ 34 tuần. Tuy nhiên, không chờ đợi đủ thời gian hỗ trợ phổi mà phải chấm dứt thai kỳ ngay khi có bất cứ dấu hiệu sau:

- + Tăng HA không kiểm soát được
- + Sản giật
- + Phù phổi
- + Nhau bong non
- + Đông máu nội mạch lan tỏa
- + NST không đáp ứng
- + Thai lưu

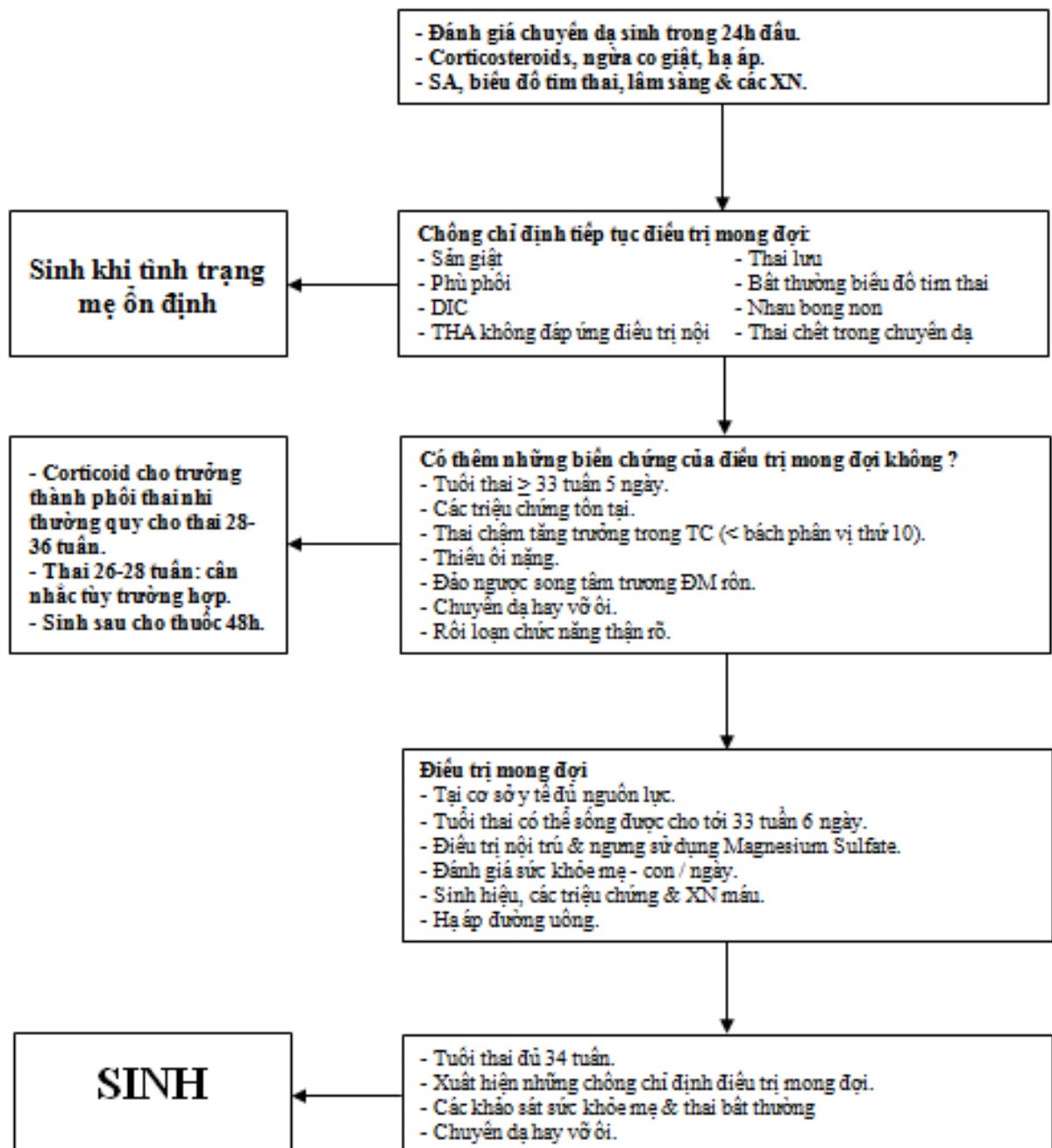
- Nếu tình trạng mẹ - thai ổn định, trong vòng 48 giờ sẽ chấm dứt thai kỳ khi có bất kỳ dấu hiệu sau:

- + Vỡ ối
- + Chuyển dạ
- + Tiểu cầu < 100.000 / mm³
- + Men gan tăng kéo dài (≥ 2 lần giá trị bình thường).
- + Thai chậm tăng trưởng (ước lượng cân nặng < bách phân vị thứ 5).
- + Thiếu ối (AFI < 5cm) (siêu âm 2 lần cách nhau 24 giờ).
- + bắt đầu suy thận hoặc nặng thêm tình trạng suy thận.

Một số lưu ý:

- Có thể chuyển tuyến trên để bệnh nhân được hưởng sự điều trị tốt nhất.
- Quyết định chấm dứt thai kỳ không dựa vào yếu tố đạm niệu.
- Chỉ định dùng thuốc hạ áp khi HA tâm thu ≥ 150 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 100 mmHg.
- Theo dõi:
 - + Mẹ:
 - . Sinh hiệu mỗi giờ/lần.
 - . Bilan dịch vào & ra mỗi 8 giờ/lần.
 - . Dấu hiệu chuyển dạ.
 - . XN Bilan tiền sản giật mỗi 1-2 ngày.
 - + Thai :
 - . Đếm cử động thai, NST / ngày.
 - . Theo dõi biểu đồ cân nặng thai & Doppler động mạch rốn / tuần.

. Phương pháp chấm dứt thai kỳ: tùy tuổi thai, ngôi thai, CTC, tình trạng mẹ - thai.



3. Sản giật

- Magnesium Sulfate liều tấn công 3 – 4.5g tiêm TM chậm, sau đó duy trì truyền TM 1 – 2g/giờ ít nhất trong 24 giờ sau sinh.
- Chấm dứt thai kỳ khi tình trạng nội khoa ổn định, không chờ đợi đủ thời gian tác dụng của thuốc hỗ trợ phổi thai nhi.
- Hoặc chuyển tuyến trên để bệnh nhân được hưởng sự điều trị tốt nhất.

4. Hội chứng HELLP

- Chấm dứt thai kỳ ngay khi có chẩn đoán xác định là HC HELLP đối với thai ≥ 34 tuần hoặc thai < 34 tuần có dấu hiệu nặng lên: đông máu nội mạch lan tỏa, nhồi máu hay xuất

huyết trong gan, phù phổi, suy thận, nhau bong non, NST không đáp ứng. Không chờ đợi đủ thời gian tác dụng của thuốc Corticoid hỗ trợ phổi thai nhi.

- Thai < 34 tuần, tình trạng mẹ - thai ổn định, có thể theo dõi 24 – 48 giờ để chờ đợi đủ thời gian sử dụng Corticoid hỗ trợ phổi.

- Hoặc chuyển tuyến trên để bệnh nhân được hưởng sự điều trị tốt nhất.

VI. THUỐC ĐIỀU TRỊ

1. Magnesium Sulfate (ống 15% 10ml = 1.5g)

Dự phòng & chống co giật trong TSG nặng, HC HELLP, sản giật:

- Magnesium Sulfate có thể tiêm TB, TM chậm hoặc truyền TM liên tục.

- Liều tấn công 3 – 4.5g Magnesium Sulfate 15% (2 – 3 ống) / dung dịch tiêm TM chậm từ 15 – 20 phút (tùy thuộc cân nặng của thai phụ, tiền căn sử dụng Magnesium Sulfate).

- Duy trì 1 – 2g/giờ truyền TM: Pha 6g Magnesium Sulfate (4 ống 15% 10ml) vào chai Glucose 5% 500ml truyền TM xxx (30) giọt/phút.

- TB gián đoạn: TB sâu mỗi giờ / 1g Magnesium Sulfate hoặc mỗi 4 giờ / 5g Magnesium Sulfate, pha thêm Lidocain 2% để giảm đau.

- Bơm tiêm điện: pha 6g Magnesium Sulfate 15% + 2ml nước cất, bơm tiêm điện 7ml/giờ.

- Theo dõi các dấu hiệu: phản xạ gân xương (có), nhịp thở (> 16 lần/phút), lượng nước tiểu (>100ml/4 giờ).

- Đo nồng độ Magnesium / huyết thanh khi cần thiết & điều chỉnh liều duy trì để giữ được nồng độ Magnesium 4 – 7mEq/l (4.8 – 8.4mg/dl, 2 – 3.5mol/l).

- Magnesium Sulfate dùng trước, trong & duy trì tối thiểu 24 giờ sau sinh.

- Nguy cơ: Băng huyết sau sinh, giảm dao động nội tại tim thai.

Ngộ độc Magnesium Sulfate:

- Liên quan nồng độ Magnesium / huyết thanh:

9.6 – 12mg/dl (4 – 5mmol/l) → mất phản xạ gân xương.

12 – 18mg/dl (5 – 7.5mmol/l) → liệt cơ hô hấp.

24 – 30mg/dl (10 – 12.5mmol/l) → ngưng tim.

- Nguy cơ băng huyết sau sinh.

- Giảm dao động nội tại nhịp tim thai.

Xử trí ngộ độc Magnesium Sulfate:

- Ngưng Magnesium Sulfate.

- Thuốc đối kháng: Calcium Gluconate 10% 10ml, tiêm TM 1g trong 10 phút.

- Đặt nội khí quản & thông khí để cứu sống bệnh nhân nếu có suy hô hấp, ngừng thở.

2. Thuốc hạ huyết áp:

Chỉ định:

- Khi HA tâm thu ≥ 150 mmHg, hoặc

- HA tâm trương ≥ 100 mmHg.

HA đạt sau điều trị:

- HA trung bình sau 2 giờ không giảm quá 25% so với HA ban đầu.

- HA tâm thu ở mức 130 – 150mmHg.

- HA tâm trương ở mức 80 – 100mmHg.

Chống chỉ định trong thai kỳ:

- Nitroprusside.
- Thuốc ức chế men chuyển (ACEI – Angiotensin-Converting-Enzyme Inhibitors).

Các loại thuốc hạ HA dùng trong thai kỳ:

- Labetalol.
- Hydralazine.
- Thuốc ức chế kênh Calcium (Calcium-Channel Blockers): Nifedipine, Nicardipine, Amlodipine.
- Methyldopa.

Labetalol:

- Tấn công: bắt đầu 10 – 20mg tiêm TM, sau đó tiêm TM 20 – 80mg / mỗi 20 – 30 phút, tổng liều tấn công để hạ HA < 300mg.

Ví dụ: TM 20mg, tiếp theo 40mg, 80mg và 80mg.

Có thể truyền TM 1 – 2mg/phút.

HA sẽ hạ sau 5 – 10 phút & kéo dài từ 3 – 6 giờ.

- Duy trì (khi HA ổn định): uống Labetalol 100 – 200mg x 2 – 3 lần/ngày.

Liều tối đa 1200mg/24 giờ.

- Chống chỉ định: suyễn, bệnh tim, suy tim sung huyết.

Hydralazine:

- Cách dùng:

. Tiêm TM 5mg Hydralazine / 1-2 phút, sau đó 5-10mg mỗi 20-40 phút hoặc truyền TM 0.5 - 10mg / giờ.

. Nếu tổng liều 30mg không kiểm soát được HA, nên chuyển thuốc khác.

. HA sẽ hạ sau 10 – 30 phút & kéo dài từ 2 – 4 giờ.

- Hydralazine được chứng minh có hiệu quả trong phòng ngừa xuất huyết não.

Nicardipine:

- Ống 10mg/10ml pha với 40ml nước cất hoặc Glucose 5%.

- Tấn công: 0.5 – 1mg (2.5-5ml) tiêm TM chậm.

- Duy trì: bơm tiêm điện 1-3mg/giờ (5-15ml/giờ). Nếu không đáp ứng sau 15 phút, tăng 2.5mg/giờ, tối đa 15mg/giờ.

Nifedipine:

- Tấn công: uống 10-20mg, lặp lại sau 30 phút nếu cần. Sau đó, 10-20mg/mỗi 6-8 giờ.

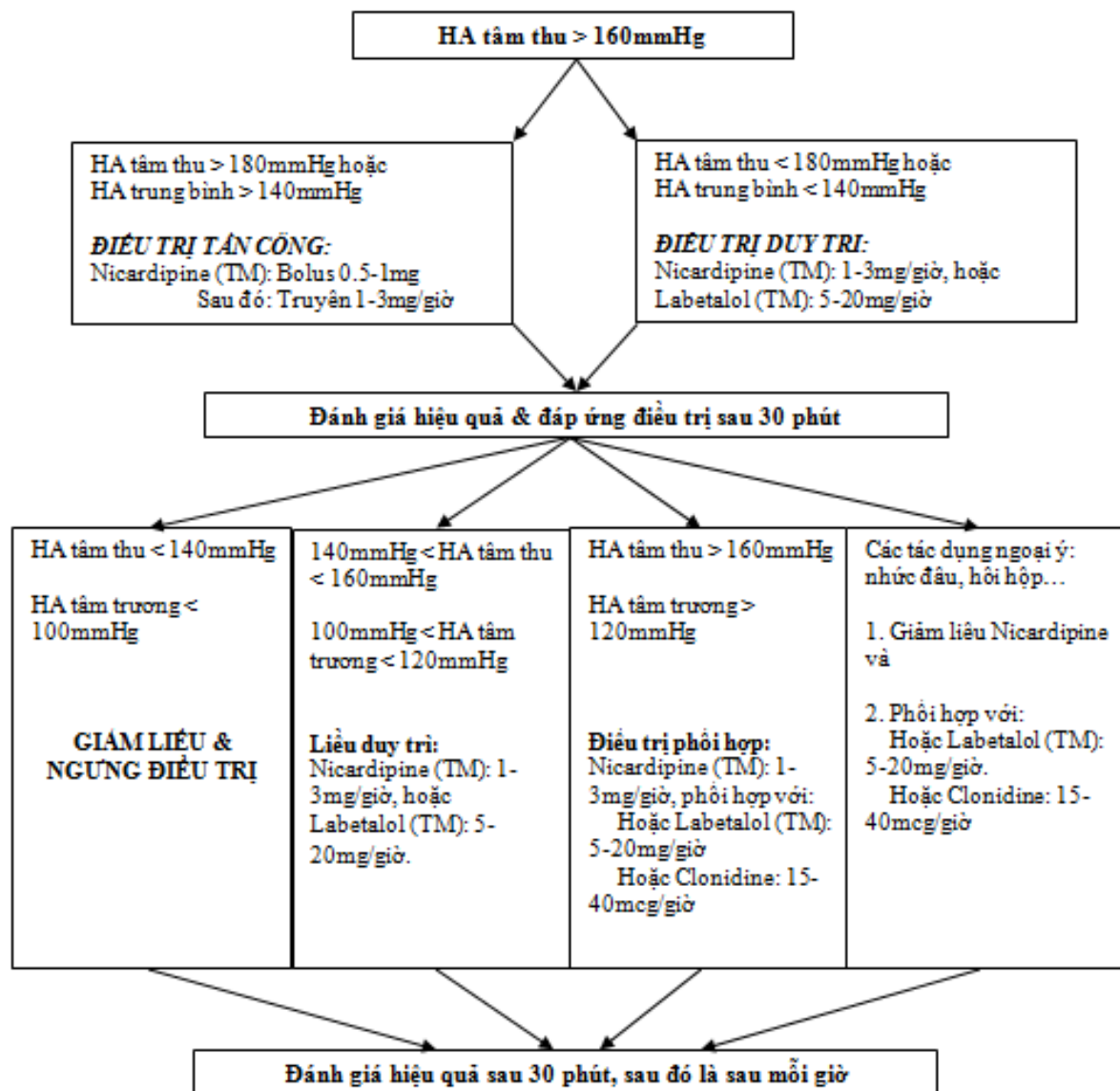
- Duy trì: uống 30-120mg/ngày, viên tác dụng kéo dài.

- Tác dụng phụ: nhịp tim nhanh, nhức đầu.

Amlodipine:

- Viên 5mg: uống 1 viên/ngày → có thể tăng lên 2 viên/ngày (uống 1 lần).

- Tránh dùng cho phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu thai kỳ vì nguy cơ giảm tưới máu nhau thai.

**Methyldopa:**

- Viên 250mg, uống 1-2 viên/lần x 2-3 lần/ngày, liều tối đa 3000mg/ngày.

Thuốc lợi tiểu:

- Chỉ dùng khi có triệu chứng phù phổi cấp & phù phổi cấp.
- Furosemide 20mg/ống: 8 ống/tiêm TM chậm.
- Không dùng dung dịch ưu trương.

VII. TIỀN LƯỢNG LÂU DÀI

- Theo dõi HA 12 tuần sau sinh, tư vấn nguy cơ tiền sản giật cho các lần có thai sau, cảnh báo nguy cơ bệnh tim mạch trong tương lai.
- Tăng HA tồn tại càng lâu sau sinh, nguy cơ tăng HA mạn càng cao.

VII. PHÒNG NGỪA

- Tiền sản giật sớm & phải chấm dứt thai kỳ trước 34 tuần hoặc tiền sản giật nhiều thai kỳ → uống Acid Acetyl-Salicylic (Aspirin) liều thấp 81mg/ngày từ cuối tam cá nguyệt đầu của thai kỳ.
- Calcium làm giảm mức độ nặng của tiền sản giật.

CHUYÊN DẠ SINH NON**I. ĐỊNH NGHĨA & PHÂN LOẠI**

- **Sinh non là khi trẻ được sinh ra ở tuổi thai từ hết 22 đến trước 37 tuần.**

- **Phân loại theo WHO 2014:**

+ Sinh cực non	< 28 tuần (từ 23 đến < 28 tuần)
+ Sinh rất non	từ 28 đến < 32 tuần
+ Sinh non trung bình	từ 32 đến 33 tuần 6 ngày
+ Sinh non muộn	từ 34 đến 36 tuần 6 ngày
+ Thai gần đủ tháng	từ 37 đến 38 tuần 6 ngày
+ Thai đủ tháng	từ 39 đến 41 tuần

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Tiền căn sinh non
- Tuổi mẹ < 17 hay > 35
- Tình trạng kinh tế xã hội thấp
- Suy dinh dưỡng (BMI < 18.6)
- Hút thuốc, uống rượu
- Đa thai, chuyển nhiều phôi trong thụ tinh trong ống nghiệm
- Tử cung dị dạng
- Viêm cổ tử cung
- Hở eo tử cung, chiều dài kênh cổ tử cung ngắn

III. CHẨN ĐOÁN**1. Lâm sàng**

- Có 4 cơn gò TC trong 20 phút hay 8 cơn gò TC trong 60 phút, cơn gò sờ thấy được & gây đau.
- Cổ tử cung mở $\geq 2\text{cm}$ hoặc xóa > 80%.
- Có sự thay đổi ở CTC được nhận định bởi một người khám trong nhiều lần khám liên tiếp.
- Các dấu hiệu khác: ra nhớt hồng hoặc dịch nhầy CTC, đau thắt lưng, trằn nặng bụng.

2. Cận lâm sàng

- CTG: theo dõi tim thai, cơn gò TC.
- SA ngã âm đạo, đo chiều dài kênh CTC (<25mm).
- Có thể xét nghiệm *Fetal fibronectin (fFN)* (theo hướng dẫn của nhà sản xuất).

IV. XỬ TRÍ**1. Dự phòng**

- Xác định nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao
- Hướng dẫn sản phụ các yếu tố nguy cơ
- Chế độ ăn hợp lý, đầy đủ chất dinh dưỡng
- Không hút thuốc, uống rượu, nghỉ ngơi nhiều, giảm vận động nặng
- Hạn chế số lượng phôi chuyển ở những phụ nữ có hỗ trợ sinh sản nhằm hạn chế đa thai
- Tầm soát & điều trị viêm CTC ở tuổi thai 24 – 28 tuần
- Khâu vòng CTC hoặc dùng Pessary CTC dự phòng nếu có hở eo tử cung
- Phòng ngừa bằng Progesterone (ở sản phụ có tiền căn sinh non, CTC ngắn):

- + Sử dụng thuốc từ 16 – 36 tuần
- + Không tiền căn sinh non, chiều dài kênh CTC < 20mm, tuổi thai < 24 tuần có thể dùng 90mg Progesterone dạng gel hay đặt âm đạo 200mg Progesterone / ngày hoặc tiêm Progesterone 25mg / ngày hoặc uống Duphaston 10mg 1viên x 2 lần / ngày đến 34 – 36 tuần.
- + Tiền căn sinh non từ 20 – 36 tuần: Tiêm 17 α -Hydroxy Progesterone Caproate 250mg / tuần hoặc tiêm Progesterone 25mg / ngày hoặc đặt âm đạo 200mg Progesterone / ngày hoặc uống Duphaston 10mg 1viên x 2 lần / ngày, kết hợp khâu CTC nếu chiều dài kênh CTC < 25mm và tuổi thai < 24 tuần.

2. Điều trị

Mục tiêu điều trị

- Cho phép can thiệp kịp thời các trường hợp sinh non (giảm bệnh suất & tử suất cho thai nhi).
- Đảm bảo an toàn cho mẹ & thai nhi.
- Hạn chế nhập viện các thai kỳ không có nguy cơ sinh non cao.
- Có thời gian dùng đủ liều corticosteroid cho tuổi thai từ 24 – 34 tuần.

Hỗ trợ phổi:

- + Thường qui cho thai 28 – 34 tuần
- + Thai 26 – 28 tuần & thai > 34 tuần: cân nhắc tùy trường hợp.

Nguyên tắc điều trị

- Hướng dẫn sản phụ nằm nghỉ ngơi tuyệt đối, không kích thích đầu vú & tránh giao hợp.
- Ăn uống hợp lý đầy đủ chất dinh dưỡng. Ăn nhiều trái cây, rau xanh, ngũ cốc để tránh táo bón.
- Dùng thuốc cắt cơn gò trong vòng 48 giờ, cố gắng trì hoãn cuộc sinh ít nhất 24 giờ.
- Không phối hợp nhiều loại thuốc cắt cơn gò cùng lúc.
- Việc điều trị dọa sinh non cho thai từ 36 tuần trở lên cần cân nhắc tùy trường hợp.
- Hỗ trợ phổi thai bằng corticosteroid.
- Phối hợp với BS sơ sinh chuẩn bị phương tiện hồi sức & chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng.

Điều trị cắt cơn gò bằng thuốc:

• Chống chỉ định tuyệt đối

- Nguy cơ cho mẹ & thai do kéo dài thai kỳ hay nguy cơ do thuốc cao hơn nguy cơ sinh non.
- Thai chết trong TC.
- Thai dị tật bẩm sinh nặng.
- Thai suy cấp.
- Tiền sản giật nặng hay sản giật.
- Nhiễm trùng ối.

• Chống chỉ định tương đối

- Xuất huyết trước sinh nhiều (cân nhắc trong nhau tiền đạo).
- Thai suy dinh dưỡng nặng trong tử cung.
- Đái tháo đường phụ thuộc Insulin (có thể dùng Atosiban)

- Đa thai (tăng thể tích huyết tương, cường aldosterone) nguy cơ thuốc tác động nặng lên tim mạch, phù phổi cấp nên không sử dụng Nifedipine & Salbutamol.
- Ối vỡ non.

Thuốc	Chống chỉ định	Liều dùng	Tác dụng phụ	Theo dõi
Nifedipin	HA mẹ < 90/50mmHg, bệnh tim (thiếu máu cơ tim, suy thất trái), rối loạn chức năng gan, bệnh lý thận, đang dùng thuốc hạ áp khác.	- Liều tấn công: uống 30mg (không sử dụng viên tác dụng kéo dài), hiệu quả tác dụng giảm gò sau 30-60 phút. - Sau đó: 10-20mg mỗi 4-6 giờ trong 24-48 giờ (ACOG 2012).	- Hạ HA, đặc biệt ở BN tăng HA gây thiếu oxy cho thai. - Nhịp tim nhanh, đánh trống ngực. - Nóng bừng mặt, nhức đầu, chóng mặt. - Buồn nôn. - Thai suy.	- Theo dõi M, HA mẹ sau dùng thuốc mỗi 30 phút trong giờ đầu & 30 phút sau mỗi liều kế tiếp. - Theo dõi tim thai, cơn gò trên Monitor trong 1 giờ sau liều đầu tiên & mỗi 6 giờ trong thời gian điều trị.
Salbutamol	- Mẹ hoặc thai bị bệnh tim nặng, mẹ bị tiểu đường đang điều trị Insulin, bệnh tuyến giáp, dị ứng với thuốc. - Song thai, đa thai.	- Truyền TM: pha 5mg/5ml trong Glucose 5% 500ml (nồng độ 10mcg/ml). TTM: 60ml/h (20 giọt/phút, 10mcg/phút), tăng thêm 20ml/h (7 giọt/phút, 3,3mcg/phút) mỗi 30 phút đến khi hết cơn gò hoặc nhịp tim mẹ ≥ 120 nhịp/phút hoặc tốc độ truyền đạt tối đa 180ml/h (60 giọt/phút, 30 mcg/phút). - Dùng bơm tiêm điện: pha Salbutamol 5mg/5ml trong 95ml NaCl 0,9% (dung dịch 50mcg/ml). Bơm tiêm điện: 12ml/h (10mcg/phút). Tăng	- Mẹ tăng nhịp tim, hạ HA, run hoặc phù phổi cấp (3%), tăng đường huyết & hạ Kali máu. - Thai: TT nhanh, hạ đường huyết & hạ Kali máu.	- Theo dõi M, HA mẹ mỗi 15 phút trong giờ đầu, sau đó mỗi 4 giờ. - XN: Ure, Ion đồ, Hct mỗi 24h. Đo đường huyết mỗi 4h. - Theo dõi TT, cơn gò trên Monitor trong 1h đầu & mỗi 6h trong thời gian điều trị.

		4ml/h (3.3mcg/phút) mỗi 30 phút cho đến khi hết cơn gò hoặc nhịp tim mẹ ≥ 120 nhịp/phút hoặc tốc độ truyền tối đa 36ml/h (30mcg/phút) - Có thể dùng Salbutamol đường uống.		
Atosiban	Mẹ dị ứng với các thành phần của thuốc.	- Bước 1: Liều tấn công, lọ I (37,5mg/ml) lấy 6.75mg (0,9ml) pha 10ml Lactate Ringer, tiêm TM chậm > 1 phút (còn 4,1ml). - Bước 2: Liều duy trì, lọ I còn 3,75mg (4,1ml) pha 36,9ml Lactate Ringer, truyền bơm tiêm điện 24ml/h. Sau đó, pha lọ II (37,5mg/5ml) trong 45ml Lactate Ringer, truyền bơm tiêm điện 24ml/h trong 3h đầu. - Bước 3: lọ II còn 19ml ở bước 2, truyền bơm tiêm điện 8ml/h. Thời gian tối đa dùng thuốc là 45h.	- Thường nhẹ: buồn nôn, nhức đầu, chóng mặt, bừng nóng, nôn, nhịp tim nhanh... - Phản ứng dị ứng thuốc.	Theo dõi tim thai, cơn gò trên Monitor trong 1h đầu điều trị.
Các loại thuốc giảm gò tử cung khác	Mẹ dị ứng với các thành phần của thuốc.	- Bao gồm các thuốc như: Spasless, Alverine, Spasmaverine, Buscopan... - Có thể dùng theo đường uống, tiêm bắp hoặc tiêm TM.	- Thường nhẹ: buồn nôn, nhức đầu, chóng mặt, bừng nóng... - Phản ứng dị ứng thuốc.	Theo dõi tim thai, cơn gò trên Monitor trong 1h đầu điều trị.

2. Dùng Corticosteroid

- **Chỉ định:** Tuổi thai từ 24-34 tuần. Dùng thuốc 1 đợt duy nhất.
 - Thường quy cho thai 28 – 34 tuần.
 - Thai 24 – 28 tuần & thai > 34 tuần: cân nhắc tùy trường hợp.

- **Chống chỉ định sử dụng Corticosteroid:** không thể trì hoãn hoặc không nên trì hoãn chuyển dạ trong 48h hay tuổi thai > 34 tuần hay tỉ lệ Leucithin/Sphingomyelin > 2.
- **Thuốc & Liều sử dụng**
 - Betamethasone 4mg/ống: TB 12mg (3 ống) x 2 liều, cách nhau 24h, hoặc
 - Dexamethasone 4mg/ống: TB 6mg (1.5 ống) x 4 liều, cách nhau 12h.

Khuyến cáo	Mức độ chứng cứ
Sử dụng 1 đợt Corticosteroid từ 24 -34 tuần trong các trường hợp có nguy cơ sinh trong vòng 7 ngày (ACOG – Khuyến cáo A)	1
Sử dụng Progesterone đặt âm đạo từ 16 – 24 tuần ở thai kỳ đơn thai ở các trường hợp có tiền căn sinh non để giảm nguy cơ tái phát (ACOG – Khuyến cáo A)	1
Nifedipin & Atosiban gây ít tác dụng phụ và có hiệu quả trì hoãn sinh non đến 7 ngày và cải thiện kết quả sơ sinh (RCOG – Khuyến cáo A)	1
Điều trị duy trì thuốc giảm co không có lợi ích & không được khuyến cáo vì không có sự khác biệt rõ về bệnh suất & tử vong chu sinh (RCOG – Khuyến cáo A)	1
Khâu CTC làm tăng nguy cơ sinh non trong song thai nên không khuyến cáo khâu CTC khi chiều dài kênh CTC < 25mm trong song thai (ACOG – Khuyến cáo B)	1
Không sử dụng phối hợp nhiều loại thuốc giảm co vì sẽ tăng nguy cơ tác dụng phụ trên mẹ & thai nhi (RCOG – Khuyến cáo B)	2
Đối với tuổi thai từ 32 – 34 tuần, khuyến cáo sử dụng đầu tay Nifedipine. Thuốc kế tiếp được khuyến cáo sử dụng là Beta-Adrenergic Receptor Agonist, nếu có điều kiện thì nên dùng Atosiban (Uptodate – Khuyến cáo B)	2

HỖ EO TỬ CUNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng CTC suy yếu không thể giữ được thai trong buồng TC.

II. CHẨN ĐOÁN

- Dựa vào tiền sử sản khoa đơn thuần hoặc kết hợp siêu âm đường âm đạo đo chiều dài cổ tử cung. Một trong những tiêu chuẩn sau:

- + Tiền sử sản khoa đơn thuần: sảy thai to hoặc sinh non (trước 28 tuần) > 2 lần liên tiếp với đặc điểm chuyển dạ nhanh không đau.
- + Có tiền sử sảy thai hoặc sinh non (từ 14 - 36 tuần) với đặc điểm chuyển dạ nhanh không đau, kèm yếu tố nguy cơ hở eo tử cung: nong nạo, khoét chóp, cắt đoạn cổ tử cung, rách cổ tử cung, bệnh lý collagen, bất thường ở tử cung/cổ tử cung.
- + Đo chiều dài cổ tử cung qua siêu âm đường âm đạo < 25mm và/hoặc có sự thay đổi cổ tử cung qua thăm khám ở tuổi thai trước 24 tuần kèm yếu tố nguy cơ hở eo tử cung.

- Một số hình ảnh / Siêu âm CTC đường âm đạo

- + Lỗ trong CTC hình phễu (khảo sát ở 2 trạng thái có và không có áp lực lên buồng tử cung).
- + Sự tương quan giữa chiều dài CTC và hình dạng lỗ trong CTC: với các dạng T, Y, V, U.
- + Chiều dài CTC < 25mm.
- + Đầu ối thành lập.
- + Hiện diện phần thai ở CTC hoặc âm đạo.

III. ĐIỀU TRỊ

Khâu vòng CTC là phương pháp điều trị chính trong hở eo TC.

1. Chỉ định khâu vòng CTC:

- Chẩn đoán hở eo tử cung.
- Có tiền sử khâu CTC.

2. Chống chỉ định khâu vòng CTC:

- Tử cung có cơn co.
- Chảy máu từ tử cung.
- Viêm màng ối.
- Ới vỡ non.
- Bất thường thai nhi.
- Viêm sinh dục cấp.

3. Kỹ thuật khâu vòng CTC dự phòng:

a. Thời điểm:

Thực hiện ở tuổi thai 14 - 18 tuần (13 đến < 20 tuần).

b. Đánh giá trước thủ thuật:

- Siêu âm đánh giá tình trạng CTC.
- Đánh giá tình trạng viêm nhiễm âm đạo. Phải điều trị nếu có viêm nhiễm.

c. Phương pháp khâu CTC:

- Có 5 kỹ thuật khác nhau:
 - + Mc Donald.
 - + Shirodkar.
 - + Wurm.
 - + Khâu ngả bụng.
 - + Lash.
- Phương pháp thường dùng nhất là Mc Donald:
 - + Dùng một loại chỉ không tan, bản rộng 5mm (Mercilene).
 - + Mũi khâu nằm sâu trong mô CTC, ở vị trí ngang mức lỗ trong CTC, tránh xuyên qua đầu ối và bàng quang.
 - + CTC được đóng lại bởi 4 mũi kim làm thành một vòng chỉ thắt quanh CTC.
 - + Khi cột chỉ khâu nên để ngón tay vào kênh CTC để tránh siết chỉ quá mức.

d. Chăm sóc sau thủ thuật:

- BN sau khâu vòng CTC phải được theo dõi cẩn thận: cơn gò, tình trạng đau bụng, ra huyết, ra nước âm đạo.
- Nghỉ ngơi tại giường 12- 24 giờ.
- Xuất viện nếu BN không có cơn co TC trong thời gian 24 giờ sau thủ thuật, không ra huyết âm đạo, không có vỡ ối trong quá trình theo dõi.
- Chế độ ăn uống hợp lý.
- Tránh giao hợp, đứng lâu, mang vật nặng.
- Siêu âm đo chiều dài CTC định kỳ khi khám.
- Dùng Progesterone liên tục đến 36 tuần thai kỳ.
- Cắt chỉ khâu khi thai > 38 tuần hoặc khi có chuyển dạ.
- Không bắt buộc sử dụng thuốc giảm co.
- Dùng kháng sinh dự phòng.

IV. TAI BIẾN CỦA KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG

- Ới vỡ non.
- Viêm màng ối.
- Chuyển dạ sinh non.
- Rách CTC.
- Tổn thương bàng quang.
- Xuất huyết.
- Sinh khó do CTC.
- Vỡ tử cung.

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRONG THAI KỲ**I. ĐỊNH NGHĨA**

Đái tháo đường thai kỳ là có rối loạn dung nạp đường mới xuất hiện hoặc được ghi nhận lần đầu trong khi mang thai.

II. SÀNG LỌC**1. Yếu tố nguy cơ**

1. Gia đình có người đái tháo đường.
2. Đái tháo đường ở thai kỳ trước.
3. Tiền căn sinh con to (> 4000 g).
4. Tiền căn thai lưu (đặc biệt ở 3 tháng cuối), sinh con dị tật.
5. Có ≥ 3 lần sảy thai liên tiếp.

2. Đối tượng- thời điểm thực hiện

1. Ngay lần khám thai đầu tiên cần xếp loại nguy cơ.
2. Thai phụ không có yếu tố nguy cơ; nếu có bất thường đường huyết lúc đói (> 92 mg/dl) phải tầm soát bằng nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống (OGTT) lúc thai 24-28 tuần.
3. Thai phụ có yếu tố nguy cơ nên được tầm soát bằng nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống (OGTT) trong 3 tháng đầu thai kỳ; ngay lần khám đầu. Có thể lập lại ở 24-28 tuần nếu trước đó bình thường.

3. Xét nghiệm sàng lọc: Test dung nạp glucose đường uống (OGTT)

- **Thực hiện 8 giờ sau ăn và chế độ ăn carbohydrate bình thường trong ba ngày trước đó.**

- + Đo glucose máu lúc đói.
- + Pha 75g glucose trong 200ml nước, uống trong 3-5 phút (không hút thuốc, ăn hay uống nước ngọt trong khi làm xét nghiệm).
- + Đo glucose máu sau 1 và 2 giờ.

- **Kết quả bình thường: Glucose máu:**

- + Lúc đói: ≤ 92 mg /dl (5.1 mmol /L).
- + Sau 1 giờ: ≤ 180 mg /dl (10 mmol /L).
- + Sau 2 giờ: ≤ 153 mg /dl (8.5 mmol /L).

* **ĐTĐ thai kỳ được chẩn đoán nếu có hai kết quả $\geq$ giới hạn trên.**

* **Kết luận là rối loạn dung nạp đường trong thai kỳ nếu có một kết quả $\geq$ giới hạn trên.**

III. CHẨN ĐOÁN: (chủ yếu dựa vào cận lâm sàng)**1. Lâm sàng**

1. Béo phì (BMI > 27 kg/m²).
2. Ăn nhiều, uống nhiều, lên cân nhiều (> 20 kg).
3. Thai to, đa ối, dư ối, thai lưu.

2. Cận lâm sàng

1. Đường huyết lúc đói ≥ 126 mg/dl (7 mmol/ L); hoặc
2. Đường huyết bất kỳ ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/ L); hoặc
3. Test dung nạp glucose đường uống (OGTT): (+).

IV. ĐIỀU TRỊ

• **Nguyên tắc: tùy thuộc vào độ trưởng thành của thai.**

• **Mục tiêu điều trị**

Giữ mức đường huyết:

+ Lúc đói: 90 - 95 mg/dl (5 - 5,5 mmol/l)

+ 1 giờ sau ăn: < 140 mg/dl (< 7.8 mmol/l)

1. Thai chưa đủ trưởng thành**a. Điều trị đái tháo đường**

• **Chế độ ăn tiết chế- tăng cân**

BMI (cân nặng/cao² – kg/m²)	Kcal/kg ngày	Tăng cân thai kỳ (kg)
Nhẹ cân < 19.8	36 – 40	14 – 20
Bình thường 19.8 – 26	30	12.5 – 17.5
Dư cân 26.1 – 29	24	7.5 – 12.5
Béo phì > 29	12 – 18	7.5 – 12.5

- Trong đó:

+ Carbohydrate: cung cấp # 35 – 45% calories.

+ Protein: cung cấp # 20 – 25% calories

+ Mỡ: cung cấp # 40% calories

• **Dùng Insulin**

- **Chỉ định:**

+ ĐTĐ trước khi có thai.

+ Đường huyết bất kỳ: $\geq 200\text{mg/dl}$.

+ Lúc đói khi làm OGTT: $\geq 126\text{mg/dl}$.

+ Bất kỳ trị số nào của OGTT: $\geq 200\text{mg/dl}$.

+ Chẩn đoán ĐTĐ thai kỳ trước 24 tuần.

- **Loại Insulin:**

+ Tác dụng nhanh: Regular.

+ Tác dụng trung bình: NPH.

- **Liều Insulin:**

- Liều khởi đầu: tùy thuộc tuổi thai:

< 18 tuần: 0,7 UI/kg/ngày.

18 - 26 tuần: 0,8 UI/kg/ngày.

26 - 36 tuần: 0,9 UI/kg/ngày.

> 36 tuần: 1 UI/kg/ngày.

Trường hợp nặng có thể tăng 1,5 – 2 UI/kg/ngày.

- Liều duy trì: phụ thuộc vào đáp ứng của từng người.

- Kiểm tra thường xuyên đường huyết lúc đói và 2 giờ sau ăn.

- Chia liều:

+ Sáng 2/3 tổng liều trong ngày, trong đó 2/3 NPH, 1/3 Regular.

+ Chiều 1/3 tổng liều trong ngày, trong đó 1/2 NPH, 1/2 Regular.

b. Đánh giá sức khỏe thai

• Siêu âm

Mỗi 2 tuần từ 24 tuần (phát hiện thai dị tật bẩm sinh, thai to, thai chậm tăng trưởng).

• NST

+ Mỗi tuần từ 32-38 tuần.

+ 2 – 3 lần/ tuần từ 38 – 40 tuần.

• Siêu âm Doppler

+ Mỗi 2 tuần từ 32- 36 tuần.

+ Mỗi tuần từ sau 36 tuần.

c. Chọn thời điểm chấm dứt thai kỳ

- ĐTĐ thai kỳ không dùng insulin: NST mỗi tuần từ tuần 32 thai kỳ: Chấm dứt thai kỳ (CDTK) ở 39-40 tuần.

- ĐTĐ trước khi có thai - không biến chứng; hoặc ĐTĐ thai kỳ có dùng insulin: NST mỗi tuần từ 32 tuần, NST / 3 ngày từ tuần thứ 34. CDTK lúc 38 tuần (Có hỗ trợ phổi).

- ĐTĐ trước khi có thai - có biến chứng: NST / 3 ngày từ 28-30 tuần. CDTK lúc 36 tuần (có hỗ trợ phổi).

d. Hỗ trợ phổi

Hỗ trợ phổi bằng Glucocorticoides với kiểm soát đường huyết chặt chẽ và tăng liều Insulin; dùng cho những trường hợp phải CDTK ≤ 36 tuần.

- Betamethasone 4mg/ống: TB 12mg (3 ống) x 2 liều, cách nhau 24h, hoặc

- Dexamethasone 4mg/ống: TB 6mg (1.5 ống) x 4 liều, cách nhau 12h.

2. Thai đủ trưởng thành

- Chọn cách CDTK: MLT khi trọng lượng thai $\geq 4000g$ hoặc có chỉ định sản khoa khác. MLT vào buổi sáng, sau cử Insulin sáng.

- ĐTĐ đơn thuần không là chỉ định MLT.

3. Trong chuyển dạ

- Đo đường huyết mỗi 1,5 – 2 giờ.

- Duy trì đường huyết từ 70 – 110 mg/dl.

- Dùng Insuline tác dụng nhanh để điều chỉnh đường huyết:

< 70mg/dl: Truyền TM 60-100ml Glucose 5%.

> 90mg/dl: 2 UI Insulin TDD.

110- 130mg/dl: 4UI Insulin TDD.

130-150mg/dl: 6UI Insulin TDD.

> 150 mg/dl: Insuline truyền TM.

4. Hậu sản

- Ngày thứ 2 hậu sản, đo đường huyết trước ăn & 2 giờ sau ăn.

- Cần điều trị ĐTĐ nếu:

+ ĐH trước ăn > 110 mg/dl (6,1 mmol/L).

+ ĐH 2 giờ sau ăn > 200 mg/dl (11,1 mmol/L).

- Thực hiện OGTT ở tuần 6-12 sau sinh (tại chuyên khoa nội tiết).

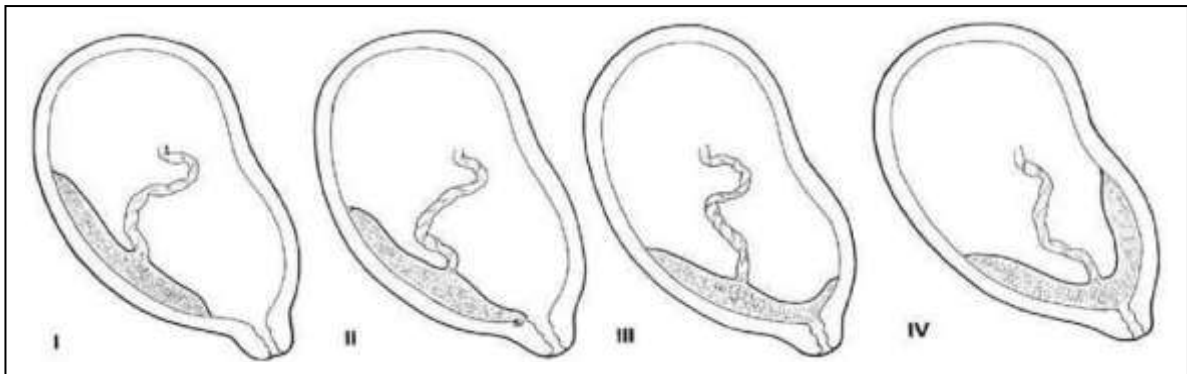
- Nuôi con bằng sữa mẹ.

- Ngừa thai tích cực: Bao cao su, DCTC, viên thuốc kết hợp hàm lượng thấp.

NHAU TIỀN ĐẠO

I. ĐỊNH NGHĨA

- Nhau tiền đạo là bánh nhau không bám đáy ở TC mà một phần hay toàn bộ bánh nhau bám ở vùng đoạn dưới TC & CTC, làm cản trở đường đi của thai nhi khi chuyển dạ.
- Có 4 loại nhau tiền đạo:
 1. Nhau bám thấp: bờ bánh nhau bám ở đoạn dưới TC, chưa đến lỗ trong cổ tử cung.
 2. Nhau bám mép: bờ bánh nhau bám đến bờ lỗ trong cổ tử cung.
 3. Nhau tiền đạo bán trung tâm: bánh nhau che kín một phần lỗ trong cổ tử cung.
 4. Nhau tiền đạo trung tâm: bánh nhau che kín hoàn toàn lỗ trong cổ tử cung.



II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

a. Cơ năng:

- Có khi không có triệu chứng gì, chỉ phát hiện được nhau tiền đạo qua siêu âm.
- Ra huyết âm đạo đột ngột, lượng thay đổi, không đau bụng và khi thai gần cuối 3 tháng giữa hoặc đầu 3 tháng cuối.
- TC mềm, không căng đau

b. Thực thể

- Ngôi thai bất thường (ngôi ngang, ngôi mông), ngôi đầu cao.
- Tim thai: không thay đổi, xuất hiện bất thường khi có biến chứng như choáng mất máu, bóc tách bánh nhau, hay biến chứng dây rốn.
- Đặt mổ vệt: máu đỏ tươi từ lỗ trong cổ tử cung chảy ra.
- Khám âm đạo: thực hiện tại phòng mổ khi có ra huyết âm đạo lượng nhiều hoặc khi cần chấm dứt thai kỳ.

c. Toàn thân

- Dấu hiệu sinh tồn tương xứng với lượng máu mất ra ngoài.

2. Cận lâm sàng

- **Siêu âm:** xác định vị trí nhau bám.
- **Cộng hưởng từ (MRI):** không thể thay thế siêu âm trong chẩn đoán nhau tiền đạo. Có giá trị trong chẩn đoán nhau cài răng lược/nhau tiền đạo, đặc biệt nhau bám mặt sau tử cung.
- **Soi bàng quang:** khi nghi ngờ nhau cài răng lược xâm lấn bàng quang qua chẩn đoán hình ảnh, kèm tiểu máu.

III. XỬ TRÍ

1. Nhau tiền đạo không triệu chứng

- Theo dõi điều trị ngoại trú: ngoài khám lâm sàng cần siêu âm xác định vị trí nhau bám.
- Giảm nguy cơ chảy máu:
 - + Kiêng giao hợp, không làm nặng, không tập thể dục sau tuần lễ thứ 20.
 - + Không khám âm đạo.
 - + Nếu có cơn gò tử cung hoặc ra huyết âm đạo cần nhập viện ngay.
- Giảm nguy cơ cho bé:
 - + Dùng thuốc hỗ trợ phổi cho thai từ 28-36 tuần.
 - + Xác định thời điểm sinh mổ chủ động: khoảng 36 - 37 tuần tuổi [Uptodate 20.1].

2. Nhau tiền đạo đang ra huyết: là cấp cứu sản khoa, cần nhập viện điều trị

a. Nhau tiền đạo ra huyết âm đạo ít - thai chưa trưởng thành

- Xác định độ trưởng thành của phổi
- Cố gắng dưỡng thai đến 32 - 34 tuần. Sau tuần 34, cân nhắc giữa lợi ích cho thai - mẹ với nguy cơ mất máu ồ ạt.
- Hỗ trợ phổi: khi thai 28 - 36 tuần.
- Truyền máu: khi Hb < 10g/dL.
- Có thể xuất viện khi không còn ra huyết trong vòng 48 giờ và không kèm bất kỳ yếu tố nguy cơ khác.
- Chọn lựa cách chấm dứt thai kỳ:
- Sinh ngã âm đạo: nếu là nhau bám thấp và ngôi đầu.

Thai dễ bị thiếu oxy do bánh nhau có thể bong non hay do biến chứng của dây rốn như sa dây rốn hay chèn ép dây rốn. Do đó, nếu Monitor tim thai bất thường thì mổ lấy thai ngay, ngoại trừ đang rặn sinh.
- Mổ lấy thai là cách chọn lựa cho những thể nhau tiền đạo khác.
 - + May cầm máu vị trí nhau bám. Dùng thuốc co hồi TC: Oxytocin, Carbetocin, Methyl-Ergometrine, Prostaglandin.
 - + Thắt động mạch TC: khi cần.
 - + Có thể cắt TC toàn phần, đặc biệt khi có nhau cài răng lược.

b. Nhau tiền đạo ra huyết âm đạo nhiều

Là cấp cứu sản khoa, cần mổ lấy thai cấp cứu.

1. Lập 1 hay 2 đường truyền tĩnh mạch. Truyền dung dịch Lactate Ringer, NaCl 0,9%, dung dịch cao phân tử nhằm ổn định huyết động học và duy trì có nước tiểu, ít nhất 30ml/giờ.
2. Xét nghiệm nhóm máu. Chuẩn bị máu truyền, có thể 2 - 4 đơn vị máu. Truyền khi lượng máu mất vượt quá 30% thể tích máu (xuất huyết độ III) hoặc khi Hb < 10 g/dl.
3. Theo dõi huyết áp của mẹ bằng monitor. Đánh giá lượng nước tiểu mỗi giờ bằng sonde tiểu lưu. Ước lượng máu mất qua ngã âm đạo bằng cân hay bằng lượng băng vệ sinh.

IV. TIỀN LƯỢNG & BIẾN CHỨNG

NTĐ thường được chẩn đoán trước khi xuất huyết xảy ra. Theo dõi sát sản phụ và thai nhi có thể ngăn ngừa những biến chứng quan trọng.

Biến chứng**1. Cho mẹ**

- Mất máu nhiều, choáng, tử vong.
- Cắt TC, tổn thương hệ niệu.
- Tăng nguy cơ nhiễm trùng, rối loạn đông máu, phải truyền máu.

2. Cho con

- Tình trạng non tháng gây tử vong chu sinh.
- Trẻ sơ sinh bị thiếu máu.

CHĂM SÓC THIẾT YẾU CHO BÀ MẸ VÀ TRẺ SƠ SINH TRONG VÀ NGAY SAU ĐẸ

Tổ chức Y tế Thế giới đưa ra khuyến cáo áp dụng 6 bước chăm sóc thiết yếu bà mẹ và trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ bao gồm:

1. Lau khô và ủ ấm; tiếp xúc da-kề-da (trẻ được đặt lên bụng mẹ ngay sau khi sinh trong vòng một giờ)
2. Tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin
3. Kẹp dây rốn muộn (1-3 phút sau khi thai sổ hoặc sau khi dây rốn đã ngừng đập)
4. Kéo dây rốn có kiểm soát
5. Xoa đáy tử cung
6. Hỗ trợ cho trẻ bú mẹ sớm và bú hoàn toàn trong vòng 1 giờ sau đẻ.

QUY TRÌNH

Áp dụng 6 bước chăm sóc thiết yếu bà mẹ và trẻ sơ sinh trong và sau đẻ áp dụng cho tất cả các trường hợp đẻ đường âm đạo, ***tình trạng của con cho phép trì hoãn kẹp cắt rốn.***

1. Chuẩn bị

Nhân lực

- Tốt nhất cần có 2 người tham gia đỡ đẻ.
- Trong một số trường hợp không đủ nhân lực có thể 1 người tham gia đỡ đẻ

Dụng cụ:

- Khu vực hồi sức trẻ: bề mặt phẳng, khô, sạch và ấm.
- Bóng hút hoặc máy hút, nên dùng ống hút dùng 1 lần
- Bóng tự phòng và mặt nạ sơ sinh
- Dụng cụ cắt khâu tầng sinh môn: 1 kéo cắt TSM + 1 kẹp + 1 kim kẹp kim, 1 hộp đựng dung dịch sát khuẩn, bông, cồn.
- Dụng cụ cặp và cắt rốn: 2 panh + 1 kéo, kẹp dây rốn
- 2 khăn khô, sạch (1 để đặt lên bụng sản phụ để đón bé và lau khô trẻ, 1 ủ ấm cho trẻ)

Thuốc:

- 2 ống Oxytocin 5 đv được lấy sẵn trong bơm tiêm.

2. Tiến hành

Tư vấn cho sản phụ về các bước sẽ cần phải làm và hợp tác với nhân viên đỡ đẻ sau khi đỡ trẻ ra (ôm lấy trẻ khi người đỡ đẻ đặt con lên bụng, có thể giúp đỡ cho trẻ bú...).

Tiếp xúc da kề da ngay sau khi thai sổ:

- Khi CTC đã mở hết, đầu đã lọt thấp, sản phụ chuẩn bị rặn đẻ, người đỡ đẻ cần nhắc lại các bước và hướng dẫn sản phụ cách cho trẻ tiếp xúc da kề da để sản phụ hợp tác và biết cách ôm trẻ khi trẻ nằm trên bụng mẹ.
- Trải 1 tấm khăn khô, sạch lên bụng của sản phụ .
- Sau khi thai sổ, đánh giá nhanh tình trạng trẻ. Nếu trẻ khóc hoặc trương lực cơ tốt thì đặt trẻ lên bụng mẹ.
- Nhanh chóng, vừa lau khô trẻ theo trình tự (lau mắt, mặt, đầu, ngực, bụng, tay, chân, lưng, mông, cơ quan sinh dục...) vừa đánh giá nhanh toàn trạng chung của trẻ theo thường qui.

- Bỏ khăn đã lau khô cho trẻ.
- Đặt trẻ nằm sấp tiếp xúc da kề da trên ngực mẹ, đầu nằm nghiêng giữa hai bầu vú, ngực áp vào ngực mẹ, tay để sang hai bên. Đội mũ cho trẻ. Dùng 1 khăn khô, sạch để che lưng cho trẻ. Nếu trời lạnh có thể dùng thêm áo ấm của mẹ hoặc khăn bông ấm đắp bên ngoài cho cả mẹ và con.
- Hướng dẫn và hỗ trợ người mẹ ôm ấp, vuốt ve trẻ.
- Chú ý: Nếu trẻ cần hồi sức (trẻ không khóc hoặc thở nấc sau 30 giây lau khô, ủ ấm và kích thích) cần kẹp và cắt dây rốn ngay, chuyển trẻ đến bàn hồi sức và tiến hành hồi sức sơ sinh.

Tiêm Oxytocin

- Sờ nắn TC qua thành bụng sản phụ để chắc chắn không còn thai II trong tử cung.
- Tiến hành tiêm 2 ống Oxytocin 5UI vào mặt trước đùi sản phụ.

Kẹp dây rốn một thì muộn

- Chờ cho đến khi dây rốn ngừng đập thì mới tiến hành kẹp và cắt dây rốn (khoảng 1-3 phút)
- Kẹp rốn cách chân rốn 2 cm, vuốt máu rốn về phía mẹ.
- Kẹp thứ 2 cách kẹp thứ nhất 3 cm.
- Cắt rốn sát kẹp thứ nhất bằng kéo vô khuẩn.

Kéo dây rốn có kiểm soát

Người đỡ đẻ đứng bên cạnh hoặc giữa 2 chân sản phụ để thực hiện các công việc sau:

- Đặt bàn tay lên bụng dưới sản phụ để đánh giá co hồi TC. Chỉ khi TC đã co tốt mới thực hiện các bước tiếp theo.
- Một tay cầm kẹp và dây rốn, giữ căng dây rốn, bàn tay còn lại đặt lên trên khớp vệ giữ và ấn TC theo hướng ngược lên trên về phía xương ức trong khi tay cầm kẹp dây rốn kéo với lực vừa phải theo hướng của cơ chế đẻ (lúc đầu kéo xuống, tiếp đến kéo ngang rồi kéo lên). Động tác này nhằm đề phòng lộn đáy TC và đề nhau sổ theo hướng cong của khung chậu.
- Khi bánh nhau đã ra đến âm hộ thì tay giữ dây rốn hạ thấp xuống cho trọng lượng bánh nhau kéo màng nhau bong ra theo. Nếu màng nhau không bong ra thì 2 tay người đỡ giữ bánh nhau xoay theo 1 chiều để màng nhau sổ ra ngoài.
- Nếu kéo dây rốn trong 30-40 giây mà bánh nhau không tụt xuống thấp (nghĩa là không có dấu hiệu bong nhau) thì dừng lại không tiếp tục kéo dây rốn nữa.
- Lúc này chỉ giữ dây rốn và chờ đến khi tử cung co bóp trở lại.
- Tiếp tục lặp lại động tác kéo dây rốn vừa phải kết hợp với ấn ngược tử cung về phía xương ức khi có cơn co tử cung
- Khi kéo nếu thấy dây rốn dài ra, khó thao tác có thể cuộn dây rốn vào kẹp rốn cho dây rốn ngắn lại, nếu cần thiết thì cặp lại dây rốn sát với âm hộ.
- Chú ý:
 - . Động tác kéo dây rốn không được quá thô bạo.
 - . Không bao giờ được kéo dây rốn mà không dùng bàn tay thứ 2 đẩy TC theo chiều ngược lên về phía xương ức.

Xoa đáy tử cung

- Ngay lập tức sau khi nhau sổ ra ngoài phải xoa đáy TC qua thành bụng cho đến khi TC co chặt lại.
- Cứ 15 phút xoa đáy TC 1 lần trong 2 giờ đầu (có thể hướng dẫn cho sản phụ hoặc gia đình hỗ trợ).
- Bảo đảm TC vẫn co tốt sau khi kết thúc xoa TC.
- Chú ý:
 - . Các bước tiếp theo như kiểm tra nhau để tránh sót nhau, nếu sót nhau hay có chảy máu phải tiến hành kiểm soát TC, tìm nguyên nhân chảy máu sau để kịp thời xử trí theo đúng phác đồ.
 - . Nếu sau 30 phút mà bánh nhau chưa bong hoặc chảy máu nhiều thì cần tiến hành bóc nhau nhân tạo ngay.

Tư vấn, hướng dẫn và hỗ trợ bà mẹ cho con bú ngay trong giờ đầu sau đẻ

- Quan sát trẻ: Chỉ khi nào thấy trẻ đòi ăn (mở miệng, chảy nước dãi, thè lưỡi, liếm...), hướng dẫn mẹ giúp trẻ hướng về phía vú, như đẩy nhẹ miệng trẻ gần sát vú.
- Hướng dẫn tư thế và cách ngậm bắt vú:
 - . Giữ cổ trẻ không gập hay vẹo sang một bên, bảo đảm trẻ đối diện với vú mẹ, mũi trẻ đối diện núm vú và cằm chạm vào vào vú;
 - . Giữ người trẻ sát với cơ thể của mẹ, ôm toàn bộ người trẻ, không chỉ đỡ cổ và vai.
 - . Chờ đến khi trẻ mở rộng miệng, kéo trẻ về phía vú, đưa môi dưới của trẻ vào phía dưới núm vú.
- Tìm các dấu hiệu trẻ ngậm và bú tốt:
 - . Miệng mở rộng
 - . Môi dưới mở về phía ngoài
 - . Cằm trẻ chạm vào vú
 - . Bú chậm, sâu và có khoảng nghỉ.

Quy trình chăm sóc thiết yếu

Bước 1

Ngay sau khi thai sổ lập tức lau khô trẻ, đặt trẻ nằm sấp trên bụng mẹ tiếp xúc da kề da. Phủ khăn khô để giữ ấm.
Lưu ý: kẹp cắt dây rốn sớm nếu trẻ cần hồi sức.

Bước 2

Tiêm bắp 10 đơn vị Oxytocin.

Bước 3

Chờ dây rốn ngừng đập mới tiến hành kẹp và cắt dây rốn.

Bước 4

Kéo dây rốn có kiểm soát trong khi trẻ vẫn nằm sấp trên ngực mẹ

Bước 5

Sau khi rau sổ, xoa đáy tử cung trong 2 giờ đầu sau đẻ, 15 phút 1 lần, đảm bảo cho tử cung co chặt và theo dõi chảy máu

Bước 6

Cho trẻ bú sớm và hoàn toàn trong giờ đầu sau đẻ



HỒI SỨC SƠ SINH TẠI PHÒNG SANH**I. Các yếu tố liên quan đến suy hô hấp tuần hoàn và ngạt**

CÁC YẾU TỐ TRƯỚC KHI SINH	CÁC YẾU TỐ TRONG KHI SINH
Mẹ tiểu đường	Mồ lấy thai cấp cứu
Cao huyết áp do thai kỳ	Ngôi mông hay các ngôi bất thường khác
Cao huyết áp trường diễn	Sinh non
Thiếu máu ± tự miễn dịch	Vỡ màng ối ≥ 24 giờ trước sinh
Tiền căn có thai hoặc sơ sinh chết lưu	Nước ối có mùi hôi
Xuất huyết trong tam cá nguyệt thứ 2 và 3	Chuyển dạ quá nhanh
Mẹ bị nhiễm trùng	Chuyển dạ quá lâu, kéo dài
Đa ối	Chuyển dạ giai đoạn 2 kéo dài (>2 giờ)
Thiếu ối	Không có tiếng tim thai
Thai giả thủng	Gây mê toàn thân
Đa thai	Co cứng tử cung
Bất xứng giữa tuổi thai – độ lớn của thai	Dịch ối có lẫn phân su
Thuốc dùng điều trị (Lithium, Magnesium, Thuốc ức chế giao cảm)	Thuốc gây ngủ cho mẹ dùng trong 4 giờ trước sinh
Mẹ nghiện thuốc	Sa dây rốn
Giảm cử động thai nhi	Nhau bong non
Dị dạng thai	Nhau tiền đạo

II. CHUẨN BỊ HỒI SỨC**1. Dự đoán trước sinh:**

- Phải khám đầy đủ để phát hiện những trường hợp sanh khó hay có những yếu tố nguy cơ suy hô hấp sau sanh.

2. Nhân lực:

- Phải có ít nhất 2 người có kinh nghiệm thành thạo trong thao tác hồi sức sơ sinh.

3. Dụng cụ:**3.1. Dụng cụ hút:**

- Bóng hút, Máy hút.
- Ống hút nhót số 5, 6, 8, 10
- Ống nuôi ăn số 8 và ống chích 20ml để hút dịch ối có phân su.

3.2. Mặt nạ:

- Đủ cỡ, bóng giúp thở, nguồn Oxy có lưu lượng kế, túi khí cung cấp 90 - 100% Oxy.
- Dụng cụ đặt nội khí quản: đèn nội khí quản, ống nội khí quản, nòng ống nội khí quản.

3.3. Thuốc:

- Epinephrine 1:10.000 3ml hoặc 5ml/ống
- NaHCO₃ 4,2% ống 10ml
- Nước cất (30ml)
- Dung dịch làm tăng thể tích tuần hoàn:
 - . Huyết tương tươi đông lạnh.
 - . Albumin 5%.
 - . NaCl 0,9%, Lactate Ringer.
- Naloxone 0,4mg/ml

3.4. Các phương tiện khác:

- Bàn hồi sức
- Ống nghe
- Ống chích 1, 3, 5, 10, 20, 50 ml.
- Kim chích 25, 21, 18.

III. KỸ THUẬT HỒI SỨC**1. Đánh giá chỉ số Apgar:**

Dấu hiệu \ Điểm	0	1	2
Appearance - Màu da	Nhợt nhạt	Nhợt nhạt các chi Thân hồng hào	Toàn thân hồng hào
Pulse - Nhịp tim	Không có	< 100 lần/phút	> 100 lần/phút
Grimace - Phản xạ kích thích	Không đáp ứng	Nhấn mặt Khóc yếu	Hoạt động tốt Khóc to
Activity - Cử động - Trương lực cơ	Không có Mềm nhũn	Vài cử động gập chi Co cơ các chi	Cử động tốt
Respiration - Hô hấp	Không có	Thở yếu, không đều, hỗn hển	Thở tốt Khóc to

Apgar > 7

- Hút đàm nhớt sạch đường hô hấp trên.
- Theo dõi, nếu cần có thể cho ngửi Oxy thời gian ngắn để làm giảm kháng lực tuần hoàn phổi, gia tăng lưu lượng máu đến phổi.

Apgar 4 - 6

- Hút sạch nhớt.
- Kích thích ngoài da.
- Thở Oxy qua mặt nạ hay thông khí qua bóng giúp nở phổi.
- Nếu thông khí qua bóng và mặt nạ, chú ý hút dịch dạ dày tránh trào ngược.

Apgar 1 - 3

- Hút sạch nhớt.
- Đặt nội khí quản và thông khí ngay.
- Theo dõi nhịp tim sau đó đánh giá mức độ đáp ứng như thế nào đối với hô hấp.

Apgar 0

- Xem như chết lâm sàng.
- Hút sạch nhớt.
- Đặt nội khí quản và thông khí ngay.
- Xoa bóp tim ngoài lồng ngực.

- Nếu thông khí áp lực dương và xoa bóp tim ngoài lồng ngực sau 30 giây, nhịp tim vẫn < 80 lần/phút thì cần cho thuốc hồi sức.

2. Các bước cơ bản của hồi sức:

2.1. Điều chỉnh thân nhiệt:

- Lau khô trẻ, tránh mất nhiệt qua da.
- Đặt trẻ dưới đèn sưởi ấm.

2.2. Thông đường hô hấp:

- Hút sạch nhót ở miệng trước, sau đó hút mũi. Khi hút nhót cần nhẹ nhàng.

2.3. Kích thích ngoài da:

- Xoa vào má, bụng, lưng trẻ hoặc vỗ nhẹ hay búng nhẹ vào lòng bàn chân trẻ.

2.4. Hỗ trợ hô hấp:

- Cần cung cấp Oxy khi trẻ thở được nhưng nhịp tim < 100 lần/phút và trẻ vẫn xanh tím. Nguồn cung Oxy cần được ấm và ẩm.
- Nếu sau khi đã hút sạch nhót ở miệng mũi, đã kích thích ngoài da mà trẻ vẫn thở nấc hoặc không đủ để duy trì nhịp tim > 100 lần/phút, thì việc thông khí qua mặt nạ hay qua ống nội khí quản cần được xử trí ngay.

2.5. Xoa bóp tim ngoài lồng ngực - Ấn ngực:

- Nếu ngạt vẫn tiến triển, nhịp tim vẫn chậm, cần xoa bóp tim ngoài lồng ngực.
- Phương pháp xoa bóp tim ngoài lồng ngực: Ấn vào 1/3 dưới của xương ức, ngay dưới đường kẻ ngang 2 vú. Xương ức có thể được ép bằng hai ngón tay cái với các ngón còn lại ôm chung quanh lồng ngực hoặc dùng hai ngón tay trỏ & giữa đặt thẳng đứng với lồng ngực.
- Mỗi nhát bóp tim, ấn lồng ngực lún sâu 1-2cm, nhịp tim > 90 lần/phút cùng với hỗ trợ hô hấp (cứ 3 lần ấn ngực là 1 lần giúp thở).
- Khi nhịp tim đã lên đến 100 lần/phút thì ngưng xoa bóp tim ngoài lồng ngực.
- Đánh giá kết quả sau khi hồi sức: Nếu sau 30 giây xoa bóp tim ngoài lồng ngực và thông khí giúp thở mà nhịp tim không tăng lên đến 100 lần/phút → dùng thuốc.

2.6. Điều trị bằng thuốc:

♦ Epinephrine:

- Là thuốc dùng đầu tiên khi việc thông khí và xoa bóp tim ngoài lồng ngực không hiệu quả.

♦ Natri bicarbonat (NaHCO_3):

- Chỉ hữu ích khi tim ngưng đập lâu và không đáp ứng với các phương pháp khác. Nếu thông khí chưa tốt thì không nên sử dụng vì sẽ làm tăng CO_2 → làm giảm thông khí, xuất huyết não màng não.

♦ Thuốc tăng thể tích huyết tương:

- Trong trường hợp đã thông khí tốt, Oxy đã cung cấp đủ, mạch ngoại biên vẫn khó bắt, có bằng chứng hoặc nghi ngờ mất máu thì thuốc tăng thể tích huyết tương nên được chỉ định.
- Có thể dùng huyết tương tươi đông lạnh hay máu cùng nhóm máu mẹ.

♦ Dopamin:

- Sử dụng sau khi đã hồi sức đầy đủ mà tim vẫn suy, cung lượng tim thấp, huyết áp thấp.

♦ Naloxone (Narcan):

- Dùng khi người mẹ có sử dụng các dẫn xuất từ Morphin trong vòng 4 giờ trước sanh.
- Không dùng cho trẻ có mẹ bị nghiện vì có thể dẫn đến hội chứng cai nghiện gây co giật.

THUỐC SỬ DỤNG TRONG HỒI SỨC CẤP CỨU SƠ SINH			
Thuốc	Nồng độ	Liều/ Đường dùng	Cách dùng
Epinephrine	1/10.000	-0,1 – 0,3ml/kg -Qua TM rốn: 0,1ml/kg -Qua NKQ: 0,3ml/kg -Có thể lập lại 3-5phút với liều như trên	-Nhanh -Pha loãng với NaCl 0,9% khi dùng qua NKQ
Thuốc tăng thể tích huyết tương	Máu toàn phần, NaCl 0,9%, Albumin, Lactate Ringer	10ml/kg TM	Cho trong 5 – 10 phút
Natri bicarbonat (NaHCO ₃)	4,2%	4ml/kg TM	Chậm ≥2 phút
Naloxone	0,4mg/ml	0,1mg/kg (0,25ml/kg) Qua NKQ, TM, TDD, TB	Nhanh
Dopamin		Khởi đầu: 5µg/kg/phút (Có thể tăng liều, nhưng không quá 20µg/kg/ph) TM	

IV. NHỮNG ĐIỀU CẦN TRÁNH TRONG HỒI SỨC

- Không hoảng loạn.
- Không hút quá sạch nhót.
- Không dùng quá nhiều Oxy nồng độ cao khi trẻ thiếu thán.
- Không dùng áp lực cao khi muốn làm giãn nở phổi → làm tổn thương phổi, giảm hồi lưu tĩnh mạch về tim, giảm cung lượng tim.
- Không nên để hiện tượng giảm Carbonic máu xảy ra vì có thể dẫn đến giãn nở phổi quá mức, tăng nguy cơ loạn sản phế quản phổi.
- Không cho Sodium Bicarbonat và thuốc tăng thể tích huyết tương một cách máy móc.
- Không nên tập trung và lệ thuộc quá nhiều vào hồi sức tim mạch vì việc chính trong hồi sức là hỗ trợ tốt hô hấp.
- Không được ngưng cung cấp Oxy ở trẻ đủ và già thán hít nước ối phân su và ngạt.

V. CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI TRẺ SAU HỒI SỨC

♦ **Thông khí hỗ trợ kéo dài:** Những trẻ ngạt nặng sau khi hồi sức có những tổn thương liên quan đến phổi nên được hỗ trợ hô hấp tốt.

♦ **Sử dụng đường Glucose 5%:** liều 8ml/kg/phút khi trẻ đã được điều chỉnh tốt sự thiếu Oxy. Mục đích: cung cấp năng lượng và giúp loại bỏ toan chuyển hóa.

♦ **Dịch truyền:** Theo dõi lượng nước tiểu, nếu thiếu niệu nên dùng Glucose 5%, lượng dùng tùy theo nhu cầu của trẻ.

♦ **Chế độ dinh dưỡng:** Nên hết sức cẩn thận khi cho trẻ ăn bằng đường tiêu hóa.

♦ Theo dõi các biến chứng ngạt: Hạ đường huyết, đông máu nội mạch lan tỏa, co giật, phù não, xuất huyết não.

♦ Chú ý tầm soát các dị tật bẩm sinh.

VI. MỘT SỐ TÌNH HUỐNG ĐẶC BIỆT

♦ **Hít nước ối phân su:**

- Hít phân su có thể gây tắc nghẽn đường thở, dẫn đến ứ khí và tràn khí màng phổi, viêm phổi.
- Với những trẻ tỉnh táo và phân su trong dịch ối ít thì không cần phải đặt nội khí quản nhưng cần phải hút sạch dịch mũi miệng.
- Ở những trẻ tỉnh táo nhưng phân su nhiều trong dịch ối thì nên đặt nội khí quản và hút dịch.

♦ **Tràn khí màng phổi (TKMP):**

- TKMP là một biến chứng có thể xảy ra khi sử dụng thông khí áp lực dương.
- Phải nghi ngờ TKMP ở các trẻ đã hồi phục sau hồi sức nhưng lại đột ngột khó thở.

♦ **Thoát vị cơ hoành (TVCH)**

- Biểu hiện bởi cơn tím tái liên tục dù đang hồi sức, bụng ít căng, lồng ngực phồng lên.
- Cần đặt nội khí quản ngay cho những trẻ nghi ngờ TVCH.
- Đặt ống thông dạ dày để rút hết khí.
- Chống chỉ định bóp bóng qua mặt nạ.

KỸ THUẬT CHÍCH CHẮP – LỆO

I. ĐẠI CƯƠNG

Chích chấp – lệo là kỹ thuật lấy đi ở chấp hoặc lệo.

II. CHỈ ĐỊNH

Chích chấp và lệo khi đã hình thành mũ và ổ viêm khu trú có điểm mũ trắng hoặc thành bọc như hạt đỗ dưới da mi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chấp, lệo đang sưng tấy.
- Những bệnh toàn thân chưa cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ chích chấp.
- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch betadin 5%, 10%; mỡ kháng sinh

3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Khai thác tiền sử đông máu. Tiền sử huyết áp, dị ứng thuốc tê.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

4. Kiểm tra hồ sơ

5. Kiểm tra người bệnh

6. Thực hiện kỹ thuật

6.1. Vô cảm

Gây tê tại chỗ.

6.2. Kỹ thuật

- Sát khuẩn vùng chích bằng dung dịch betadin 5%.
- Dùng cặp cố định, cố định chấp. Chú ý vận ốc vừa phải.
- Dùng dao lưỡi nhỏ rạch kết mạc ở vị trí chấp, nếu rạch ngoài đường rạch song song với bờ mi, nếu rạch trong đường rạch vuông góc với bờ mi.

- Nếu có bọc xơ tránh làm vỡ bọc chấp, dùng kéo cong nhọn phẫu tích lấy gọn chấp.
- Nếu vết rách quá 5 mm. Khâu 1 – 2 mũi.
- Tra dung dịch sát khuẩn, dung dịch gây tê bề mặt, mỡ kháng sinh.
- Băng mắt.

VI. THEO DÕI

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường báo bác sĩ để xử trí kịp thời.
- Hướng dẫn người bệnh thay băng sau 3 giờ. Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ (kháng sinh, kháng viêm, nước mắt nhân tạo, giảm đau, vitamin,...)

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: băng ép.
- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ MỘNG THỊT

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt mộng có nhiều phương pháp nhằm loại bỏ được mộng, tái tạo lại giải phẫu bình thường của bề mặt nhãn cầu và khống chế tối đa sự tái phát. Hiện nay phương pháp cắt mộng ghép kết mạc rìa tự thân hoặc áp mitomycin C được áp dụng phổ biến.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có mộng thịt nguyên phát, tái phát từ độ II trở lên.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối)

Những người có các viêm nhiễm cấp tính ở mắt như: viêm kết mạc, viêm loét giác mạc, viêm màng bồ đào, viêm túi lệ..., hoặc bệnh toàn thân.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt đã được đào tạo

2. Phương tiện

- Máy hiển vi phẫu thuật, kính lúp.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mộng vi phẫu, dao gọt mộng
- Kim chỉ 9-0, 10-0 (nilon hoặc chỉ tự tiêu)

3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh
- Làm các xét nghiệm: chức năng (thị lực, nhãn áp), công thức máu, nước tiểu, X-quang tim phổi, khám nội khoa có kết quả bình thường.

4. Hồ sơ bệnh án

Làm hồ sơ bệnh án nội trú hoặc ngoại trú

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Tiến hành phẫu thuật

3.1. Vô cảm

Tiêm tê cạnh nhãn cầu, thần kinh trên hố

3.2. Thực hiện kỹ thuật

3.2.1. Phẫu thuật cắt mộng ghép kết mạc rìa tự thân

- Đặt vành mi bộc lộ nhãn cầu
- Cắt kết mạc dọc 2 bên thân mộng: cắt đến tổ chức kết mạc lành cạnh thân mộng
- Cắt ngang đầu mộng:
 - + Với mộng nguyên phát hoặc tái phát nhưng còn thiếu tổ chức kết mạc: cắt cách rìa 2 – 3 mm.
 - + Với mộng dính nhiều: cắt sát đầu mộng nơi bám vào giác mạc để tiết kiệm tổ chức kết mạc thân mộng.
- Phẫu tích tổ chức xơ mạch dưới kết mạc thân mộng: phẫu tích tách thân mộng rời khỏi thân cơ trực phía dưới (bộc lộ rõ cơ trực trong hoặc ngoài để tránh cắt đứt cơ). Sau đó, phẫu tích tổ chức xơ mạch thân mộng dưới kết mạc và bộc lộ toàn bộ khối xơ mạch (tránh làm thủng, rách kết mạc), cắt bỏ toàn bộ tổ chức xơ mạch.
- Kẹp và cắt tổ chức xơ thân mộng đến sát cực lệ, đốt cầm máu.
- Đốt cầm máu củng mạc sát rìa: đủ cầm máu, không đốt cháy củng mạc để tránh gây hoại tử củng mạc.
- Gọt giác mạc.
- Gọt phần mộng bám vào giác mạc bằng dao tròn.
- Gọt bằng diện củng mạc sát rìa: đi chọt theo rìa để lấy củng mạc làm mốc, tránh đi quá sâu gây thủng.

Yêu cầu sau gọt: bề mặt diện gọt phải nhẵn, không gồ ghề tạo điều kiện cho quá trình biểu mô hóa giác mạc.

- Lấy kết mạc ghép từ rìa trên với diện tích tương đương với diện tích cần ghép mà không gây thiếu kết mạc cùng đồ trên.
- Khâu mảnh ghép kết mạc bằng chỉ 9-0: 2 mũi ở đầu mảnh ghép sát rìa, 2 mũi đầu mảnh ghép xa rìa (4 mũi /4 góc); khâu sao cho mảnh ghép áp sát mặt củng mạc, khâu dính vào củng mạc và nối tiếp với kết mạc thân mộng còn lại, phần kết mạc vùng rìa sẽ ghép ở phía vùng rìa, phần kết mạc phía củng đồ sẽ ghép nối với phần kết mạc của thân mộng. Đảm bảo chắc phần biểu mô kết mạc phẳng, không bị khâu cuộn vào bề mặt củng mạc.

3.2.2. Phẫu thuật mộng có áp thuốc chống chuyển hóa (thuốc ức chế miễn dịch)

Chỉ định các trường hợp mộng có nguy cơ tái phát cao, mộng kép, mộng tái phát không đủ kết mạc để ghép

Các bước tiến hành tương tự từ 1 đến 8 trong phương pháp phẫu thuật ghép kết mạc rìa tự thân. Các bước tiếp theo như sau:

Đặt mẫu gelaspon kích thước bằng diện củng mạc vừa phẫu tích (khoảng 2 x 3 mm) có tẩm thuốc chống chuyển hóa nồng độ (tùy theo loại thuốc) vào diện củng mạc vừa phẫu tích thân mộng trong vòng 5 phút. Tránh không để thuốc dính vào giác mạc.

Lấy mẫu gelaspon ra và rửa sạch mắt bằng nước muối 0,9% (20 ml).

Khâu cố định vạt kết mạc thân mộng vào diện củng mạc bằng chỉ 9-0 cách rìa 2 mm. Phải đảm bảo phần kết mạc thân mộng giữ lại được phẳng, hai mũi đầu được khâu dính kín với kết mạc lành.

VI. THEO DÕI

- Dùng kháng sinh toàn thân, giảm đau.
- Tra kháng sinh và các thuốc tăng cường liền sẹo giác mạc (nước mắt nhân tạo, vitamin,...)
- Tra thêm corticoid sau khi giác mạc gọt đã biểu mô hóa hoàn toàn.
- Cắt chỉ sau phẫu thuật từ 10 đến 14 ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong phẫu thuật

- Chảy máu nhiều: cầm máu bằng adrenalin 0,1% hoặc đốt cầm máu.
- Thủng kết mạc: nếu vết thủng nhỏ thì không cần khâu, nếu vết thủng lớn thì khâu lại.
- Thủng củng mạc: khâu lại bằng chỉ 8-0.
- Thủng giác mạc: ngừng gọt giác mạc và khâu lại bằng chỉ 10-0.

2. Sau phẫu thuật:

- Chảy máu: uống hoặc tiêm transamin 250 mg x 2 viên và băng ép, nếu vẫn chảy máu phải kiểm tra lại vết phẫu thuật để tìm vị trí chảy máu và xử trí.
- Biểu mô giác mạc chậm tái tạo: tra thêm thuốc tăng cường dinh dưỡng giác mạc: CB2, vitamin A,...
- Loét giác mạc: điều trị như loét giác mạc.

PHẪU THUẬT QUẠM MI TUỔI GIÀ

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật quặm mi tuổi già là phương pháp giải quyết tình trạng cuộn mi vào trong để tránh các biến chứng do lông mi vọ vào giác mạc trong một số bệnh lý ở người già.

II. CHỈ ĐỊNH

Quặm mi do tuổi già

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm khuẩn tại chỗ
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật quặm.

3. Người bệnh

- Vệ sinh mắt trước phẫu thuật
- Chụp ảnh tổn thương quặm trước phẫu thuật (nếu có thể).
- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

- Cho uống hay tiêm thuốc an thần, giảm đau
- Gây tê nếu phẫu thuật dự định kéo dài, người bệnh không hợp tác,
- Gây tê tại chỗ.

3.2. Kỹ thuật mổ quặm mi dưới do tuổi già

- Gây tê tại chỗ
- Rạch da mi cách bờ mi dưới 2 mm. Đường rạch theo chiều dài mi.
- Phẫu tích cơ vòng mi, cân vách hốc mắt có thể lấy phần mỡ thoát vị.
- Cắt da mi thừa.
- Khâu cố định mép da vào bờ dưới sụn mi.
- Khâu da mi.

VI. THEO DÕI

- Người bệnh được khám lại 1 ngày, 1 tuần và 1 tháng sau phẫu thuật.
- Cắt chỉ sau 1 tuần.
- Kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, tan máu bầm, nước mắt nhân tạo.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu tốt bằng đốt điện hai cực.

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu vết phẫu thuật: chảy máu ít, băng ép và theo dõi; chảy máu nhiều, đốt cầm máu lại tại phòng phẫu thuật.
- Nhiễm trùng vết phẫu thuật: dùng kháng sinh sau phẫu thuật và vệ sinh vết phẫu thuật.

**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ
VIÊM KẾT MẠC****1. NGUYÊN NHÂN**

- Virus (adeno, herpes simplex, herpes zoster, entero, Epstein – Barr,...)
- Vi khuẩn (staphylococcus, streptococcus, hemoophilus influenza, moraxella,...)
- Nấm
- Dị ứng

2. HÌNH THÁI LÂM SÀNG

- VKM cấp có mũ
- VKM cấp có hạt
- VKM cấp có tiết tổ màng

3. TRIỆU CHỨNG

- Đỏ mắt, không đau, không giảm thị lực
- Chất tiết ở mắt (trong, nhầy, hoặc mũ)
- Phù kết mạc, sung huyết kết mạc, xuất huyết dưới kết mạc
- Phản ứng nang, nhú
- Giả mạc
- Phản ứng hạch lympho (hạch trước tai, dưới hàm)

4. ĐIỀU TRỊ

- Kháng sinh tại chỗ (nhỏ 4-6 lần/ngày, thuốc mỡ 1 lần trước khi ngủ)
 - Quinolone (ciprofloxacin, ofloxacin,...)
 - Aminoglycosid (gentamycin, tobramycin, neomycin,...)
 - Chloramphenicol
 - Polymyxin B
- VKM do lậu cầu : cephalosporine III
- VKM do Chlamydia trachomatis: Doxycycline hoặc Tetracycline
- VKM do dị ứng: thuốc ngừa dị ứng (olopatadine hydrochlorid, pemirolast kali,..) kết hợp với nước mắt nhân tạo
- Nước mắt nhân tạo (giảm kích thích)
- Chống viêm (NSAIDs, Corticoid) nhỏ hoặc uống, kháng sinh toàn thân (nếu cần).

VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO NẤM**I. ĐẠI CƯƠNG:**

Viêm loét giác mạc do nấm là bệnh thường gặp ở các nước đang phát triển, chủ yếu sau sang chấn nông nghiệp như lá lúa, lá cây... quệt vào mắt, gây trầy xước, tổn thương biểu mô giác mạc, tạo điều kiện thuận lợi cho vi nấm xâm nhập vào giác mạc. Ngoài ra dùng corticosteroid tại chỗ lâu dài là điều kiện thuận lợi cho vi nấm phát triển.

II. CHẨN ĐOÁN:**1. Chẩn đoán viêm loét giác mạc:****a- Lâm sàng:**

- _ Triệu chứng cơ năng: cộm xốn, chảy nước mắt, sợ ánh sáng, nhức mắt. Giảm thị lực tùy thuộc mức độ, vị trí tổn thương giác mạc.
- _ Triệu chứng thực thể:
 - + Cương tụ rìa
 - + Hiện diện ở loét giác mạc, nhuộm bắt màu Fluorescein với những đặc trưng: loét bờ dạng sợi nấm, tổn thương vệ tinh, bề mặt nổi gồ.
 - + Mủ tiền phòng
 - + Mảng xuất tiết ở mặt sau giác mạc
 - + Vòng miễn dịch giác mạc

b- Cận lâm sàng:

- _ Soi tươi: tìm thấy nấm trong 50% trường hợp, cho biết được nấm sợi hay nấm men
- _ Nhuộm soi: Gram, Giemsa
- _ Nuôi cấy làm kháng sinh đồ.

2. Chẩn đoán nguyên nhân:

Các loại nấm thường gặp: *Furairum*, *Aspergillus*, *Cephalosporium*, *Allescheria*, *Penicillium*, *Candida Albicans*.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- _ Viêm loét giác mạc do vi khuẩn
- _ Viêm loét giác mạc do virus Herpes
- _ Viêm loét giác mạc do *Acanthamoeba*

III. ĐIỀU TRỊ:**1. Nguyên tắc điều trị:**

- _ Dùng thuốc kháng nấm tại chỗ ngay khi có kết quả soi tươi tìm nấm dương tính
- _ Chống chỉ định dùng corticoide.

2. Điều trị đặc hiệu:

a- Điều trị nội khoa:

- _ Dung dịch Natamycin 5% (nấm sợi hoặc hạt men) hoặc dung dịch Amphotericin B (tốt hơn đối với nấm men) 0,15% nhỏ mỗi giờ/lần.
- _ Uống Ketoconazole 200 – 400mg/ngày cho các chủng nấm sợi. Fluconazole 200 – 400 mg/ngày cho các chủng nấm men. Đợt điều trị 21 ngày.
- _ Hoặc Itraconazole 20mg/ngày uống 1 lần trong bữa ăn (nấm sợi hoặc nấm men). Đợt điều trị 21 ngày.
- _ Trường hợp nặng có thể tiêm dưới kết mạc dung dịch Amphotericin B 0,8-1mg/0,2ml.
- _ Thuốc liệt thể mi: dung dịch atropine 1% hoặc scopolamine 0,25% 3 lần/ngày

b- Điều trị ngoại khoa:

Nhằm giải quyết biến chứng và di chứng

- _ Rửa mắt phòng: trường hợp nặng, mắt tiền phòng dân cao.
- _ Ghép giác mạc: trường hợp phôi màng Descemet hoặc thủng giác mạc cần tiến hành ghép giác mạc để bảo tồn nhãn cầu.
- _ Ghép màng ôi: đối với những trường hợp loét giác mạc kéo dài khó hàn gắn, ổ loét lõm sâu mất chất
- _ Khâu phủ kết mạc trong khi chờ ghép giác mạc, khâu cò mi
- _ Múc nội nhãn, khoét nhãn cầu: trong trường hợp hoại tử giác mạc toàn bộ, phôi tổ chức nội nhãn không còn khả năng điều trị bảo tồn.

3. Điều trị hỗ trợ:

- _ Các thuốc tăng cường dinh dưỡng giác mạc: vitamin A, B, ...
- _ Nước mắt nhân tạo giảm kích ứng mắt

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:

- _ Trong thời gian điều trị theo dõi đánh giá sự đáp ứng với thuốc và sự tiến triển của ổ loét.
- _ Tái khám mỗi 6 tháng trong những trường hợp sẹo dày ở trung tâm để có kế hoạch ghép giác mạc.

VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO VI KHUẨN**V. ĐẠI CƯƠNG:**

- _ Viêm loét giác mạc do vi khuẩn là bệnh mắt phổ biến ở các nước đang phát triển. Đây là 1 bệnh nặng. Các triệu chứng tiến triển nhanh và rầm rộ, đòi hỏi phải điều trị sớm ngay từ đầu, điều trị tích cực, nếu không sẽ để lại biến chứng trầm trọng như thủng giác mạc, giảm thị lực nặng nề, thậm chí với trường hợp nặng phải bỏ nhãn cầu.
- _ Bệnh thường sau chấn thương gây xước, trợt giác mạc, đặc biệt là gây ra do thực vật như hạt thóc, lá lúa, lá cây.
- _ Tổn thương biểu mô giác mạc do biến chứng của bệnh mắt hột, khô mắt do thiếu vitamin A, liệt thần kinh VII ngoại biên mắt nhắm không kín, đeo kính tiếp xúc thường xuyên.

VI. CHẨN ĐOÁN:**1. Chẩn đoán viêm loét giác mạc:****a- Lâm sàng:**

- _ Triệu chứng cơ năng: cộm xốn tăng dần, chảy nước mắt, sợ ánh sáng, co quắp mi. Đau âm ỉ tại mắt. Giảm thị lực tùy thuộc mức độ, vị trí tổn thương giác mạc
- _ Triệu chứng thực thể:
 - + Mi mắt: sưng nề.
 - + Kết mạc: cương tụ rìa hoặc cương tụ toàn bộ kết mạc
 - + Giác mạc: tổn thương loét có ranh giới rõ. Viêm mủ dày đặc ở nhu mô và phù xung quanh. Ổ loét lõm sâu, bờ nhám nhở, đáy ổ loét có tiết tố mủ nhày. Nhuộm fluorescein ổ loét bắt màu xanh lá cây.
 - + Trường hợp nặng có thể có mủ tiền phòng, màng xuất tiết ở diện đồng tử
- _ Biểu hiện lâm sàng đặc trưng của từng loại vi khuẩn:
 - + Trục khuẩn mủ xanh: tiến triển rất nhanh, sau 1 – 2 ngày ổ loét lan rộng, thâm nhiễm lan tỏa trong nhu mô, nhanh chóng thành ổ áp-xe chiếm phần lớn hoặc toàn bộ giác mạc. Thường có mủ tiền phòng. Có thể gây thủng giác mạc trong 48 giờ.
 - + Tụ cầu vàng: ổ loét hình oval trắng – vàng, đục, ăn sâu xuống nhu mô được bao quanh bởi vùng giác mạc còn trong
 - + Staphylococcus Epidermidis: những vết loét tròn hay bầu dục giữ nguyên dạng rất lâu trên giác mạc.
 - + Phế cầu: vết loét lúc đầu khu trú, dần dần lan vào giữa, bờ ổ loét gồ được bao phủ lớp biểu mô dày.
 - + Nhiễm Enterobacteriaceae thường loét nông, nhiều chấm mủ trắng – xám và đục nhu mô lan tỏa.
 - + Moraxella: ổ loét ở trung tâm hay cạnh trung tâm giác mạc, hình tròn, tiến triển vào sâu giác mạc, có thể kèm mủ tiền phòng.

- + Lậu cầu: xâm nhập vào lớp sâu giác mạc, xuyên qua biểu mô còn nguyên vẹn nhanh chóng gây loét hoại tử và thủng giác mạc.

b- Cận lâm sàng:

- _ Soi tươi nhuộm Gram: phát hiện loại vi khuẩn
- _ Nuôi cấy phân lập vi khuẩn, kháng sinh đồ: làm trước khi điều trị.

2. Chẩn đoán nguyên nhân:

Vi khuẩn thường gặp: tụ cầu vàng, trực khuẩn mủ xanh. Ít gặp hơn là Moraxella, tụ cầu Epidermidis, phế cầu, Enterobacteriaceae.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- _ Viêm loét giác mạc do nấm
- _ Viêm loét giác mạc do virus Herpes
- _ Viêm loét giác mạc do Acanthamoeba

VII. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc điều trị:

- _ Điều trị tại chỗ với kháng sinh phổ rộng ngay sau khi lấy bệnh phẩm và không cần chờ kết quả kháng sinh đồ
- _ Trong khi chờ kết quả kháng sinh đồ, nếu diễn tiến lâm sàng tốt, đáp ứng với điều trị thì không nên thay đổi kháng sinh
- _ Chống chỉ định dùng corticoid tại chỗ.

2. Điều trị đặc hiệu:

a- Điều trị nội khoa:

- _ Điều trị ban đầu dựa vào hình thái lâm sàng và kết quả soi nhuộm Gram

Vi khuẩn	Kháng sinh	Thuốc tra	Chích dưới kết mạc
Cầu khuẩn Gram (+)	Cefazolin Vancomycin	50mg/ml 50mg/ml	100mg trong 0,5ml 25mg trong 0,5ml
Trực khuẩn Gram (-)	Tobramycin Ceftazidim Fluoroquinolon	9-14mg/ml 50mg/ml Vigamox, Cravite, Ofloxacin 0,3%	20mg trong 0,5ml 100mg trong 0,5ml
Không có vi khuẩn hoặc nhiều loại vi khuẩn	Cefazolin Với: Tobramycin Hoặc: Fluoroquinolon	50mg/ml 9-14mg/ml Vigamox, Cravite, Ofloxacin 0,3%	100mg trong 0,5ml 100mg trong 0,5ml
Cầu khuẩn Gram (-)	Ceftriaxon Ceftazidim	50mg/ml 50mg/ml	100mg trong 0,5ml
Mycobacteria	Amikacin	20mg/ml	20mg trong 0,5ml

- _ Đờn
- _ Đường dùng thuốc tùy theo mức độ viêm loét giác mạc
 - + Với thuốc nhỏ, nhỏ nhiều lần trong ngày, thậm chí 15-30 phút/lần

- + Trường hợp nghi ngờ nhiễm trùng lan vào củng mạc hoặc nội nhãn, bổ sung kháng sinh chích dưới kết mạc hoặc tĩnh mạch
- Khi có kết quả nuôi cấy vi khuẩn, điều trị theo kháng sinh đồ.

b- Điều trị ngoại khoa:

Nhằm giải quyết biến chứng và di chứng

- _ Ghép giác mạc: trường hợp phôi màng Descemet hoặc thùng giác mạc cần tiến hành ghép giác mạc để bảo tồn nhãn cầu.
- _ Ghép màng ối: đối với những trường hợp loét giác mạc kéo dài khó hàn gắn, ổ loét lõm sâu mất chất
- _ Khâu phủ kết mạc trong khi chờ ghép giác mạc, khâu cò mi
- _ Múc nội nhãn, khoét nhãn cầu: trong trường hợp hoại tử giác mạc toàn bộ, phôi tổ chức nội nhãn không còn khả năng điều trị bảo tồn.

3. Điều trị hỗ trợ:

- _ Nhỏ Atropin 1% ngày 2 lần
- _ Bổ sung các vitamin A, C, B₁₂ theo đường tra mắt hoặc uống. Trường hợp nặng, hoại tử nhiều có thể dùng các thuốc ức chế men collagenase: EDTA, cyctein...
- _ Dùng thuốc hạ nhãn áp khi có dấu hiệu tăng nhãn áp, thùng hoặc dọa thùng.
- _ Nước mắt nhân tạo giảm kích ứng mắt

VIII. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:

Tái khám hằng tháng để theo dõi tiến triển lành sẹo của ổ loét và tình trạng tăng nhãn áp kèm theo

DỊ VẬT KẾT MẠC VÀ GIÁC MẠC

1. Các loại dị vật:

- Công nghiệp: bụi than, bụi hóa chất, mảnh kim loại nhỏ,...
- Nông nghiệp: mảy thóc, vỏ trấu, đất cát, côn trùng,...

2. Vị trí dị vật:

a. Ở kết mạc:

- Ở kết mạc nhãn cầu: dễ thấy bằng mắt thường
- Ở kết mạc mi hoặc kết mạc cùng đồ: khó thấy hơn, cần phải lật mi hoặc dùng vành mi.

Dị vật cọ xát vào giác mạc nên gây đau cộm rất khó chịu, chảy nước mắt.

b. Ở giác mạc:

- Có thể nông trên biểu mô, hoặc sâu vào mô nhục, cũng có thể xuyên gần qua giác mạc, một phần ở giác mạc và một phần ở tiền phòng.

Dị vật ở giác mạc gây đau rức nhiều, chảy nước mắt, sợ ánh sáng, co quắp mi, có thể gây giảm thị lực. Các dị vật nông gây nhiều cảm giác chủ quan, khó chịu hơn dị vật ở sâu.

3. Tác hại của dị vật:

- Gây kích thích, cộm, chói khó chịu
- Gây nhiễm khuẩn, viêm mủ nội nhãn
- Để lại sẹo gây giảm thị lực.

4. Xử trí:

a. Dị vật ở kết mạc:

- Gây tê bằng lidocain 1%
- Dùng vành mi hoặc ngón tay lật mi.
- Dùng tăm bông ướt (không được dùng kim hoặc thìa nạo vì có thể gây tụ máu che lấp dị vật) gạt lấy dị vật nông. Nếu dị vật sâu, rạch kết mạc lấy dị vật. Nếu cặp lấy dị vật được, có thể cắt 1 nếp kết mạc kèm theo dị vật.
- Rửa cùng đồ bằng nước cất hoặc NaCl 0.9 %
- Dị vật dưới kết mạc chỉ lấy ra khi mắt bị kích thích.
- Dùng kháng sinh, nước mắt nhân tạo.

b. Dị vật ở giác mạc:

- Dị vật nằm trên mặt giác mạc: gây tê bằng lidocain 1%, dùng tăm bông ướt lấy dị vật, nhỏ thuốc sát khuẩn.
- Dị vật nằm ở lớp biểu mô giác mạc:
 - Gây tê tốt.
 - Phải lấy dị vật trong điều kiện ánh sáng tốt, bằng dụng cụ: kim tiêm, dao lấy dị vật,..., dưới kính lúp hoặc kính sinh hiển vi.
 - Cho mũi dụng cụ dưới dị vật, nhẹ nhàng nạy dị vật ra.
 - Nếu ở chỗ dị vật khu trú đã hình thành “bụi cát”, cần nạo cho sạch.

- Nếu có nhiều dị vật, không nên cố gắng lấy hết tất cả các dị vật ở giác mạc. Lấy trước các dị vật nông. Các dị vật còn lại có xu hướng đi nông dần ra mặt ngoài và được lấy dần ra.
- Sau khi lấy được dị vật, nhỏ thuốc sát khuẩn và thuốc mỡ kháng sinh.
- Băng mắt nhẹ. Hẹn bệnh nhân tái khám ngày hôm sau.
- Dị vật nằm trong lớp mô nhúc giác mạc hoặc dị vật có 1 đầu nhô vào tiền phòng: cần được tiến hành phẫu thuật lấy dị vật.
- Dùng kháng sinh, nước mắt nhân tạo.

ĐỤC THỦY TINH THỂ**IX. ĐẠI CƯƠNG:**

Đục thủy tinh thể là sự thay đổi chiết suất của thủy tinh thể, làm tán xạ ánh sáng và giảm độ trong suốt của nó, gây nên giảm thị lực. Đây là nguyên nhân hàng đầu gây mù lòa ở Việt Nam cũng như nhiều nước khác trên thế giới.

X. CHẨN ĐOÁN:**1. Chẩn đoán đục thủy tinh thể:****a- Lâm sàng:**

- _ Triệu chứng cơ năng: nhìn mờ (như nhìn qua màng sương), chói sáng, song thị một mắt, cận thị giả, không đau nhức.
- _ Triệu chứng thực thể:
 - + Thị lực giảm
 - + Khám trên kính sinh hiển vi: đục các cấu trúc của thủy tinh thể (đục nhân, đục vỏ, đục bao hoặc đục toàn bộ)
 - + Phân loại độ cứng của nhân qua màu sắc đục thể thủy tinh

b- Cận lâm sàng:

- _ Siêu âm mắt (A, B)
- _ Đo javal

Giúp đánh giá tình trạng nhãn cầu, các môi trường trong suốt, đo công suất thủy tinh thể nhân tạo

2. Chẩn đoán nguyên nhân:

- _ Đục thủy tinh thể do tuổi già
- _ Đục thủy tinh thể do chấn thương (vật lý, hóa chất, tia hồng ngoại...)
- _ Đục thủy tinh thể do chuyển hóa (thường do đái tháo đường)
- _ Đục thủy tinh thể do ngộ độc (corticoid, anti-cholinesteraza)
- _ Đục thủy tinh thể thứ phát sau viêm màng bồ đào, glaucoma, ...
- _ Đục thủy tinh thể bẩm sinh

3. Chẩn đoán phân biệt:

Ở trẻ em, người trẻ cần phân biệt với các nguyên nhân khác gây hội chứng “Đồng tử trắng” : ung thư võng mạc, xơ sản sau thể thủy tinh ở trẻ sinh non, bong võng mạc bẩm sinh kèm theo loạn sản võng mạc, viêm hắc võng mạc.

XI. ĐIỀU TRỊ:

1. Mục đích điều trị: phục hồi thị lực tối đa cho bệnh nhân, phòng ngừa biến chứng của đục thủy tinh thể

2. Điều trị đặc hiệu:

a- Điều trị nội khoa: dùng thuốc nhỏ trong các trường hợp đục thể thủy tinh khởi phát, đục thể thủy tinh tiến triển, chờ đến giai đoạn phẫu thuật. Song không có thuốc nào được chứng minh có tác dụng phòng ngừa và làm tan được thủy tinh thể. Nhỏ nước mắt nhân tạo.

b- Điều trị ngoại khoa: là phương pháp hiệu quả nhất hiện nay

_ Chỉ định:

- + Đục thủy tinh thể gây giảm thị lực ảnh hưởng đến sinh hoạt và lao động của bệnh nhân, giữa mức độ đục của thủy tinh thể và mức độ giảm thị lực tương xứng với nhau
- + Phẫu thuật để điều trị: để có thể quan sát và phẫu thuật võng mạc dịch kính. Phẫu thuật điều trị viêm màng bồ đào, tăng nhãn áp thứ phát sau đục thủy tinh thể
- + Phẫu thuật thẩm mỹ

_ Hiện nay có 2 phương pháp chính để phẫu thuật: phẫu thuật lấy thủy tinh thể ngoài bao (ECCE) và phương pháp nhũ tương hóa thủy tinh thể (Phaco)

3. Điều trị hỗ trợ:

- _ Kháng sinh, nước mắt nhân tạo nhỏ tại chỗ
- _ Khám viêm corticoid và NSAIDs tại chỗ
- _ Kháng sinh, kháng viêm toàn thân

XII. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:

Tái khám ngày thứ 1 và thứ 2 sau phẫu thuật nếu bệnh nhân ngoại trú
Khám định kỳ 1 tuần, 2 tuần, 1 tháng sau khi xuất viện

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GLAUCOMA GÓC MỞ

I. Triệu chứng

- Không có triệu chứng rõ rệt, thỉnh thoảng nhức đầu, nhức mắt
- Tiền phòng sâu
- Nhãn áp cao
- Tổn thương gai thị
- Tổn thương thị trường
- Soi góc tiền phòng: góc mở

II. Cận lâm sàng

- Chụp hình màu đáy mắt
- OCT hoặc HRT khảo sát chiều dày lớp sợi thần kinh
- Đo thị trường Humphrey hoặc FDT

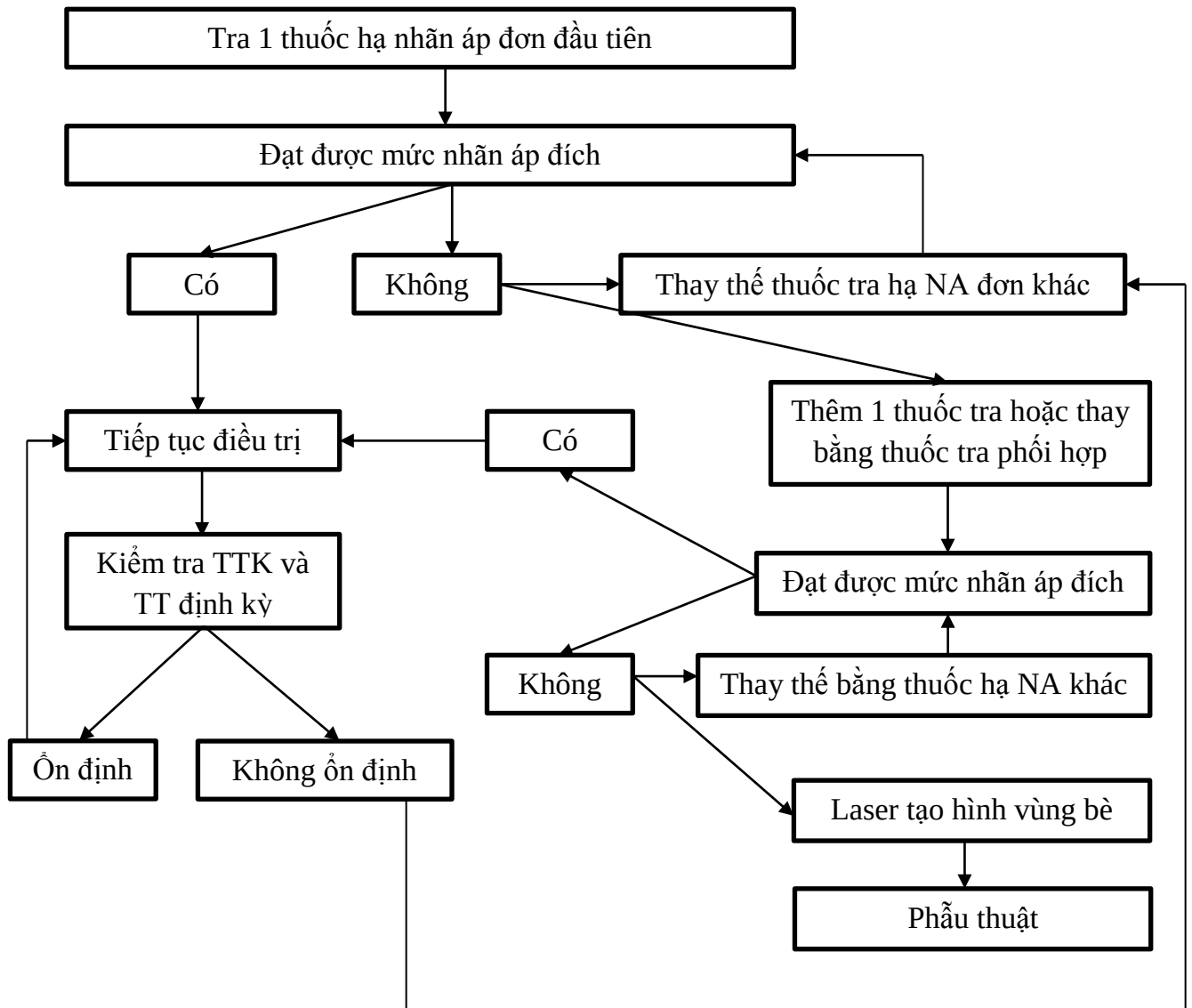
III. Điều trị

1. Nội khoa:

- **Bắt đầu bằng một loại thuốc nhỏ mắt đơn trị:**
 - Nhóm đồng vận Prostaglandin là thuốc điều trị đầu tay
 - Beta-blocker (nếu không có chống chỉ định)
 - Nếu nhãn áp không hạ tới mức cần thiết cần thử một loại thuốc khác hoặc chuyển sang loại khác cùng nhóm
- **Phối hợp nhiều loại thuốc khi nhãn áp không hạ tới mức mong muốn**
 - Beta-blocker và đồng vận Prostaglandin
 - Prostaglandin và Brinzolamide.

2. Phẫu thuật:

- **Chỉ định phẫu thuật:**
 - Khi sử dụng thuốc nhỏ tối đa mà nhãn áp không đạt tới mức mong muốn
 - Lỗm gai rộng
 - Tổn thương thị trường nặng
 - Bệnh nhân không có điều kiện để nhỏ thuốc lâu dài
- **Phương pháp phẫu thuật:** cắt bè củng mạc và MMC hoặc Ologen, đặt Ex-Press Shunt.

Sơ đồ các bước trong điều trị glaucoma góc mở**IV.Theo dõi**

- Khám định kỳ mỗi 1, 3, hoặc 6 tháng đối với các trường hợp nhãn áp điều chỉnh
- Đo lại OCT, HRT, thị trường mỗi 6 hoặc 12 tháng
- Nhãn áp không điều chỉnh theo dõi thời gian ngắn hơn, kết hợp thuốc
- Nếu nhãn áp không hạ sẽ CBCM lần 2 kết hợp thuốc chống chuyển hóa (MMC) hoặc Ologen, Shunt, Valve.
- Trường hợp nhãn áp điều chỉnh nhưng thị trường vẫn tiến triển xấu phải bổ sung thuốc nhỏ.

**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ KHOA MẮT
GÓC ĐÓNG CẤP**

I. Triệu chứng**1. Chủ quan:**

- Đau nhức ở mắt và nửa đầu cùng bên đột ngột
- Nhìn thấy những vòng màu
- Mắt mờ như có sương bao phủ
- Buồn nôn, ói mửa

2. Khách quan:

- Nhãn áp cao
- Thị lực giảm
- Kết mạc cương tụ
- Giác mạc phù
- Phản xạ đồng tử kém, đồng tử giãn méo
- Tiền phòng nông, soi góc tiền phòng thấy góc đóng
- Gai thị chưa bị tổn thương hoặc phù nề

II. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm màng bồ đào trước
- Viêm kết mạc cấp
- Glaucoma góc đóng

III. Nguyên nhân

- Do móng mắt áp vào vùng bè làm tắt nghẽn đường lưu thông thủy dịch

IV. Điều trị**a. Thuốc uống:**

- Acetazolamide 0,25g 1 viên x 2 lần hoặc 2 viên x 2 lần
- KCl 0,6g 1 viên/ngày
- Paracetamol 0,5g 1 viên x 2 lần

b. Thuốc nhỏ:

- Col. Timolol 0,5% hoặc Alphagan P 0,15% 2 lần/ngày
- Col. Pilocarpin 2% 1 giọt mỗi 15 ph, trong vòng 1 đến 2 giờ
- Col. Predforte 1% 1 giọt x 3 – 4 lần/ngày
- Trường hợp nhãn áp quá cao: truyền Manitol 20% 1g/kg cân nặng, truyền nhanh 60 – 100 giọt/phút
- Trường hợp nhãn áp cao quá mức gây đau có thể chọc dò tiền phòng tại phòng điều trị.

c. Phẫu thuật:

Đo lại nhãn áp, nếu giác mạc trong, đồng tử có phản xạ, soi góc:

- + Góc đóng <180: cắt móng mắt chu biên
- + Góc đóng >180: phẫu thuật cắt bè củng mạc

V. Theo dõi:

- Cần khám và điều trị dự phòng mắt còn lại bằng laser nếu có chỉ định

- Cần theo dõi định kỳ (6 tháng – 1 năm) những bệnh nhân có đóng góc cấp đã được cắt mộng chu biên bằng laser hoặc đã phẫu thuật cắt bè củng mạc

Tài liệu tham khảo

1. Shields' text book of Glaucoma (2006)

VIÊM MÓNG MẮT – THỂ MI**XIII. ĐẠI CƯƠNG:**

Viêm mống mắt thể mi là bệnh mắt khá phổ biến, thường có những tổn thương nặng nề, nhiều biến chứng, hay tái phát, khó xác định nguyên nhân, có thể dẫn tới mù lòa

XIV. CHẨN ĐOÁN:**1. Chẩn đoán viêm mống mắt thể mi:****a- Lâm sàng:**

_ Triệu chứng cơ năng:

- + Nhìn mờ xuất hiện từ sớm
- + Đau nhức: là triệu chứng chủ quan nổi bật nhất của viêm mống mắt thể mi.
- + Sợ ánh sáng, chảy nước mắt tự nhiên.

_ Triệu chứng thực thể:

- + Cương tụ rìa, phản ứng thể mi (+)
- + Lắng đọng chất tiết ở mặt sau giác mạc
- + Tiền phòng đục, Tyndall (+)
- + Mống mắt: sẫm màu; đồng tử co nhỏ, giảm hoặc mất phản xạ ánh sáng, giai đoạn sau đồng tử có thể méo mó do dính vào thủy tinh thể
- + Thủy tinh thể: có những chấm sắc tố mống mắt bám ở mặt trước
- + Nhãn áp ở giai đoạn đầu thường thấp. Song có thể cao trong đợt viêm cấp do bít diện đồng tử hoặc nghẽn góc tiền phòng

b- Cận lâm sàng:

- _ Siêu âm mắt B: kiểm tra các môi trường trong suốt của nhãn cầu
- _ Xét nghiệm đặc hiệu: khi cần xác định nguyên nhân. Có thể làm: công thức máu, kháng thể kháng nhân (ANA), test phát hiện giang mai (RPG, VDRL, FTA,...), X – quang phổi, tìm ký sinh trùng,...

2. Chẩn đoán nguyên nhân:

Rất khó xác định, vì tính đa dạng của nguyên nhân sinh bệnh như vi khuẩn, virus, nấm, ký sinh trùng, dị ứng, hoặc liên quan đến miễn dịch

3. Chẩn đoán phân biệt:

- _ Glaucoma cấp: đồng tử giãn, tiền phòng nông, nhãn áp tăng.
- _ Bong võng mạc có lỗ rách: đồng tử giãn nhẹ, phản xạ ánh sáng chậm, siêu âm thấy bong võng mạc rộng
- _ Dị vật nội nhãn: có tiền sử chấn thương, siêu âm thấy dị vật trong nhãn cầu
- _ Viêm củng mạc – màng bồ đào: có tổn thương củng mạc, lộ hắc mạc sẫm màu

XV. ĐIỀU TRỊ:

1. Mục đích điều trị: chống viêm, chống dính mống, hạn chế tối đa di chứng và biến chứng

2. Điều trị đặc hiệu:

Điều trị theo nguyên nhân với các thuốc đặc hiệu như thuốc chống virus, thuốc chống lao, kháng nấm, kháng khuẩn, nếu có nguyên nhân rõ ràng

3. Điều trị hỗ trợ:

a- Thuốc dẫn đồng tử, liệt thể mi:

- _ Tác dụng giảm đau và phòng chống dính mống.
- _ Bệnh nhẹ đến vừa: thuốc làm liệt thể mi cyclopentolate 1-2% x 2 lần/ngày
- _ Bệnh nặng: Scopolamine 0,25% hoặc Atropine 1,0% 2-4 lần/ngày

b- Thuốc chống viêm:

- _ Steroid là thuốc chủ lực trong điều trị
 - + Tại mắt: collyre Prednisolone acetate 1%, hoặc collyre Lotemax 1-6 giờ nhỏ 1 lần tùy theo bệnh nặng hay nhẹ
 - + Nếu không đáp ứng tốt với thuốc nhỏ nhiều lần sẽ tiêm steroid quanh nhãn cầu hoặc dưới bao tenon với methylprednisolone 40-80mg
 - + Nếu sau khi dùng thuốc tại chỗ không kết quả, sử dụng steroid toàn thân, với solumedrol liều 1,5mg/kg
 - + Tuy nhiên, những đợt điều trị đầu thương phối hợp điều trị tại chỗ và toàn thân. Đặc biệt những trường hợp nặng gặp ở người trẻ.
- _ Thuốc chống viêm non – steroid: sử dụng khi có chống chỉ định dùng steroid, hoặc được dùng phối hợp với collyre indomethacine 0,1%

c- Thuốc ức chế miễn dịch: sử dụng khi các thuốc trên không hiệu quả. Song phải thận trọng vì có nhiều tác dụng phụ.

d- Điều trị glaucoma thứ phát

e- Điều trị các tác dụng phụ có thể có do corticoid gây ra

XVI. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:

Là 1 bệnh dễ tái phát và có nhiều di chứng, biến chứng nên theo dõi và chế độ tái khám rất quan trọng

Khi phản ứng tiền phòng giảm, có thể giảm từ từ việc nhỏ steroid. Để chống viêm tái phát, cho liều steroid thấp hằng ngày hoặc cách nhật

Giảm dần thuốc liệt thể mi. Tiếp tục sử dụng ít nhất 1 lần khi đi ngủ cho đến khi hết tế bào trong tiền phòng

Giai đoạn cấp tính: 1-7 ngày khám 1 lần tùy theo mức độ nặng nhẹ

Giai đoạn bệnh ổn định: 1-6 tháng khám lại 1 lần

Cần chú ý phản ứng ở tiền phòng và nhãn áp khi khám

Kiểm tra các biến chứng như dính mống, tăng nhãn áp

Theo dõi các biến chứng do dùng corticoid dài ngày như glaucoma, đục thủy tinh thể, viêm loét dạ dày.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ KHOA MẮT

XUẤT HUYẾT TIỀN PHÒNG DO CHẤN THƯƠNG

VI. Triệu chứng

1. **Chủ quan:** mắt mờ, có thể đau nhức do tăng áp
2. **Khách quan:** máu thường lắng xuống dưới, hình ảnh ngăn dịch. Có thể xuất huyết đáy tiền phòng.

VII. Chẩn đoán phân biệt:

Xuất huyết tiền phòng do các nguyên nhân khác: bệnh lý về máu, do glaucoma tân mạch,...

VIII. Nguyên nhân: chảy máu từ thể mi hay mống do chấn thương đụng dập

IX. Cận lâm sàng:

1. Siêu âm B bán phần sau
2. X – quang sọ nào, hốc mắt
3. CT Scan nếu lâm sàng có dấu chứng nghi ngờ vỡ xương hốc mắt

X. Điều trị: tùy theo mức độ xuất huyết và thị lực

1. Máu tiền phòng < 1mm, thị lực > 7/10

- Kiểm tra đáy mắt
- Có thể điều trị ngoại trú: Transamin (u), prednisone (u), nhỏ corticosteroid, atropin

2. Máu tiền phòng > 1mm

a) Nhỏ mắt:

- Kháng sinh, nước mắt nhân tạo nếu giác mạc bị tổn thương
- Corticosteroid nếu giác mạc không bị tổn thương
- Atropin 1% 2 lần/ngày

b) Thuốc uống:

- Giảm đau: Paracetamol, Idarac, Alaxan .. (nếu có đau nhức)
- Chống viêm: Medrol, Prednisone (nếu có dấu hiệu viêm mống mắt thể mi)
- Tan máu: Noflux hoặc alphachymotrypsin hoặc tam thất (u) (trường hợp máu đông tiền phòng và nội nhãn nhiều)
- Chống chảy máu tái phát: Transamin 500mg, 2v x 3 lần/ngày (u) trong 5 ngày
- Hạ áp: Acetazolamid (u) nếu có tăng áp
- c) Hướng dẫn bệnh nhân: uống nhiều nước, nằm nghỉ đầu cao tại giường, hạn chế sinh hoạt, băng mắt bị xuất huyết tiền phòng.

XI. Theo dõi

1. Theo dõi thị lực, nhãn áp hằng ngày
2. Nếu máu rút, tiếp tục điều trị chờ máu tiêu hết
3. Nếu sau 5 – 7 ngày máu đặc không tiêu che diện đồng tử hoặc nhãn áp cao: rửa máu tiền phòng.

Tài liệu tham khảo

1. Ehlers, Justis P; Shah, Chirag P. (2008) Wills Eye Manual, The Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease. Chapter 3 – Trauma. 5th Edition. Copyright © Lippincott Williams & Wilkins
2. Jack J Kanski (2003). Clinical ophthalmology, A systematic approach. Chapter 19: Trauma. 5th Edition. Butterworth Heinemann
3. Peter s. Hersh, Bruce m. Zigelbaum, Kenneth r. Kenyon bradford j. Shingleton. Chapter 39, Surgical Management of Anterior Segment Trauma. William Tasman. Duane's Ophthalmology, 2006 Edition. Lippincott Williams & Wilkins Publishers, Hagerstown.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ VÕNG MẠC DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG**1. ĐẠI CƯƠNG****1.1. Định nghĩa**

Bệnh lý võng mạc do đái tháo đường (diabetic retinopathy: DR) là một trong những biến chứng tại mắt của bệnh đái tháo đường. Đây là nguyên nhân hàng đầu gây mù lòa ở người dưới 50 tuổi.

1.2. Phân loại

Mắc bệnh sau 15 năm có 98% ĐTĐ type I bị bệnh võng mạc đái tháo đường và 30% có bệnh võng mạc đái tháo đường tăng sinh (PDR); với ĐTĐ type II có 58 – 85% xuất hiện DR và 4 – 20 bị PDR.

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

2.1. Bệnh sử: mắc bệnh đái tháo đường nhiều năm.

2.2. Khám lâm sàng:

2.2.1. Giai đoạn cơ bản: các chấm và vết xuất huyết, vi phình mạch, nhiều dịch rỉ thường tập trung ở cực sau. Hầu như luôn ở 2 mắt.

2.2.2. Tiền tăng sinh: chấm bông xốp, chuỗi hột và vòng tròn tĩnh mạch, những bất thường nhỏ ở mạch máu trong võng mạc, thêm các dấu hiệu của giai đoạn cơ bản.

2.2.3. Tăng sinh: tân mạch trong vòng một đường kính bằng đĩa thị gây tổn hại cho đĩa thị, võng mạc hoặc mống mắt, mô xơ ở mặt sau dịch kính và gắn chặt vào võng mạc, bong võng mạc, xuất huyết dịch kính. Thường ở cả 2 mắt. Hầu như luôn luôn ở cực sau

2.2.4. Bệnh hoàng điểm đái tháo đường:

- Phù hoàng điểm: trong vùng cách trung tâm 500µm; hoặc phù ≥ 1 PD, có một phần nằm trong vùng cách trung tâm hoàng điểm 1PD (1500 µm). Phù khu trú có thể xuất tiết hoặc không. Phù lan tỏa: Phù không nang, phù dạng nang.

- Bệnh hoàng điểm thiếu máu.

3. CHẨN ĐOÁN**3.1. Chẩn đoán xác định**

Tiêu chuẩn chẩn đoán theo ALFEDIAM.

Bệnh võng mạc đái tháo đường không tăng sinh (NPDR)

NPDR nhẹ	Vi phình mạch. Xuất huyết võng mạc nông, số lượng ít.
NPDR vừa	Vi phình mạch, xuất huyết võng mạc nông nhiều hơn; nốt bông; IRMA ít; bất thường tĩnh mạch (< 2 góc tư); xuất huyết dạng vết < 4 góc tư. Vùng võng mạc thiếu máu khu trú.
NPDR nặng	Luật 4:2:1 Xuất huyết võng mạc ở 4 góc tư, bất thường tĩnh mạch (dãn tĩnh mạch chuỗi, quai tĩnh mạch) ở 2 góc tư, bất thường vi võng mạc (IRMA) ở một góc tư. Vùng võng mạc thiếu máu lớn.

Bệnh võng mạc đái tháo đường tăng sinh (PDR)	
PDR bắt đầu	Tân mạch trước võng mạc $< \frac{1}{2}$ đường kính gai (PD)
PDR vừa	Tân mạch trước võng mạc $\geq \frac{1}{2}$ PD $\pm$ tân mạch trước gai $< 1/4 - 1/3$ PD
PDR nặng	Tân mạch trước gai $\geq 1/4 - 1/3$ PD
PDR có biến chứng	Xuất huyết pha lê thể, trước võng mạc Bong võng mạc do co kéo hoặc có lỗ rách Móng hồng, glaucoma tân mạch

Bệnh hoàng điểm đái tháo đường

- Phù hoàng điểm
- Bệnh hoàng điểm thiếu máu

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Tắc tĩnh mạch trung tâm võng mạc.
- Tắc nhánh tĩnh mạch.
- Bệnh lý võng mạc do cao huyết áp.
- Hội chứng thiếu máu cục bộ ở mắt.

3.3. Chẩn đoán biến chứng

- Xuất huyết dịch kính.
- Bong võng mạc do co kéo.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Mục đích

Giảm thiểu tổn thương võng mạc, tránh biến chứng.

4.2. Nguyên tắc

Giảm tân mạch võng mạc, kiểm soát biến chứng.

4.3. Điều trị cụ thể:

4.3.1. Điều trị nội: để kiểm soát các yếu tố:

- HbA1C < 6,5%
- HA < 130/80 mmHg.
- LDL cholesterol < 1g/l

4.3.2. Laser: mục đích làm giảm phần mô thiếu máu gây phóng thích yếu tố tăng sinh mạch máu. Giảm phù. Giảm tân mạch (70 – 90% bệnh nhân PDR). Giảm nguy cơ mù lòa (>50% bệnh nhân PDR)

4.3.3. Phẫu thuật: để giải quyết tình trạng xuất huyết PLT cản trở laser võng mạc hoặc tái phát nhiều lần sau PRP 2 – 4 tháng, trường hợp có co kéo hoàng điểm, bong võng mạc, có vết rách.

4.3.4. Điều trị hỗ trợ:

- Chỉ định điều trị bằng chất kháng yếu tố tạo nội mô mạch máu (anti Vascular endothelial growth factor: VEGF) tiêm vào PLT, trước phẫu thuật cắt PLT 7 ngày để giảm nguy cơ chảy máu và dễ dàng cho phẫu thuật, hoặc với bệnh võng mạc đái tháo đường tăng sinh biến chứng xuất huyết PLT, bong võng mạc.

+ Bệnh nhân sau phẫu thuật cắt PLT giúp làm giảm nguy cơ xuất huyết tái phát, mau hấp thu máu, cải thiện thị lực.

+ Bệnh nhân xuất hiện mống hồng và glaucoma tân mạch bắt đầu.

- Tiêm nội nhãn Lucentis mỗi tháng 0,5ml trong 3 tháng hoặc triamcinolone với bệnh nhân có phù hoàng điểm lan tỏa

Tổn thương võng mạc	Đánh giá		Laser		Theo dõi (tháng)
	FA	Hình màu	Tại chỗ	Quang đông	
Không tăng sinh – nhẹ					
Không phù HÐ	Không	Thỉnh thoảng	Không	Không	12
Phù HÐ	Thỉnh thoảng	Chụp	Không	Không	4 – 6
Phù HÐ rõ	Chụp	Chụp	Có	Không	2 – 4
Không tăng sinh – Trung bình					

Không phù HĐ					
Phù HĐ	Thỉnh thoảng	Chụp	Không	Không	6 – 8
Phù HĐ rõ	Chụp	Chụp	Có	Không	2 – 4
Không tăng sinh – Nặng					
Không phù HĐ	Không	Chụp	Không	Hiếm	3 – 4
Phù HĐ	Thỉnh thoảng	Chụp	Thỉnh thoảng	Có thể sau khi điều trị phù HĐ	2 – 3
Phù HĐ rõ	Chụp	Chụp	Có	Có thể sau khi điều trị phù HĐ	2 – 3
Tăng sinh – Nhẹ/Trung bình					
Không phù HĐ	Không	Chụp	Không	Thỉnh thoảng	2 – 3
Phù HĐ	Thỉnh thoảng	Chụp	Thỉnh thoảng	Có thể sau khi điều trị phù HĐ	2 – 3
Phù HĐ rõ	Chụp	Chụp	Laser	Có thể sau khi điều trị phù HĐ	2 – 3
Tăng sinh – Nặng					
Không phù HĐ	Không	Chụp	Không	Laser	2 – 3
Phù HĐ	Chụp	Chụp	Laser	Laser	2 – 3
Phù HĐ rõ	Chụp		Laser	Laser	1 – 2

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ HẮC VÔNG MẠC TRUNG TÂM THANH DỊCH**1. ĐẠI CƯƠNG**

Bệnh lý võng mạc trung tâm thanh dịch đặc trưng bởi bong thanh dịch võng mạc không rõ nguyên nhân của cực sau nhãn cầu gây ra do sự rò dịch qua biểu mô sắc tố.

2. DỊCH TỄ HỌC

- Tỷ lệ 9,9/100.000 ở nam và 1,7/100.000 ở nữ. Tỷ lệ tái phát là 31%, thời gian trung bình tái phát 1,3 năm.
- Tuổi trung bình khởi phát là 41 – 45 tuổi.
- Bệnh gặp nhiều ở người châu Á, châu Mỹ Latin.

3. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Người type A, cơ địa dễ cảm xúc, dễ bị tác động bởi stress.
- Hội chứng Cushing, người có sự tăng cao của các corticosteroid nội sinh hay ngoại sinh.
- Phụ nữ có thai.
- Bệnh collagen: lupus, sarcoidosis.
- Dùng rượu, kháng sinh, thuốc tâm thần.
- Nhiễm *Helicobacter pylori*, dị ứng phổi, cao huyết áp không điều trị,...

4. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH

Chưa rõ, có nhiều giả thuyết:

- Tổn hại biểu mô sắc tố gây rò rỉ dịch từ hắc mạc vào khoang dưới võng mạc.
- Có giả thuyết cho rằng rò dịch do tổn thương hàng rào máu – võng mạc.

Tiến triển: đa số bệnh tự thoái triển, thị lực hồi phục. Có thể có những rối loạn kéo dài như cảm giác lóa, méo hình, nhìn màu có sự thay đổi... Một số có khả năng tái phát, đôi khi có tân mạch dưới võng mạc.

5. CHẨN ĐOÁN

- Nhìn mờ, giảm thị lực, điều chỉnh kính viễn thị lực tăng tốt.
- Có cảm giác bóng mờ che chính giữa mắt, nhìn hình thấy biến đổi kích thước, méo mó, biến đổi màu sắc, màu đỏ thường nhạt đi.
- Âm điểm dương tính, test Amler (+).

- Soi đáy mắt: hoàng điểm phù, mắt ánh trung tâm, vùng bong thanh dịch đáy võng mạc cao lên. Nếu ở giai đoạn muộn hay ở bệnh nhân tái phát thường thấy có nhiều xuất tiết cứng bé nằm theo hướng đồng tâm hoàng điểm.
- Chụp đáy mắt không cản quang: có thể thấy phù nề vùng võng mạc trung tâm.
- Chụp mạch huỳnh quang:
 - + Một hay nhiều ổ rò huỳnh quang;
 - + Hình ảnh ống khối cổ điển quan sát trong 10 – 15%;
 - + Hiệu ứng cửa sổ do teo lớp biểu mô sắc tố.
- OCT (Optical Coherence Tomography): thấy rõ vùng bong võng mạc thanh dịch giúp chẩn đoán và theo dõi điều trị.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1 Điều trị nội khoa:

Hiện tại chưa có phương pháp điều trị nào cho thấy rõ hiệu quả. Có thể sử dụng:

- Acetazolamide 500 mg/ngày kèm bổ sung Kali.
- Kháng viêm, nước mắt nhân tạo.
- Bổ sung vitamin

6.2 Điều trị laser:

Nhằm hạn chế điểm dò giúp dịch dưới võng mạc hấp thu tốt hơn. Laser làm ngăn tiến trình bệnh lý và giảm nguy cơ tái diễn nhưng nó không cải thiện tiên lượng thị lực cuối cùng.

7. TIỀN LƯỢNG

- Thoái triển tự nhiên ở phần lớn bệnh nhân, 80 – 90% thị lực > 20/25. Tuy nhiên vẫn có rối loạn sắc giác, mất sự nhạy cảm tương phản, nhìn hình biến dạng và quáng gà.
- Ở bệnh nhân có rò dịch cổ điển 40 – 46% có nguy cơ tái phát.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ KHOA MẮT PHẪU THUẬT QUẠM MI DƯỚI

I. CHỈ ĐỊNH

- Quặm tuổi già
- Quặm cơ thắt
- Quặm bẩm sinh

II. CHUẨN BỊ BN NGÀY TRƯỚC MỔ

1. Đo thị lực, nhãn áp
2. Xét nghiệm tiền phẫu: công thức máu, TS, TC, đường huyết
3. Khám nội tiền phẫu: huyết áp, tim, phổi, ECG
4. Ký cam kết mổ

III. NGÀY PHẪU THUẬT

1. Ở khoa phòng:

- ♦ Kiểm tra hồ sơ trước mổ: siêu âm, xét nghiệm, khám nội, ký cam kết
- ♦ Đánh dấu mắt mổ

2. Trong phòng mổ:

- ♦ Nhỏ thuốc Povidine 5% trong mắt và sát trùng da bằng Povidine 10%
- ♦ Tê tại chỗ
- ♦ Rạch da mi dưới cách bờ mi 2mm
- ♦ Cắt bỏ một phần da mi thừa
- ♦ Cắt bỏ bớt cơ vòng cung mi
- ♦ Đốt sụn mi
- ♦ Có thể khâu lại dây chằng kéo mi dưới bằng Vicryl 6.0
- ♦ Có thể cắt bớt sụn bờ mi và sụn mi dưới gắn lại
- ♦ Khâu da mi dính vào sụn mi Nylon 6.0
- ♦ Tra Pommade + băng mắt

IV. HẬU PHẪU

1. Sau khi mổ:

- ♦ Uống thuốc: giảm đau, kháng viêm, kháng sinh
- ♦ Thuốc nhỏ: thuốc mỡ kháng sinh, nước mắt nhân tạo

2. Theo dõi

- ♦ Sau mổ 1 tuần, 1 tháng, mỗi 3 tháng, mỗi 6 tháng để đánh giá tái phát

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ KHOA MẮT PHẪU THUẬT QUẠM MI TRÊN

V. CHỈ ĐỊNH

- Quặm tuổi già
- Quặm do sẹo
- Quặm cơ học
- Quặm cơ thắt
- Quặm bẩm sinh

VI. CHUẨN BỊ BN NGÀY TRƯỚC MỔ

1. Đo thị lực, nhãn áp
2. Xét nghiệm tiền phẫu: công thức máu, TS, TC, đường huyết
3. Khám nội tiền phẫu: huyết áp, tim, phổi, ECG
4. Ký cam kết mổ

VII. NGÀY PHẪU THUẬT

1. Ở khoa phòng:

- ♦ Kiểm tra hồ sơ trước mổ: siêu âm, xét nghiệm, khám nội, ký cam kết
- ♦ Đánh dấu mắt mổ

2. Trong phòng mổ:

- ♦ Nhỏ thuốc Povidine 5% trong mắt và sát trùng da bằng Povidine 10%
- ♦ Tê tại chỗ
- ♦ Rạch bờ tự do
- ♦ Cắt bớt da mi trên thừa
- ♦ Cắt bỏ bớt cơ vòng cung mi
- ♦ Cắt sụn mi trên hình máng và đốt lòng máng
- ♦ Khâu 4 mũi chữ U kéo sụn bằng Vicryl 6.0 hoặc Nylon 6.0 (phương pháp treo mí)
- ♦ Khâu da mi bằng Nylon 6.0
- ♦ Tra Pommade + băng mắt

VIII. HẬU PHẪU

1. Sau khi mổ:

- ♦ Uống thuốc: giảm đau, kháng viêm, kháng sinh
- ♦ Thuốc nhỏ: thuốc mỡ kháng sinh, nước mắt nhân tạo

2. Theo dõi

- ♦ Sau mổ 1 tuần, 1 tháng, mỗi 3 tháng, mỗi 6 tháng để đánh giá tái phát

PHẪU THUẬT MỞ BAO SAU BẰNG LASER**I. ĐẠI CƯƠNG**

Mở bao sau bằng laser là tạo một lỗ thủng ở trung tâm bao sau có đường kính khoảng (3 – 4mm) tương ứng với lỗ đồng tử nhằm cải thiện chức năng thị giác cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Những mắt có đục bao sau thể thủy tinh mức độ 2 và 3, thị lực $\leq 3/10$.
- Những mắt có đục bao sau độ 1, thị lực $> 3/10$ nhưng có rối loạn chức năng ảnh hưởng tới sinh hoạt của người bệnh: nhìn lóa.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Sau phẫu thuật dưới 8 tuần.
- Những mắt có kèm các bệnh lý.

IV. CHUẨN BỊ**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Hệ thống laser được lắp trực tiếp vào máy sinh hiển vi.
- Kính tiếp xúc dùng trong mở bao sau: Capsulostomy Yag Laser Lens.
- Chuẩn bị khởi động máy.
- Chuẩn bị kính tiếp xúc và chất nhầy.
- Thuốc dẫn đồng tử: loại thuốc tác dụng nhanh.
- Thuốc gây tê bề mặt kết giác mạc.
- Thuốc kháng sinh rửa mắt sau điều trị, bông vô trùng.

3. Người bệnh

- Khám chứng năng: đo thị lực, nhãn áp, siêu âm đánh giá tình trạng dịch kính võng mạc.
- Khám lâm sàng để xác định tình trạng vị trí đồng tử, mức độ đục bao sau.
- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.
- Nhỏ thuốc dẫn đồng tử, nhỏ thuốc gây tê bề mặt nhãn cầu.

4. Hồ sơ bệnh án

Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Kiểm tra hồ sơ****2. Kiểm tra người bệnh****3. Thực hiện kỹ thuật**

- Khởi động máy.
- Đặt mức năng lượng cần điều trị: mức năng lượng lần đầu thường đặt khoảng 1,2mJ. Số lượng xung là 1 xung trong 1 phút bắn. Chỉnh độ phóng đại của máy sinh hiển vi. Chỉnh kích thước của chùm tia Héné sao cho 2 điểm đỏ rõ và nét nhất.

Chỉnh độ sáng tối của nguồn sáng đèn sinh hiển vi sao cho nhìn rõ được bao sau và 2 điểm đỏ của chùm Héné. Đặt vị trí hoạt động của chùm tia ra sau tiêu điểm.

- Đặt kính tiếp xúc. Chọn vị trí mở đầu tiên tại nơi bao mỏng và cách xa IOL nhất. Chỉnh sao cho 2 điểm đỏ của chùm tia Héné trùng với nhau và định vị đúng vào nơi cần điều trị.

- Mức năng lượng cho xung đầu tiên với đục mức độ 1 là 1,2mJ, mức độ 2 là 1,5; mức độ 3 là 1,7mJ. Nếu xung đầu tiên không kết quả, tăng thêm 0,2mJ/xung.

- Mở bao theo đường tròn kích thước 2,5 – 3,5mm (vì sau mở bao lỗ mở có thể rộng thêm khoảng 0,5mm).

VI. ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI

- Tại mắt: tra tại mắt các loại:

- + Thuốc chống viêm có kháng sinh + Corticosteroid (4 lần/ngày, trong 1 tuần)

- + Thuốc hạ nhãn áp: uống Acetazolamid 0,25mg x 1v/ngày trong 2 ngày, hoặc thuốc tra tại mắt (Chẹn gia cầm x 2 lần/ngày, trong 1 tuần).

- + Thuốc tăng cường dinh dưỡng giác mạc, nước mắt nhân tạo, giảm vận đục pha lê thể, kháng sinh toàn thân.

- Hẹn người bệnh theo dõi định kỳ để phát hiện kịp thời những trường hợp nhãn áp cao, bong võng mạc.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

- Để tránh tổn thương IOL (Vết chấm trên IOL): chú ý mở bao theo đường tròn, các vết bắn cách tâm đồng tử 1 – 1,5mm. Những trường hợp bao sau đục dày và dính chặt với IOL nên chỉnh chùm tia ra phía sau bao để tránh tổn hại IOL.

- Tiền phòng vận đục chất thể thủy tinh, không quan sát được vùng cần cắt: ngừng điều trị, hẹn người bệnh tới điều trị bổ sung vào ngày sau đó.

CẮT MÓNG MẮT NGOẠI VI BẰNG LASER**VIII. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt móng mắt ngoại vi bằng laser là sử dụng năng lượng của máy laser tạo một lỗ thủng có đường kính khoảng 0,5mm ở chu biên móng mắt nhằm giải quyết tình trạng nghẽn đồng tử

IX. CHỈ ĐỊNH

- Glaucoma góc đóng nguyên phát khi các góc còn mở $> 180^0$.
- Những trường hợp có dính móng mắt gây nghẽn đồng tử.

X. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Giác mạc quá phù hoặc giác mạc mờ đục, trượt giác mạc, loét giác mạc.
- Viêm màng bồ đào tiến triển.
- Người bệnh có bệnh lý toàn thân không cho phép.
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

XI. CHUẨN BỊ**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Hệ thống laser được lắp trực tiếp vào máy sinh hiển vi.
- Kính tiếp xúc dùng trong cắt móng mắt ngoại vi.

3. Người bệnh

- Tư vấn cho người bệnh trước phẫu thuật.
- Nhỏ thuốc co đồng tử trước phẫu thuật.
- Sau khi móng mắt đã co tốt, nhỏ thuốc gây tê tại chỗ.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định của Bộ Y tế.

XII. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Kiểm tra hồ sơ****2. Kiểm tra người bệnh**

Đúng người bệnh, đúng chỉ định, đúng mắt cần điều trị.

3. Thực hiện kỹ thuật**a. Những trường hợp móng mắt mỏng hoặc trung bình**

- Đặt mức năng lượng cần điều trị tùy theo mức độ dày hay mỏng của móng mắt
- Đặt số lượng xung trong 1 lần điều trị là 1 xung.
- Đặt vị trí hoạt động của chùm tia ra trước hay sau tiêu điểm (tùy theo mức độ dày của móng mắt, độ sâu tiền phòng, vị trí của lỗ cắt ra sát chân móng mắt hay xa chân móng mắt).
- Chỉnh độ phóng đại của máy sinh hiển vi.
- Chỉnh kích thước của chùm tia Héné sao cho 2 điểm đỏ rõ và nét nhất.

- Chỉnh độ sáng tối của nguồn sáng đèn sinh hiển vi sao cho nhìn rõ được mống mắt và 2 điểm đỏ của chùm Héné.
- Đặt kính tiếp xúc.
- Chọn vị trí mống mắt: nơi mống mắt mỏng nhất, tránh vùng tương ứng với vòng động mạch của mống mắt, tránh vị trí 3 giờ và 9 giờ (để tránh hiện tượng song thị do lỗ mở mống mắt).
- Chỉnh sao cho 2 điểm đỏ của chùm tia Héné trùng với nhau và định vị đúng vào nơi cần điều trị.
- Có thể cắt 1 hoặc 2 lỗ tùy theo mức độ tổn thương bệnh lý của người bệnh.

b. Những trường hợp đặc biệt

Đối với những mắt mống mắt quá dày, hoặc mống mắt sung huyết, tân mạch mống mắt: trước khi cắt mống mắt nên quang đông vùng mống mắt cần cắt bằng laser quang đông như đối với laser tạo hình mống mắt theo các bước sau:

- Đặt kính tiếp xúc vào mắt.
- Thực hiện laser trên mống mắt chu biên (càng sát chân mống mắt càng tốt).
- Cắt mống mắt chu biên bằng laser tại vị trí nốt quang đông.

XIII. ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI

- Tại mắt: tra tại mắt các loại
 - + Thuốc chống viêm có kháng sinh + Corticosteroid (4 lần/ngày, trong 1 tuần)
 - + Thuốc hạ nhãn áp: uống Acetazolamid 0,25mg x 1v/ngày trong 2 ngày, hoặc thuốc tra tại mắt (Chẹn gia cảm x 2 lần/ngày, trong 1 tuần).
 - + Nước mắt nhân tạo, kháng sinh toàn thân.
- Hẹn người bệnh theo dõi định kỳ để phát hiện kịp thời những trường hợp nhãn áp cao.

XIV. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

- Chảy máu tiền phòng, tổn thương giác mạc, tiền phòng vẩn đục bởi sắc tố, không quan sát được vùng cần cắt mống mắt ...

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ KHOA MẮT

PHẪU THUẬT MỘNG NGUYÊN PHÁT + GHÉP KẾT MẠC RỜI

IX. CHỈ ĐỊNH

- Mộng độ II, BN ≥ 40 tuổi
- Mộng độ II, BN < 40 tuổi có yêu cầu mổ vì lý do thẩm mỹ (BN nghe giải thích rõ nguy cơ tái phát và đồng ý mổ)
- Mộng độ III, IV

X. CHUẨN BỊ BN NGÀY TRƯỚC MỔ

1. Đo thị lực, nhãn áp
2. Xét nghiệm tiền phẫu: công thức máu, TS, TC, đường huyết
3. Khám nội tiền phẫu: huyết áp, tim, phổi, ECG
4. Ký cam kết mổ

XI. NGÀY PHẪU THUẬT

1. Ở khoa phòng:

- ♦ Kiểm tra hồ sơ trước mổ: siêu âm, xét nghiệm, khám nội, ký cam kết
- ♦ Đánh dấu mắt hoặc băng mắt mổ

2. Trong phòng mổ:

- ♦ Nhỏ thuốc Povidine 5% trong mắt và sát trùng da bằng Povidine 10%
- ♦ Dán lông mi, vành mi
- ♦ Tê tại chỗ + hậu cầu
- ♦ Tách đầu mộng, lột sạch mộng, cắt thân mộng, đốt cầm máu
- ♦ Tê kết mạc lạnh (thường phía trên), cắt kết mạc rời lấy tế bào vùng rìa
- ♦ Đưa kết mạc rời vào vùng đã cắt mộng sao cho kết mạc rìa hướng rìa giác mạc đã lột mộng, khâu cố định mảnh kết mạc rời vào củng mạc bằng Vicryl 8.0
- ♦ Nếu vùng củng mạc hở rộng, ghép màng ối phủ phần củng mạc hở, khâu bằng Vicryl 8.0. Có thể ghép niêm mạc môi thay cho màng ối tùy mức độ
- ♦ Tra thuốc mỡ + băng mắt

XII. HẬU PHẪU

1. Sau khi mổ:

- ♦ Kháng sinh, kháng viêm nhỏ mắt tại chỗ
- ♦ Nước mắt nhân tạo, hỗ trợ dinh dưỡng giác mạc
- ♦ Kháng sinh, kháng viêm toàn thân.

2. Theo dõi

- ♦ Sau mổ 1 tuần, 1 tháng, mỗi 3 tháng, mỗi 6 tháng để đánh giá tái phát

PHẪU THUẬT CẮT BÈ CÙNG GIÁC MẠC

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt bè cùng mạc là một phẫu thuật tạo lỗ rò, với mục đích tạo một đường thông từ tiền phòng vào khoang dưới kết mạc giúp dẫn lưu thủy dịch và hạ nhãn áp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Glaucoma góc mở: không còn đáp ứng với thuốc và laser hoặc chống chỉ định với việc dùng thuốc hoặc không có khả năng dùng thuốc.
- Glaucoma góc đóng: khi góc đóng trên một nửa chu vi, hoặc những trường hợp không thành công với điều trị laser.
- Glaucoma bẩm sinh.
- Glaucoma thứ phát nhãn áp không điều chỉnh với thuốc.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có bệnh cấp tính toàn thân và tại mắt không cho phép phẫu thuật.
- Tình trạng kết mạc và củng mạc không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

3. Người thực hiện

Các bác sĩ nhãn khoa.

4. Phương tiện

- Dụng cụ vi phẫu.
- Hiên vi phẫu thuật.
- Thuốc: sát trùng, gây tê, thuốc tiêm, tra sau phẫu thuật.

5. Người bệnh

- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.
- Tra mắt bằng betadin 5%, kháng sinh trước phẫu thuật.
- Đánh dấu mắt phẫu thuật.
- Trước phẫu thuật 1 – 2 giờ, người bệnh được tra betadin 5%, kháng sinh, uống acetazolamid 0,25g x 2 viên.

6. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**7. Kiểm tra hồ sơ****8. Kiểm tra người bệnh**

Đúng người bệnh, đúng chỉ định, đúng mắt cần điều trị.

9. Thực hiện kỹ thuật

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.
- Bộc lộ vùng phẫu thuật: đặt chỉ cơ trực trên hoặc chỉ giác mạc để bộc lộ vùng rìa trên. Vùng phẫu thuật có thể chính giữa 12 giờ hoặc lệch về góc phần tư mũi trên hoặc thái dương trên. Trong những trường hợp đặc biệt có thể chọn vùng khác.
- Mở kết mạc:
 - Mở kết mạc sát rìa đáy quay về cùng đồ
 - Hoặc mở kết mạc cùng đồ (cách rìa từ 8 – 10 mm) đáy quay về rìa.
- Tạo vạt cùng mạc: có thể tạo vạt củng mạc hình chữ nhật hoặc hình tam giác. Vạt hình chữ nhật 3 x 4 mm, chiều sâu bằng 3/4 chiều dày củng mạc. Với các trường hợp có nguy cơ tái phát cao có thể áp thuốc chống chuyển hóa.
- Chọc tiền phòng, hạ nhãn áp từ từ.
- Cắt bè củng mạc kích thước 1 x 2 mm: rạch hai đường song song, cách nhau 1 mm. Đường thứ nhất: ranh giới giữa vùng trắng củng mạc và vùng rìa xám (tương đương với cựa củng mạc), đường thứ hai nằm vào ranh giới vùng xám rìa và vùng trong suốt của giác mạc (tương đương với đường schwalbe) sau đó dùng kéo cắt hai đầu.
- Cắt móng mắt chu biên: dùng kẹp phẫu tích cặp vuông góc với móng mắt kéo ra và dùng kéo cắt sát nền củng mạc.
- Khâu phục hồi nắp củng mạc. Các mũi chỉ có độ chặt vừa phải, cho phép thủy dịch thấm rỉ khi bơm nước tạo tiền phòng sâu hơn bình thường.
- Khâu phục hồi kết mạc.
- Tái tạo tiền phòng bằng dung dịch ringer lactat hoặc bằng hơi qua đường chọc tiền phòng.
- Tiêm kháng sinh và corticoid.

VI. THEO DÕI

Điều trị thuốc chung

Chống viêm steroid tra tại chỗ 4 – 6 lần, trong 4 – 6 tuần.

Kháng sinh tại chỗ 2 tuần đầu; kháng sinh, kháng viêm toàn thân, nước mắt nhân tạo.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Xơ hóa dưới kết mạc; tắc miệng trong lỗ rò do móng mắt hoặc do máu; bong dẹt nhãn áp thấp; nhãn áp thấp do viêm màng bồ đào hoặc giảm tiết thủy dịch; bong hắc mạc; tách thể mi; bong võng mạc; sẹo quá bong; xuất huyết tiền phòng: tìm nguyên nhân để xử lý.

PHẪU THUẬT TÁN NHUYỄN THỂ THỦY TINH ĐỤC BẰNG PHƯƠNG PHÁP SIÊU ÂM (PHẪU THUẬT PHACO)

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật tán nhuyễn nhân thể thủy tinh (phacoemulsification, viết tắt: phaco) là kỹ thuật sử dụng máy phaco tạo ra hoạt động rung ở tần số siêu âm. Chính quá trình rung tại đầu phaco (phaco typ) sẽ phá vỡ nhân thủy tinh thành các mảnh nhỏ và được hút ra ngoài.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các loại đục thể thủy tinh trừ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đục thể thủy tinh tiêu, đục thể thủy tinh dạng màng, xơ.
- Các trường hợp đang viêm nhiễm tại mắt.
- Tình trạng toàn thân chưa cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

10. Người thực hiện

Các bác sĩ nhãn khoa được đào tạo về phương pháp phẫu thuật phaco.

11. Phương tiện

- Máy phaco.
- Hiển vi phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ vi phẫu để phẫu thuật phaco, dịch nhầy.

12. Người bệnh

- Các xét nghiệm giống như phẫu thuật thể thủy tinh ngoài bao.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật; giống như phẫu thuật thể thủy tinh ngoài bao.

13. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

14. Kiểm tra hồ sơ

15. Kiểm tra người bệnh

16. Thực hiện kỹ thuật

16.1. Vô cảm

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.
- Với những người bệnh phối hợp tốt, có thể không cần tiêm tê mà chỉ gây tê bằng thuốc tê bề mặt, tra 2 – 3 lần trước phẫu thuật.

16.2. Kỹ thuật

- Đặt vành mi (hoặc có thể đặt chỉ cố định mi và cơ trực)
- Tạo đường hầm vào tiền phòng: hiện có 3 cách:
 - + Tạo đường hầm từ vùng rìa: đường rạch song song với vùng rìa, cách vùng rìa khoảng 1,5 mm về phía củng mạc. Dùng dao tạo đường hầm đi vào phía giác mạc, quá vùng rìa khoảng 1 mm thì chọc vào tiền phòng.
 - + Tạo đường hầm từ củng mạc: đường rạch cách vùng rìa 2 – 2,5 mm về phía củng mạc. Đường hầm cũng đi quá vùng rìa giác mạc 1 mm thì vào tiền phòng.
 - + Tạo đường hầm từ giác mạc: dùng dao phẫu thuật phaco đi trực tiếp tại vùng giác mạc trong ở rìa. Đường hầm trong giác mạc dài khoảng 2 – 2,5 mm.
- Bơm dịch nhầy vào tiền phòng.
- Mở đường phẫu thuật phụ bằng dao 15 độ (thường vuông góc với đường phẫu thuật chính).
- Xé bao thể thủy tinh: có thể xé bao bằng kim hoặc bằng kẹp phẫu tích xé bao. Đường kính xé bao từ 5,5 – 6 mm.
- Tách nhân thể thủy tinh bằng nước cho đến khi xoay khối nhân được dễ dàng.
- Dùng đầu phaco để tán nhuyễn nhân thể thủy tinh.
- Dùng đầu hút hút sạch chất nhân.
- Bơm dịch nhầy, sau đó đặt thể thủy tinh nhân tạo vào trong túi bao.
- Với đường rạch vùng rìa hoặc củng mạc thì có thể khâu 1 mũi chỉ 10-0. Với đường rạch trực tiếp giác mạc thì bơm nước vào mép đường rạch chính và phụ để mép vết phẫu thuật tự khép kín.
- Kiểm tra độ kín mép phẫu thuật.
- Có thể tiêm kháng sinh và corticoid sau phẫu thuật.
- Tra mỡ kháng sinh, băng mắt.

VI. THEO DÕI

Tại mắt: nhỏ kháng sinh, kháng viêm, nước mắt nhân tạo

Toàn thân: kháng sinh, kháng viêm, vitamin,...

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

17. Trong phẫu thuật

- Đường xé bao quá nhỏ: xé bao bổ sung.
- Đường xé bao bị rách rộng ra ngoài vi: nếu chưa có nhiều kinh nghiệm thì nên chuyển sang phẫu thuật ngoài bao.
- Rách bao sau trong quá trình phaco nhân: cần cân nhắc và chuyển sang phẫu thuật ngoài bao sớm nếu thấy đường rách bao rộng hơn.
- Rách bao sau trong quá trình hút chất nhân: cần cắt sạch dịch kính, sau đó đặt thể thủy tinh.
- Nhân thể thủy tinh sa vào buồng dịch kính: không được dùng đầu phaco đưa vào buồng dịch kính để hút nhân. Cần đóng lại vết phẫu thuật và mời chuyên gia võng mạc, dịch kính tới xử lý cắt thể thủy tinh và dịch kính.
- Bỏng mép vết phẫu thuật: do đầu phaco sinh nhiệt. Cần dội nước liên tục vào mép vết phẫu thuật trong quá trình phẫu thuật.

18. Sau phẫu thuật

Tai biến và xử trí giống như các biến chứng của phẫu thuật thể thủy tinh ngoài bao như: viêm nội nhãn, xuất huyết tiền phòng, loạn dưỡng giác mạc, lệch thể thủy tinh, đục bao sau, phù hoàng điểm dạng nang.

PHẪU THUẬT LẤY THỦY TINH NGOÀI BAO, ĐẶT THỂ THỦY TINH NHÂN TẠO (ECCE)

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy thể thủy tinh ngoài bao là phương pháp lấy đi khối nhân và toàn bộ chất vỏ thể thủy tinh qua một khoảng mở ở trung tâm của bao trước và để lại bao sau.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các loại đục thể thủy tinh trừ những trường hợp chống chỉ định

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đục và lệch thể thủy tinh nhiều $> 180^\circ$
- Đục thể thủy tinh dạng màng, xơ.
- Các trường hợp đang viêm nhiễm tại mắt.
- Bệnh lý toàn thân chưa cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

19. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

20. Phương tiện

- Máy hiển vi phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật thể thủy tinh ngoài bao
- Thể thủy tinh nhân tạo.
- Thuốc gây tê tại chỗ, kháng sinh và corticosteroid.

21. Người bệnh

- Khám toàn thân và làm các xét nghiệm theo quy định.
- Bơm rửa lệ đạo.
- Siêu âm đánh giá tình trạng dịch kính võng mạc và tính công suất thể thủy tinh nhân tạo.
- Người bệnh và gia đình được giải thích về bệnh, biến chứng, kết quả phẫu thuật.

22. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

23. Kiểm tra hồ sơ

24. Kiểm tra người bệnh

25. Thực hiện kỹ thuật

25.1. Vô cảm

- Trẻ em: gây mê
- Người lớn: tiêm tê cạnh nhãn cầu.

25.2. Kỹ thuật

- Cố định mi và cơ trực trên.
- Phẫu tích kết mạc sát rìa từ 10 giờ – 2 giờ, bộc lộ củng mạc và cầm máu.
- Rạch củng mạc vùng rìa: rạch 2/3 bề dày giác mạc, mở vào tiền phòng chiều dài 2 mm cách rìa 1 mm.
- Bơm dịch nhầy vào tiền phòng.
- Mở bao trước thể thủy tinh theo kiểu con tem bằng kim hoặc xé liên tục kích thước 6 – 7 mm bằng kẹp phẫu tích xé bao.
- Mở rộng vết mổ vùng rìa khoảng 120 – 140°
- Đặt chỉ an toàn
- Dùng kim 2 nòng tách và xoay phần nhân của thể thủy tinh.
- Lấy nhân: một tay phẫu thuật viên cầm spatule ấn nhẹ vào cực dưới của nhân ở vị trí 6 giờ, tay kia dùng móc lác ấn vào củng mạc ở sau mép phẫu thuật đẩy dần nhân thể thủy tinh trượt qua vết mổ ra ngoài.
- Rửa hút sạch chất nhân
- Bơm chất nhầy vào tiền phòng, đặt thể thủy tinh nhân tạo vào trong bao
- Rửa sạch chất nhầy
- Khâu phục hồi vết mổ
- Tái tạo tiền phòng bằng nước hoặc hơi.
- Tiêm kháng sinh và corticosteroid cạnh nhãn cầu.
- Tra mỡ kháng sinh, băng mắt.

VI. THEO DÕI

Thay băng, theo dõi hằng ngày cho đến khi xuất viện.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong phẫu thuật

- Xuất huyết tiền phòng: rửa sạch máu tiền phòng
- Võ bao sau thể thủy tinh, phôi dịch kính: kéo chỉ an toàn, cắt dịch kính bằng máy cắt dịch kính
- Xuất huyết tổng khứ hoặc dọa xuất huyết tổng khứ: đóng ngay mép phẫu thuật.

2. Sau phẫu thuật

- Xuất huyết tiền phòng: điều trị tiêu máu
- Phù nề giác mạc: điều trị giảm phù nề.
- Viêm màng bồ đào: chống viêm bằng kháng sinh và corticosteroid, dẫn đồng tử
- Tăng nhãn áp: hạ nhãn áp bằng thuốc hoặc phẫu thuật.
- Xẹp tiền phòng: xử lý theo nguyên nhân:
 - + Nếu mép phẫu thuật kín: băng ép, uống nhiều nước.
 - + Nếu rò mép phẫu thuật: khâu lại mép phẫu thuật và bơm hơi tiền phòng.
- Bong hắc mạc: tra atropin 1%, uống glycerol, điều trị chống viêm. Nếu sau 1 tuần tiền phòng không tái tạo thì bơm hơi tiền phòng, tháo dịch hắc mạc.
- Viêm nội nhãn: điều trị viêm nội nhãn tích cực.

NẶN TUYẾN BỜ MI

I. ĐẠI CƯƠNG

Nặn tuyến bờ mi là kỹ thuật nhằm làm sạch bờ mi, đẩy các chất tiết của tuyến bờ mi ra và đưa thuốc trực tiếp lên bờ mi.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp viêm bờ mi mạn tính.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc điều dưỡng chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Thuốc:
- Thuốc gây tê bề mặt kết mạc: dicain 1%
- Thuốc dùng để đánh bờ mi theo chỉ định.
- Dụng cụ:
- Kẹp Dolnberg hoặc Bilnhermin.
- Thanh đè.
- Tăm bông nhỏ.

3. Người bệnh

Được giải thích về phương pháp và các thì của thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Gây tê bề mặt bằng dicain 1%.
- Nặn tuyến bờ mi: có 2 cách làm như sau:
 - Cách 1: tay trái dùng thanh đè có bôi thuốc mỡ kháng sinh đưa vào cùng đồ trên và dưới sau đó dùng ngón cái của bàn tay phải ấn mạnh lên bờ mi và ép lên thanh đè lần

lượt từ ngoài vào trong để nặn tuyến bờ mi. Sau đó dùng tăm bông làm sạch hết những chất tiết bắn ở bờ mi.

– Cách 2: tay trái kéo nhẹ mi lên hoặc mi dưới xuống. Tay phải cầm kẹp Bilhermin kẹp mi ở giữa đưa kẹp vào sâu khoảng 4 – 5mm so với bờ mi, bóp nhẹ hai cạnh của kẹp lần lượt đi từ ngoài vào trong, dùng tăm bông làm sạch hết những chất tiết bắn ở bờ mi. Tiến hành chờ bờ mi: tay trái kéo nhẹ mi trên lên hoặc mi dưới xuống để bộc lộ bờ mi và tách bờ mi ra khỏi bề mặt nhãn cầu. Tay phải cầm tăm bông nhỏ có tẩm thuốc dùng theo chỉ định chà nhẹ và từ từ lên bờ mi theo chiều từ ngoài vào trong và mỗi lần đánh bờ mi làm như vậy từ từ 2 – 3 lần.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi xem bờ mi có sưng nề, đỏ do nặn tuyến bờ mi không nếu thấy biểu hiện bất thường báo ngay cho bác sĩ. Đối với trường hợp di ứng thuốc thì ngừng ngay thuốc đó và báo ngay cho bác sĩ.

VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO HSV**I. ĐẠI CƯƠNG:**

- Viêm giác mạc Herpes simplex là nguyên nhân thông thường nhất gây mù do giác mạc ở Tây bán cầu. Tỷ lệ từ 0,5 - 1 trường hợp trong 1000 người. Có 12,0% trường hợp bị cả hai mắt. Ở người lớn có 85% những trường hợp phân lập được virus Herpes nhóm 1.
- Bệnh biểu hiện lâm sàng bắt đầu từ ngày thứ 3 đến 9 sau khi nhiễm.
- Nhiễm virus herpes tái phát ở giác mạc có thể biểu hiện 4 hình thái: Viêm giác mạc biểu mô, viêm giác mạc nhu mô dạng đĩa, viêm giác mạc nhu mô hoại tử và viêm giác mạc màng bồ đào.

II. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN VIÊM GIÁC MẠC DO VIRUS HERPES

1. Bệnh sử: trước đây đã có những lúc bị bệnh

2. Khám lâm sàng:

- i. Cộm xốn, chảy nước mắt, sợ ánh sáng, cương tụ rìa, giảm thị lực. Giảm cảm giác giác mạc.
- ii. Trong viêm giác mạc biểu mô có hình cành cây bắt màu Fluoresceine, bờ chỗ mất biểu mô gồ lên bắt màu hồng Bengal. Phù lớp nhu mô và thâm nhiễm dưới biểu mô có thể xuất hiện sau một tuần.
- iii. Trong viêm giác mạc nhu mô dạng đĩa: phù nhu mô, viêm khĩa, tua sau giác mạc, Tyndall ở tiền phòng dương tính. Viêm giác mạc hình cành cây kèm theo đồng thời hoặc có trước.
- iv. Viêm giác mạc nhu mô hoại tử: thâm nhiễm nặng ở nhu mô, trắng đục, hoại tử. Giác mạc bị mỏng, đôi khi thủng, tân mạch giác mạc.
- v. Viêm giác mạc - màng bồ đào: viêm mỏng mắt khu trú với phù giác mạc khu trú, tua sau giác mạc, Tyndall dương tính, mỏng mắt sung nề. Dính sau hoặc viêm mỏng mắt lan tỏa với mũ tiền phòng, fibrin ở tiền phòng, tăng nhãn áp.

III. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán xác định:

- i. Dựa vào bệnh sử đã có những lúc bị bệnh.
- ii. Chủ yếu dựa vào lâm sàng.

2. Chẩn đoán nguyên nhân:

Do virus herpes simplex nhóm 1

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm loét giác mạc do vi khuẩn.
- Viêm loét giác mạc do nấm.
- Viêm loét giác mạc do Acantheoba

4. Chẩn đoán biến chứng:

- Tăng nhãn áp.
- Thủng giác mạc

IV. ĐIỀU TRỊ:

1. Mục đích điều trị:

- Điều trị kháng virus hiệu quả, giảm tổn hại giác mạc.
- Chống biến chứng tăng nhãn áp, thủng giác mạc.

2. Nguyên tắc điều trị:

- _ Giảm tổn hại giác mạc thứ phát của hiện tượng nhiễm virus phân giải tế bào và đáp ứng miễn dịch đối với virus.
- _ Thuốc kháng virus có thể là biện pháp hiệu quả nhất để điều trị viêm giác mạc biểu mô.
- _ Các thể lâm sàng khác có thể kết hợp điều trị corticoid. Chỉ dùng thuốc corticoid nhỏ tại chỗ khi biểu mô không khiếm khuyết.
- _ Ghép giác mạc chỉ định khi giác mạc bị thủng.

3. Điều trị cụ thể:**3.1. Viêm giác mạc biểu mô:**

- _ Nạo nhẹ biểu mô để lấy bỏ tổ chức ngoại tử.
- _ Thuốc kháng virus tại chỗ: TriAuridine 1 giọt/lần x 5 lần/ngày. Hoặc mỡ IDU 5 lần/ngày. Hoặc dung dịch IDU mỗi giờ/lần vào ban ngày, còn tối thì dùng thuốc mỡ.

3.2. Viêm giác mạc nhu mô dạng đĩa:

- _ Corticoid được chỉ định để ngăn ngừa sự viêm và phù: Dung dịch Fluorometholone 1% , Prednisolone acetate 1%.
- _ Trifluridine 1% 1 giọt/lần x 3 - 4 lần/ngày.
- _ Acyclovir uống 200mg đến 400 mg/lần x 5 lần/ngày.

3.3. Viêm giác mạc nhu mô ngoại tử:

- _ Thuốc điều trị giống viêm giác mạc nhu mô dạng đĩa.
- _ Ghép giác mạc khi giác mạc bị thủng.

3.4. Viêm giác mạc — màng bồ đào:

- _ Thuốc dẫn đồng tử: dung dịch atropine 1%, Mydrin - P x 2 lần/ngày.
- _ Nếu tiến trình viêm không kiểm soát được thì dùng corticoid tại chỗ: dung dịch Fluorometholone, Prednisolone acetate 1%.
- _ Acyclovir uống 200mg đến 400 mg/lần x 5 lần/ngày trong 2 -3 tuần.

4. Điều trị hỗ trợ:

- _ Thuốc liệt điều tiết: Scopolamine, Atropine 1%.
- _ Các thuốc tăng cường dinh dưỡng giác mạc, thúc đẩy quá trình tái tạo biểu mô : Như vitamin A, nước mắt nhân tạo...

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:**5.1. Tiêu chuẩn nhập viện:**

- Bệnh đe dọa nghiêm trọng đến thị lực.
- Có biến chứng tăng nhãn áp, dọa thủng giác mạc.

5.2. Theo dõi:

Đánh giá kích thước tổn thương biểu mô và ổ loét, chiều dày giác mạc, phản ứng tiền phòng và nhãn áp.

5.3. Tiêu chuẩn xuất viện:

Mắt giảm kích thích, tổn thương biểu mô và ổ loét thu nhỏ, phản ứng viêm thuyên giảm rõ rệt.

5.3. Tái khám:

Tái khám 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng 1 lần để phát hiện bệnh tái phát.

Tài liệu tham khảo:

1. Phác đồ điều trị Bệnh viện Chợ Rẫy 2013, Nhà xuất bản Y học, tr. 611-686.
2. American academy of Ophthalmology, (2010 - 2011), External disease and cornea, American academy of Ophthalmology, pp 165 -170.
3. Jack J. Kanski, (2003), Clinical Ophthalmology, Butterworth Heinemann, New York, Fifth edition, PP 207 - 214.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ KHOA MẮT VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRƯỚC

I. Triệu chứng

1. Chủ quan:

- a. Cấp tính: đau, đỏ, sợ ánh sáng, chảy nước mắt, giảm thị lực
- b. Mạn tính: giảm thị lực, có thể có những đợt viêm tăng lên sau đó giảm xuống

2. Khách quan: tế bào (cell) trong tiền phòng, đục thủy tinh thể (flare), cương tụ rìa, lắng đọng sau giác mạc. Nhãn áp thường giảm nhưng có thể tăng. Có thể có fibrin hay mủ tiền phòng, nốt trên móng, teo móng, dị sắc móng, dính móng, giác mạc dải băng, phù hoàng điểm dạng nang. Lưu ý: có thể không có cương tụ rìa

II. Chẩn đoán phân biệt:

1. Viêm màng bồ đào sau là chủ yếu và lan ra viêm màng bồ đào trước: vẫn đục dịch kính nhiều, các dấu hiệu viêm màng bồ đào sau khác khi soi đáy mắt
2. Viêm móng mắt do chấn thương
3. Hội chứng Posner – Schlossman
4. Viêm màng bồ đào do thuốc: rifabutin, cidofovir, sulfonamide
5. Viêm củng mạc – màng bồ đào nhiễm trùng: thâm nhiễm giác mạc
6. Đỏ mắt do kính tiếp xúc: đỏ mắt, phù giác mạc, khuyết biểu mô giác mạc, viêm móng mắt có thể có mủ tiền phòng, không có thâm nhiễm nhu mô
7. Viêm giác mạc – màng bồ đào nhiễm trùng: thâm nhiễm giác mạc
8. Viêm mủ nội nhãn nhiễm trùng: tiền sử phẫu thuật hoặc chấn thương, đỏ mắt, đau mủ tiền phòng, fibrin, viêm dịch kính, có thể nội sinh (hay có sốt, tăng bạch cầu)
9. Hội chứng Schwartz: sắc tố tiền phòng do bong võng mạc mãn tính gây tăng nhãn áp
10. U nội nhãn: u nguyên bào võng mạc ở trẻ em, lymphoma nội nhãn ở người già, u di căn ở mọi lứa tuổi
11. Giả viêm màng bồ đào: hội chứng phân tán sắc tố

III. Nguyên nhân:

1. Cấp tính:
 - Vô căn
 - Có liên quan HLA –B27: các bệnh toàn thân phối hợp có thể là viêm cứng cột sống, hội chứng Reiter, viêm khớp vảy nến, bệnh ruột viêm
 - Viêm màng bồ đào do thủy tinh thể: sau phẫu thuật thủy tinh thể còn sót nhân-chất nhân, sau chấn thương có vỡ thủy tinh thể, hoặc thủy tinh thể quá chín
 - Viêm móng mắt sau phẫu thuật: cần chẩn đoán phân biệt với viêm mủ nội nhãn nếu đau và viêm nhiều
 - Hội chứng viêm màng bồ đào-glaucome-xuất huyết tiền phòng: thường do kính nội nhãn gây kích thích (nhất là đặt tiền phòng)
 - Bệnh Behcet: người trẻ, có mủ tiền phòng, viêm móng mắt, loét miệng và bộ phận sinh dục, nốt đỏ da, viêm mạch máu võng mạc xuất huyết, nhiều đợt tái phát

- Bệnh Lyme: có tiền sử bị côn trùng cắn, và phát ban
- Thiếu máu phần trước nhãn cầu: thủy dịch đục nhiều hơn phản ứng tế bào, đau, thứ phát sau hẹp động mạch cảnh, đai củng mạc quá chặt, hoặc sau mổ lệ
- Các nguyên nhân nhiễm trùng khác: hiếm, có thể là quai bị, cúm, adenovirus, sởi, Chlamydia, Leptospirosis, bệnh Kawasaki, và bệnh Rickettsia

2. Mạn tính:

- Viêm khớp thiếu niên: thường ở trẻ gái, có thể không đau và không có triệu chứng hoặc chỉ cương tụ rất nhẹ. Thường ở 2 bên, kháng thể kháng nhân ANA dương tính, yếu tố thấp RF âm tính, tăng tốc độ lắng máu. Có thể tăng nhãn áp, đục thủy tinh thể, giác mạc dải băng, phù hoàng điểm dạng nang
- Viêm móng mắt thể mi mạn tính ở trẻ em: thường ở trẻ gái, nhưng không có viêm khớp
- Viêm móng mắt thể mi dị sắc móng Fuchs: ít triệu chứng, teo móng mắt lan tỏa làm cho móng nhạt màu hơn và thấu quang. Thường không dính móng sau, lắng đọng mìn lan tỏa khắp mặt sau giác mạc. Phản ứng tiền phòng nhẹ. Đục dịch kính, glaucoma, và đục thủy tinh thể thường gặp
- Sarcoidosis: thường 2 mắt, dính móng sau nhiều, hoặc có nốt u trên kết mạc
- Herpes simplex/ herpes zoster: có sẹo giác mạc, tiền sử đỏ mắt tái phát 1 bên hoặc nổi bóng nước trên da mi. Thường có tăng nhãn áp và teo móng
- Giang mai: có thể phát ban, nốt hồng (mạch máu) trên móng, viêm giác mạc mô kẽ với mạch máu ma. Giang mai thần kinh có thể có viêm dịch kính và kích thích màng não.
- Lao: IDR dương tính, sang thương phổi trên X quang, có thể viêm giác mạc bọt (phlycten) hoặc mô kẽ, viêm màng bồ đào sau
- Nguyên nhân khác: cùi, brucellosis

IV. Cận lâm sàng:

1. Căn bản:

- Công thức máu
- Tốc độ lắng máu, C-reactive protein
- Thử giang mai: VDRL, FTA-ABS
- Tổng phân tích nước tiểu
- X quang phổi

2. Chuyên sâu:

- Angiotensin converting enzyme
- Kháng thể Toxoplasma IgM, IgG
- Toxocara ELISA
- Antineutrophil cytoplasmic antibody
- Định type HLA
- Chụp mạch huỳnh quang, chụp OCT, siêu âm ...

V. Điều trị: tùy theo mức độ xuất huyết và thị lực

1. Liệt thể mi: scopolamine 0,25% 2 lần/ngày đối với viêm nhẹ và trung bình, Atropine 1% 2 lần/ngày nếu viêm nặng
2. Kháng viêm steroid
 - Tại chỗ: thuốc nhỏ prednisolone acetate 1% mỗi 1 – 6 giờ tùy theo mức độ viêm. Có thể dùng thêm thuốc mỡ steroid vào buổi tối. Nếu viêm nặng và không đáp ứng với thuốc nhỏ, có thể tiêm tại chỗ steroid (dưới kết mạc, cạnh nhãn cầu hoặc dưới Tenon)
 - Toàn thân: nếu không cải thiện với điều trị tối đa tại chỗ hoặc bệnh cả 2 mắt nặng thì có thể dùng steroid toàn thân hoặc ức chế miễn dịch
3. Điều trị tăng nhãn áp: tránh dùng pilocarpine hoặc prostaglandin
4. Điều trị nguyên nhân: nếu biết

VI. Theo dõi

1. Mỗi 1 – 7 ngày trong giai đoạn cấp tùy theo mức độ nặng, mỗi 1 – 6 tháng trong giai đoạn ổn định
2. Mỗi lần khám, cần đánh giá phản ứng tiền phòng và đo nhãn áp
3. Cần khám dịch kính và đáy mắt khi viêm tăng lên, khi thị lực giảm, hoặc mỗi 3 – 6 tháng
4. Khi phản ứng tiền phòng cải thiện, thì giảm liều steroid nhỏ 1 lần/ngày mỗi 3 – 7 ngày. Có thể ngưng steroid sau khi giảm liều và không thấy tế bào (cell) trong tiền phòng (có thể vẫn còn đục thủy dịch). Có khi vẫn phải duy trì liều thấp mỗi ngày hoặc mỗi 2 ngày để tránh tái phát. Có thể ấn điểm lệ để gia tăng tác dụng của thuốc và tránh thuốc hấp thu vào toàn thân. Thuốc liệt thể mi cũng được giảm liều khi tình trạng viêm giảm. Thuốc liệt thể mi phải được dùng tối thiểu 1 lần/ngày vào buổi tối cho đến khi không còn tế bào trong tiền phòng.

Tài liệu tham khảo

4. The Wills Eye Manual: Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease, 5th Edition
5. Albert & Jakobiec's Principles & Practice of Ophthalmology, 3rd Edition.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT**LASER EXCIMER ĐIỀU TRỊ TẬT KHÚC XẠ****I. Đại cương/định nghĩa**

Điều trị tật khúc xạ (cận thị, viễn thị, loạn thị) bằng laser excimer là phẫu thuật dùng laser excimer bào mòn để làm thay đổi độ cong giác mạc giúp cho hình ảnh hội tụ đúng trên võng mạc.

II. Chỉ định

- Tuổi từ 18 trở lên.
- Bị tật khúc xạ: cận thị, viễn thị, loạn thị.
- Độ khúc xạ ổn định.
- Đã bỏ kính tiếp xúc ít nhất là 2 tuần (nếu có đeo kính tiếp xúc)
- Thị lực sau chỉnh kính cao hơn thị lực không kính từ 2 dòng.

III. Chống chỉ định

Chống chỉ định tuyệt đối

- Các bệnh lý khác của nhãn cầu (viêm giác mạc, viêm màng bồ đào, glaucoma, bong võng mạc).
- Giác mạc chóp
- Tiền căn bị Herpes giác mạc.
- Đang dùng các nội tiết tố sinh dục (ví dụ: thuốc ngừa thai)
- Đang mang thai hoặc cho con bú.
- Mất độc nhất.
- Hở mi, sẹo giác mạc.
- Giác mạc mỏng (trước điều trị dưới 475 micron hay sau điều trị laser nhu mô còn dưới 280 micron)

Chống chỉ định tương đối

- Khô mắt nhẹ.
- Viêm bờ mi.
- Bệnh tự miễn đã ổn định.
- Bệnh nhân kém hợp tác
- Giác mạc nhỏ (đường kính < 11 mm).

IV. Chuẩn bị**1. Cán bộ thực hiện quy trình kỹ thuật**

Bác sĩ nhãn khoa đã được đào tạo.

2. Phương tiện

- Máy laser femtosecond.
- Đầu microkeratome, lưỡi dao, vòng hút áp lực (hoặc máy cắt vạt giác mạc bằng laser femtosecond).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật Lasik.

3. Người bệnh

Tư vấn cho người bệnh về phẫu thuật và tiên lượng của phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định hiện hành của Bộ Y tế.

V. Các bước tiến hành

1. Kiểm tra hồ sơ
2. Kiểm tra người bệnh
3. Thực hiện kỹ thuật

Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê với trẻ em.

Kỹ thuật: phẫu thuật được tiến hành đồng thời 2 mắt ở hầu hết các trường hợp.

Bước 1: định tâm và đặt gương tiếp xúc với giác mạc

- Phẫu thuật viên kiểm tra gương tiếp xúc (contact glass – CG), gắn contact glass vào hệ thống laser
- Di chuyển giường bệnh nhân để gương tiếp xúc áp vào giác mạc của bệnh nhân.
- Định tâm chính xác.
- Khi CG tiếp xúc với giác mạc trên 90%, nhân hút, kiểm tra lực hút đạt
- Khi laser báo sẵn sàng, nhấn pedal laser.

Bước 2: cắt mảnh mô và tạo vạt:

- Cắt lenticule giác mạc và cắt bờ lenticule. Thông số lenticule:
 - + Đường kính: 5mm – 8mm, khuyến cáo 6 – 7 mm.
 - + Chiều dày tối thiểu: 10 – 30 micron, khuyến cáo 15 micron.
 - + Góc bờ lenticule: 45 – 135 độ, khuyến cáo 90 độ.
- Cắt vạt giác mạc và cắt bờ vạt.
 - + Đường kính: 6 – 10,5mm, nên rộng hơn đường kính lenticule 1mm.
 - + Chiều dày: 100 – 160 micron.
 - + Góc bờ lenticule: 45 – 135 độ, khuyến cáo 90 độ.

Bước 3: lấy lenticule

- Tách một phần bờ vạt.
- Tách một phần bờ lenticule.
- Tách giữa vạt và lenticule.
- Tách giữa lenticule và nhu mô nền.
- Lấy lenticule.

Bước 4: rửa dưới vạt và đặt lại vạt.

VI. Theo dõi chăm sóc hậu phẫu

- Nhỏ kháng sinh và corticoid 4 lần/ngày trong 7 ngày.
- Nước mắt nhân tạo không chất bảo quản 1 – 3 tháng hoặc hơn.
- Tái khám 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng hoặc hơn (theo dõi vết mổ, thị lực, khúc xạ).

VII. Tai biến và xử lý

- Đứt vạt giác mạc: giữ nguyên vạt tại dao, tiếp tục đốt laser. Sau đó dùng hai kẹp phẫu tích giác mạc đặt lại vạt (theo đường đánh dấu).
- Dao không cắt hết vạt giác mạc: đặt lại vạt giác mạc, chờ 3 – 6 tháng phẫu thuật lại.
- Lệch vạt giác mạc trong những ngày hậu phẫu: đặt lại vạt giác mạc đúng vị trí, sau đó đặt kính tiếp xúc mềm. Có thể băng ép trong ngày đầu.

- Tế bào biểu mô phát triển giữa lớp cắt: nếu ảnh hưởng đến thị lực thì có thể dùng spatule lật vạt giác mạc, cạo sạch lớp biểu mô.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT**LASER FEMTOSECOND ĐIỀU TRỊ TẬT KHÚC XẠ****I. Đại cương/định nghĩa**

Điều trị tật khúc xạ (cận thị, viễn thị, loạn thị) bằng laser femtosecond là phẫu thuật dùng laser femtosecond bào mòn để làm thay đổi độ cong giác mạc giúp cho hình ảnh hội tụ đúng trên võng mạc.

II. Chỉ định

- Tuổi từ 18 trở lên.
- Cận, loạn thị từ 1,75 diop trở lên. Cận tối đa 10,0 diop, loạn tối đa 5,0 diop, tổng độ cận và loạn (cận và loạn) $\leq 10,0$ diop
- Độ khúc xạ ổn định ít nhất 6 tháng.
- Đã bỏ kính tiếp xúc ít nhất là 2 tuần (nếu có đeo kính tiếp xúc)
- Thị lực tăng khi thử kính.
- Riêng với trẻ em có thể chỉ định phẫu thuật khi độ lệch khúc xạ giữa 2 mắt từ 5 đi ốp trở lên.

III. Chống chỉ định

Tình trạng toàn thân và tại mắt không cho phép phẫu thuật.

IV. Chuẩn bị

1. Cán bộ thực hiện quy trình kỹ thuật
Bác sĩ nhãn khoa đã được đào tạo.
2. Phương tiện
 - Máy laser femtosecond.
 - Đầu microkeratome, lưỡi dao, vòng hút áp lực (hoặc máy cắt vạt giác mạc bằng laser femtosecond).
 - Bộ dụng cụ phẫu thuật Lasik.
3. Người bệnh
Tư vấn cho người bệnh về phẫu thuật và tiên lượng của phẫu thuật.
4. Hồ sơ bệnh án
Theo quy định hiện hành của Bộ Y tế.

V. Các bước tiến hành

1. Kiểm tra hồ sơ
2. Kiểm tra người bệnh
3. Thực hiện kỹ thuật
Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê với trẻ em.
Kỹ thuật: phẫu thuật được tiến hành đồng thời 2 mắt ở hầu hết các trường hợp.
 - Sát trùng da mi và quanh mi.
 - Phủ khăn phẫu thuật, đặt tấm dính lông mi, đặt vành mi, đánh dấu giác mạc.
 - Đặt vòng hút áp lực quanh vùng rìa giác mạc.
 - Cắt vạt giác mạc (chiều dày 160 hoặc 130 μ m).
 - Lật vạt giác mạc, thấm khô nền giác mạc.
 - Đốt laser trên giác mạc (thời gian laser tác động giác mạc tùy thuộc vào mức độ khúc xạ cần điều chỉnh).
 - Rửa sạch nền giác mạc, đẩy lại vạt giác mạc.

- Vuốt cho giác mạc phẳng và bám chặt vào nền giác mạc.
- Thấm khô bờ vết cắt bằng sponge.
- Đặt kính tiếp xúc mềm (nếu cần thiết).
- Tra thuốc kháng sinh và chống viêm không có corticoid.

VI. Theo dõi

1. Trong phẫu thuật

Một số trường hợp xuất huyết từ mạch máu vùng rìa. Nếu thấm khô mà máu chưa ngưng chảy thì nhỏ adrenalin 0,1% lên vùng tân mạch và ép xuống cho đến khi cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

- Theo dõi sớm:
 - + Tình trạng vật giác mạc (có xô hoặc có nếp nhăn vật giác mạc)
 - + Mức độ trong suốt của giác mạc.
 - + Phát hiện bất thường dưới vật giác mạc.
 - + Tình trạng biểu mô hóa của giác mạc.
- Theo dõi muộn:
 - + Mức độ điều chỉnh khúc xạ so với trước phẫu thuật.
 - + Độ trong suốt của giác mạc.

VII. Tai biến và xử lý

- Đứt vật giác mạc: giữ nguyên vật tại dao, tiếp tục đốt laser. Sau đó dùng hai kẹp phẫu tích giác mạc đặt lại vật (theo đường đánh dấu).
- Dao không cắt hết vật giác mạc: đặt lại vật giác mạc, chờ 3 – 6 tháng phẫu thuật lại.
- Lệch vật giác mạc trong những ngày hậu phẫu: đặt lại vật giác mạc đúng vị trí, sau đó đặt kính tiếp xúc mềm. Có thể băng ép trong ngày đầu.
- Tế bào biểu mô phát triển giữa lớp cắt: nếu ảnh hưởng đến thị lực thì có thể dùng spatule lật vật giác mạc, cạo sạch lớp biểu mô.

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TẬT KHÚC XẠ**I. Đại cương/định nghĩa**

Tật khúc xạ là thuật ngữ chỉ sự bất đồng giữa chiều dài nhãn cầu với chỉ số khúc xạ (độ hội tụ) của mắt, bao gồm: tật khúc xạ hình cầu (cận thị, viễn thị) và tật khúc xạ hình phi cầu (loạn thị).

II. Phân loại

- Cận thị: ảnh hội tụ trước võng mạc
- Viễn thị: ảnh hội tụ sau võng mạc
- Loạn thị: tùy theo vị trí của 2 tiêu tuyến so với võng mạc mà ta có:
 - + Loạn cận đơn
 - + Loạn viễn đơn
 - + Loạn cận kép
 - + Loạn viễn kép
 - + Loạn thị hỗn hợp

III. Triệu chứng

- Nhìn mờ
- Nhức mắt
- Mỏi điều tiết
- Nheo mắt để nhìn
- Chảy nước mắt

IV. Lâm sàng:

- Đo thị lực
- Đo khúc xạ (chủ quan hoặc khách quan)
- Khám vận nhãn, điều tiết
- Khám tổng quát về mắt

V. Cận lâm sàng:

- Chụp bản đồ giác mạc
- Chụp ảnh võng mạc
- Siêu âm mắt
- Đo thị trường

VI. Điều trị

- Nước mắt nhân tạo, đa sinh tố
- Kính: kính gọng, kính sát tròng mềm, kính chỉnh hình giác mạc.
- Phẫu thuật: đặt kính nội nhãn, đặt đai giác mạc, phẫu thuật bề mặt (PRK, Lasek, Epi Lasik, Lasik, Femtosecond Lasik, Smile,...)

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM THỊ THẦN KINH**I. Triệu chứng**

- Giảm thị lực từng giờ, ngày, tuần sau khởi phát
- Thường 1 mắt, có thể 2 mắt
- Đau nhức hốc mắt, đau nhức khi vận động nhãn cầu.
- Rối loạn sắc giác.

II. Lâm sàng:

- Dấu hiệu Uhthoff (giảm thị lực khi gắng sức, khi thân nhiệt tăng)
- Dấu Lermite: khi gập cổ BN cảm thấy như có luồng điện chạy dọc theo cột sống lan xuống tới chân.
- Có thể kèm các dấu hiệu thần kinh khu trú: mắt thẳng bằng, run chi, yê chi, khó tiểu.
- Đồng tử giãn, PXAS chậm hoặc mất, có tổn thương đồng tử hướng tâm
- Gai thị: gai thị trong giới hạn bình thường nếu viêm TKT hậu cầu, gai thị phù nếu viêm gai

III. Cận lâm sàng:

- Điện thế gọi: thời gian tiềm phục kéo dài/
- Viêm TKT hậu cầu cần chụp MRI tìm dấu hiệu tăng kích thước và cản quang của TKT viêm. Dấu hiệu thoái hoá chất trắng quanh não thất hoặc tủy sống gặp trong bệnh MS.
- Viêm gai cần chụp mạch huỳnh quang tìm dấu hiệu tăng quang gai thị lan tỏa.
- Xét nghiệm máu: VS, NGFL, glycemie, VDRL, chức năng gan – thận.
- X- quang phổi
- Khám nội khoa, khám nội thần kinh nếu có triệu chứng thần kinh.

IV. Chẩn đoán phân biệt

- Phù gai do thiếu máu đầu thần kinh thị trước

V. Nguyên nhân

- Tại chỗ và lân cận: viêm màng bồ đào, viêm trong hốc mắt, viêm xoang sàng trước hoặc sau cấp
- Toàn thân:
 - + Siêu vi, ký sinh trùng, nhiễm trùng (lao, giang mai), Sarcoidosis.
 - + Hội chứng bồ đào màng nào: nhãn viêm giao cảm, Harada, Behcet.
 - + Bệnh xơ cứng rải rác

VI. Điều trị

- **Hướng đến viêm gai hoặc viêm TKT hậu cầu do siêu vi, do viêm xoang:**
 - + Solumedrol 0,250 – 0,5g (tùy độ trầm trọng giảm thị lực) pha trong 50ml NaCl 0,9% TTM chậm trong 5 ngày
 - + Sử dụng thêm kháng sinh nếu có viêm xoang
- Hướng đến viêm gai hoặc viêm TKT hậu cầu liên quan bệnh MS:
 - + Liều tấn công 1g Solumedrol pha trong 50ml NaCl 0,9% mỗi ngày trong 3 ngày.
 - + Liều duy trì: Prednisone uống 1mg/kg/ngày trong 11 ngày.

VII. Theo dõi: Diễn biến hồi phục thị lực, sắc giác, nhạy cảm tương phản

RĂNG KHÔN MỌC LỆCH

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng mọc bất thường về trục, hướng và vị trí của răng khôn, làm cho răng không có chức năng ăn nhai và có thể gây biến chứng.

II. NGUYÊN NHÂN

- Thiếu khoảng trên xương hàm do sự bất tương xứng về kích thước giữa răng và xương hàm.
- Có yếu tố cản trở răng mọc ở vị trí đúng: lợi xơ, u xương hàm....

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Có các biểu hiện răng mọc bất thường về trục, hướng, vị trí. Tùy trường hợp mà có thể có các dấu hiệu dưới đây:

- Răng lệch trục
 - + Răng khôn hàm dưới thường có trục lệch gần hoặc lệch má ở các mức độ khác nhau.
 - + Răng khôn hàm trên thường lệch phía ngoài.
- Răng có thể bị kẹt bởi cổ răng hàm lớn thứ hai, mặt nhai răng khôn có thể không chạm mặt phẳng cắn.
- Các dấu hiệu tổn thương răng kế cận: thường có tổn thương sâu cổ răng ở mặt xa răng hàm lớn thứ hai.
- Khi có biến chứng viêm quanh thân răng hoặc các viêm nhiễm khác thì có các biểu hiện:
 - + Đau tự nhiên, khá dữ dội vùng góc hàm.
 - + Có thể có sốt.
 - + Bệnh nhân khó há miệng nhẹ, ăn nhai đau....
 - + Vùng sau răng 7 lợi nề đỏ có thể lan ra trụ trước amidan và ngách tiền đình, có thể có viêm loét ở niêm mạc vùng lân cận.
 - + Lợi ấn đau, chảy mủ.
 - + Có thể thấy một hoặc hai nướu răng lộ ra khỏi lợi, bờ lợi có thể loét nhẹ.
 - + Có hạch dưới hàm.

2. Cận lâm sàng

Phim X quang: phim sau huyệt ổ răng, Panorama, hàm dưới chếch, Conebeam CT...

- Có hình ảnh răng mọc lệch trục, hướng và vị trí.
- Có thể có hình ảnh tổn thương mất mô cứng mặt xa răng hàm lớn thứ hai.

c. Chẩn đoán phân biệt

Răng khôn mọc lệch luôn có các biểu hiện trên lâm sàng và X quang rõ rệt, vì vậy không cần chẩn đoán phân biệt.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Khi đã xác định được răng khôn hàm dưới mọc lệch thì nên nhổ bỏ càng sớm càng tốt để không làm mất xương phía xa răng hàm lớn thứ hai.

- Lấy được răng khôn ra khỏi huyết ổ răng mà không làm tổn thương răng kế cận. Trường hợp cần thiết, phải cắt thân răng hoặc phối hợp với chia tách chân răng.
- Trong một số trường hợp phải tạo vạt niêm mạc và mở xương để lấy răng.

2. Điều trị cụ thể

a. Răng khôn lệch không có biến chứng

- Vô cảm.
- Tạo vạt nếu cần.
- Mở xương bộc lộ răng nếu cần.
- Cắt thân răng, và chia cắt chân răng nếu cần.
- Lấy răng ra khỏi huyết ổ răng bằng dụng cụ thích hợp.
- Kiểm soát huyết ổ răng.
- Khâu phục hồi niêm mạc hoặc cắn gạc cầm máu.
- Hướng dẫn bệnh nhân dùng kháng sinh, chống viêm, giảm đau nếu cần.

b. Răng khôn lệch đã có biến chứng

- Điều trị biến chứng viêm quanh thân răng cấp hoặc nhiễm trùng khác:
 - + Kháng sinh toàn thân.
 - + Bơm rửa túi quanh răng và chăm sóc tại chỗ khác....
- Sau khi hết giai đoạn nhiễm trùng cấp tính thì điều trị nhổ răng khôn lệch theo các bước đã trình bày ở mục 4.2.1.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

- Trường hợp chưa có biến chứng: nếu nhổ sớm thì có thể bảo vệ tốt được răng hàm lớn thứ hai tránh khỏi mất xương ở phía xa chân răng, sâu cổ răng....
- Trường hợp đã có biến chứng: nếu điều trị đúng quy trình thì có thể tránh được các biến chứng.

2. Biến chứng

- Viêm quanh thân răng cấp.
- Tổn thương răng hàm lớn thứ hai.
- Áp xe vùng má, áp xe vùng cơ cắn, áp xe vùng dưới hàm, áp xe quanh hàm ngoài....
- Viêm tấy tỏa lan vùng hàm mặt.
- Nhiễm trùng huyết.

VI. PHÒNG BỆNH

- Khám răng miệng định kỳ để phát hiện sớm và điều trị kịp thời.

MẤT RĂNG TOÀN BỘ**I. ĐỊNH NGHĨA**

Mất răng toàn bộ là tình trạng mất toàn bộ răng trên cả hai cung hàm.

II. NGUYÊN NHÂN

- Sâu răng.
- Các tổn thương khác gây mất mô cứng của răng.
- Viêm quanh răng.
- Chấn thương.
- Răng bị nhổ do có bệnh lý liên quan đến răng như u, nang xương hàm.

III. CHẨN ĐOÁN

- Dựa vào tình trạng mất răng trên cung hàm.
- Chụp phim X quang để đánh giá tình trạng xương hàm vùng mất răng.
- Xét nghiệm máu nếu cần.

IV. ĐIỀU TRỊ**1. Nguyên tắc**

Làm phục hình răng phục hồi lại các răng mất để thiết lập lại chức năng ăn nhai và thẩm mỹ cho bệnh nhân. Khác nhau tùy theo phương pháp phục hình mất răng.

2. Điều trị cụ thể**a. Điều trị tiền phục hình**

- Bấm gai xương ở sống hàm.
- Điều trị các trường hợp phanh môi, má bám thấp.
- Làm sâu ngách tiền đình trong một số trường hợp ngách tiền đình nông.

b. Phục hình răng bằng Hàm giả tháo lắp

Có hai loại: hàm nhựa thường, hàm nhựa dẻo.

- Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng toàn bộ.
- Chống chỉ định: Bệnh nhân dị ứng với nhựa nền hàm.
- Các bước:
 - + Lấy dấu 2 hàm và đồ mẫu.
 - + Làm thìa cá nhân (tại Labo).
 - + Lấy dấu thìa cá nhân và đồ mẫu.
 - + Làm nền tạm, gói sáp.
 - + Thử cắn và ghi tương quan 2 hàm.
 - + Lên răng.
 - + Thử răng.
 - + Ép nhựa và hoàn thiện hàm (tại Labo).
 - + Lắp hàm.
 - + Hướng dẫn bệnh nhân cách sử dụng và bảo quản hàm giả.

c. Phục hình răng bằng Implant

- Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng toàn bộ.
- Chống chỉ định
 - + Thiếu xương hàm vùng mất răng.
 - + Các bệnh toàn thân không cho phép.

- + Có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Các bước
- + Làm hàm nhựa như phần 2.2.1.
- + Cấy tối thiểu 2 trụ Implant.
- + Sửa soạn các trụ Implant.
- + Sửa soạn nền hàm giả mang phần âm của cúc bấm.
- + Lắp hàm giả .
- + Hướng dẫn bệnh nhân cách sử dụng.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Tất cả các phương pháp phục hình đều có tác dụng phục hồi chức năng ăn nhai và thẩm mỹ.

2. Biến chứng

- Sang thương niêm mạc miệng.
- Viêm quanh implant.

VI. PHÒNG BỆNH

- Hướng dẫn các biện pháp vệ sinh răng miệng, kiểm soát mảng bám để ngăn ngừa sâu răng và viêm quanh răng.
- Khám định kỳ để phát hiện sớm các bệnh của răng, quanh răng và điều trị kịp thời ngăn ngừa biến chứng gây mất răng.

MẤT RĂNG TỪNG PHẦN**I. ĐỊNH NGHĨA**

Mất răng từng phần là tình trạng mất một hoặc nhiều răng trên một hoặc cả hai cung hàm.

II. NGUYÊN NHÂN

- Sâu răng.
- Các tổn thương khác gây mất mô cứng của răng.
- Viêm quanh răng.
- Chấn thương.
- Thiếu răng bẩm sinh.
- Răng bị nhổ do có bệnh lý liên quan đến răng như u, nang xương hàm.

III. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào tình trạng thiếu răng trên cung hàm.

1. Chẩn đoán phân loại mất răng**a. Theo Kennedy**

- Loại I: Mất răng hàm phía sau cả 2 bên không còn răng giới hạn.
- Loại II: Mất răng hàm phía sau 1 bên không còn răng giới hạn.
- Loại III: Mất răng hàm phía sau còn răng giới hạn phía xa.
- Loại IV: Mất nhóm răng cửa.
- Loại V: Còn lại 1 hoặc 2 răng hàm.
- Loại VI: Còn 1 hoặc 2 răng trước.

b. Theo Kourliandsky

- Loại I: Còn ít nhất 3 điểm chạm.
- Loại II: Còn 2 điểm chạm.
- Loại III: Còn nhiều răng nhưng không có điểm chạm.

2. Cận lâm sàng

- Chụp phim X quang để đánh giá tình trạng xương hàm vùng mất răng.
- Xét nghiệm máu nếu cần.

IV. ĐIỀU TRỊ**1. Nguyên tắc**

Làm phục hình răng phục hồi lại các răng mất để thiết lập lại chức năng ăn nhai và thẩm mỹ cho bệnh nhân. Khác nhau tùy theo phương pháp phục hình mất răng.

2. Điều trị cụ thể**2.1. Điều trị tiền phục hình**

- Lấy cao răng.
- Hàn các răng sâu.
- Hàn phục hồi các tổn thương mất mô cứng của răng nếu có.
- Mài chỉnh những răng có độ lẹm quá lớn theo khảo sát trên song song kế.
- Nhổ các chân răng còn sót lại.
- Bám gai xương ở sống hàm.
- Điều trị các trường hợp phan hôi môi, má bám thấp.
- Làm sâu ngách tiền đình trong một số trường hợp ngách tiền đình nông.

2.2. Phục hình răng bằng Hàm giả tháo lắp

- Có 3 loại Hàm khung kim loại, hàm nhựa thường, hàm nhựa dẻo.

a. Hàm giả nền nhựa

- Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng từng phần.
- Chống chỉ định: Bệnh nhân dị ứng với nhựa nền hàm.
- Các bước
 - + Lấy dấu 2 hàm và đồ mẫu.
 - + Làm nền tạm, gói sáp.
 - + Thử cắn và ghi tương quan 2 hàm.
 - + Lên răng.
 - + Thử răng.
 - + Ép nhựa và hoàn thiện hàm (tại Labo).
 - + Lắp hàm.
 - + Hướng dẫn bệnh nhân cách sử dụng và bảo quản hàm giả.

b. Hàm khung kim loại

- Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng từng phần.
- Chống chỉ định: Các răng mang móc không đủ vững chắc để làm tựa cho hàm giả.
- Các bước
 - + Lấy dấu hai hàm và đồ mẫu nghiên cứu.
 - + Khảo sát mẫu hàm, xác định răng đặt móc, hướng lắp và khung sơ khảo trên song song kế.
 - + Sửa soạn răng đặt móc và mài chỉnh tạo hướng lắp cho hàm khung nếu cần.
 - + Lấy dấu và đồ mẫu làm việc.
 - + So màu và chọn màu răng.
 - + Thiết kế hàm khung trên mẫu thạch cao.
 - + Đúc hàm khung bằng hợp kim.
 - + Thử khung trên miệng bệnh nhân.
 - + Đo tương quan hai hàm.
 - + Lên răng trên hàm khung.
 - + Thử răng trên miệng bệnh nhân.
 - + Ép nhựa.
 - + Lắp hàm.
 - + Hướng dẫn bệnh nhân cách sử dụng hàm giả.

2.3. Phục hình bằng cầu răng

- Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng từng phần còn giới hạn hai phía.
- Chống chỉ định
 - + Không còn đủ răng giới hạn 2 phía vùng mất răng.
 - + Các trụ cầu không đủ độ vững chắc.
 - + Khoảng mất răng quá dài.
 - + Răng trụ không đủ lực gánh nhai cầu.
- Các bước
 - + Sửa soạn các răng trụ mang cầu.

- + Lấy dấu và đồ mẫu.
- + So màu răng.
- + Đúc sườn kim loại và nung sứ.
- + Gắn cầu răng trên miệng.

2.4. Phục hình răng bằng Implant

- Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng từng phần.
- Chống chỉ định
 - + Thiếu xương hàm vùng mất răng.
 - + Các bệnh toàn thân không cho phép.
 - + Có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Các bước
 - + Sát khuẩn.
 - + Vô cảm.
 - + Bộc lộ xương hàm vùng cấy ghép.
 - + Bơm rửa.
 - + Đặt Implant.
 - + Đặt mũ phủ Implant hoặc trụ liền thương.
 - + Khâu đóng niêm mạc.

4.2.5. Hàm toàn bộ phủ

- Chỉ định: Mất răng loại Kennedy V và VI.
- Kỹ thuật
- Các bước cơ bản giống hàm toàn bộ.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Tất cả các phương pháp phục hình đều có tác dụng phục hồi chức năng ăn nhai và thẩm mỹ.

2. Biến chứng

- Sang thương niêm mạc miệng.
- Sang chấn và tổn thương các răng mang móc, răng trụ cầu.
- Viêm quanh Implant.

VI. PHÒNG BỆNH

- Hướng dẫn các biện pháp vệ sinh răng miệng, kiểm soát mảng bám để ngăn ngừa sâu răng và viêm quanh răng.
- Khám định kỳ để phát hiện sớm các bệnh của răng, quanh răng và điều trị kịp thời ngăn ngừa biến chứng gây mất răng.

SÂU RĂNG SỮA

I. ĐỊNH NGHĨA

Sâu răng sữa là một bệnh gây tổn thương mất mô cứng của răng do quá trình hủy khoáng gây ra bởi vi khuẩn ở mảng bám răng.

II. NGUYÊN NHÂN

Do các men của vi khuẩn ở mảng bám răng tác động lên các thức ăn có nguồn gốc Gluxit còn dính lại ở bề mặt răng, chuyển hóa thành axit. Khi môi trường có $\text{pH} < 5$ thì gây ra tổn thương hủy khoáng làm mất mô cứng của răng và gây ra sâu răng.

- Chúng vi khuẩn có khả năng gây sâu răng cao nhất trong nghiên cứu thực nghiệm là *Streptococcus mutans*. Một số chủng vi khuẩn khác như *Actinomyces*, *Lactobacillus*... cũng được xác định có khả năng gây ra sâu răng.
- Một số yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng sâu răng
 - + Men răng: Men răng thiếu sản hay men răng kém khoáng hóa dễ bị hủy khoáng hơn và ảnh hưởng đến tiến triển của tổn thương sâu răng.
 - + Hình thể răng: Các răng có hố rãnh sâu có nguy cơ sâu răng cao do sự tập trung của mảng bám răng và khó làm sạch mảng bám răng. Có một tỷ lệ cao các trường hợp sâu răng được bắt đầu từ hố rãnh tự nhiên của các răng. Ngoài ra một số bất thường về hình dạng răng như răng sinh đôi, răng dính, núm phụ... cũng làm tăng nguy cơ gây sâu răng.
 - + Vị trí răng: Răng lệch lạc, chen chúc làm tăng khả năng lưu giữ mảng bám vì thế dễ bị sâu răng hơn.
 - + Nước bọt: Dòng chảy và tốc độ chảy của nước bọt là yếu tố làm sạch tự nhiên để loại bỏ các mảnh vụn thức ăn còn sót lại. Tạo một lớp màng mỏng trên bề mặt của răng từ nước bọt có vai trò như một hàng rào bảo vệ men răng khỏi pH nguy cơ. Ngoài ra nước bọt còn có vai trò đệm làm giảm độ toan của môi trường quanh răng và có tác dụng đề kháng với sâu răng. Nước bọt còn là nguồn cung cấp các chất khoáng, hỗ trợ quá trình tái khoáng để có thể phục hồi các tổn thương sâu răng sớm.
 - + Chế độ ăn nhiều đường, thói quen ăn uống trước khi đi ngủ hay bú bình kéo dài đều làm tăng nguy cơ sâu răng.
 - + Vệ sinh răng miệng đóng vai trò quan trọng nhất trong các yếu tố nguy cơ gây sâu răng, là yếu tố làm sạch cơ học giúp làm giảm hoặc mất các tác động gây sâu răng của các yếu tố gây sâu răng khác.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán các tổn thương sâu răng sớm

- Các dấu hiệu lâm sàng ở giai đoạn này dựa vào một trong các dấu hiệu sau:
 - + Vùng tổn thương sâu răng sớm xuất hiện các vết trắng đục hoặc nâu vàng, bề mặt men răng còn nguyên vẹn.
 - + Vùng tổn thương sâu răng sớm xuất hiện các vết trắng đục khi thổi khô bề mặt.

- + Vùng tổn thương là một vùng tối trên nền ánh sáng trắng của men răng bình thường khi chiếu đèn sợi quang học do hiện tượng tán xạ ánh sáng của tổn thương sâu răng.
- + Vùng tổn thương là một vùng thay đổi màu sắc trên nền phát huỳnh quang màu xanh lá cây của men răng bình thường khi sử dụng một nguồn sáng đặc biệt kích thích phát huỳnh quang của men răng.
- + Vùng tổn thương biểu hiện mức độ mất khoáng tương ứng với giá trị từ 10 đến 20 khi đo bằng thiết bị Laser huỳnh quang
- X quang: Không có dấu hiệu đặc trưng trên X quang.

2. Chẩn đoán sâu răng giai đoạn hình thành lỗ sâu

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng và/ hoặc X quang.

- Triệu chứng cơ năng
- Có thể có hoặc không có triệu chứng cơ năng.
- Nếu có thì biểu hiện: Ê buốt ngà: ê buốt khi có các chất kích thích tác động vào vùng tổn thương như nóng, lạnh, chua, ngọt. Khi hết kích thích thì hết ê buốt.
- Triệu chứng thực thể
- Tổn thương mất mô cứng của răng có thể rất nhỏ chỉ xác định được khi thăm khám với dấu hiệu mất thấm chàm hoặc biểu hiện rõ hình ảnh lỗ sâu với các đặc điểm sau:
 - Vị trí: mặt nhai các răng hàm sữa, mặt gần- xa, mặt ngoài và mặt trong các răng.
 - Kích thước: có thể nhỏ giới hạn trong một mặt răng hoặc lan rộng sang hai/ba mặt.
 - Độ sâu: có thể chỉ tổn thương lớp men răng hoặc tổn thương đến lớp ngà răng.
 - Đáy: có thể mềm có nhiều ngà mủn hoặc đáy cứng tùy vào giai đoạn tiến triển của sâu răng.
- + Màu sắc: màu men ngà răng hoặc màu vàng nâu, đen.
- + Nghiệm pháp thử tuỷ.
- + Thổi bằng hơi: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thổi.
- + Thử lạnh: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thử.
- + Thử nóng: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thử.
- X quang: Có hình ảnh thấu quang vùng tổn thương sâu răng.

3. Chẩn đoán phân biệt

- a. Các tổn thương sâu răng sớm chẩn đoán phân biệt với thay đổi màu sắc răng không do sâu răng dựa vào các triệu chứng dưới đây:

Triệu chứng	Sâu răng sữa giai đoạn sớm	Thay đổi màu sắc răng không do sâu
Màu sắc	Màu trắng đục, nâu vàng trên men răng.	Màu trắng đục, nâu vàng trên men, ngà răng.
Vị trí	Hố rãnh mặt nhai, mặt gần, xa, mặt ngoài hoặc mặt trong các răng hàm sữa. Mặt gần, xa, mặt ngoài hoặc mặt trong các răng cửa và răng nanh sữa.	Toàn bộ mặt răng, có thể ở một răng do bị chấn thương gây chết tủy, hoặc trên nhiều răng do thiếu sản men răng sữa, có tính chất đối xứng.
Ê buốt ngà	Không ê buốt ngà khi có kích thích.	Không ê buốt ngà khi có kích thích.

b. Các tổn thương sâu răng đã hình thành lỗ sâu chẩn đoán phân biệt với viêm tủy răng, tủy hoại tử dựa vào các triệu chứng dưới đây:

Triệu chứng	Sâu răng sữa giai đoạn sớm	Thay đổi màu sắc răng không do sâu
Màu sắc	Màu trắng đục, nâu vàng trên men răng.	Màu trắng đục, nâu vàng trên men, ngà răng.
Vị trí	Hố rãnh mặt nhai, mặt gần, xa, mặt ngoài hoặc mặt trong các răng hàm sữa. Mặt gần, xa, mặt ngoài hoặc mặt trong các răng cửa và răng nanh sữa.	Toàn bộ mặt răng, có thể ở một răng do bị chấn thương gây chết tủy, hoặc trên nhiều răng do thiếu sản men răng sữa, có tính chất đối xứng.
Ê buốt ngà	Không ê buốt ngà khi có kích thích.	Không ê buốt ngà khi có kích thích.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Đối với các trường hợp tổn thương sâu răng sớm thì cung cấp các yếu tố nhằm tăng cường quá trình tái khoáng, ngăn chặn hủy khoáng để phục hồi các tổn thương.
- Đối với các trường hợp đã tạo thành lỗ sâu thì phải lấy bỏ toàn bộ mô nhiễm khuẩn, bảo vệ tủy và hàn kín phục hồi mô cứng bằng các loại vật liệu thích hợp.

2. Điều trị cụ thể

a. Tổn thương sâu răng sớm: Tăng cường tái khoáng.

- Liệu pháp Fluor: dùng Fluor có độ tập trung cao ở dạng gel, dung dịch hoặc véc ni áp lên bề mặt vùng tổn thương để tái khoáng.
- Bổ sung canxi, phot pho ở dạng gel lên bề mặt vùng tổn thương để tái khoáng.
- Hướng dẫn bệnh nhân chải răng với kem răng có Fluor.
- Hướng dẫn bệnh nhân ăn uống hợp lý, bổ sung thêm các khoáng chất để tái khoáng.

b. Tổn thương đã hình thành lỗ sâu

Hàn kín lỗ sâu phục hồi mô cứng.

IV. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

- Các tổn thương sâu răng sớm: nếu thực hiện tốt việc tăng cường quá trình tái khoáng thì các tổn thương có thể tự phục hồi.
- Các trường hợp đã hình thành lỗ sâu: nếu hàn phục hồi tốt đúng quy trình thì hoàn toàn có thể phục hồi được mô cứng của răng ngăn ngừa được các biến chứng.

2. Biến chứng

- Viêm tủy răng.
- Viêm quang cuống răng.

V. PHÒNG BỆNH

- Áp dụng các biện pháp cơ học kiểm soát mảng bám răng như chải răng với kem Fluor và chỉ tơ nha khoa.
- Đối với các trường hợp có nguy cơ sâu răng cao thì áp dụng các chế phẩm có độ tập trung Fluor cao do thầy thuốc thực hiện.
- Hướng dẫn chế độ ăn uống có tác dụng dự phòng sâu răng.
- Khám và kiểm tra răng miệng định kỳ để phát hiện và điều trị sớm.

VIÊM TỦY RĂNG SỮA**I. ĐỊNH NGHĨA**

Viêm tủy răng sữa là tình trạng tổn thương nhiễm trùng mô tủy răng sữa, làm tăng áp lực nội tủy, chèn ép vào các tận cùng thần kinh gây ra triệu chứng đau và tổn thương mô tủy răng ở trẻ em.

II. NGUYÊN NHÂN

- Vi khuẩn: Thường xâm nhập vào tủy qua lỗ sâu. Phản ứng viêm thường xuất hiện khi các vi khuẩn gây sâu răng xâm nhập vào tủy qua các ống ngà hoặc hở sừng tủy.
- Chấn thương....

III. CHẨN ĐOÁN**1. Viêm tủy răng sữa có hồi phục**

Viêm tủy có hồi phục là tình trạng viêm mô tủy nhưng có khả năng hồi phục khi loại bỏ được các yếu tố bệnh nguyên.

a. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng

Đau: bệnh nhân có cảm giác đau tự nhiên, nhẹ thoáng qua, cơn đau ngắn. Khi ăn các chất kích thích nóng, lạnh, chua, ngọt... thì có cảm giác đau hoặc ê buốt tăng lên và sớm hết đau khi ngừng chất kích thích.

- Triệu chứng thực thể
 - + Có tổn thương mô cứng của răng: có thể có lỗ sâu ở thân răng.
 - + Thử tủy: bệnh nhân có cảm giác đau ê buốt và sớm hết đau, ê buốt khi loại bỏ chất kích thích thử tủy.
 - + Răng không đổi màu
 - + Gõ: gõ dọc không đau, gõ ngang vùng thân răng có thể có đau nhẹ.

b. Cận lâm sàng

X quang: có biểu hiện các tổn thương mô cứng.

c. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với hai bệnh sâu ngà sâu và viêm tủy không hồi phục, dựa vào các dấu hiệu khác nhau dưới đây:

Triệu chứng	Sâu răng	Viêm tủy răng	Tủy hoại tử
Đau, ê buốt tự nhiên	Không có đau tự nhiên.	Đau tự nhiên từng cơn, đau nhiều về đêm.	Không có đau tự nhiên.
Đau, ê buốt khi ăn các chất kích thích như nóng, lạnh, chua,	Ê buốt ngà khi có kích thích nóng, lạnh,	Đau tăng lên. Khi hết các chất kích thích, đau vẫn tiếp	Không đau, không ê buốt khi có kích

ngọt...	chua, ngọt. Hết kích thích thì hết ê buốt.	tục kéo dài thêm.	thích.
Tổn thương mô cứng răng	Có lỗ sâu.	Lỗ sâu to, nhiều ngà mủn, làm sạch có thể thấy ánh hồng hoặc tủy hở.	Có lỗ sâu, có tổn thương tổ chức cứng lộ ngà.
Gõ dọc	Không đau.	Đau nhẹ.	Đau nhẹ.
Gõ ngang	Không đau.	Đau nhiều.	Không đau.
Thử tủy	Có đau, sớm hết đau khi hết kích thích.	Đau nhiều và còn kéo dài thêm khi ngừng kích thích.	Không đau.
X quang	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy.

2. Viêm tủy răng sữa không hồi phục

Là tình trạng tổn thương viêm cấp mô tủy răng sữa ở trẻ em không còn khả năng hồi phục.

a. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng
- Đau tự nhiên, từng cơn với các đặc điểm dưới đây:
 - + Thời gian cơn đau: có thể kéo dài hàng giờ hoặc đôi khi chỉ ngắn vài phút, làm cho tính chất cơn đau gần như liên tục.
 - + Đau tăng khi kích thích bởi nóng, lạnh, chua, ngọt...hết kích thích đau vẫn còn kéo dài.
 - + Đau tăng khi thay đổi tư thế: cúi đầu, nằm, về đêm.
 - + Đau lan nửa hàm, đôi khi không xác định được vị trí đau.
- Triệu chứng thực thể:
 - + Tổn thương mô cứng của răng: có lỗ sâu, nhiều ngà mủn, làm sạch có thể thấy ánh hồng hoặc tủy hở.
 - + Gõ dọc: đau nhẹ.
 - + Gõ ngang: đau nhiều.
 - + Răng không đổi màu, không lung lay.
 - + Thử tủy: đau nhiều và kéo dài khi đã loại bỏ yếu tố kích thích. Tuy vậy, ở trẻ em không có giá trị chắc chắn vì trẻ em đang đau sẽ rất cảnh giác và sợ hãi khi phản ứng lại với bất kì kích thích nào.

b. Cận lâm sàng

X quang: Có hình ảnh tổn thương mô cứng thân răng.

c. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với viêm tủy không hồi phục và viêm quanh cuống cấp, dựa vào các triệu chứng dưới đây:

Triệu chứng	Viêm tủy không hồi phục	Viêm tủy có hồi phục	Viêm quanh cuống cấp
Đau tự nhiên	Đau tự nhiên từng cơn, đau nhiều về đêm.	Đau tự nhiên xuất hiện thoáng qua.	Đau tự nhiên liên tục. Đau tăng khi chạm răng đối, cảm giác răng trời cao.
Đau, ê buốt khi ăn các chất kích thích nóng, lạnh, chua, ngọt...	Đau tăng khi có kích thích, hết kích thích đau còn kéo dài.	Có đau nhọng sau khi hết kích thích thì còn đau buốt nhẹ hoặc hết đau ngay.	Không đau.
Tính chất cơn đau	Đau có tính lan tỏa.	Đau tại răng.	Đau khu trú rõ tại răng tổn thương.
Dấu hiệu toàn thân	Không có phản ứng toàn thân.	Không có phản ứng toàn thân.	Sốt, có hạch to sưng.
Sợng lợi	Không sợng lợi và vùng cuống to sưng.	Không sợng lợi và vùng cuống to sưng.	Sợng nề, ấn đau ngách lợi và vùng cuống to sưng.
Gõ ngang	Đau nhiều.	Có thể đau nhẹ.	Đau nhiều.
Gõ dọc	Đau nhẹ.	Không đau.	Đau nhiều.
Thử tủy	Đau nhiều và còn kéo dài thêm khi ngừng kích thích.	Có đau, sớm hết đau khi hết kích thích.	Không đau.
X quang	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy. Vùng cuống răng bình thường.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu. Vùng cuống răng bình thường.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy. Có hình ảnh thấu quang vùng cuống.

IV. ĐIỀU TRỊ**1. Viêm tủy có hồi phục**

- Nguyên tắc
 - + Loại bỏ các yếu tố nhiễm khuẩn
 - + Bảo tồn tủy.
 - + Bảo vệ tủy.
 - + Hàn phục hồi tổn thương mô cứng.
- Điều trị cụ thể
 - + Chuẩn bị xoang hàn.
 - + Hàn lót bảo vệ tủy: Có thể dùng Canxi hydroxit, hoặc MTA...
 - + Hàn phục hồi xoang hàn bằng Composite, GIC,...

2. Viêm tủy không hồi phục

- Nguyên tắc
 - + Làm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy.
 - + Hàn kín hệ thống ống tủy và phục hồi tổn thương mô cứng.
- Điều trị cụ thể
 - + Vô cảm.
 - + Mở tủy.
 - + Sửa soạn hệ thống ống tủy.
 - + Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy.
 - + Hàn kín hệ thống ống tủy bằng vật liệu thích hợp.
 - + Hàn phục hồi mô cứng thân răng bằng vật liệu thích hợp.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Tiên lượng: Nếu thực hiện đúng quy trình thì có kết quả điều trị tốt.
- Biến chứng: Viêm quanh cuống răng cấp.

VI. PHÒNG BỆNH

Khám răng định kì để phát hiện và điều trị sớm các tổn thương sâu răng để ngăn ngừa biến chứng viêm tủy.

VIÊM LỢI LIÊN QUAN ĐẾN MĂNG BÁM RĂNG**I. ĐỊNH NGHĨA**

Viêm lợi liên quan đến mảng bám răng là tổn thương viêm mạn tính xảy ra ở mô mềm xung quanh răng, nguyên nhân do vi khuẩn trong mảng bám răng gây ra. Tổn thương khu trú ở lợi, không ảnh hưởng tới xương ổ răng và xương răng.

II. NGUYÊN NHÂN

Các bệnh lợi được phân chia làm hai nhóm là các bệnh lợi do mảng bám răng và các tổn thương lợi không do mảng bám răng. Trong bài này chúng tôi đề cập đến bệnh viêm lợi chỉ do mảng bám răng với hai nhóm nguyên nhân:

- Viêm lợi chỉ do mảng bám răng, không có các yếu tố tại chỗ khác phối hợp.
- Viêm lợi do mảng bám răng với các yếu tố tại chỗ phối hợp làm tăng sự tích tụ mảng bám răng, đó là:

- + Hình thể răng bất thường, có nhú men răng gần chân răng.
- + Đường nứt xi măng: Có những đường như bị nứt chạy ngay dưới đường ranh giới men xi măng.
- + Chất hàn thừa, cầu, chụp răng sai quy cách.
- + Tiêu chân răng vùng cổ răng do sang chấn hoặc tổn thương tủy.

III. CHẨN ĐOÁN**1. Chẩn đoán xác định**

Chủ yếu dựa trên các triệu chứng lâm sàng.

a. Toàn thân: Không có biểu hiện gì đặc biệt.

b. Tại chỗ

- Ngoài miệng: Có thể có hạch dưới hàm.
- Trong miệng: Sau trên 2 tuần tiến triển có các tổn thương ở lợi với những đặc điểm lâm sàng:

- + Có mảng bám răng ở răng giáp bờ viền lợi, có thể thấy bằng mắt thường hay chất nhuộm màu mảng bám răng.
- + Thay đổi hình thể của lợi: Bờ lợi, nhú lợi sưng, phù nề, phì đại tạo nên túi lợi giả.
- + Thay đổi màu sắc của lợi: Lợi bình thường màu hồng nhạt chuyển sang màu đỏ nhạt hoặc đỏ sẫm.
- + Độ săn chắc giảm: Bình thường lợi săn chắc, ôm sát cổ răng nhưng khi bị viêm thì giảm độ săn chắc và tính đàn hồi.
- + Chảy máu: Tự nhiên hay khi khám.
- + Tăng tiết dịch túi lợi.
- + Phục hồi lợi sau khi làm sạch mảng bám răng.
- + Hình ảnh mô học là tổn thương viêm.
- + Không có mất bám dính quanh răng.
- + Không có túi lợi bệnh lý.
- + Biểu hiện viêm có thể ở một răng, một nhóm răng hoặc toàn bộ hai hàm.
- + Trường hợp viêm lợi do mảng bám răng với các yếu tố tại chỗ phối hợp làm tăng sự tích tụ mảng bám răng có thể thấy các lợi viêm khu trú ở các răng có hình

thể răng bất thường, có nhú men răng gần chân răng, đường nứt xi măng, chất hàn thừa, cầu, chụp răng sai quy cách hoặc tiêu chân răng vùng cổ răng do sang chấn hoặc tổn thương tủy.

c. Các biểu hiện cận lâm sàng

X quang: Không có hình ảnh tiêu xương ổ răng.

2. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với viêm quanh răng tiến triển chậm.

Triệu chứng	Viêm lợi do mảng bám răng	Viêm quanh răng tiến triển chậm
Có mảng bám răng	+	+
Thay đổi màu sắc lợi	+	+
Thay đổi hình thể lợi	+	+
Chảy máu lợi	+	+
Tăng tiết dịch lợi	+	+
Mất bám dính quanh răng	-	+
Túi lợi bệnh lý	-	+
Tiêu xương ổ răng	-	+

IV. ĐIỀU TRỊ

Điều trị bao gồm các bước sau:

- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng, đây là yếu tố rất quan trọng nhằm loại trừ mảng bám răng là nguyên nhân gây bệnh.
- Làm sạch các chất bám trên bề mặt răng như cao răng, mảng bám và các chất màu
- Dùng nước súc miệng có tác dụng kìm khuẩn hoặc sát khuẩn cho những người không thể làm sạch mảng bám răng bằng các biện pháp cơ học như bị tật, đang phẫu thuật vùng miệng, hàm mặt, mang khí cụ nắn chỉnh răng.
- Loại bỏ các yếu tố tại chỗ phối hợp làm tăng sự tích tụ mảng bám răng: sửa lại chỗ hàn, cầu chụp sai quy cách, hàn răng sâu..
- Phẫu thuật cắt, tạo hình lợi với những trường hợp lợi phì đại, xơ hóa.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Nếu điều trị kịp thời mô lợi có thể phục hồi bình thường, tiên lượng tốt.

2. Biến chứng

Nếu không được điều trị, viêm lợi có thể có các biến chứng sau:

- Áp xe lợi.
- Viêm quanh răng khu trú hoặc lan tỏa.

VI. PHÒNG BỆNH

Để phòng bệnh viêm lợi do mảng bám răng cần thực hiện các biện pháp dưới đây:

- Vệ sinh răng miệng đúng phương pháp: Chải răng sau khi ăn, dùng các biện pháp cơ học khác để làm sạch bề mặt răng, nhất là vùng khe giữa hai răng như chỉ tơ nha khoa, tăm nước.
- Duy trì chế độ dinh dưỡng đầy đủ, hợp lý để tăng sức đề kháng.
- Khám răng định kỳ: Nên 6 tháng khám kiểm tra định kỳ để phát hiện sớm các bệnh răng miệng và loại trừ cao răng, mảng bám răng.

VIÊM QUANH RĂNG TIẾN TRIỂN CHẬM

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm quanh răng tiến triển chậm là hậu quả của sự lan rộng quá trình viêm khởi đầu ở lợi tới tổ chức quanh răng, gây phá hủy xương ổ răng, dây chằng quanh răng và xương răng.

Viêm quanh răng tiến triển chậm thường tiến triển nhiều năm, kéo dài nên còn được gọi là viêm quanh răng ở người lớn hoặc viêm quanh răng do viêm mạn tính.

II. NGUYÊN NHÂN

- Viêm quanh răng tiến triển chậm là bệnh đa yếu tố. Đó là kết quả của sự tương tác nhiều yếu tố phức tạp giữa vật chủ và các tác nhân nhiễm trùng. Sự tiến triển viêm quanh răng là do mất thăng bằng giữa một bên là sự thâm nhập của các vi khuẩn vào hệ thống bám dính và một bên là khả năng bảo vệ của cơ thể vật chủ.
- Viêm quanh răng tiến triển chậm liên quan với sự tích tụ của mảng bám vi khuẩn hay liên quan chặt chẽ với tình trạng vệ sinh răng miệng.
- Mặc dù khả năng miễn dịch của cơ thể có thể thay đổi nhưng viêm quanh răng tiến triển chậm hầu như không liên quan với các thiếu hụt miễn dịch và tình trạng toàn thân bất thường.
- Một số bệnh toàn thân như đái tháo đường, các thay đổi về nội tiết hoặc các thiếu hụt miễn dịch có thể làm biến đổi đáp ứng của vật chủ đối với mảng bám răng đang tồn tại, làm tăng thêm tiến triển viêm quanh răng và làm tăng mức độ và phạm vi phá hủy mô.
- Về mặt vi khuẩn, nhìn chung thì mảng bám dính ở vùng dưới lợi thường có các loài *Actinomyces* và khuẩn lạc chứa các vi khuẩn hình sợi gram dương và gram âm. Mảng bám không dính ở dưới lợi thì có các xoắn khuẩn và các trực khuẩn gram âm chiếm ưu thế.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

a. Lâm sàng

Trên lâm sàng có các thay đổi viêm mạn tính ở lợi và sự có mặt của các túi quanh răng.

- Viêm lợi: là biểu hiện đặc trưng của viêm quanh răng tiến triển chậm. Viêm lợi là do tích tụ mảng bám răng. Viêm lợi với các biểu hiện là lợi thường sưng nề nhẹ đến trung bình và có biểu hiện biến đổi màu sắc từ hồng nhạt sang màu đỏ, lợi dính mất cấu trúc da cam. Có thay đổi hình thể bề mặt lợi như các bờ lợi không còn sắc hoặc tròn và nhú lợi dẹt xuống hoặc lõm, mất vùng lõm ở lợi ở phía trước hai răng liền kề. Trong một số trường hợp, do hậu quả viêm mức độ nhẹ kéo dài, làm cho lợi bờ xơ dày.
- Chảy máu lợi: có thể có chảy máu tự nhiên hoặc dễ chảy máu khi bị kích thích hay chảy máu khi thăm khám
- Dịch rỉ viêm: có thể có dịch rỉ viêm hoặc mủ ở túi lợi. Nếu trường hợp túi quanh răng bị bít kín lại thì mủ không thể dẫn lưu ra được và có thể hình thành áp xe quanh răng. Khi có áp xe quanh răng thì sẽ gây ra đau cho bệnh nhân.
- Mất bám dính quanh răng và tiêu xương ổ răng, hình thành túi lợi bệnh lý hay túi quanh răng với chiều sâu của túi lợi có thể thay đổi khác nhau.

- Lung lay răng: do có tiêu xương ổ răng nên là m cho các răng bị lung lay. Nếu mất nhiều xương và tiến triển kéo dài, có thể còn gây ra di lệch răng.
- Đau: Viêm quanh răng tiến triển chậm thường không gây đau. Đôi khi các chân răng đã bộc lộ nhạy cảm với nóng lạnh. Nhưng có thể có đau âm ỉ khu trú, và có khi lan đến hàm, hoặc có thể thấy lợi nhạy cảm hoặc ngứa. Trường hợp đau cấp do đã tạo thành áp xe quanh răng hoặc có sâu ở các chân răng gây viêm tủy răng.
- Tính chất khu trú: Bệnh viêm quanh răng tiến triển chậm thường có ở toàn bộ hai hàm mặc dù có một vài vùng có thể nặng hơn so với các vùng khác. Các vùng nặng hơn thường liên quan với việc kiểm soát mảng bám kém hơn như vùng chèn chân răng hoặc các răng mọc sai vị trí.

b. Cận lâm sàng

Trên phim X quang có các biểu hiện là :

- Có tiêu xương ổ răng.
- Có thể có di lệch răng.
- Có thể thấy tổn thương mất xương ở vùng chèn giữa các chân răng của các răng nhiều u chân.
- Nếu có phối hợp với sang chấn khớp cắn thì có biểu hiện mất xương có góc và vùng dây chằng quanh răng rõ ràng.

2. Chẩn đoán phân biệt: Viêm quanh răng tiến triển chậm phân biệt với viêm quanh răng tiến triển nhanh bắt đầu ở người lớn.

- Dựa vào bệnh sử và đáp ứng với điều trị.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Phải điều trị loại bỏ đau, nếu có đau.
- Phải trừ được viêm lợi và chảy máu lợi.
- Loại bỏ hoặc giảm túi quanh răng.
- Loại bỏ nhiễm khuẩn và làm ngừng hình thành mủ.
- Ngăn chặn sự phá hủy mô mềm và xương.
- Làm giảm lung lay răng bất thường.
- Loại trừ khớp cắn sang chấn và thiết lập khớp cắn tối ưu.
- Phục hồi lại các tổ chức đã bị phá hủy.
- Tạo lại đường viền lợi sinh lý để bảo vệ mô quanh răng.
- Ngăn ngừa tái phát bệnh.
- Giảm mất răng.

2. Phác đồ điều trị

- Bước 1: Pha điều trị mở đầu
 - + Trong giai đoạn điều trị này, ưu tiên điều trị các cấp cứu về răng miệng như viêm tủy răng cấp, viêm quanh cuống răng cấp, viêm quanh thân răng cấp, áp xe lợi, áp xe quanh răng cấp.
 - + Nhờ các răng không còn hy vọng chữa được và có giải pháp thay thế tạm thời nếu cần hoặc có thể thì hoãn tới một thời gian thuận lợi hơn.
- Bước 2: Điều trị pha 1 (Pha bệnh căn)

- + Kiểm soát mảng bám răng.
 - + Kiểm soát chế độ ăn uống, nhất là ở những bệnh nhân có sâu răng lan.
 - + Lấy cao răng và làm nhẵn chân răng.
 - + Sửa chữa các yếu tố kích thích là các chỗ hàn hoặc các cầu chụp răng hoặc hàm giả sai quy cách.
 - + Hàn sâu răng, nhất là sâu ở mặt bên và sâu cổ răng.
 - + Điều trị chống vi khuẩn: Bằng các biện pháp tại chỗ hoặc toàn thân, hoặc kết hợp cả hai.
 - + Điều trị khớp cắn, loại bỏ khớp cắn sai.
 - + Đặt nẹp hay máng tạm thời để cố định răng trong trường hợp các răng lung lay.
- Bước 3: Đánh giá đáp ứng với điều trị pha 1
- Hẹn bệnh nhân đến khám lại và đánh giá kết quả sau điều trị các yếu tố bệnh căn. Cần kiểm tra lại các tình trạng dưới đây:
- + Chiều sâu túi lợi và tình trạng viêm lợi.
 - + Tình trạng mảng bám răng và cao răng.
 - + Sâu răng.
- Bước 4: Điều trị pha 2 (Pha phẫu thuật)
- Ở lần điều trị này thực hiện các biện pháp điều trị phẫu thuật, có thể bao gồm các loại phẫu thuật dưới đây:
- + Phẫu thuật quanh răng, có thể là nạo lợi, phẫu thuật cắt lợi, phẫu thuật vạt, hoặc các loại phẫu thuật khác.
 - + Đặt Implant.
- Bước 5: Điều trị pha 3 (Pha phục hồi)
- + Làm các phục hồi cuối cùng.
 - + Làm hàm giả cố định hoặc tháo lắp.
- Bước 6: Đánh giá đáp ứng với các thủ thuật phục hồi.
- Khám tình trạng quanh răng, ghi nhận các biểu hiện về đáp ứng quanh răng với các thủ thuật phục hồi, bao gồm:
- + Tình trạng lợi.
 - + Tình trạng túi quanh răng và mức bám dính quanh răng.
 - + Tình trạng xương ổ răng.
 - + Tình trạng lung lay răng.
- Bước 7: Điều trị pha 4 (Pha duy trì)
- + Gọi bệnh nhân đến khám lại theo định kỳ và kiểm tra về.
 - + Mảng bám răng và cao răng.
 - + Tình trạng lợi: tình trạng túi lợi và viêm lợi.
 - + Tình trạng khớp cắn.
 - + Mức độ lung lay răng.
 - + Các thay đổi bệnh lý khác.
 - + Chú ý hướng dẫn bệnh nhân về các biện pháp kiểm soát mảng bám răng.
 - + Điều trị ngay khi có các biểu hiện tái phát viêm quanh răng và loại bỏ các yếu tố bệnh nguyên mới xuất hiện.

3. Các biện pháp điều trị tại chỗ**a. Loại trừ các kích thích tại chỗ**

- Lấy sạch cao răng và làm nhẵn chân răng
- Kiểm soát mảng bám răng
 - + Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.
 - + Chải răng.
 - + Thực hiện các biện pháp làm sạch kẽ răng: Dùng chỉ tơ nha khoa, bàn chải kẽ răng, tăm đúng cách.
 - + Phun nước để loại bỏ cặn thức ăn.
 - + Kiểm soát mảng bám răng bằng phương pháp hoá học như dùng nước súc miệng Chlohexidine.

b. Loại trừ các yếu tố tại chỗ khác

- Hàn các răng sâu, nhất là các răng sâu ở mặt bên.
- Sửa lại các cầu chụp răng sai quy cách gây tích tụ mảng bám hoặc gây sang chấn.
- Sửa lại các hàm giả sai quy cách.
- Nhổ các chân răng, các răng lung lay quá mức, các răng có biểu hiện nhiễm trùng mà không cứu được.
- Sửa lại các chỗ hình thể răng dễ gây sang chấn khi ăn nhai.
- Xử trí các răng lệch lạc bằng cách nắn chỉnh răng hoặc nhổ bỏ.
- Liên kết các răng lung lay.
- Phẫu thuật cắt phanh môi, phanh má bám thấp.

c. Chống viêm

Các biện pháp bảo tồn: dùng thuốc bôi tại chỗ. Các thuốc bôi tại chỗ có tác dụng giảm đau, kích thích tái tạo mô, sát khuẩn và chống viêm.

d. Phẫu thuật: trong một số trường hợp có thể phải phẫu thuật để loại bỏ túi quanh răng.

V. TIẾN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Tốc độ tiến triển chậm vì vậy các biểu hiện lâm sàng trở nên rõ rệt ở tuổi từ 35 trở lên. Tốc độ tiến triển có thể khá khác nhau.
- Ở các vị trí khác nhau trong miệng thì mức độ tiến triển của bệnh không ngang nhau. Có chỗ duy trì tĩnh trong một thời gian dài. Trái lại, có khu vực lại tiến triển nhanh hơn. Các tổn thương tiến triển nhanh hơn này sinh thường xuyên hay gặp ở vùng kẽ răng và thường liên quan với vùng tích tụ mảng bám răng nhiều hơn và khó kiểm soát mảng bám răng như các vùng kẽ chân răng, các bờ phục hồi nhô ra, các vị trí răng sai tư thế, hoặc các vùng kẹt thức ăn.
- Ở các vị trí không kiểm soát được mảng bám răng, bệnh có thể tiếp tục tiến triển và dẫn tới mất răng.

VI. PHÒNG BỆNH

- Kiểm soát mảng bám răng:
 - + Các biện pháp cơ học: Chải răng đúng cách, làm sạch kẽ răng bằng chỉ nha khoa, bàn chải kẽ..., làm sạch bằng phương tiện phun tưới.
 - + Phương pháp hóa học: dùng nước súc miệng kháng khuẩn hàng ngày.
- Chế độ ăn uống cân bằng, sử dụng các thức ăn có lợi cho lợi.

- Khám răng định kỳ để phát hiện và điều trị kịp thời những tổn thương sớm vùng quanh răng.

VIÊM LỢI LOÉT HOẠI TỬ CẤP TÍNH (Acute Necrotizing Ulcerative Gingivitis)

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm lợi loét hoại tử cấp tính là bệnh nhiễm khuẩn cấp tính ở lợi với các tổn thương đặc trưng là sự loét và hoại tử ở mô lợi.

II. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân gây viêm lợi loét hoại tử cấp tính là do sự bùng phát của các loại vi khuẩn gây bệnh trong miệng (VD: cầu khuẩn và xoắn khuẩn *Fusobacterium*, *Prevotella intermedia*, *Porphyromonas gingivalis*), sự bùng phát này hay gặp ở những người có nguy cơ cao.....

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Các triệu chứng lâm sàng

a. Toàn thân

- Sốt.
- Người mệt mỏi.
- Biếng ăn.

b. Tại chỗ

- Ngoài miệng: có thể có hạch dưới hàm.
- Trong miệng:
 - + Tổn thương loét và hoại tử ở vùng viền lợi và nhú lợi: tổn thương loét hoại tử tiến triển nhanh bắt đầu ở nhú lợi và lan sang viền lợi, tạo vết lõm ở trung tâm, tổn thương hoại tử thường có hình đáy chén. Tổn thương có giới hạn rõ ràng và thường không lan tới lợi dính.
 - + Giả mạc: trên vùng tổn thương hoại tử phủ một lớp màng màu trắng, được cấu tạo bởi bạch cầu, mô hoại tử, fibrin. Khi lớp giả mạc được lấy đi sẽ làm tổn thương chảy máu.
 - + Đường viền ban đỏ: nằm giữa vùng hoại tử và mô lợi còn tương đối lành.
 - + Chảy máu tự nhiên hoặc khi va chạm.
 - + Đau nhức vừa phải khi bệnh tiến triển nặng thì đau nhiều hơn, đau tăng khi ăn nhai, kèm theo tăng tiết nước bọt.
 - + Miệng rất hôi.

1.2. Các triệu chứng cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: Bạch cầu tăng, máu lắng tăng...
- Cây vi khuẩn:
- X quang: Không có tổn thương xương ổ răng.

2. Chẩn đoán phân biệt

Viêm lợi loét hoại tử cấp cần phân biệt với viêm lợi miệng Herpes cấp.

	Viêm lợi loét hoại tử cấp tính	Viêm lợi miệng Herpes cấp
Nguyên nhân	Chưa rõ .	Do virus <i>Herpes</i> .
Đặc điểm	Gây hoại tử lợi.	Gây hồng ban, mụn nước.
Hình thái	Tổn thương lõm hình chén nước.	Tổn thương dạng mụn, có màng giả.
Vị trí	Thường ở nhu và viên lợi.	Thấy ở lợi, niêm mạc miệng, môi.
Tuổi	Ít gặp ở trẻ em.	Thường gặp ở trẻ em.
Tiến triển	Thời gian tiến triển không xác định.	Sau 7 đến 10 ngày tự khỏi.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Lần 1: Điều trị phải được giới hạn ở các vùng liên quan tới tình trạng cấp tính.

- Cách ly và làm khô tổn thương bằng gòn bông.
- Giảm đau tại chỗ.
- Lấy giả mạc và các cặn không dính ở bề mặt tổn thương.
- Làm sạch vùng tổn thương bằng nước ấm.
- Có thể lấy cao răng trên lợi nông bằng máy siêu âm.
- Cho bệnh nhân súc miệng bằng hỗn dịch nước oxy già ấm 2 giờ/1 lần theo công thức trộn một cốc nước ấm với Ôxy già 3% theo tỷ lệ 1:1.
- Cho bệnh nhân súc miệng Chlohexidine 0,12% , mỗi ngày 2 lần.
- Trường hợp viêm lợi loét hoại tử trung bình, nặng, có hạch và các triệu chứng toàn thân thì dùng kháng sinh phối hợp.
- Lưu ý:
 - Không được lấy cao răng dưới lợi hoặc nạo túi lợi vì có thể gây nhiễm khuẩn máu.
 - Các thủ thuật nhổ răng hoặc phẫu thuật quanh răng phải trì hoãn sau khi hết triệu chứng 4 tuần.
- Hướng dẫn bệnh nhân:
 - + Xúc miệng bằng hỗn dịch nước Ôxy già ấm 2 giờ/1 lần theo công thức trộn một cốc nước ấm với Ôxy già 3% theo tỷ lệ 1:1.
 - + Xúc miệng Chlohexidine 0,12%, mỗi ngày 2 lần.
 - + Không hút thuốc, không uống rượu, không ăn đồ gia vị.
 - + Hạn chế chải răng.
 - + Tránh gắng sức quá mức.

2. Lần 2: Thường sau 1-2 ngày. Việc điều trị lần này tùy thuộc vào tình trạng bệnh nhân và tình trạng tổn thương.

- Có thể lấy cao răng nhẹ nhàng bằng máy siêu âm. Tránh làm sang chấn các tổn thương đang hồi phục.

- Hướng dẫn bệnh nhân như lần 1.
- 3. Lần 3: Sau lần 2 từ 1 đến 2 ngày.
- Lấy cao răng và làm nhẵn chân răng.
- Hướng dẫn bệnh nhân:
 - + Ngừng súc miệng nước Ôxy già.
 - + Duy trì súc miệng Chlohexidine 0,12% thêm 2 đến 3 tuần.
 - + Thực hiện các biện pháp kiểm soát mảng bám răng.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Nếu được điều trị đúng phác đồ thì tình trạng bệnh mô lợi phục hồi tốt.
- Khi tiến triển đến giai đoạn nặng mô lợi bị hoại tử tạo cơ hội phá hủy các cấu trúc quanh răng khác.

VI. PHÒNG BỆNH

- Duy trì chế độ dinh dưỡng đầy đủ, hợp lý.
- Vệ sinh răng miệng đúng phương pháp.
- Khám răng định kỳ.

BỆNH SÂU RĂNG

(Tooth Decay/ Dental caries)

I. ĐỊNH NGHĨA

Sâu răng là tình trạng tổn thương mất mô cứng của răng do quá trình hủy khoáng gây ra bởi vi khuẩn ở mảng bám răng.

II. NGUYÊN NHÂN

Do các men của vi khuẩn ở mảng bám răng tác động lên các thức ăn có nguồn gốc Gluxit còn dính lại ở bề mặt răng, chuyển hóa thành axit. Khi môi trường axit có $\text{pH} < 5,5$ thì gây ra tổn thương hủy khoáng làm mất mô cứng của răng và gây ra sâu răng.

- Chủng vi khuẩn có khả năng gây sâu răng cao nhất trong nghiên cứu thực nghiệm là *Streptococcus mutans*. Một số chủng vi khuẩn khác như *Actinomyces*, *Lactobacillus*... cũng được xác định có khả năng gây ra sâu răng.

- Một số yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng sâu răng:

+ Men răng

Men răng thiếu sản hay men răng kém khoáng hóa dễ bị huỷ khoáng hơn và ảnh hưởng đến tiến triển của tổn thương sâu răng.

+ Hình thể răng

Các răng có hố rãnh sâu có nguy cơ sâu răng cao do sự tập trung của mảng bám răng và khó làm sạch mảng bám răng. Có một tỷ lệ cao các trường hợp sâu răng được bắt đầu từ hố rãnh tự nhiên của các răng.

+ Vị trí răng

Răng lệch lạc làm tăng khả năng lưu giữ mảng bám vì thế dễ bị sâu răng hơn.

+ Nước bọt

Dòng chảy và tốc độ chảy của nước bọt là yếu tố làm sạch tự nhiên để loại bỏ các mảnh vụn thức ăn còn sót lại. Tạo một lớp màng mỏng trên bề mặt của răng từ nước bọt có vai trò như một hàng rào bảo vệ men răng khỏi pH nguy cơ. Ngoài ra nước bọt còn có vai trò đệm làm giảm độ toan của môi trường quanh răng và có tác dụng đề kháng với sâu răng. Nước bọt còn là nguồn cung cấp các chất khoáng, hỗ trợ quá trình tái khoáng để có thể phục hồi các tổn thương sâu răng sớm.

+ Chế độ ăn nhiều đường, thói quen ăn uống trước khi đi ngủ hay bú bình kéo dài đều làm tăng nguy cơ sâu răng.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Chẩn đoán các tổn thương sâu răng sớm

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng.

- Các dấu hiệu lâm sàng:

+ Vùng tổn thương sâu răng sớm xuất hiện các vết trắng khi thổi khô bề mặt.

+ Thay đổi màu sắc vùng tổn thương khi chiếu đèn sợi quang học. Vùng tổn thương là một vùng tối trên nền ánh sáng trắng của men răng bình thường.

- + Có biểu hiện thay đổi chỉ số huỷ khoáng khi sử dụng đèn Laser huỳnh quang. Vùng tổn thương biểu hiện mức độ mất khoáng tương ứng với giá trị từ 10 đến 20 khi đo bằng thiết bị Laser huỳnh quang.
- X quang: Không có dấu hiệu đặc trưng trên X quang.

1.2. Chẩn đoán sâu răng giai đoạn hình thành lỗ sâu

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng và/ hoặc X quang:

a. Triệu chứng cơ năng

Ê buốt ngà: ê buốt khi có các chất kích thích tác động vào vùng tổn thương như nóng, lạnh, chua, ngọt. Khi hết kích thích thì hết ê buốt.

b. Triệu chứng thực thể

- Tổn thương mất mô cứng của răng
 - + Vị trí: có thể gặp ở tất cả các mặt của răng.
 - + Độ sâu: < 4mm, chưa tổn thương đến tuỷ răng.
 - + Đáy: có thể nhìn bóng hay nhiều ngà mủn tuỷ vào giai đoạn tiến triển.
 - + Màu sắc: thường sẫm màu, có màu nâu hoặc đen.
 - + Kích thước: thường trong giới hạn một răng nhưng đôi khi lan sang răng bên cạnh với những lỗ sâu mặt bên.
- Trường hợp tổn thương mất mô cứng rất nhỏ, không biểu hiện rõ thành lỗ sâu thì khi dùng thăm châm thăm khám có thể tìm thấy tổn thương với dấu hiệu mất thăm châm.
- Nghiệm pháp thử tuỷ
 - + Thổi bằng hơi: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thổi.
 - + Thử lạnh: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thử.
 - + Thử nóng: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thử.

c. X quang: Có hình ảnh thấu quang vùng tổn thương sâu răng.

2. Chẩn đoán phân biệt

Các tổn thương sâu răng sớm chẩn đoán phân biệt với thay đổi màu sắc răng không do sâu răng dựa vào các triệu chứng dưới đây:

Triệu chứng	Sâu răng sữa giai đoạn sớm	Thay đổi màu sắc răng không do sâu
Màu sắc	Màu trắng đục, nâu vàng trên men răng.	Màu trắng đục, nâu vàng trên men, ngà răng.
Vị trí	- Hố rãnh mặt nhai, mặt gần, xa, mặt ngoài hoặc mặt trong các răng hàm sữa. - Mặt gần, xa, mặt ngoài hoặc mặt trong các răng cửa và răng nanh sữa.	Toàn bộ mặt răng, có thể ở một răng do bị chấn thương gây chết tuỷ, hoặc trên nhiều răng do thiếu sản men răng sữa, có tính chất đối xứng.
Ê buốt ngà	Không ê buốt ngà khi có kích thích.	Không ê buốt ngà khi có kích thích.

Các tổn thương sâu răng đã hình thành lỗ sâu chẩn đoán phân biệt với viêm tủy răng, tủy hoại tử dựa vào các triệu chứng dưới đây:

Triệu chứng	Sâu răng	Viêm tủy răng	Tủy hoại tử
Đau, ê buốt tự nhiên	Không có đau tự nhiên.	Đau tự nhiên từng cơn, đau nhiều về đêm.	Không có đau tự nhiên.
Đau, ê buốt khi ăn các chất kích thích như nóng, lạnh, chua, ngọt...	Ê buốt ngay khi có kích thích nóng, lạnh, chua, ngọt. Hết kích thích thì hết ê buốt.	Đau tăng lên. Khi hết các chất kích thích, đau vẫn tiếp tục kéo dài thêm.	Không đau, không ê buốt khi có kích thích.
Tổn thương mô cứng răng	Có lỗ sâu.	Lỗ sâu to, nhiều ngà mủn, làm sạch có thể thấy ánh hồng hoặc tủy hờ.	Có lỗ sâu, có tổn thương tổ chức cứng lộ ngà.
Gõ dọc	Không đau.	Đau nhẹ.	Đau nhẹ.

Gõ ngang	Không đau.	Đau nhiều.	Không đau.
Thử tủy	Có đau, sớm hết đau khi hết kích thích.	Đau nhiều và còn kéo dài thêm khi ngừng kích thích.	Không đau.
X quang	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Đối với các trường hợp tổn thương sâu răng sớm thì cung cấp các yếu tố nhằm tăng cường quá trình tái khoáng, ngăn chặn hủy khoáng để phục hồi các tổn thương.
- Đối với các trường hợp đã tạo thành lỗ sâu thì phải lấy bỏ toàn bộ mô nhiễm khuẩn, bảo vệ tủy và hàn kín phục hồi mô cứng bằng các loại vật liệu thích hợp.

2. Điều trị

a. Tổn thương sâu răng sớm

- Tái khoáng hóa
 - + Liệu pháp Flour: dùng Fluor có độ tập trung cao ở dạng gel, dung dịch hoặc véc ni áp lên bề mặt vùng tổn thương để tái khoáng.
 - + Hướng dẫn bệnh nhân chải răng với kem răng có Fluor.

b. Tổn thương đã hình thành lỗ sâu

- Hàn kín lỗ sâu phục hồi mô cứng
 - + Lấy ngà mủn.
 - + Sửa soạn thành lỗ sâu.
 - + Sửa soạn đáy lỗ sâu.
 - + Làm sạch lỗ sâu.
 - + Hàn lót che phủ bảo vệ tủy.
 - + Hàn kín phục hồi mô cứng: chọn vật liệu và màu sắc vật liệu.
 - + Hoàn thiện.
- Hướng dẫn kiểm soát mảng bám răng để phòng sâu tái phát ở vùng ranh giới.
- Hẹn kiểm tra định kỳ.

V. BIẾN CHỨNG

- Viêm tủy răng.
- Viêm quang cuống răng.

VI. PHÒNG BỆNH

- Áp dụng các biện pháp cơ học kiểm soát mảng bám răng như chải răng với kem Fluor và chỉ tơ nha khoa.
- Trám bít hố rãnh ở các răng vĩnh viễn có nguy cơ sâu răng như các hố rãnh tự nhiên sâu khó kiểm soát mảng bám.
- Đối với các trường hợp có nguy cơ sâu răng cao thì áp dụng các chế phẩm có độ tập trung Fluor cao do thầy thuốc thực hiện.
- Hướng dẫn chế độ ăn uống có tác dụng dự phòng sâu răng.
- Khám và kiểm tra răng miệng định kỳ để phát hiện và điều trị sớm.

TỖN THƯƠNG MÔ CỨNG CỦA RĂNG KHÔNG DO SÂU

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tổn thương mô cứng của răng bao gồm tổn thương men răng hoặc tổn thương cả men và ngà răng hoặc tổn thương xương răng mà không phải do sâu răng và thường do nhiều nguyên nhân khác nhau. Nếu không điều trị kịp thời thì các tổn thương này có thể dẫn tới viêm tủy răng.

II. NGUYÊN NHÂN

- Mòn răng
- Mòn răng - răng: Có thể là sinh lý hay bệnh lý, tác nhân nội tại thường là trụ men của các răng đối diện, do khớp cắn bất thường hoặc nghiến răng.
- Mài mòn: Là tác động của lực ma sát từ các tác nhân ngoại lai, có thể do chải răng quá mạnh, cắn các vật cứng, hoặc thứ phát sau mài mòn hóa học.
- Mòn hóa học: Do các hóa chất như trong hội chứng trào ngược dạ dày, làm ắc quy, tiếp xúc với khí ga, axit...
- Tiêu cổ răng: Do răng xoay trục hoặc cản trở cắn sang bên.
- Tổn thương do rối loạn quá trình phát triển răng
- Tại chỗ.
- Nhiễm khuẩn, sang chấn làm rối loạn chức năng nguyên bào tạo men có thể từ răng sữa.
- Điều trị tia xạ
- Do môi trường
 - + Trước sinh: Mẹ mắc giang mai, Rubella hoặc nhiễm Fluor từ mẹ.
 - + Khi sinh: Do tan máu bẩm sinh, thiếu Canxi, trẻ sinh non.
 - + Sau sinh: Thường gặp trong nhiễm khuẩn trầm trọng, nhiễm Fluor, thiếu dinh dưỡng...
- Do di truyền
 - + Tạo men không hoàn chỉnh bẩm sinh (bệnh chỉ xảy ra ở răng).
 - + Tổn thương phối hợp với các bệnh toàn thân: Hội chứng loạn sản ngoại bì, hội chứng Down.
- Nứt vỡ răng: Thường gặp do chấn thương.
- Tiêu chân răng
 - + Ngoại tiêu: Thường gặp do các kích thích trong thời gian ngắn như chấn thương, di chuyển răng trong chỉnh nha, các phẫu thuật vùng quanh răng hoặc điều trị vùng quanh răng.
 - + Nội tiêu: Có thể do chấn thương, nhiệt, viêm tủy mạn tính...

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

a. Mòn răng: mòn từ rìa cắn răng cửa trước sau đó mòn đến múi chịu các răng hàm

- Tốc độ của ngà nhanh hơn tốc độ mòn men nên tổn thương có dạng hình lõm đáy chén
- Các tổn thương của hai răng đối đầu thường khớp khít vào nhau.
- Mức độ mòn nhiều gây nhạy cảm răng

- Tổn thương mòn hóa học nằm ở các răng gần nhau nơi có axit phá hủy, làm bề mặt men trở nên trong suốt.
- Tiêu cổ răng là tổn thương lõm hình chêm ở cổ răng tại đường ranh giới xi măng- ngà.

b. Tổn thương do rối loạn phát triển răng

- Men răng mỏng như thủy tinh, để lộ màu ngà răng (thiếu sản men).
- Men răng mềm, tính chất như phấn, nhanh chóng bị mòn để lộ ngà trên bề mặt (men răng kém khoáng hóa hoặc chưa trưởng thành).
- Răng có màu từ xám xanh đến nâu hổ phách (thiếu sản ngà, tạo ngà không hoàn chỉnh..).
- Nhiễm màu răng: răng có màu nâu đỏ do nhiễm porphyrin, màu từ vàng, nâu xám sậm hoặc xanh lơ, đỏ tía tùy mức độ nhiễm tetracycline...
- Nứt vỡ răng: khám răng có thể thấy đường rạn răng, đường nứt răng hoặc vỡ thân răng ...
- Tiêu chân răng: tiêu nhẹ không có triệu chứng, nếu tiêu nhiều gây đau, thăm khám thấy xuất hiện u hạt.

2. Cận lâm sàng

- Tổn thương do rối loạn phát triển răng: Men răng có độ cản quang gần giống với ngà răng (men răng kém khoáng hóa..), thân răng hình cầu, chân răng hẹp, ngắn, tủy chân răng thường tắc (tạo ngà không hoàn chỉnh...).
- Tiêu chân răng: hình ảnh thấu quang hai bên chân răng (ngoại tiêu) hoặc trong ống tủy có hình cầu (nội tiêu).

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Điều trị theo nguyên nhân và phục hồi tổ chức bị mất.

2. Sơ đồ/phác đồ điều trị

Loại bỏ nguyên nhân gây tổn thương sau đó chọn lựa phương pháp phục hồi thích hợp.

3. Điều trị cụ thể

- Mòn răng:
 - + Sử dụng máng chống nghiền cho bệnh nhân nghiền răng, điều chỉnh các điểm cản trở cắn và các điểm chạm sớm.
 - + Thay đổi thói quen xấu trong chải răng.
 - + Thay đổi chế độ ăn, loại bỏ thức ăn, đồ uống có axit.
 - + Tiến hành phục hồi tổ chức răng đã mất bằng phương pháp phù hợp như hàn răng, làm chụp bọc, Inlay, Onlay...
- Tổn thương do rối loạn phát triển răng:
 - + Dự phòng các biến chứng như mòn răng, vỡ răng, hở tủy và đảm bảo tính thẩm mỹ bằng phương pháp phù hợp như hàn Composite, phục hình bằng chụp, Veneer, Inlay, Onlay.
 - + Điều trị biến chứng hở tủy nếu có.
 - + Có thể tiến hành tẩy trắng răng khi răng bị nhiễm màu.
 - + Nứt vỡ răng: phục hồi thân răng và điều trị tủy nếu hở tủy.
 - + Tiêu chân răng: loại bỏ u hạt, điều trị tủy, hàn phục hồi ...

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Mòn nhiều gây hở tủy và viêm tủy.

VI. PHÒNG BỆNH

- Thay đổi thói quen xấu gây mòn răng.
- Phục hồi thân răng để dự phòng bệnh tiến triển nặng thêm.

VIÊM TỦY RĂNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tủy là tình trạng tổn thương nhiễm trùng mô tủy răng, làm tăng áp lực nội tủy, chèn ép vào các tận cùng thần kinh gây ra triệu chứng đau và tổn thương mô tủy.

II. NGUYÊN NHÂN

- Vi khuẩn: thường xâm nhập vào tủy qua lỗ sâu. Phản ứng viêm thường xuất hiện khi các vi khuẩn gây sâu răng xâm nhập vào tủy qua ống ngà. Vi khuẩn cũng có thể xâm nhập vào mô tủy qua ống ngà nếu có hiện tượng mòn răng - răng, nứt, rạn vỡ....
- Nhân tố hóa học: các chất hoá học có thể tác động trực tiếp tới vùng hở tủy hoặc có thể khuếch tán qua ngà răng đã thay đổi tính thấm sau hàn.
- Kích thích vật lý: áp lực, tốc độ, kích thước mũi khoan cũng như nhiệt độ trong quá trình tạo lỗ hàn ảnh hưởng đến mô tủy.
- Chấn thương khí áp: là hiện tượng đau tủy có thể xảy ra khi tăng hoặc giảm áp lực đột ngột.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Viêm tủy có hồi phục

1.1. Chẩn đoán xác định

a. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng
 - + Viêm tủy có hồi phục có thể không biểu hiện triệu chứng.
 - + Nếu có thường là các triệu chứng đặc thù: nhạy cảm với các kích thích nóng lạnh, không khí. Chỉ kéo dài vài giây hoặc vài chục giây sau khi loại bỏ kích thích.
 - + Kích thích nóng đáp ứng ban đầu có thể chậm nhưng cường độ nhạy cảm tăng lên khi nhiệt độ tăng. Đối với các kích thích lạnh thì thường ngược lại.
- Triệu chứng thực thể
 - + Có lỗ sâu.
 - + Có tổn thương tổ chức cứng lộ ngà.
 - + Lỗ hở tủy do tai nạn trong điều trị.
 - + Răng không đổi màu.
 - + Gõ không đau.

b. Cận lâm sàng

- X quang: có biểu hiện các tổn thương mô cứng, khoảng dây chằng quanh răng bình thường.
- Thử nghiệm tủy: bình thường hoặc có thể nhạy cảm mức độ nhẹ.

1.2. Chẩn đoán phân biệt

Viêm tủy có hồi phục chẩn đoán phân biệt với sâu ngà sâu và viêm tủy không hồi phục: Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng.

2. Viêm tủy không hồi phục

2.1. Chẩn đoán xác định

a. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng: Đau với các tính chất dưới đây:

- + Đau tự nhiên, từng cơn.
- + Thời gian cơn đau: Có thể kéo dài hàng giờ hoặc đôi khi chỉ ngắn trong vòng vài phút, hoặc rất ngắn làm cho tính chất cơn đau gần như liên tục.
- + Tính chất lan truyền: Cơn đau thường lan lên nửa đầu, nửa mặt cùng bên, bệnh nhân thường chỉ khu trú được vùng đau chứ không xác định được răng đau.
- + Đau khi có các tác nhân kích thích tác động và kéo dài sau khi đã hết tác nhân kích thích.
- Triệu chứng thực thể
 - + Lỗ sâu trên mô cứng của răng: răng có thể có lỗ sâu giai đoạn tiến triển, đáy nhiều ngà mềm, ngà mủn, có thể có điểm hở tủy.
 - + Vết rạn nứt răng: có thể có sau sang chấn mạnh.
 - + Mòn mặt răng: cũng có thể có.
 - + Lỗ hình chêm ở cổ răng: có thể có.
 - + Hở tủy răng.
 - + Gõ ly tâm từng nướu răng hoặc thực hiện nghiệm pháp cắn bệnh nhân đau.
 - + Đường nứt ngấm màu bông xanh metylen.
 - + Răng có hiện tượng gián đoạn dẫn quang qua đường nứt khi chiếu đèn.
 - + Có thể không thấy lỗ sâu có biểu hiện viêm quanh răng toàn bộ, một răng hay một nhóm răng gây viêm tủy ngược dòng.
 - + Gõ răng chỉ nhạy cảm khi có viêm lan tỏa tới vùng cuống và dây chằng quanh răng.
 - + Thử nghiệm tủy: dương tính, ngưỡng thấp, kéo dài đáp ứng sau thử nghiệm.

b. Cận lâm sàng

- X quang: có thể có lỗ sâu mặt bên, mặt nhai, sâu tái phát dưới chất hàn sát hoặc thông với mô tủy, vùng cuống có phản ứng nhẹ, dây chằng hơi giãn rộng.
- Cũng có thể nhìn thấy hình ảnh nứt vỡ răng liên quan với buồng tủy.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm tủy có hồi phục.
- Viêm quanh cuống răng cấp.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Viêm tủy có hồi phục

Chụp tủy bằng Hydroxit canxi hoặc MTA. Sau đó hàn kín phía trên bằng Eugenat cứng nhanh, GIC.

- Sửa soạn xoang hàn:
 - + Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng bờ men, bộc lộ rõ xoang sâu.
 - + Dùng mũi khoan thích hợp lấy bỏ mô ngà hoại tử.
 - + Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.
 - + Làm khô xoang hàn.
- Đặt Hydroxit canxi:
 - + Dùng que hàn lấy Hydroxit canxi hoặc MTA và đặt phủ kín đáy xoang hàn từng lớp từ 1-2mm.
 - + Dùng gòn bông nhỏ lèn nhẹ và làm phẳng bề mặt Hydroxit canxi.

- Hàn phục hồi xoang hàn:
 - + Dùng vật liệu thích hợp như Composite, GIC, Amalgam... phục hồi phần còn lại của xoang hàn.
 - + Kiểm tra khớp cắn.
 - + Hoàn thiện phần phục hồi Composite hoặc Amalgam.

2. Viêm tủy không hồi phục

a. Điều trị tủy lấy tủy toàn bộ với nguyên tắc

- Vô trùng.
- Làm sạch và tạo hình ống tủy.
- Hàn kín hệ thống ống tủy theo không gian ba chiều.

b. Các bước điều trị tủy

- Bước 1: Vô cảm khi tuỷ răng sống bằng gây vùng hoặc gây tê tại chỗ với Xylocain 2%.
- Bước 2: Mở tủy, lấy tủy buồng, tủy chân.
 - + Dùng mũi khoan kim cương đầu tròn mở đường vào buồng tủy.
 - + Dùng mũi khoan Endo Z để mở toàn bộ trần buồng tủy.
 - + Lấy tủy buồng và tủy chân bằng châm gai.
- Bước 3: Thăm dò số lượng, kích thước ống tủy bằng các dụng cụ thích hợp.
- Bước 4: Xác định chiều dài làm việc của ống tủy.
- Bước 5: Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy .
 - + Tạo hình bằng các phương pháp tạo hình như: Stepback, Stepdown và phương pháp lai. Sử dụng các trâm xoay máy và trâm xoay cầm tay để tạo hình làm rộng hệ thống ống tủy.
 - + Làm sạch hệ thống ống tủy bằng các dung dịch: nước muối sinh lý, Ôxy già 3V, Natri hypoclorid 2,5-5 %.
- Bước 6: Chọn, thử côn gutta-percha chính.
- Bước 7: Chụp X quang kiểm tra.
- Bước 8: Hàn kín hệ thống ống tủy bằng các kỹ thuật lèn dọc, lèn ngang với gutta-percha nóng, nguội.
- Bước 9: Hàn kín buồng tủy và phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Biến chứng gần: Viêm quang cuống, u hạt, nang chân răng.
- Biến chứng xa: Viêm xoang hàm, viêm nội tâm mạc.

VI. PHÒNG BỆNH

- Chẩn đoán và điều trị bệnh lý tủy kịp thời.
- Khám răng định kỳ 6 tháng 1 lần.

VIÊM QUANH CUỐNG RĂNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tổn thương viêm của các thành phần mô quanh cuống răng. Đây là tổn thương nhiễm khuẩn bao gồm cả các vi khuẩn ái khí và yếm khí, xâm nhập từ mô tủy viêm hoặc mô nha chu viêm, gây ra phản ứng viêm của các thành phần của mô quanh cuống răng.

II. NGUYÊN NHÂN

1. Do nhiễm khuẩn

- Do viêm tủy, tủy hoại tử gây biến chứng viêm quanh cuống răng
Quá trình viêm tủy do các vi khuẩn xâm nhập từ lỗ sâu giải phóng hàng loạt các chất có độc tính vào mô quanh cuống bao gồm:

- + Nội độc tố và ngoại độc tố của vi khuẩn.
- + Các enzyme tiêu protein, phosphatase acid, β – glucuronidase và arylsulfatase.
- + Các enzyme tiêu cấu trúc sợi chun và sợi tạo keo.
- + Prostaglandin và interleukin 6 gây tiêu xương.

- Do viêm quanh răng, vi khuẩn từ mô quanh răng xâm nhập vào vùng cuống răng.

2. Do sang chấn răng

- Sang chấn cấp tính: sang chấn mạnh lên răng gây đứt các mạch máu ở cuống răng, sau đó có sự xâm nhập của vi khuẩn dẫn tới viêm quanh cuống, thường gây viêm quanh cuống cấp tính.

- Sang chấn mạn tính: các sang chấn nhẹ như sang chấn khớp cắn, núm phụ, sang chấn do tật nghiến răng, do thói quen xấu như cắn chỉ, cắn đinh,... lặp lại liên tục và gây ra tổn thương viêm quanh cuống mạn tính.

3. Do sai sót trong điều trị

- Do chất hàn thừa, chụp quá cao gây sang chấn khớp cắn.

- Do sai sót trong điều trị tủy:

- + Trong khi lấy tủy và làm sạch ống tủy đẩy chất bẩn ra vùng cuống gây bội nhiễm.
- + Tắc ống tủy do các tác nhân cơ học như gãy dụng cụ hoặc do các tác nhân hữu cơ như tạo nút ngà mùn trong lòng ống tủy.
- + Lạc đường gây thủng ống tủy.
- + Xé rộng hoặc di chuyển lỗ cuống răng.
- + Các tổ chức nhiễm khuẩn bị đẩy vào vùng cuống trong quá trình điều trị hoặc các dị vật như sợi cellulose từ côn giấy, bột tan từ găng tay,...

+ Các vi khuẩn trong khoang tủy kháng lại các chất sát trùng ống tủy ở các răng điều trị tủy lại.

+ Dùng thuốc sát khuẩn quá mạnh hoặc có tính kích thích mạnh vùng cuống như: Trioxymethylen.

- + Các chất hàn quá cuống là vị trí lưu vi khuẩn.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Viêm quanh cuống cấp

1.1. Chẩn đoán xác định

a. Lâm sàng

- Toàn thân: Bệnh nhân mệt mỏi, sốt cao $\geq 38^{\circ}\text{C}$, có dấu hiệu nhiễm trùng như môi khô, lưỡi bẩn, có thể có phản ứng hạch ở vùng dưới hàm hoặc dưới cằm.
- Cơ năng
 - + Đau nhức răng: đau tự nhiên, liên tục dữ dội, lan lên nửa đầu, đau tăng khi nhai, ít đáp ứng với thuốc giảm đau, bệnh nhân có thể xác định rõ vị trí răng đau.
 - + Cảm giác chồi răng: răng đau chạm trước khi cắn làm bệnh nhân không dám nhai.
- Thực thể
 - + Thường thấy vùng da ngoài tương ứng răng tổn thương sưng nề, đỏ, không rõ ranh giới, ấn đau, có hạch tương ứng, ấn đau.
 - + Răng có thể đổi màu hoặc không đổi màu,
 - + Khám thường thấy tổn thương do sâu chưa được hàn, hoặc răng đã được điều trị, hoặc những tổn thương khác không do sâu.
 - + Răng lung lay rõ, thường độ 2 hoặc 3.
 - + Gõ dọc răng đau dữ dội so với gõ ngang.
 - + Niêm mạc ngách lợi tương ứng vùng cuống răng sưng nề, đỏ, ấn đau, mô lỏng lẻo.
 - + Thử nghiệm tủy: âm tính với thử điện và nhiệt do tủy đã hoại tử.

b. Cận lâm sàng

- X quang: Có thể có hình ảnh mờ vùng cuống, ranh giới không rõ và giãn rộng dây chằng quanh cuống.
- Xét nghiệm máu: Bạch cầu đa nhân trung tính tăng, máu lắng tăng....

1.2. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với viêm tủy răng cấp:

Triệu chứng	Viêm tủy cấp	Viêm quanh cuống cấp
Dấu hiệu toàn thân	Không có dấu hiệu toàn thân	Mệt mỏi, sốt cao, có phản ứng hạch vùng.
Đặc điểm đau	Đau tự nhiên, thành cơn, đau nhiều về đêm, đau tăng khi ăn nhai.	Đau tự nhiên, âm ỉ, liên tục, răng lung lay, chồi cao.
Gõ dọc	Đau ít	Đau nhiều
Thử tủy	(+)	(-)
X quang	Vùng cuống cho hình ảnh bình thường	Có hình ảnh giãn rộng dây chằng

2. Viêm quanh cuống bán cấp

2.1. Chẩn đoán xác định

a. Lâm sàng

- Toàn thân: Bệnh nhân cảm thấy khó chịu, đau đầu, sốt nhẹ $< 38^{\circ}\text{C}$ hoặc không sốt.

- Cơ năng: Đau âm ỉ, liên tục ở răng tổn thương, cảm giác răng chồi cao, đau tăng khi 2 hàm chạm nhau.

- Thực thể

- + Ít thấy sưng nề vùng da tương ứng với răng tổn thương. Có thể có hạch nhỏ di động
- + Ngách lợi tương ứng răng tổn thương sưng nề nhẹ, đỏ, đầy, ấn đau.
- + Răng đổi màu xám hoặc không.
- + Tổn thương sâu răng ở các mặt răng.
- + Răng lung lay độ 1, 2.
- + Gõ dọc đau hơn gõ ngang.
- + Thử nghiệm tủy: âm tính.

b. Cận lâm sàng:

X quang: có thể có hình ảnh mờ vùng cuống, giãn rộng dây chằng vùng cuống nhẹ.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với viêm quanh cuống cấp.

3. Viêm quanh cuống mạn

3.1. Chẩn đoán xác định

a. Lâm sàng

- Cơ năng: chỉ có tiền sử đau của các đợt viêm tủy cấp, viêm quanh cuống cấp hoặc áp xe quanh cuống cấp.

- Thực thể:

- + Răng đổi màu, màu xám đục ở ngà răng ánh qua lớp men.
- + Vùng ngách lợi tương ứng quanh cuống răng có thể hơi nề, có lỗ rò hoặc sẹo rò vùng cuống. Đôi khi lỗ rò không ở trong hốc miệng mà ở ngoài da hoặc nền mũi tùy vị trí nang và áp xe.
- + Gõ răng không đau hoặc đau nhẹ ở vùng cuống răng. Thông thường các răng nguyên nhân gõ không đau. Dấu hiệu này chỉ (+) trong các đợt cấp hoặc bán cấp của thể mạn tính.
- + Răng có thể lung lay khi tiêu xương ổ răng nhiều.
- + Các thử nghiệm tủy âm tính.

b. Cận lâm sàng: X quang:

- Đưa gutta-percha qua lỗ rò trong miệng có thể thấy hình ảnh nguồn gốc ổ mủ trên phim X quang.

- Áp xe quanh cuống mạn tính: hình tiêu xương ranh giới không rõ .

- U hạt và nang: hình ảnh tiêu xương có ranh giới rõ.

- Không thể chẩn đoán phân biệt chính xác các thể bệnh nếu không có sinh thiết.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

Không thể chẩn đoán phân biệt chính xác các thể bệnh nếu không có sinh thiết.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Loại trừ toàn bộ mô nhiễm khuẩn và hoại tử trong ống tủy.
- Dẫn lưu tốt mô viêm vùng cuống.

- Hàn kín hệ thống ống tủy, tạo điều kiện cho mô cuống hồi phục.
- Chỉ định phẫu thuật cắt cuống răng nếu tiên lượng điều trị nội nha không có kết quả.

2. Phác đồ điều trị

Những răng bị viêm quanh cuống cấp hoặc bán cấp: dẫn lưu buồng tủy. Sau đó dùng kháng sinh có tác dụng với vi khuẩn yếm khí và Gram (-), kết hợp với giảm đau, nâng cao thể trạng để tiến hành điều trị nội nha.

3. Điều trị cụ thể

a. Điều trị toàn thân

Đối với các thể bệnh đau (viêm quanh cuống cấp, áp xe quanh cuống cấp) phải điều trị bằng kháng sinh toàn thân, đặc biệt trong trường hợp áp xe quanh cuống cấp có viêm mô tế bào.

b. Điều trị nội nha

- Làm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy.
- Đặt Ca(OH)_2 trong ống tủy để trung hòa mô viêm vùng cuống, sát khuẩn hệ thống ống tủy.
- Hàn kín hệ thống ống tủy.
- Phục hồi thân răng

c. Điều trị phẫu thuật

- Sau điều trị nội nha có tổn thương quanh cuống không phục hồi do nhiều nguyên nhân khác nhau.
- Sau khi răng nguyên nhân và các răng liên quan được điều trị nội nha, theo dõi mà tổn thương cuống không tiến triển tốt, tiến hành điều trị phẫu thuật lấy đi toàn bộ lớp vỏ nang có hoặc không có cắt phần cuống răng nguyên nhân.
- Tiến hành hàn ngược cuống răng nếu có cắt cuống răng.

V. BIẾN CHỨNG VÀ TIÊN LƯỢNG

Những răng bị tổn thương vùng cuống răng nếu không được điều trị kịp thời và đúng phương pháp, bệnh có thể gây nhiều biến chứng phức tạp, gây ảnh hưởng không nhỏ tới sức khỏe người bệnh.

1. Biến chứng tại chỗ

- Áp xe: Vùng xung quanh hoặc gây viêm hạch và vùng quanh hạch.
- Viêm xương tủy.

2. Biến chứng toàn thân

Liên quan bệnh tim mạch, viêm thận, viêm khớp, gây đau ½ mặt giống như đau dây thần kinh V, ngoài ra có thể gây sốt kéo dài, rất khó chẩn đoán bởi các xét nghiệm cơ bản như công thức máu không thấy có thay đổi, cấy máu âm tính,...

VI. PHÒNG BỆNH

- Chẩn đoán và điều trị bệnh lý tủy kịp thời.
- Khám răng định kỳ 6 tháng 1 lần.

ÁP XE VÙNG CƠ CĂN**I. ĐỊNH NGHĨA**

Là áp xe khu trú ở vùng cơ căn, nguyên nhân thường do răng.

II. NGUYÊN NHÂN

- Do răng
 - + Răng viêm quanh cuống không được điều trị.
 - + Răng có viêm quanh răng không được điều trị.
 - + Do biến chứng răng khôn.
- Các nguyên nhân khác
 - + Do tai biến điều trị.
 - + Do chấn thương.
 - + Nhiễm trùng các vùng lân cận.

III. CHẨN ĐOÁN**1. Chẩn đoán xác định****1.1. Lâm sàng****a. Toàn thân**

Có biểu hiện nhiễm trùng: sốt cao, mạch nhanh, hơi thở hôi....

b. Tại chỗ

- Ngoài miệng
 - + Vùng cơ căn có 1 khối sưng lớn, da trên khối sưng nóng đỏ hoặc tím, căng, nề, có thể thâm nhiễm lan rộng lên trên đến mi mắt dưới hoặc hố thái dương, ra sau tới vùng mang tai, xuống dưới tới vùng dưới hàm. Các rãnh tự nhiên trên mặt bị xóa.
 - + Nếu khối áp xe ở vị trí nông, nằm trên cơ căn có thể sờ thấy dấu hiệu chuyển sóng.
 - + Bệnh nhân đau dữ dội khi sờ vào.
- Trong miệng
 - + Bệnh nhân có khít hàm dữ dội, thường chỉ há được tối đa 0,5cm..
 - + Niêm mạc ngách tiền đình nề, xung huyết dọc theo bờ trước cạnh lên xương hàm dưới.
 - + Răng nguyên nhân: có biểu hiện bệnh lý của răng nguyên nhân.

1.2. Cận lâm sàng

- X quang thường quy
 - + Có biểu hiện tổn thương răng nguyên nhân.
- CT Scanner: có khối thấu quanh ranh giới rõ ở vùng cơ căn.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Áp xe vùng má: vị trí áp xe ở vùng má và không có dấu hiệu khít hàm dữ dội.
- Áp xe vùng mang tai: vị trí áp xe ở vùng mang tai, có chảy mủ qua lỗ ống Stenon khi thăm khám và không có khít hàm.
- Viêm xương vùng góc hàm hoặc cạnh lên xương hàm dưới: Ban đầu có thể làm mủ vùng cơ căn. Trên X quang có thể thấy hình ảnh xương chết.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Dẫn lưu mủ và điều trị răng nguyên nhân.

2. Điều trị cụ thể**2.1. Điều trị toàn thân**

Kháng sinh và nâng cao thể trạng.

2.2. Điều trị tại chỗ

Rạch dẫn lưu mủ có thể theo đường trong miệng hoặc ngoài mặt.

a. Đường trong miệng

- Chỉ định: khi áp xe tiến triển ra dưới niêm mạc bờ trước cảnh lên xương hàm dưới.

- Kỹ thuật

- + Vô cảm.
- + Rạch niêm mạc ở chỗ thấp nhất và phồng nhất của ổ áp xe.
- + Bộc lộ ổ áp xe và dẫn lưu mủ.
- + Bơm rửa.
- + Đặt dẫn lưu.
- + Điều trị răng nguyên nhân: thường là nhổ răng nguyên nhân.

b. Đường ngoài mặt

- Chỉ định: khi áp xe tiến triển ra phía da hoặc vào sâu phía trong cơ cắn (lan lên trên hoặc ra phía sau xương hàm dưới).

- Kỹ thuật

- + Vô cảm.
- + Rạch da vùng dưới hàm, cong theo đường bờ nền.
- + Bóc tách da và mô dưới da.
- + Dùng kẹp Kocher thâm nhập vào vùng áp xe để dẫn lưu mủ.
- + Bơm rửa.
- + Đặt dẫn lưu.
- + Điều trị răng nguyên nhân: thường là nhổ răng nguyên nhân..

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**1. Tiên lượng**

Nếu dẫn lưu mủ phối hợp với điều trị răng nguyên nhân thì có kết quả điều trị tốt.

2. Biến chứng

- Viêm tấy tỏa lan vùng mặt.
- Nhiễm trùng huyết.

VI. PHÒNG BỆNH

Khám răng miệng định kỳ để phát hiện các răng sâu, tổn thương viêm quanh răng, răng khôn mọc lệch để điều trị kịp thời.

ÁP XE MÁ**I. ĐỊNH NGHĨA**

Là áp xe khu trú ở vùng má, nguyên nhân thường do răng.

II. NGUYÊN NHÂN

- Do răng
 - + Răng viêm quanh cuống không được điều trị.
 - + Răng có viêm quanh răng không được điều trị.
 - + Do biến chứng răng khôn.
- Do nguyên nhân khác
 - + Do tai biến điều trị.
 - + Do chấn thương.
 - + Nhiễm trùng các vùng lân cận.

III. CHẨN ĐOÁN**1. Chẩn đoán xác định****1.1. Lâm sàng****a. Toàn thân**

Có biểu hiện nhiễm trùng: sốt cao, mạch nhanh, hơi thở hôi....

b. Tại chỗ

- Ngoài miệng
 - + Vùng má có 1 khối sưng lớn, da trên khối sưng nóng đỏ hoặc tím, căng, nề, có thể thâm nhiễm lan rộng lên trên đến mi mắt dưới hoặc hố thái dương, ra sau tới vùng cơ cắn hoặc mang tai, xuống dưới tới vùng dưới hàm. Các rãnh tự nhiên trên mặt bị xóa.
 - + Giai đoạn đầu khối có mật độ cứng, về sau ấn lõm hoặc có dấu hiệu chuyển lỏng. Bệnh nhân đau dữ dội khi sờ vào.
- Trong miệng
 - + Không có dấu hiệu khít hàm.
 - + Niêm mạc má căng phồng, đầy ngách tiền đình, niêm mạc in dấu răng và có nhiều cơn huyết hoặc giả mạc.
 - + Khi ấn tay vào khối sưng trong miệng thấy mềm, lún, chuyển lỏng.
 - + Răng nguyên nhân: có biểu hiện bệnh lý của răng nguyên nhân.

1.2. Cận lâm sàng

- X quang thường quy

Có biểu hiện tổn thương răng nguyên nhân.

- CT Scanner: có khối thấu quanh ranh giới rõ ở vùng má.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Áp xe vùng cơ cắn: vị trí áp xe ở vùng cơ cắn và có dấu hiệu khít hàm.
- Áp xe vùng mang tai: vị trí áp xe ở vùng mang tai và dấu hiệu chảy mủ qua lỗ ống Stenon khi thăm khám.

IV. ĐIỀU TRỊ**1. Nguyên tắc**

Dẫn lưu mủ và điều trị răng nguyên nhân.

2. Điều trị cụ thể**2.1 Điều trị toàn thân**

Kháng sinh và nâng cao thể trạng.

2.2. Điều trị tại chỗ**a. Đường trong miệng**

- Chỉ định: khi áp xe tiến triển về phía niêm mạc miệng.

- Kỹ thuật

- + Vô cảm.
- + Rạch niêm mạc ở chỗ thấp nhất và phòng nhất của ổ áp xe.
- + Bộc lộ ổ áp xe và dẫn lưu mủ.
- + Bơm rửa.
- + Đặt dẫn lưu.
- + Điều trị răng nguyên nhân.

b. Đường ngoài mặt

- Chỉ định: khi áp xe tiến triển về phía dưới da vùng má.

- Kỹ thuật

- + Vô cảm.
- + Rạch da vùng dưới hàm.
- + Bóc tách da và mô dưới da.
- + Dùng kẹp Korche thâm nhập vào vùng áp xe để dẫn lưu mủ.
- + Bơm rửa.
- + Đặt dẫn lưu.
- + Điều trị răng nguyên nhân.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**1. Tiên lượng**

Nếu dẫn lưu mủ phối hợp với điều trị răng nguyên nhân thì có kết quả điều trị tốt.

2. Biến chứng

- Viêm tấy tỏa lan vùng mặt.
- Nhiễm trùng huyết.

VI. PHÒNG BỆNH

Khám răng miệng định kỳ để phát hiện các răng sâu, tổn thương viêm quanh răng, mọc lệch để điều trị kịp thời.

ÁP XE VÙNG DƯỚI HÀM**I. ĐỊNH NGHĨA**

Là áp xe khu trú ở vùng dưới hàm, nguyên nhân thường do răng.

II. NGUYÊN NHÂN

- Do răng
 - + Răng viêm quanh cuống không được điều trị.
 - + Răng có viêm quanh răng không được điều trị.
 - + Do biến chứng răng khôn.
- Do nguyên nhân khác
 - + Do tai biến điều trị.
 - + Do chấn thương.
 - + Nhiễm trùng các vùng lân cận.
 - + Sỏi tuyến nước bọt nhiễm khuẩn.

III. CHẨN ĐOÁN**1. Chẩn đoán xác định****1.1. Lâm sàng****a. Toàn thân**

Có biểu hiện nhiễm trùng: sốt cao, mạch nhanh, hơi thở hôi....

b. Tại chỗ

- Ngoài miệng
 - + Vùng dưới hàm có 1 khối sưng lớn, da trên khối sưng nóng đỏ hoặc tím, căng, nề, có thể thâm nhiễm lan rộng lên trên phần thấp của má, phía trước lan đến vùng dưới cằm, phía sau lan đến vùng cổ bên, phía dưới lan xuống xương móng. Lồi bờ nền xương hàm dưới bị xóa.
 - + Giai đoạn đầu khối có mật độ cứng, về sau ấn lõm hoặc có dấu hiệu chuyển sóng. Bệnh nhân đau dữ dội khi sờ vào.
- Trong miệng
 - + Dấu hiệu khít hàm dữ dội.
 - + Xung huyết, nề niêm mạc ngách tiền đình răng nguyên nhân.
 - + Rãnh bên lưỡi, vùng xa của sàn miệng sưng nề, xung huyết.
 - + Khi ấn tay vào khối sưng ở phía sau sàn miệng, mặt trong xương hàm thấy mềm, lún, chuyển sóng.
 - + Trụ trước amidan xung huyết, phần trước của sàn miệng bình thường.
 - + Răng nguyên nhân: có biểu hiện bệnh lý của răng nguyên nhân.

1.2. Cận lâm sàng

- X quang thường quy
- Có thể có hình ảnh tổn thương răng nguyên nhân.
- CT Scanner: có khối thấu quang ranh giới rõ ở vùng dưới hàm.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Áp xe tuyến dưới hàm: dấu hiệu chảy mủ qua lỗ ống Wharton khi thăm khám.
- Viêm hạch mủ dưới hàm: bắt đầu dưới dạng nổi cục sưng đau, sau lan ra cả vùng, không có dấu hiệu khít hàm.

- Áp xe tuyến dưới lưỡi: dấu hiệu ngoài miệng ít, sàn miệng bên bệnh sưng cứng, khít hàm ít.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Dẫn lưu mủ và điều trị răng nguyên nhân.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị toàn thân:

Kháng sinh và nâng cao thể trạng.

2.2. Điều trị tại chỗ

- Rạch dẫn lưu mủ theo đường ngoài mặt.

- Kỹ thuật

- + Vô cảm.
- + Rạch da vùng dưới hàm.
- + Bóc tách da và mô dưới da.
- + Dùng kẹp Kocher thâm nhập vào vùng áp xe để dẫn lưu mủ.
- + Bơm rửa.
- + Đặt dẫn lưu.
- + Điều trị răng nguyên nhân.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Nếu dẫn lưu mủ phối hợp với điều trị răng nguyên nhân thì có kết quả điều trị tốt.

2. Biến chứng

- Viêm tấy tỏa lan vùng mặt.
- Nhiễm trùng huyết.

VI. PHÒNG BỆNH

Khám răng miệng định kỳ để phát hiện các răng sâu, tổn thương viêm quanh răng, răng khôn mọc lệch để điều trị kịp thời.

ÁP XE VÙNG SÀN MIỆNG**I. ĐỊNH NGHĨA**

Là áp xe khu trú ở vùng sàn miệng, nguyên nhân thường do răng.

II. NGUYÊN NHÂN

- Do răng
 - + Răng viêm quanh cuống không được điều trị.
 - + Răng có viêm quanh răng không được điều trị.
 - + Do biến chứng răng khôn.
- Các nguyên nhân khác
 - + Do tai biến điều trị.
 - + Do chấn thương.
 - + Nhiễm trùng các vùng lân cận
 - + Sỏi tuyến nước bọt nhiễm khuẩn.

III. CHẨN ĐOÁN**1. Chẩn đoán xác định****1.1. Lâm sàng****a. Toàn thân**

Có biểu hiện nhiễm trùng: sốt cao, mạch nhanh, hơi thở hôi....

b. Tại chỗ**- Ngoài miệng**

Có thể sưng nề vùng dưới cằm, phần trước vùng dưới hàm, da trên khối sưng nóng đỏ hoặc tím, căng, nề.

- Trong miệng

- + Có biểu hiện há miệng hạn chế.
- + Sưng nề sàn miệng bên răng nguyên nhân, lưỡi bị đẩy lệch về bên đối diện.
- + Niêm mạc sàn miệng đỏ xung huyết, có phủ màng giả trắng, không dính.
- + Mào dưới lưỡi sưng gồ như “mào gà”, sờ thấy có một gờ chắc, rất đau, dính vào mặt trong xương tương ứng với răng nguyên nhân.
- + Ấn có dấu hiệu mềm lún hay chuyển sóng, khó nuốt, khó nói, khó nhai. Cử động lưỡi khó và đau.
- + Răng nguyên nhân: có biểu hiện bệnh lý của răng nguyên nhân.

1.2. Cận lâm sàng**- X quang thường quy**

- + Có biểu hiện tổn thương răng nguyên nhân.
- + Có thể thấy hình ảnh sỏi ống tuyến nước bọt dưới hàm.

- CT Scanner: có khối thấu quang ranh giới rõ ở vùng sàn miệng, và có thể thấy hình ảnh sỏi ống tuyến nước bọt dưới hàm.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Áp xe tuyến dưới hàm: dấu hiệu chảy mủ qua lỗ ống Wharton khi thăm khám.
- Áp xe nông quanh hàm trong (dưới lưỡi, dưới niêm mạc): áp xe nông ngay chân răng nguyên nhân. Sàn miệng bình thường.

- Phlegmon sàn miệng: sưng, thâm nhiễm toàn bộ sàn miệng hai bên, tình trạng toàn thân suy yếu, nhiễm khuẩn, nhiễm độc.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Dẫn lưu mủ và điều trị răng nguyên nhân.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị toàn thân

Kháng sinh và nâng cao thể trạng.

2.2. Điều trị tại chỗ

Rạch dẫn lưu mủ theo đường trong miệng hoặc ngoài mặt.

a. Đường trong miệng

- Chỉ định: khi áp xe tiến triển về phía niêm mạc miệng.

- Kỹ thuật

- + Vô cảm.
- + Rạch niêm mạc ở chỗ thấp nhất và phòng nhất của ổ áp xe.
- + Bộc lộ ổ áp xe và dẫn lưu mủ.
- + Bơm rửa.
- + Đặt dẫn lưu.
- + Điều trị răng nguyên nhân.

b. Đường ngoài mặt

- Kỹ thuật

- + Vô cảm.
- + Rạch da vùng dưới cằm.
- + Bóc tách da và mô dưới da.
- + Dùng kẹp Kocher thâm nhập vào vùng áp xe để dẫn lưu mủ.
- + Bơm rửa.
- + Đặt dẫn lưu.
- + Điều trị răng nguyên nhân.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Nếu dẫn lưu mủ phối hợp với điều trị răng nguyên nhân thì có kết quả điều trị tốt.

2. Biến chứng

- Viêm tấy tỏa lan vùng mặt.
- Nhiễm trùng huyết.

VI. PHÒNG BỆNH

- Khám răng miệng định kỳ để phát hiện các răng sâu, tổn thương viêm quanh răng, răng khôn mọc lệch để điều trị kịp thời.
- Khi phát hiện sỏi ống tuyến nước bọt dưới hàm thì cần phẫu thuật lấy sỏi.

ÁP XE VÙNG MANG TAI**I. ĐỊNH NGHĨA**

Là áp xe khu trú ở vùng mang tai, nguyên nhân thường do viêm mủ tuyến mang tai.

II. NGUYÊN NHÂN

- Viêm tuyến mang tai
 - + Viêm mủ tuyến mang tai.
 - + Sỏi tuyến nước bọt nhiễm khuẩn.
- Do răng
 - + Răng viêm quanh cuống không được điều trị.
 - + Răng có viêm quanh răng không được điều trị.
 - + Do biến chứng răng khôn.
- Do nguyên nhân khác
 - + Do chấn thương.
 - + Nhiễm trùng các vùng lân cận.
 - + Viêm hạch vùng mang tai.

III. CHẨN ĐOÁN**1. Chẩn đoán xác định****1.1. Lâm sàng****a. Toàn thân**

- Có biểu hiện nhiễm trùng: sốt cao, mạch nhanh, hơi thở hôi....
- Có thể có hạch vùng lân cận cùng bên.

b. Tại chỗ

- Ngoài miệng
 - + Có khối sưng nề hoặc cứng vùng mang tai, trước hoặc dưới ống tai ngoài.
 - + Theo thời gian, sưng sẽ lan rộng, có thể lan cả nửa mặt, làm cho nề mi mắt và mắt bị khép lại.
 - + Da trên khối sưng căng bóng, đỏ, sờ vào đau.
 - + Rãnh giữa bờ trước xương chũm và bờ sau cành lên bị sưng đầy, ấn lõm và đau.
 - + Bệnh nhân có thể bị hạn chế há miệng.
- Trong miệng
 - + Với bệnh nhân có hạn chế há miệng chúng ta rất khó khám trong miệng.
 - + Niêm mạc má xung huyết.
 - + Có thể có sưng sau trụ thành bên hầu.
 - + Miệng lỗ ống Stenon nề, vuốt dọc tuyến ngoài má thấy mủ chảy qua miệng ống.

1.2. Cận lâm sàng Phim MRI, CT scanner

- Xác định chính xác vị trí, kích thước và số lượng của ổ mủ.
- Có thể có sỏi hoặc dị vật ở vùng tuyến mang tai.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Áp xe vùng cơ cắn: sưng vùng cơ cắn, khít hàm nhiều.
- Áp xe hạch vùng mang tai: không có mủ chảy qua ống Stenon khi ấn vào vùng mang tai.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Dẫn lưu mủ và điều trị nguyên nhân.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị toàn thân

Kháng sinh và nâng cao thể trạng.

2.2. Điều trị tại chỗ

Rạch dẫn lưu mủ.

- Kỹ thuật

+ Vô cảm.

+ Rạch da bờ trước ống tai ngoài, từ cung tiếp xuống gần góc hàm hoặc rạch da dưới và quanh góc hàm.

+ Bóc tách da và mô dưới da.

+ Dùng kẹp Kocher thâm nhập vào vùng áp xe để dẫn lưu mủ.

+ Bơm rửa.

+ Đặt dẫn lưu.

+ Điều trị nguyên nhân

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Nếu dẫn lưu mủ phối hợp với điều trị nguyên nhân thì có kết quả điều trị tốt.

2. Biến chứng

- Viêm tấy tỏa lan vùng mặt.

- Nhiễm trùng huyết.

VI. PHÒNG BỆNH

- Khám răng miệng định kỳ để phát hiện các răng sâu, tổn thương viêm quanh răng, mọc lệch để điều trị kịp thời.

- Khi phát hiện sỏi tuyến mang tai thì phẫu thuật lấy sỏi.

ÁP XE THÀNH BÊN HỌNG**I. ĐỊNH NGHĨA**

Là áp xe khu trú ở thành bên họng, do lan rộng áp xe các vùng lân cận mà thường có nguyên nhân do răng.

II. NGUYÊN NHÂN

- Do răng
 - + Răng viêm quanh cuống không được điều trị.
 - + Răng có viêm quanh răng không được điều trị.
 - + Do biến chứng răng khôn.
- Do nguyên nhân khác
 - + Do tai biến điều trị.
 - + Do chấn thương.
 - + Áp xe các vùng lân cận.

III. CHẨN ĐOÁN**1. Chẩn đoán xác định****1.1. Lâm sàng****a. Toàn thân**

Có biểu hiện nhiễm trùng huyết: sốt cao, rét run, tim đập nhanh, đau đầu, vật vã mất ngủ, hơi thở hôi....

b. Tại chỗ

- Ngoài miệng
 - + Nếu mổ tụ ở vùng trước trâm thì thấy sưng đau dọc cơ ức đòn chũm. Khởi đầu vùng dưới hàm, góc hàm có 1 khối sưng lớn, da trên khối sưng nóng đỏ hoặc tím, căng, nề, có thể thâm nhiễm lan rộng lên vùng mang tai. Lòi bờ nền xương hàm dưới bị xóa.
 - + Giai đoạn đầu khối có mật độ cứng, về sau ấn lõm hoặc có dấu hiệu chuyển sóng. Bệnh nhân đau dữ dội khi sờ vào.
- Trong miệng
 - + Khít hàm nhiều.
 - + Sưng nề phần trước thành bên hầu, đẩy amidan và vòm miệng vào giữa. Do thành bên hầu bị sưng nề nên bệnh nhân thường có khó thở.
 - + Niêm mạc hầu đỏ, căng, đau do mổ tụ ở giữa cơ chân bướm trong và cơ khít hầu trên.
 - + Nếu đặt 1 ngón tay ở thành bên hầu, các ngón khác đặt sau và dưới góc hàm có thể phát hiện thấy mềm lún hoặc có dấu hiệu chuyển sóng.
 - + Nếu mổ tụ ở sau vùng trâm: bệnh cảnh lâm sàng tương tự như nhiễm khuẩn máu. Bệnh nhân ít khi bị khít hàm, sưng bên ngoài cũng ít hơn so với áp xe ở trước trâm. Trong miệng thấy sưng thành bên hầu.
 - + Răng nguyên nhân: có biểu hiện bệnh lý của răng nguyên nhân.

c. Dấu hiệu cơ năng

- Khó nuốt, kể cả khi bệnh nhân uống nước.
- Đau do căng mủ, đau lan lên tai, xuống vùng dưới hàm.

- Khó thở do sưng bít 1 phần hầu, nề thanh quản.

1.2. Cận lâm sàng

- X quang thường quy

Có biểu hiện tổn thương răng nguyên nhân.

- CT Scanner: có khối thấu quang ranh giới rõ ở vùng thành bên họng.

2. Chẩn đoán phân biệt

Viêm tấy amidan: amidan sưng đỏ, xung huyết, không có khí hàm.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Dẫn lưu mủ và điều trị răng nguyên nhân.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị toàn thân

Kháng sinh và nâng cao thể trạng.

2.2. Điều trị tại chỗ

Chích dẫn lưu mủ qua đường trong miệng hoặc đường ngoài miệng hoặc phối hợp cả hai.

a. Đường trong miệng

- Chỉ định: khi áp xe tiến triển về phía niêm mạc thành bên họng.

- Kỹ thuật

+ Vô cảm.

+ Rạch niêm mạc ở chỗ thấp nhất và phòng nhất của ổ áp xe.

+ Bộc lộ ổ áp xe và dẫn lưu mủ.

+ Bơm rửa.

+ Đặt dẫn lưu.

+ Điều trị răng nguyên nhân.

b. Đường ngoài mặt

- Chỉ định: khi áp xe tiến triển về phía dưới da vùng cổ và dưới hàm.

- Kỹ thuật

+ Vô cảm.

+ Rạch da bờ trước cơ ức đòn chũm: đường rạch từ góc hàm tới 1/3 giữa của vùng dưới hàm.

+ Bóc tách da và mô dưới da.

+ Dùng kẹp Kocher thâm nhập vào vùng áp xe để dẫn lưu mủ.

+ Bơm rửa.

+ Đặt dẫn lưu.

+ Điều trị răng nguyên nhân.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

- Nếu dẫn lưu mủ phối hợp với điều trị răng nguyên nhân thì có kết quả điều trị tốt.

- Nếu điều trị không kịp thời hoặc không đúng có thể gây biến chứng nguy hiểm, thậm chí dẫn đến tử vong.

2. Biến chứng

- Viêm tấy tỏa lan vùng mặt.
- Liệt hô hấp do nề thành quản cấp, phải tiến hành mở khí quản.
- Chảy máu do nhiễm khuẩn xâm lấn, làm tổn thương các mạch máu lớn (động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh trong), phải tiến hành thắt mạch.
- Viêm tắc tĩnh mạch xoang hang, viêm màng não mủ.
- Áp xe trung thất.
- Nhiễm trùng huyết.

VI. PHÒNG BỆNH

Khám răng miệng định kỳ để phát hiện các răng sâu, tổn thương viêm quanh răng, răng mọc lệch để điều trị kịp thời.

VIÊM TẤY LAN TỎA VÙNG HÀM MẶT**I. ĐỊNH NGHĨA**

Là tình trạng viêm mô tế bào hoại tử lan rộng không giới hạn, với các biểu hiện nhiễm trùng, nhiễm độc nặng, diễn biến nhanh, nguy cơ tử vong cao nếu không được điều trị kịp thời.

II. NGUYÊN NHÂN

- Do răng
 - + Răng viêm quanh cuống không được điều trị.
 - + Răng có viêm quanh răng không được điều trị.
 - + Do biến chứng răng khôn.
- Do nguyên nhân khác
 - + Do tai biến điều trị.
 - + Do chấn thương.
 - + Nhiễm trùng các vùng lân cận.

III. CHẨN ĐOÁN**1. Chẩn đoán xác định****1.1. Lâm sàng****a. Toàn thân**

- Trong tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc nặng. Sốt cao hoặc nhiệt độ không tăng do tình trạng mạch nhiệt phân ly, mạch nhanh nhỏ, khó bắt.
- Người bệnh thường ở tình trạng lả, suy kiệt, vật vã.

b. Tại chỗ

Bệnh bắt đầu ở một vùng nhất định, sau đó lan nhanh sang tất cả các vùng khác của nửa mặt cùng bên, sàn miệng hoặc bên đối diện.

- Ngoài mặt
 - + Mặt biến dạng, sưng to lan rộng ra các vùng má, vùng cơ cắn, vùng mang tai, vùng dưới hàm, vùng thái dương, có thể lan tới vùng cổ và ngực.
 - + Mi mắt sưng nề che kín nhãn cầu.
 - + Mất các rãnh tự nhiên ở mặt.
 - + Da căng bóng nề, không kẹp được bằng tay, màu trắng nhợt hoặc hơi tím.
 - + Ấn thấy có mật độ cứng, không có dấu hiệu chuyển sóng, có thể thấy lạo xạo hơi.
- Trong miệng
 - + Khít hàm.
 - + Sưng nề vùng sàn miệng, má, thành bên họng.
 - + Niêm mạc má, tiền đình nề, mang dấu răng, có cận tơ huyết bản.
 - + Nước bọt quánh, miệng có mùi hôi thối.
 - + Có biểu hiện tổn thương răng nguyên nhân.

1.2. Cận lâm sàng

- X quang
 - + X quang thường quy: có biểu hiện tổn thương răng nguyên nhân.

+ Phim MRI, CT scanner: xác định chính xác vị trí, kích thước tổ chức bị viêm hoại tử.

- Xét nghiệm sinh hóa: Có albumin niệu, trụ niệu, bạch cầu cao.

2. Chẩn đoán phân biệt

Viêm tấy tỏa lan vùng hàm mặt có các biểu hiện lâm sàng rõ và tiến triển nhanh, không cần chẩn đoán phân biệt.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Chống nhiễm trùng, nhiễm độc và nâng cao thể trạng.
- Rạch rộng và dẫn lưu mủ.
- Xử trí răng nguyên nhân.

2. Điều trị cụ thể

a. Điều trị toàn thân

Đồng thời với việc phẫu thuật, phải điều trị chống sốc nhiễm trùng, nhiễm độc và nâng cao thể trạng.

b. Phẫu thuật

- Vô cảm
- Rạch rộng, mở thông và dẫn lưu các ổ mủ.
- Bơm rửa.
- Đặt dẫn lưu tới tất cả các ổ mủ
- Xử trí răng nguyên nhân.

c. Chăm sóc sau phẫu thuật

- Bơm rửa qua dẫn lưu nhiều lần trong ngày.
- Thay những dẫn lưu bị tắc.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Tiên lượng nặng. Nếu không điều trị kịp thời, bệnh tiến triển nhanh, có thể tử vong do nhiễm trùng, nhiễm độc, ngạt thở.

2. Biến chứng

- Áp xe trung thất.
- Viêm tắc tĩnh mạch xoang hang.
- Nhiễm trùng huyết.

VI. PHÒNG BỆNH

Khám răng miệng định kỳ để phát hiện sớm và điều trị kịp thời các răng bệnh lý.

VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI DO VIRUS (QUAI BỊ)**I. ĐỊNH NGHĨA**

Quai bị là bệnh viêm tuyến nước bọt mang tai thường gặp ở trẻ em và thanh thiếu niên do virus gây ra, bệnh có thể lây truyền trực tiếp qua trung gian nước bọt và có tính chất dịch tễ.

II. NGUYÊN NHÂN

Bệnh do virus thuộc nhóm Paramyxovirus gây ra.

III. CHẨN ĐOÁN**1. Chẩn đoán xác định**

Chẩn đoán xác định dựa vào các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và tính chất dịch tễ.

1.1 Lâm sàng**a. Thời kỳ ủ bệnh**

Giai đoạn đầu không có triệu chứng lâm sàng và có thể kéo dài từ 2-3 tuần, sau đó xuất hiện một số triệu chứng dưới đây:

- Có thể sốt.
- Khô miệng.
- Đau vùng mang tai, đau rõ nhất ở 3 điểm là trước nắp tai, mỏm xương chũm và góc hàm.

b. Thời kỳ toàn phát

- Sưng đau tuyến mang tai với các đặc điểm:
 - + Lúc đầu sưng 1 bên, sau lan ra 2 bên.
 - + Mới đầu khối sưng nhỏ, làm mất rãnh sau góc hàm, đẩy dải tai ra trước, sau to dần và lan ra cả vùng dưới hàm.
- Sờ vùng mang tai thấy cảm giác căng dạng “mật độ keo”, hơi nóng, hơi đau.
- Há miệng có thể hạn chế.
- Niêm mạc miệng khô, đỏ, giảm tiết nước bọt.
- Lỗ ống Stenon nề, đỏ, đôi khi có những vết nhỏ viêm bầm tím xung quanh và không có mủ nếu không có bội nhiễm.

1.2. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: Bạch cầu giảm, bạch cầu ái toan tăng.
- X quang: không có giá trị chẩn đoán.

2. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm tuyến nước bọt do vi khuẩn: thường biểu hiện viêm tuyến mang tai ở một bên và có mủ ở miệng ống Stenon, không có tính chất dịch tễ.

IV. ĐIỀU TRỊ**1. Nguyên tắc**

- Nâng cao thể trạng.
- Chống bội nhiễm.
- Nghỉ ngơi, hạn chế vận động.

2. Điều trị cụ thể

- Thuốc an thần.
- Hạ sốt.

- Vệ sinh răng miệng.
- Nghỉ ngơi, nâng cao thể trạng.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Bệnh tiến triển khoảng 8-10 ngày và tự khỏi.

2. Biến chứng

- Viêm tinh hoàn: là biến chứng hay gặp.
- Viêm buồng trứng: hiếm gặp.

VI. PHÒNG BỆNH

- Tiêm vắc xin phòng quai bị cho trẻ em.
- Cách ly người bệnh, ngăn ngừa lây nhiễm ra cộng đồng.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO TRẺ BỊ CONG VẠO CỘT SỐNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Cong vẹo cột sống là tình trạng cong của cột sống sang phía bên của trục cơ thể và vẹo (xoay) của các thân đốt sống theo trục của mặt phẳng ngang.

Cong vẹo cột sống có thể xảy ra đơn thuần hoặc phối hợp với các biến dạng khác của cột sống là gù ở vùng ngực hoặc ưỡn ở vùng thắt lưng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc chẩn đoán

- **Hỏi bệnh:** phát hiện cong vẹo cột sống từ bao giờ? đã điều trị những gì? ở đâu? Thói quen sinh hoạt, học tập, các bệnh lý liên quan...

- Khám lâm sàng và lượng giá chức năng

+ Cột sống cong vẹo sang phía bên hoặc ưỡn ra trước, gù ra sau so với trục giải phẫu của cột sống, có thể là một đường cong hoặc hai đường cong.

+ Xương bả vai 2 bên không cân đối.

+ Xuất hiện những ụ gồ ở vùng lưng, mà đỉnh các ụ gồ đó thường trùng với chỗ cong vẹo nhất của cột sống, thường thấy rõ nhất khi yêu cầu bệnh nhân đứng cúi lưng.

+ Đối diện với bên xuất hiện ụ gồ thường là vùng lõm, đây là hậu quả của tình trạng xoay của các thân đốt sống.

+ Hai vai mất cân xứng với đặc điểm một bên nhô cao và thường ngắn hơn bên đối diện do tình trạng co kéo của các nhóm cơ vùng lưng.

+ Khung chậu bị nghiêng lệch và cũng bị xoay.

+ Trên thân mình có thể xuất hiện những đám da đồi mồi (màu bã cà phê)

+ Vùng lưng, đặc biệt là vùng thắt lưng có thể xuất hiện những đám lông

+ Có thể phát hiện thấy tình trạng chênh lệch chiều dài hai chân hoặc các dị tật khác của hệ vận động.

+ Thử cơ bằng tay: Phát hiện các cơ liệt.

+ Nghiệm pháp quả rọi: Thả quả rọi mà mốc là gai sau của đốt sống C7 sẽ phát hiện rõ độ cong của cột sống và xác định được vị trí đỉnh đường cong.

+ Đo bằng thước Scoliometer tại vị trí đỉnh đường cong.

- Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng:

+ Chụp phim X quang cột sống thẳng và nghiêng: Để đánh giá độ cong vẹo cột sống, ngoài ra còn giúp đánh giá tuổi xương và các dị tật bẩm sinh vùng cột sống.

Trên phim thẳng: Đo góc COBB

Cách đo: Xác định đoạn cong, xác định đốt sống đầu tiên và cuối cùng của đoạn cong. Kẻ đường thẳng qua bờ trên của đốt sống trên và bờ dưới của đốt sống dưới. Kẻ hai đường vuông góc với hai đường thẳng trên. Đo góc tạo bởi hai đường vuông góc

+ Chụp X quang khớp háng hoặc các thân xương khi thấy có sự chênh lệch chiều dài chi và biến dạng tại các khớp.

+ Chụp cắt lớp vi tính điện toán khi nghi ngờ có sự chèn ép thân đốt sống hoặc đĩa đệm.

+ Chụp cộng hưởng từ khi nghi ngờ có khối chèn ép tủy.

+ Các xét nghiệm hỗ trợ khác như điện cơ đồ, men cơ, sinh thiết, công thức máu, lắng máu, Mantoux... khi có nghi ngờ (theo nguyên nhân)

2. Chẩn đoán xác định: Lâm sàng và dấu hiệu Xq (góc Cobb)

3. Chẩn đoán phân biệt

- Phân biệt với gù cột sống ngực (hyper Kyphosis) thường gặp trong lao cột sống.

- Phân biệt với ưỡn cột sống vùng thắt lưng (hyper Lordosis)

4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Cong vẹo cột sống tự phát là nhóm chiếm tỷ lệ lớn nhất (trên 80%), còn gọi là cong vẹo cột sống vô căn (idiopathic scoliosis)

- Bẩm sinh: Mất nửa đốt sống, xếp đốt sống.

- Mắc phải: Do tư thế ngồi sai, u xơ thần kinh, di chứng bại liệt, di chứng lao cột sống, bệnh cơ - thần kinh, bệnh đường hô hấp (tràn dịch, dày dính màng phổi)...

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Can thiệp sớm ngay khi phát hiện ra cong vẹo cột sống.

- Hướng dẫn cho mẹ bệnh nhân hoặc bệnh nhân tập luyện tại nhà.

- Khám thường quy sau 3, 6 tháng/lần.

*** Mục tiêu:**

- Nắn sửa các biến dạng vùng cột sống, khung chậu, lồng ngực...

- Duy trì và tăng cường tầm vận động và khả năng vận động của cột sống.

- Phòng ngừa sự phát triển của các biến dạng.

- Phòng ngừa các bệnh thứ phát của hệ vận động, hệ hô hấp, hệ tim mạch...

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

2.1. Vận động trị liệu

Chỉ định cho cong vẹo cột sống ở mọi lứa tuổi và độ nặng nhẹ khác nhau

Bài tập 1: Tăng tầm vận động của cột sống lưng

Mục tiêu:

- Gia tăng tầm vận động gập của cột sống lưng.
- Kéo dẫn nhóm cơ duỗi lưng.

Kỹ thuật:

- Tư thế bệnh nhân: Ngồi, 2 chân duỗi thẳng và áp sát, 2 tay đưa ra phía trước
- Tư thế KTV: Ngồi cạnh và làm mẫu.
- Tiến hành: Bệnh nhân duỗi thẳng 2 chân áp sát. Hai tay đưa ra trước lưng gập, càng gần các ngón càng tốt.

Bài tập 2: Tăng cơ lực nhóm cơ gập và xoay thân

Mục tiêu:

- Tăng cơ lực nhóm cơ gập và xoay thân.
- Tăng cường linh hoạt của cột sống.

Kỹ thuật:

- Tư thế bệnh nhân: Nằm ngửa, 2 tay đan sau gáy, 2 chân duỗi thẳng.
- Tư thế KTV: Đứng hoặc quỳ bên cạnh, 1 tay cố định trên 2 đùi và 1 tay cố định trên 2 cẳng chân.
- Tiến hành: KTV cố định 2 chân, bệnh nhân 2 tay đan sau gáy, gập thân và xoay thân, khuỷu sang bên đối diện.

Bài tập 3: Kéo dẫn cơ ở phần lõm của đường cong

Mục tiêu:

- Kéo dẫn các nhóm cơ phía lõm của đường cong thắt lưng trái.
- Phòng ngừa co rút cột sống thắt lưng.

Kỹ thuật:

- Tư thế bệnh nhân: Nằm sấp, 2 tay bám chặt 2 bên cạnh bàn.
- Tư thế KTV: Đứng cạnh bệnh nhân và đỡ 2 tay mặt trước đùi bệnh nhân
- Tiến hành: Bệnh nhân giữ thân trên của mình cố định. KTV kéo dẫn đốt sống vùng thắt lưng sang trái.

Bài tập 4: Kéo dẫn cơ ở phần lõm của đường cong

Mục tiêu:

- Kéo dẫn phía lõm của đường cong ngực phải

- Tăng tính linh hoạt và duy trì tầm vận động của cột sống lưng.

Kỹ thuật:

- Tư thế BN: Nằm nghiêng sang phía có đường cong, thả người xuống mép bàn
- Tư thế KTV: Đứng và giữ hông bệnh nhân.
- Tiến hành: Bệnh nhân thả người xuống mép bàn, tay phía trên duỗi thẳng qua đầu, cuộn 1 khăn tắm kê vào đỉnh đường cong. Giữ tư thế này 3 đến 5 phút.

Bài tập 5: Kéo dẫn cột sống

Mục tiêu:

- Kéo dẫn cột sống.
- Tăng cường tính đàn hồi của thân mình.

Kỹ thuật:

- Tư thế bệnh nhân: Đứng 2 tay gập 180^0 , duỗi thẳng.
- Tư thế KTV: Đứng cạnh.
- Tiến hành: Hai tay bệnh nhân bám vào xà ngang, gồng cho gót chân rời khỏi sàn.

Bài tập 6:

Mục tiêu:

- Tập mạnh nhóm cơ nghiêng thân.
- Kéo dẫn phía lồi của đường cong ngực phải.

Kỹ thuật:

- Tư thế bệnh nhân: Nằm nghiêng.
- Tư thế KTV: Đứng sau.
- Tiến hành: Bệnh nhân nằm nghiêng về phía trái và nhấc thân lên khỏi sàn để kéo dẫn phía lồi của đường cong ngực phải.

Bài tập 7:

Mục tiêu:

- Cải thiện chức năng hô hấp và tim mạch.
- Tăng cường độ giãn nở của lồng ngực.

Kỹ thuật:

- Tư thế bệnh nhân: Nằm ở tư thế nửa nằm nửa ngồi.
- Tư thế KTV: Đứng cạnh.

- Tiến hành: Bệnh nhân thở sâu và hít ra từ từ. Hai tay bệnh nhân đặt dưới cơ hoành.

Bài tập 8:

Mục tiêu:

- Cải thiện tư thế cột sống
- Tăng cường chức năng phổi.

Kỹ thuật:

- Tư thế bệnh nhân: Ngồi, người cúi về phía trước.
- Tư thế KTV: Ngồi sau, 2 bàn tay đặt sau lưng và đáy phổi.
- Tiến hành: Bệnh nhân hít vào thật sâu và thở ra từ từ, đảm bảo có sự giãn nở của lồng ngực.

Bài tập 9: Tập bơi.

Bài tập 10: Luyện tập thể thao

2.2. Kéo dẫn cột sống

- Kéo dẫn cột sống bằng dụng cụ (như xà đơn và khung kéo tay) hoặc bằng máy kéo dẫn.
- Kéo dẫn cột sống bằng máy dựa trên nguyên lý cơ học có điều chỉnh, lực kéo tác động lên cơ, dây chằng và khoang liên đốt cột sống.
- Quy trình:
 - + Cố định đai kéo tùy theo vùng điều trị
 - + Bật máy, thử tết máy
 - + Đặt các thông số trên máy tùy theo yêu cầu, thông thường lực kéo không quá 2/3 trọng lượng cơ thể đối với kéo cột sống lưng, 10-15 kg đối với kéo cột sống cổ.
 - + Mỗi lần kéo dài từ 10-20 phút
 - + Bấm nút kéo
 - + Kết thúc điều trị: tháo bỏ đai cố định, để người bệnh nằm nghỉ tại chỗ từ 5-10 phút, ghi chép hồ sơ bệnh án.

3. Các điều trị khác

3.1. Điều trị bằng máng nẹp chỉnh hình

- Chỉ định:
 - + Tuổi: ở trẻ trai < 18 tuổi và trẻ gái < 17 tuổi.
 - + Góc COBB > 25 độ và < 60 độ .
 - + 8 độ < độ xoay của cột sống < 25 độ đo trên thước đo độ xoay (Scoliometer)
 - + Góc COBB < 25 độ nhưng độ cong vẹo tiến triển nhanh trong 3 tháng (5 độ)

- Có loại áo nẹp chỉnh hình:

+ Boston

+ Minwauker

+ Chêneau

+ Lyon

+ Mieder...

- Theo dõi: 3 tháng đến khám lại 1 lần, 6 tháng chụp Xquang 1 lần

- Chống chỉ định: Khi trẻ đã trưởng thành > 22- 25 tuổi, nẹp chỉnh hình không có hiệu quả, độ cong không tụt đi, độ vẹo > 60 độ, ảnh hưởng đến thẩm mỹ, tâm lý.

3.2. Phẫu thuật chỉnh hình

- Chỉ định:

+ Góc COBB > 45 độ

+ Khi sự cong vẹo ảnh hưởng đến chức năng của các cơ quan khác.

- Phục hồi chức năng trước và sau phẫu thuật.

a) Trước khi mổ:

- Tập ho, tập thở, chú trọng thở vùng ngực.

- Tập các chi còn lại.

b) Sau khi mổ:

- Cho nằm bất động khoảng 3 tháng, trong thời gian đó xoay trở toàn khối, để tránh loét da.

- Tập ho, thở, khuyến khích thở bằng lồng ngực để tránh xẹp phổi.

- Tập vận động có lực kháng cho hai tay.

- Tập chủ động trợ giúp tiến tới tập chủ động và đề kháng cho hai chân.

- Tập gồng cơ bụng, cơ lưng.

- Sau thời gian bất động, tập cho trẻ ngồi, đứng và đi.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Đối với điều trị bằng máng nẹp chỉnh hình: 3 tháng đến khám lại 1 lần, 6 tháng chụp Xquang 1 lần

- Theo dõi đến khi hết tuổi trưởng thành.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO TRẺ CHẬM PHÁT TRIỂN TINH THẦN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa: Chậm phát triển tinh thần (CPTTT) là một nhóm các rối loạn về sự phát triển tinh thần của trẻ (ảnh hưởng đến khả năng học các kỹ năng so với các trẻ khác cùng tuổi) do các nguyên nhân xảy ra trước khi sinh, trong khi sinh và sau khi sinh.

2. Phân loại: Trẻ CPTTT có thể bị từ loại nhẹ, trung bình, nặng và rất nặng

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc chẩn đoán

- **Hỏi bệnh:** Hỏi tiền sử mang thai của mẹ; Quá trình sinh trẻ; Tiền sử bệnh tật của trẻ sau sinh; Quá trình phát triển của trẻ.

- Khám lâm sàng

- + Khám toàn thân và hệ thần kinh
- + Đánh giá trực tiếp trẻ bằng các test Denver, ASQ

- Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- + Cộng hưởng từ sọ não, chụp cắt lớp vi tính sọ não; Điện não đồ
- + Nhiễm sắc thể; Calci toàn phần và ion, T3, T4, TSH
- + Đo thính lực

2. Chẩn đoán xác định

2.1. Tiêu chuẩn lâm sàng chung của chậm phát triển tinh thần

- Khả năng đáp ứng chậm chạp hoặc không đáp ứng với điều người khác nói, với mọi việc diễn ra xung quanh.
- Khả năng diễn đạt không rõ ràng: Các suy nghĩ, tình cảm, nhu cầu bản thân.
- Khả năng tiếp thu chậm: Về ngôn ngữ lời nói và ngôn ngữ không lời.
- Khả năng hiểu chậm: Về những điều họ nghe, sờ, nhìn.
- Khả năng ra quyết định chậm kể cả việc đơn giản.
- Khả năng tập trung kém trong mọi hoạt động.
- Khả năng nhớ hạn chế: Trí nhớ ngắn hạn bị ảnh hưởng nhiều, trí nhớ dài hạn ít bị ảnh hưởng hơn.

- Kém điều hợp vận động toàn thân hoặc các vận động khác khó khăn (mút, nhai, ăn, sử dụng bàn tay).

- Chậm phát triển:

+ Vận động thô (lấy, ngồi, bò, đứng, đi).

+ Vận động tinh (sử dụng bàn tay)

- Rối loạn hành vi: đập phá, đập đầu vào vật...

- Khám thần kinh:

+ Trương lực cơ: bình thường hoặc giảm nhẹ toàn thân.

+ Tình trạng cơ: bình thường, không có liệt.

+ Phản xạ: Phản xạ gân xương bình thường hoặc giảm nhẹ.

Babinski: âm tính

Các phản xạ nguyên thủy âm tính.

+ Các dây thần kinh sọ não: ít khi bị ảnh hưởng

+ Các hội chứng: hội chứng tháp, ngoại tháp, tiểu não âm tính

2.2. Đánh giá chỉ số IQ: Trẻ CPTTT có chỉ số IQ < 70 %

2.3. Chẩn đoán các dạng CPTTT thường gặp

2.3.1. Hội chứng Down

* Định nghĩa: Là 1 bệnh gây nên bởi rối loạn nhiễm sắc thể (thừa NST 21) ở giai đoạn phân chia NST khi thụ thai.

Hay gặp ở mẹ trên 35 tuổi

* Dấu hiệu lâm sàng:

- Dấu hiệu sớm: ngay sau sinh trẻ mềm nhẽo, ít khóc, lưỡi hay thè ra ngoài. Khi hạ xuống đột ngột trẻ không có phản xạ bảo vệ

- Bộ mặt đặc biệt: Mắt xếch, mí mắt lộn lên đôi khi bị lác, tai thấp. Miệng trễ và luôn há, vòm miệng cao, hẹp. Trong lòng đen có nhiều chấm trắng nhỏ như cát và thường mất đi sau 12 tháng tuổi.

- Các dấu hiệu khác: Đầu nhỏ, ngắn, gáy phẳng, cổ ngắn, vai tròn.

Bàn tay ngắn, to, các ngón tay ngắn, ngón út thường khoèo. Có 1 đường vân sâu nằm ngang đường bàn tay. Đôi khi trẻ bình thường cũng có như vậy. Bàn chân phẳng, ngón chân chim, ngón chân cái toè. Khớp háng, cổ chân, khuỷu lỏng lẻo.

Cứ 3 trẻ có 1 trẻ mắc bệnh tim. Cứ 10 trẻ Down có 1 trẻ bị tổn thương đốt sống cổ gây nên tổn thương tủy sống và bị liệt.

* Xét nghiệm: Xét nghiệm nhiễm sắc thể: Có 3 nhiễm sắc thể 21

* Tiêu chuẩn chung của CPTTT: Trẻ có các tiêu chuẩn chung của chậm phát triển tinh thần

2.3.2. Bệnh suy giáp

* Định nghĩa: Là CPTTT do thiếu hormon phát triển tuyến giáp

* Tiêu chuẩn lâm sàng:

Dấu hiệu	Điểm
1. Phù niêm (Bộ mặt đặc biệt)	2
2. Da nổi vân tím.	1
3. Thoát vị rốn.	1
4. Thóp sau rộng > 0,5 cm.	1
5. Chậm lớn.	1
6. Chậm phát triển tinh thần vận động.	1
7. Táo bón > 3 ngày.	2
8. Vàng da sinh lý > 30 ngày.	1
9. Thai > 40 tuần.	1
10. Cân lúc đẻ > 3,5 kg	1
Tổng	12
Nghi ngờ suy giáp	> 4

* Xét nghiệm: Định lượng nồng độ hormon

- T3 giảm (Bình thường 1,2 - 2,7nmol/l)

- T4 giảm (Bình thường 64,4 - 148 nmol/l)

- TSH tăng (Bình thường 0,23 - 4 nmol/l)

* Tiêu chuẩn chung của CPTTT: Trẻ có các tiêu chuẩn chung của chậm phát triển tinh thần.

2.3.3. Động kinh

* Định nghĩa: Động kinh là tổn thương não mãn tính với nhiều nguyên nhân khác nhau, được đặc trưng bằng sự lặp đi lặp lại những phóng lực kích phát thành nhịp của tế bào não.

* Phân loại:

- Con cục bộ: Con cục bộ đơn thuần (Vận động, cảm giác); Con cục bộ phức tạp; Con cục bộ chuyển thành toàn bộ hóa.

- Con toàn thể: Con vắng ý thức điển hình, không điển hình; Con co cứng cơ; Con giật cơ; Con mất trương lực; Con cứng giật cơ.

- Con bổ sung: Động kinh liên tục; Trạng thái động kinh; Con không xếp loại.
- Hội chứng West: Con co thắt, chậm phát triển tinh thần, ĐNĐ có rối loạn nhịp cao điện thế.

* Tiêu chuẩn chẩn đoán:

+ Tiêu chuẩn xác định cơn lâm sàng:

- Xuất hiện đột ngột.
- Con có tính chất định hình
- Con xảy ra ngắn chỉ vài giây đến vài phút.
- Rối loạn chức năng thần kinh trong cơn (trừ 1 số cơn cục bộ đơn giản)
- Hồi phục nhanh

+ Tiêu chuẩn xác định điện não: Điện não có hình ảnh các dạng phóng điện kịch phát của động kinh.

+ Tiêu chuẩn chung của CPTTT: Trẻ có các tiêu chuẩn chung của chậm phát triển tinh thần.

2.3.4. Hội chứng Fragile X (Hội chứng nhiễm sắc thể X giòn, dễ gãy)

- Định nghĩa: Tật di truyền do nhiễm sắc thể X không bình thường.
- Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh: Tai to, mặt dài thể hiện ở những mức độ nặng nhẹ khác nhau; Khó khăn về học ở các mức độ khác nhau; Lặp lại hành động
- Tiêu chuẩn chung của Chậm PTTT: Trẻ có các tiêu chuẩn chung của chậm phát triển tinh thần.

3. Chẩn đoán mức độ: theo ICD 10 của WHO

- Mức độ 1 (Nhẹ): IQ từ 55 - 70 %, giáo dục hòa nhập.
- Mức độ 2 (Trung bình): IQ từ 40 - 54 %, có thể hòa nhập.
- Mức độ 3 (Nặng): IQ từ 20 - 39 %, cần trợ giúp.
- Mức độ 4 (Rất nặng): IQ < 20%, cần chăm sóc đặc biệt.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Tự kỷ
- Tăng động giảm chú ý
- Khiếm thính

5. Chẩn đoán nguyên nhân

5.1. Trước khi sinh

- Mẹ bị nhiễm virus (rubeon, cytomegalo virus, toxoplasma, herpes...), dùng thuốc (hóa chất, nội tiết tố), nhiễm độc (chì, thủy ngân, thạch tín...) chế độ ăn thiếu chất (Iod) trong thời kỳ mang thai

- Đột biến NST ở bào thai do nhiều nguyên nhân khác nhau.

5.2. Trong khi sinh: Đẻ non, ngạt, can thiệp sản khoa.

5.3. Sau khi sinh: Trẻ bị các bệnh như xuất huyết não-màng não, viêm màng não, viêm não, chấn thương.

5.4. Không rõ nguyên nhân.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc: PHCN sớm, đều đặn, toàn diện, phối hợp với chương trình PHCN tại nhà và PHCN dựa vào cộng đồng.

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

- Điện trị liệu: điện thấp tần, ánh sáng
- Vận động:
 - + Xoa bóp
 - + Các kỹ thuật tạo thuận lấy, ngồi, bò, đứng đi
- Ngôn ngữ trị liệu (Xem bài ngôn ngữ trị liệu)
 - + Kích thích kỹ năng giao tiếp sớm
 - + Huấn luyện kỹ năng hiểu và diễn đạt ngôn ngữ.
- Hoạt động trị liệu (Xem bài hoạt động trị liệu)
 - + Huấn luyện kỹ năng vận động tinh bàn tay
 - + Huấn luyện kỹ năng sinh hoạt hàng ngày
- Dụng cụ trợ giúp: Nẹp chỉnh hình

3. Các điều trị khác

- Thuốc chống động kinh, Hormon giáp trạng, cerebrolysin, điều trị còi xương (nếu có).
- Sử dụng một số loại thuốc để làm tăng khả năng tập trung, giảm tăng động và điều chỉnh hành vi.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Các chỉ số cần theo dõi: Sự tiến bộ về nhận thức, ngôn ngữ, hành vi
- Thời gian tái khám theo định kỳ 1 đến 2 tháng/lần

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TIÊU CHÔM XƯƠNG ĐÙI VÔ KHUẨN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tiêu chỏm xương đùi là một bệnh thuộc nhóm bệnh hoại tử xương với tình trạng chết các tế bào ở cả 2 phần của xương là tủy xương và tế bào xương
- Bệnh còn được gọi với cái tên khác nhau: hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi, hoại tử vô mạch
- Bệnh hay gặp ở độ tuổi trung niên, nam nhiều hơn nữ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

Bệnh tiêu chỏm xương đùi có thể tiến triển âm thầm mà không có các biểu hiện trên lâm sàng hoặc nếu có cũng rất kín đáo.

Vị trí đau: Hỏi bệnh nhân xem có đau ở vùng khớp hông hay không, có cảm giác sưng nóng ở khớp hay không. Bệnh nhân có thói quen uống rượu không, có thường xuyên uống với số lượng nhiều (Bệnh tiêu chỏm xương thường gặp ở nam giới trung niên uống nhiều rượu)

Bệnh nhân đi lại có đau vùng khớp háng hay không, nghỉ ngơi có đỡ đau không, đau nhiều về đêm không?

1.2. Khám lâm sàng

- Khám tình trạng toàn thân.
- Khám khớp: Xác định chính xác điểm đau vùng khớp háng. Xem khớp có sưng, nóng, đỏ? Khám xác định tầm vận động của khớp (ROM).
- Thường đau theo kiểu cơ học. Để bệnh nhân đi bộ xem mức độ đau nhiều, ít, đau tăng khi đi lại?
- Khám các động tác gập, duỗi, dạng, khép, xoay trong, xoay ngoài khớp háng.

1.3. Chỉ định các xét nghiệm cận lâm sàng

- Trong mọi trường hợp đau xương khớp mãn tính, các xét nghiệm cơ bản cần được chỉ định đầy đủ, ngoài ra tùy theo các triệu chứng lâm sàng gợi ý mà tiến hành tiếp các xét nghiệm khác để phục vụ cho chẩn đoán xác định, chẩn đoán nguyên nhân, chẩn đoán phân biệt.
- Các xét nghiệm cơ bản:
 - + Xét nghiệm tế bào máu ngoại vi
 - + Xét nghiệm sinh hóa máu
 - + Tổng phân tích nước tiểu

- + Tùy vào triệu chứng lâm sàng khi nghi ngờ có đau xương do bệnh tự miễn, có thể chỉ định các xét nghiệm miễn dịch
- Khi có nghi ngờ bệnh lý liên quan đến bệnh lý chuyển hóa hoặc bệnh ác tính di căn xương phải chỉ định xét nghiệm photpho, canxi
- Hình ảnh Xquang quy ước rất cần thiết và có thể làm được ở mọi tuyến và nhiều khi chỉ cần chụp xquang quy ước là đã có thể chẩn đoán được bệnh (hình ảnh hủy xương chỉ ở một xương, không có tổn thương xương đối xứng)
- Ở những cơ sở có điều kiện chụp cộng hưởng từ có thể chẩn đoán bệnh ở giai đoạn sớm

2. Chẩn đoán xác định

- Triệu chứng lâm sàng
- + Đau ở vùng khớp háng (thường ở một bên)
- + Hạn chế tầm vận động khớp háng bên đau
- + Đi lại đau tăng (đau kiểu cơ học)
- + Khớp háng không sưng nóng đỏ (không có biểu hiện viêm cấp)
- Triệu chứng cận lâm sàng
- + Xét nghiệm canxi máu thường giảm (cả canxi toàn phần và canxi ion)
- + Photpho máu thường giảm
- + Phosphatase kiềm tăng
- + Máu lắng bình thường
- + Tình trạng thiếu máu: Thường không thiếu máu
- * Xquang quy ước:
- + Khe khớp không hẹp
- + Hình ảnh hủy xương vùng chỏm xương đùi (thường ở một bên, rất hiếm khi gặp cả hai bên)
- * Cộng hưởng từ cho kết quả chính xác và có tác dụng chẩn đoán sớm.

3. Chẩn đoán phân biệt

Lao khớp háng

- + Đau khu trú ở vùng khớp háng, thường gặp ở người trẻ tuổi
- + Các xét nghiệm cơ bản
- + VSS tăng
- + Phản ứng mantoux dương tính
- + Sưng, nóng, đỏ, đau khớp

+ Xquang khe khớp hẹp, giai đoạn cuối có thể có hình ảnh hủy hoại phần trên ngoài chỏm xương đùi

4. Chẩn đoán nguyên nhân

Cho đến nay người ta cũng chưa có chẩn đoán nguyên nhân chắc chắn về bệnh lý tiêu chỏm xương đùi. Người ta thường gặp một số yếu tố gây nên bệnh lý này có thể tự phát hoặc là hậu quả của một số tình trạng sinh lý hoặc là tình trạng bệnh lý như nhiễm độc thai nghén, uống rượu, tắc mạch, dùng thuốc...

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Bệnh lý tiêu chỏm xương đùi vô khuẩn là loại bệnh lý xương khớp mãn tính, có diễn biến kéo dài và gồm nhiều phương pháp phối hợp (Vật lý trị liệu-Phục hồi chức năng, điều trị nội khoa, phẫu thuật chỉnh hình, thay khớp nhân tạo)
- Mục tiêu điều trị nhằm bảo tồn các cấu trúc tự nhiên của khớp càng lâu càng tốt.
- Việc lựa chọn phương pháp điều trị được dựa vào mức độ tổn thương của chỏm xương đùi.
- Quản lý theo dõi bệnh nhân, phát hiện sớm các biến chứng có thể.
- Tái hòa nhập cộng đồng, công ăn việc làm với những người tiêu chỏm xương đùi.

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

Mục tiêu: Các phương pháp VLTL-PHCN nhằm duy trì sức mạnh của cơ, tránh co rút và các thương tật thứ cấp.

- Tập khớp háng bên tổn thương theo tầm vận động, duy trì tầm vận động khớp.
- Sử dụng các dụng cụ tập (Nạng nách, nạng khuỷu, khung tập đi để giảm tải trọng lên khớp háng)

3. Thuốc điều trị

- Nhóm thuốc điều trị triệu chứng
- Nhóm chống viêm không steroid (NSAIDS) và nhóm Steroid
- Thuốc giảm đau
- Điều trị thuốc khi đã xác định được nguyên nhân

4. Điều trị phẫu thuật khớp háng (giai đoạn 3, giai đoạn 4)

- Khi bệnh nhân bị đau kéo dài, không đáp ứng với điều trị, bệnh nhân mất chức năng vận động:

+ Thay khớp háng nhân tạo ở 1 khớp hoặc cả 2 khớp (nếu bị tiêu chỏm xương đùi cả 2 bên) là phương pháp triệt để và hiệu quả giúp lấy lại chức năng vận động của khớp.

- + Khoan giảm áp chỏm xương đùi: mục đích làm giảm áp lực ở trong xương giúp tái tạo hệ thống tưới máu cho vùng chỏm xương làm chậm quá trình tiến triển của bệnh.
- + Tạo hình xương: phương pháp bảo tồn khớp loại bỏ phần hoại tử tạo hình kết hợp xương phân bố lực tì đè vào phần sụn khớp được chống đỡ bởi tổ chức xương lành phía dưới cùng tổn thương chỏm.
- Sau phẫu thuật bệnh nhân phải được làm PHCN với mục tiêu: Làm giảm lực tì đè lên vùng tổn thương.
- Tập cho bệnh nhân đi lại và tái hòa nhập cộng đồng(đảm bảo công ăn việc làm, học tập, công tác đảm bảo cuộc sống của người bệnh).

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Cần theo dõi các triệu chứng lâm sàng (Đau vùng khớp háng, tính chất cơn đau, khả năng đi lại di chuyển của người bệnh)
- Theo dõi các chỉ số sinh hóa máu và các xét nghiệm cơ bản.
- Khi xuất hiện các triệu chứng: đau, giảm vận động thì có thể cho chụp X-Quang quy ước để theo dõi.
- Thời gian tái khám theo định kỳ từ 1 tháng đến 3 tháng, 6 tháng và khám định kỳ hàng năm.
- Đây là loại bệnh lý cần theo dõi tích cực.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TỒN THƯƠNG THẦN KINH QUAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Thần kinh quay là nhánh tận lớn nhất của đám rối thần kinh cánh tay, xuất phát từ bó sau, được hợp bởi các sợi thần kinh từ rễ C6, C7, C8 và có thể cả T1. Thần kinh quay chi phối vận động cho các cơ duỗi và ngửa ở cánh tay, cẳng tay và chi phối cảm giác cho mặt sau cánh tay, cẳng tay và nửa ngoài mu tay.

Trong số 3 thần kinh lớn ở chi trên là quay, trụ và giữa thì bệnh lý thần kinh quay do nguyên nhân chèn ép ít gặp hơn. Tuy nhiên, thần kinh quay thường bị tổn thương hơn trong những trường hợp chấn thương vùng cánh tay, đặc biệt là gãy xương. Gãy xương cánh tay, đặc biệt là gãy 1/3 giữa xương cánh tay, là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tổn thương thần kinh quay. Thần kinh quay có thể bị liệt ngay khi chấn thương hoặc thứ phát sau đó do thủ thuật nắn chỉnh xương hoặc do can xương đè ép trong giai đoạn muộn. Ở vùng cánh tay, 2 nguyên nhân hay gặp khác của liệt thần kinh quay là “Hội chứng tối Thứ Bảy” và đi nặng nách không đúng kỹ thuật gây chèn ép thần kinh quay ở đoạn cao. Ở vùng cẳng tay, có 2 hội chứng dẫn liên quan đến liệt thần kinh quay do bị đè ép là “Hội chứng thần kinh gian cốt sau” và “Hội chứng đường hầm thần kinh quay”, trong đó hội chứng thần kinh gian cốt sau thường gặp hơn. Liệt thần kinh quay ở đoạn này chỉ ảnh hưởng đến vận động của cổ tay và bàn tay. Ngoài ra, thần kinh quay có thể bị tổn thương ở bất cứ đoạn nào trên đường đi của nó do vết thương gây ra bởi hung khí hay đạn bắn. Tùy theo vị trí và mức độ tổn thương mà lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp, bảo tồn hay phẫu thuật. Vật lý trị liệu và phục hồi chức năng thần kinh quay bị tổn thương phụ thuộc rất nhiều vào phương pháp điều trị được lựa chọn.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- + Lý do vào viện: rối loạn cảm giác? liệt? teo cơ?, ...
- + Bệnh sử: thời gian xuất hiện bệnh, triệu chứng đầu tiên, tính chất triệu chứng, chẩn đoán và điều trị cũ, tiến triển của bệnh, tình trạng hiện tại
- + Tiền sử: đặc điểm nghề nghiệp, thói quen sinh hoạt, tiền sử chấn thương,...

1.2. Khám và lượng giá chức năng:

* Khám:

- Quan sát:

+ Dấu hiệu “bàn tay rũ cổ cò”

+ Tình trạng teo cơ, rung thớ cơ phía tay bên liệt so với bên lành trong giai đoạn muộn của bệnh.

- Khám vận động:

+Cơ lực: liệt hoặc yếu các nhóm cơ do thần kinh quay chi phối bao gồm các cơ duỗi khuỷu, ngửa cẳng tay, duỗi cổ tay và duỗi các ngón. Vị trí tổn thương thần kinh quay càng cao thì số cơ bị liệt càng nhiều.

+Trương lực cơ: giảm

- Khám cảm giác: mất hoặc giảm cảm giác mặt sau cánh tay, cẳng tay và mặt ngoài mu tay. Vị trí tổn thương thần kinh quay càng cao thì vùng mất cảm giác càng rộng. Ở bệnh nhân bắt đầu hồi phục thần kinh sau chấn thương có thể có tình trạng tăng cảm giác.

- Khám phản xạ: mất hoặc giảm phản xạ gân cơ tam đầu cánh tay và phản xạ trâm quay.

* Lượng giá chức năng:

Lượng giá chức năng chi trên của bệnh nhân bằng bộ câu hỏi DASH (Disabilities of Arm, Shoulder and Hand). Bộ câu hỏi này được dùng để đánh giá khả năng thực hiện các hoạt động sinh hoạt hằng ngày có sử dụng tay và mức độ ảnh hưởng của tay bệnh đến công việc và các hoạt động thể thao, nghệ thuật. Bệnh nhân trả lời các câu hỏi dựa vào các hoạt động thực tế của họ trong 1 tuần trước đó. Mỗi hoạt động sẽ được cho điểm từ 1 đến 5 tùy vào mức độ khó khăn khi thực hiện hoạt động đó. Sử dụng công thức cho sẵn để tính chỉ số DASH, từ đó lượng giá được mức độ giảm khả năng sử dụng chi trên của bệnh nhân.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng:

- X-quang: giúp phát hiện gãy xương, can xương hoặc u xương gây chèn ép thần kinh quay.

- MRI: trong một số trường hợp, MRI giúp phát hiện một số tổ chức không cản quang gây chèn ép thần kinh quay (u mỡ, u hạch, phình mạch,...)

- Khảo sát chẩn đoán điện: điện cơ đồ (EMG) và khảo sát dẫn truyền thần kinh giúp xác định thần kinh bị tổn thương, định khu vị trí tổn thương và giúp theo dõi quá trình hồi phục của thần kinh quay. Thường kết quả khảo sát chẩn đoán điện vẫn bình thường trong giai đoạn sớm của bệnh.

2. Chẩn đoán xác định

- Liệt các nhóm cơ do thần kinh quay chi phối: duỗi khuỷu, ngửa cẳng tay, duỗi cổ tay, duỗi các ngón. Dấu hiệu “bàn tay rũ cổ cò”.

- Mất cảm giác mặt sau cánh tay, cẳng tay, mặt ngoài mu tay.

- Mất phản xạ gân cơ tam đầu cánh tay, phản xạ trâm quay.

- Kết quả khảo sát chẩn đoán điện phù hợp với tổn thương thần kinh quay.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh lý cột sống cổ gây chèn ép rễ C6, C7

- Tổn thương đám rối thần kinh cánh tay

- Một số bệnh lý khác của não hoặc tủy sống có gây liệt chi trên. Ví dụ: tổn thương vỏ não hồi trước trung tâm, bệnh xơ cứng cột bên teo cơ,...

4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Tổn thương thần kinh quay đoạn từ nách đến khuỷu:

- + Gãy xương cánh tay mới hoặc cũ
- + Hội chứng liệt tối Thứ Bảy
- + Đeo nạng nách không đúng kỹ thuật
- + Hạch nách, phình mạch chèn ép

- Tổn thương thần kinh quay đoạn từ khuỷu đến cổ tay:

Thường gặp “Hội chứng thần kinh gian cốt sau” do nhánh gian cốt sau của thần kinh quay bị đè ép bởi một số nguyên nhân sau:

- + Gãy xương, can xương, trật đầu trên xương quay
- + U mỡ, u xơ thần kinh, u tế bào Schwan, dị dạng động tĩnh mạch gây đè ép
- + Nghề nghiệp liên quan đến các hoạt động sắp ngửa liên tục cẳng tay như nhạc trưởng, người đánh đàn violin,...

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Tổn thương thần kinh quay nói riêng và thần kinh ngoại biên nói chung được chia thành 3 mức độ nặng khác nhau theo Seddon. Thái độ xử trí phụ thuộc nhiều vào mức độ tổn thương:

- + Độ 1: Điều trị bảo tồn. Thường hồi phục hoàn toàn.
- + Độ 2: Điều trị bảo tồn là lựa chọn ban đầu. Nếu không có dấu hiệu phục hồi thần kinh sau một thời gian điều trị thì nghĩ đến phẫu thuật thăm dò và điều trị. Thường bệnh nhân hồi phục không hoàn toàn.
- + Độ 3: Phẫu thuật là bắt buộc. Thần kinh sẽ không hồi phục nếu không được phẫu thuật nối thần kinh. Quá trình phục hồi phụ thuộc nhiều vào phương pháp phẫu thuật và khả năng tái phân phối thần kinh sau phẫu thuật.

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

- **Giai đoạn cấp:** ngay sau chấn thương hoặc sau phẫu thuật

- + Bất động chi tổn thương: thời gian tùy thuộc vào tình trạng tổn thương và phương pháp phẫu thuật
- + Vận động: tần suất và cường độ tập cũng phụ thuộc vào tình trạng tổn thương và phương pháp phẫu thuật
- + Mang máng thần kinh quay: nhằm dự phòng biến dạng co rút “rũ cổ cò”

+ Tư vấn cho bệnh nhân biết cách bảo vệ an toàn cho vùng thương tổn, đặc biệt là sau phẫu thuật nối thần kinh. Tránh gây tổn thương cho vùng chi bị mất cảm giác.

- **Giai đoạn hồi phục:** khi có dấu hiệu tái chi phối thần kinh

+ Tái rèn luyện vận động: tập mạnh cơ theo chương trình tăng tiến

+ Giảm tình trạng tăng cảm giác: quá trình tái chi phối thần kinh thường đi kèm với tình trạng tăng cảm giác. Cho bệnh nhân tiếp xúc với nhiều vật làm bằng chất liệu khác nhau để giảm tình trạng trên.

+ Tái rèn luyện cảm giác: giúp bệnh nhân học cách nhận biết đồ vật khi sờ.

- **Giai đoạn mãn tính:** quá trình tái chi phối thần kinh đã đạt đỉnh, một số chức năng vận động và cảm giác không còn khả năng phục hồi thêm được nữa.

+ Tiếp tục sử dụng dụng cụ chỉnh hình để dự phòng co rút gân cơ.

+ Sử dụng dụng cụ trợ giúp cho chi trên trong các hoạt động sinh hoạt hằng ngày.

+ Dự phòng tổn thương cho vùng chi bị giới hạn vận động và cảm giác.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Trong quá trình điều trị, cần theo dõi chặt chẽ các dấu hiệu tái chi phối thần kinh về vận động cũng như cảm giác để có thái độ xử trí thích hợp.

- Sau khi ra viện, bệnh nhân cần được tái khám định kỳ để đánh giá mức độ tái chi phối thần kinh, thay đổi chương trình tập luyện phục hồi chức năng theo từng giai đoạn, cũng như để phát hiện những tình trạng không mong muốn như co rút gân cơ, biến dạng chi.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TỔN THƯƠNG THẦN KINH GIỮA

I. ĐẠI CƯƠNG

Thần kinh giữa xuất phát từ bó ngoài và bó trong của đám rối thần kinh cánh tay, đi xuống cánh tay dọc theo động mạch cánh tay rồi xuống cẳng tay, nằm giữa các cơ gấp chung các ngón nông và gấp chung các ngón sâu. Khi đến cổ tay, thần kinh giữa đi trong ống cổ tay để xuống gan tay và chia ra các nhánh tận ở đó.

Thần kinh giữa chi phối động tác gấp cổ tay và ngón tay, sấp cẳng tay và bàn, gấp, dạng và đối ngón cái. Về cảm giác, ở gan tay nó chi phối cho các ngón 1,2,3 và ½ ngoài ngón 4, ở mu tay chi phối cho đốt tận cùng của các ngón trên. Ngoài ra, thần kinh giữa là dây thần kinh hỗn hợp có nhiều sợi giao cảm nên khi bị tổn thương, bệnh nhân thường có cảm giác đau cháy ở bàn tay.

Thần kinh giữa có thể bị chèn ép ở vùng cổ tay trong hội chứng ống cổ tay. Hội chứng ống cổ tay là bệnh lý gây chèn ép thần kinh ngoại biên thường gặp nhất. Đối tượng nguy cơ của hội chứng ống cổ tay là những người làm công việc đòi hỏi vận động cổ tay nhiều, cao tuổi, béo phì, đái tháo đường, suy thận, rối loạn chức năng tuyến giáp, loãng xương. Nếu phát hiện sớm, hội chứng ống cổ tay đáp ứng tốt với các phương pháp điều trị bảo tồn. Trong trường hợp điều trị bảo tồn không hiệu quả thì cần phải phẫu thuật. Quá trình tập luyện phục hồi chức năng sau phẫu thuật đóng vai trò quan trọng trong việc giúp bệnh nhân sớm hồi phục và lấy lại chức năng bàn tay.

Ngoài ra, nhánh gian cốt trước của thần kinh giữa có thể bị chèn ép ở vùng cẳng tay gây ra hội chứng thần kinh gian cốt trước. Thần kinh giữa cũng có thể bị tổn thương ở bất cứ đoạn nào trên đường đi của nó do vết thương gây ra bởi hung khí hay đạn bắn. Tùy theo vị trí và mức độ tổn thương mà lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp, bảo tồn hay phẫu thuật. Vật lý trị liệu và phục hồi chức năng thần kinh giữa bị tổn thương phụ thuộc rất nhiều vào phương pháp điều trị được lựa chọn.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Lý do vào viện: rối loạn cảm giác? liệt? teo cơ?, ...
- Bệnh sử: thời gian xuất hiện bệnh, triệu chứng đầu tiên, tính chất triệu chứng, chẩn đoán và điều trị cũ, tiến triển của bệnh, tình trạng hiện tại.
- Tiền sử: đặc điểm nghề nghiệp, thói quen sinh hoạt, tiền sử chấn thương,...

1.2. Khám và lượng giá chức năng

* Khám lâm sàng:

- Quan sát:

+ Dấu hiệu “bàn tay khi”: teo cơ ô mô cái, ngón cái nằm cùng mặt phẳng với các ngón khác, mất động tác dạng và đối ngón cái.

+ Dấu hiệu “bàn tay giảng đạo”: mất động tác gấp ngón 1, 2 và một phần ngón 3; các ngón 4, 5 vẫn gấp được bình thường.

- Khám vận động:

+ Cơ lực: liệt các cơ do thần kinh giữa chi phối. Mất động tác gấp, dạng và đối ngón cái. Nếu tổn thương cao có thể dẫn đến sấp cẳng tay và gấp cổ tay yếu.

Các nghiệm pháp chẩn đoán hội chứng ống cổ tay:

Nghiệm pháp Tinel: Gõ nhẹ liên tục vùng ống cổ tay trong 30-60 giây. Dấu hiệu dương tính: tê hoặc cảm giác châm chích vùng cảm giác thần kinh giữa chi phối.

Nghiệm pháp Phalen: bệnh nhân gấp cổ tay 2 bên 90 độ, áp mu 2 bàn tay vào nhau và duy trì tư thế này trong 30-60 giây. Dấu hiệu dương tính: tê hoặc cảm giác châm chích vùng cảm giác thần kinh giữa chi phối.

+ Trương lực cơ: giảm

- Khám cảm giác: mất cảm giác các ngón 1, 2, 3 và ½ ngoài ngón 4 ở gan tay và đốt tận cùng của các ngón trên ở mu tay.

* Lượng giá chức năng:

Lượng giá chức năng chi trên của bệnh nhân bằng bộ câu hỏi DASH (Disabilities of Arm, Shoulder and Hand). Bộ câu hỏi này được dùng để đánh giá khả năng thực hiện các hoạt động sinh hoạt hằng ngày có sử dụng tay và mức độ ảnh hưởng của tay bệnh đến công việc và các hoạt động thể thao, nghệ thuật. Bệnh nhân trả lời các câu hỏi dựa vào các hoạt động thực tế của họ trong 1 tuần trước đó. Mỗi hoạt động sẽ được cho điểm từ 1 đến 5 tùy vào mức độ khó khăn khi thực hiện hoạt động đó. Sử dụng công thức cho sẵn để tính chỉ số DASH, từ đó lượng giá được mức độ giảm khả năng sử dụng chi trên của bệnh nhân.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

+ XQuang: giúp phát hiện gãy xương, can xương hoặc các bất thường khác của xương gây chèn ép thần kinh giữa.

+ MRI: trong một số trường hợp, MRI giúp phát hiện tình trạng chèn ép thần kinh giữa ở cẳng tay, ống cổ tay.

+ Khảo sát chẩn đoán điện: điện cơ đồ (EMG) và khảo sát dẫn truyền thần kinh giúp xác định thần kinh bị tổn thương, định khu vị trí tổn thương và giúp theo dõi quá trình hồi phục của thần kinh giữa. Thường kết quả khảo sát chẩn đoán điện vẫn bình thường trong giai đoạn sớm của bệnh.

2. Chẩn đoán xác định

- Dấu hiệu “bàn tay khi”, “bàn tay giảng đạo”

- Mất động tác gấp, dạng và đối ngón cái. Sấp cẳng tay và gấp cổ tay yếu nếu tổn thương cao.
- Mất cảm giác các ngón 1, 2, 3 và ½ ngoài ngón 4 ở gan tay và đốt tận cùng của các ngón trên ở mu tay.
- Nghiệm pháp Tinel và Phalen dương tính trong hội chứng ống cổ tay.
- Kết quả khảo sát chẩn đoán điện phù hợp với tổn thương thần kinh giữa.

3. Chẩn đoán phân biệt: Bệnh lý chèn ép rễ C6, C7.

4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Bệnh lý chèn ép thần kinh giữa ở cẳng tay (Hội chứng thần kinh gian cốt trước)
 - + Nghề nghiệp liên quan đến gấp khuỷu và sấp cẳng tay quá nhiều, xách đồ vật quá nặng, bó bột cẳng tay, gãy xương cẳng tay, đạn bắn,...
- Bệnh lý chèn ép thần kinh giữa ở cổ tay (Hội chứng ống cổ tay):
 - + Cấp tính: chấn thương phần mềm vùng cổ tay, gãy xương cổ tay, bong
 - + Mãn tính: mang đai cổ tay hoặc găng tay bó chặt, bất thường giải phẫu các thành phần trong ống cổ tay, sẹo cũ do đã từng mổ ống cổ tay
 - + Nghề nghiệp và thói quen sinh hoạt: gấp duỗi cổ tay lặp đi lặp lại, nắm chặt, làm việc với máy tính, làm việc với các dụng cụ rung lắc mạnh.
- Ngoài ra, thần kinh giữa có thể bị tổn thương ở bất cứ vị trí nào trên đường đi của nó do hung khí hay các vật sắc nhọn khác gây ra.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Tổn thương thần kinh giữa nói riêng và thần kinh ngoại biên nói chung được chia thành 3 mức độ nặng khác nhau theo Seddon. Thái độ xử trí phụ thuộc nhiều vào mức độ tổn thương:
 - + Độ 1: Điều trị bảo tồn. Thường hồi phục hoàn toàn.
 - + Độ 2: Điều trị bảo tồn là lựa chọn ban đầu. Nếu không có dấu hiệu phục hồi thần kinh sau một thời gian điều trị thì nghĩ đến phẫu thuật thăm dò và điều trị. Thường bệnh nhân hồi phục không hoàn toàn.
 - + Độ 3: Phẫu thuật là bắt buộc. Thần kinh sẽ không hồi phục nếu không được phẫu thuật nối thần kinh. Quá trình phục hồi phụ thuộc nhiều vào phương pháp phẫu thuật và khả năng tái phân phối thần kinh sau phẫu thuật.

2. Các phương pháp điều trị và kỹ thuật phục hồi chức năng

2.1. Tổn thương thần kinh giữa trong hội chứng ống cổ tay

- Nhiều bệnh nhân bị hội chứng ống cổ tay đáp ứng tốt với điều trị bảo tồn nếu được phát hiện sớm. Mang máng nâng đỡ cổ tay, giữ ở tư thế trung tính, mang khi ngủ và khi thực hiện

những hoạt động đòi hỏi sự vận động cổ tay nhiều. Sử dụng thêm kháng viêm NSAIDs đường uống. Khoảng 90% bệnh nhân bị hội chứng ống cổ tay nhẹ đáp ứng với điều trị bảo tồn sau 4-6 tuần điều trị, sau đó duy trì tiếp ít nhất 2 tháng nữa.

- Nếu bệnh nhân không hề có đáp ứng khi điều trị bảo tồn với máng nẹp cổ tay thì lựa chọn tiếp theo là tiêm steroid vào ống cổ tay. Thường giảm các triệu chứng sau mũi tiêm thứ nhất, một số trường hợp cho phép tiêm đến 3 mũi, cách nhau 3-6 tuần. Khi tiêm đòi hỏi phải đúng kỹ thuật để tránh các biến chứng nhiễm trùng, tổn thương gân, tổn thương hay tạo sẹo cho dây thần kinh.

- Thay đổi tư thế và có chế độ nghỉ ngơi hợp lý khi làm việc để tránh làm nặng thêm tình trạng bệnh.

- Phẫu thuật được chỉ định khi bệnh nhân không đáp ứng với việc mang máng nẹp, uống thuốc kháng viêm NSAIDs và tiêm steroid vào ống cổ tay hoặc khi bệnh nhân bị giảm đáng kể các hoạt động sinh hoạt hằng ngày hoặc có tình trạng teo cơ rõ. Phẫu thuật cắt dây chằng ngang giải phóng thần kinh giữa có tỷ lệ thành công cao và giai đoạn hồi phục sau mổ cũng nhanh.

- Chương trình PHCN sau phẫu thuật ống cổ tay giải phóng thần kinh giữa:

Tuần 1: Tập ngay sau mổ. Gấp duỗi cổ tay nhẹ nhàng, các ngón gấp duỗi tối đa. Mang nẹp cổ tay hỗ trợ.

Tuần 2: Cắt chỉ và chăm sóc sẹo mổ. Bắt đầu tập mạnh cơ và thực hiện các hoạt động sinh hoạt hằng ngày.

Tuần 3-4: Tiếp tục tập mạnh cơ. Bệnh nhân được phép thực hiện những hoạt động mạnh hơn và quay trở lại làm việc.

2.2. Thần kinh giữa bị tổn thương do vết thương vùng cánh tay, cẳng tay

- **Giai đoạn cấp:** ngay sau chấn thương hoặc sau phẫu thuật

+ Bất động chi tổn thương: thời gian tùy thuộc vào tình trạng tổn thương và phương pháp phẫu thuật.

+ Vận động: tần suất và cường độ tập cũng phụ thuộc vào tình trạng tổn thương và phương pháp phẫu thuật.

+ Mang máng nẹp.

+ Tư vấn cho bệnh nhân biết cách bảo vệ an toàn cho vùng thương tổn, đặc biệt là sau phẫu thuật nối thần kinh. Tránh gây tổn thương cho vùng chi bị mất cảm giác.

- **Giai đoạn hồi phục:** khi có dấu hiệu tái chi phối thần kinh

+ Tái rèn luyện vận động: tập mạnh cơ theo chương trình tăng tiến

+ Giảm tình trạng tăng cảm giác: quá trình tái chi phối thần kinh thường đi kèm với tình trạng tăng cảm giác. Cho bệnh nhân tiếp xúc với nhiều vật làm bằng chất liệu khác nhau để giảm tình trạng trên.

+ Tái rèn luyện cảm giác: giúp bệnh nhân học cách nhận biết đồ vật khi sờ.

- **Giai đoạn mãn tính:** quá trình tái chi phối thần kinh đã đạt đỉnh, một số chức năng vận động và cảm giác không còn khả năng phục hồi thêm được nữa.

+ Tiếp tục sử dụng dụng cụ chỉnh hình để dự phòng co rút gân cơ.

+ Sử dụng dụng cụ trợ giúp cho chi trên trong các hoạt động sinh hoạt hằng ngày.

+ Dự phòng tổn thương cho vùng chi bị giới hạn vận động và cảm giác.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Trong quá trình điều trị, cần theo dõi chặt chẽ các dấu hiệu tái chi phối thần kinh về vận động cũng như cảm giác để có thái độ xử trí thích hợp.

- Sau khi ra viện, bệnh nhân cần được tái khám định kỳ để đánh giá mức độ tái chi phối thần kinh, thay đổi chương trình tập luyện phục hồi chức năng theo từng giai đoạn, cũng như để phát hiện những tình trạng không mong muốn như co rút gân cơ, biến dạng chi.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TÔN THƯƠNG THẦN KINH TRỤ

I. ĐẠI CƯƠNG

Thần kinh trụ xuất phát từ bó trong của đám rối thần kinh cánh tay, sau khi đi xuống cánh tay, nó quặt ra sau đến rãnh ròng rọc ở khuỷu, vòng quanh mỏm trên lồi cầu và xương trụ để ra phía trước cẳng tay rồi chạy thẳng xuống xương đậu và chia ra 2 nhánh tận là nhánh vận động và nhánh cảm giác.

Thần kinh trụ chi phối vận động cho các cơ gấp cổ tay trụ, cơ gấp chung các ngón sâu, tất cả các cơ ô mô út, các cơ gian cốt mu tay và gian cốt gan tay, cơ giun 3-4 và cơ khép ngón cái. Về cảm giác, nó chi phối cho mặt lưng cổ tay, lưng bàn tay, cạnh trong bàn tay, ngón 5 và mặt trong ngón 4.

Thần kinh trụ có thể bị chèn ép tại rãnh thần kinh trụ ở khuỷu tay hoặc tại kênh Guyon ở cổ tay. Bệnh lý chèn ép thần kinh trụ ở khuỷu tay là bệnh lý thần kinh ngoại biên do đè ép phổ biến thứ 2, chỉ sau Hội chứng đường hầm cổ tay. Khi đi qua rãnh thần kinh trụ ở khuỷu tay, thần kinh trụ đi rất nông và không có cơ che phủ nên rất dễ bị tổn thương. Những nguyên nhân như bất thường các cấu trúc giải phẫu, gãy xương cũ hoặc mới, bệnh lý khớp viêm tại vùng khuỷu có thể dẫn đến thần kinh trụ bị chèn ép. Duy trì tư thế gấp khuỷu trong thời gian dài hoặc lặp đi lặp lại động tác gấp/duỗi khuỷu có thể gây tổn thương thần kinh trụ. Trong khi đó, những người làm nghề đòi hỏi vận động cổ tay nhiều là đối tượng nguy cơ của bệnh lý chèn ép thần kinh trụ ở kênh Guyon vùng cổ tay.

Ngoài ra, thần kinh trụ có thể bị tổn thương ở bất cứ đoạn nào trên đường đi của nó do vết thương gây ra bởi hung khí hay đạn bắn. Tùy theo vị trí và mức độ tổn thương mà lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp, bảo tồn hay phẫu thuật. Vật lý trị liệu và phục hồi chức năng thần kinh trụ bị tổn thương phụ thuộc rất nhiều vào phương pháp điều trị được lựa chọn.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Lý do vào viện: rối loạn cảm giác? liệt? teo cơ?, ...
- Bệnh sử: thời gian xuất hiện bệnh, triệu chứng đầu tiên, tính chất triệu chứng, chẩn đoán và điều trị cũ, tiến triển của bệnh, tình trạng hiện tại
- Tiền sử: đặc điểm nghề nghiệp, thói quen sinh hoạt, tiền sử chấn thương,...

1.2. Khám và lượng giá chức năng

* Khám lâm sàng

- Quan sát:

+ Dấu hiệu “bàn tay vuốt trụ”: teo các cơ gian cốt và cơ giun bàn tay; duỗi khớp bàn ngón và gấp các khớp liên đốt tạo tư thế vuốt, rõ rệt ở ngón 4,5.

+ Các ngón tay hơi dạng ra, ô mô út teo nhỏ, bẹt xuống, khe gian cốt lồi xuống để lộ rõ xương bàn tay.

- Khám vận động: Cơ lực: liệt các cơ do thần kinh trụ chi phối. Vị trí tổn thương thần kinh trụ càng cao thì số cơ bị liệt càng nhiều.

Các nghiệm pháp:

Yêu cầu bệnh nhân nắm bàn tay: ngón 4, 5 và một phần ngón 3 gấp không hết.

Không gấp được đốt cuối ngón 5: bệnh nhân không gập được ngón út trên mặt bàn trong khi gan bàn tay áp chặt xuống mặt bàn.

Nghiệm pháp Froment: bệnh nhân kẹp tờ giấy giữa ngón cái và ngón trỏ, do liệt cơ khép ngón cái nên không thể kẹp tờ giấy bằng ngón cái duỗi thẳng mà phải gập ngón cái ở khớp liên đốt để giữ tờ giấy lại.

+ Trương lực cơ: giảm

- Khám cảm giác: mất cảm giác ở ngón tay út, mô út và 1/2 ngón nhẫn.

- Khám phản xạ: mất phản xạ trụ sấp.

* Lượng giá chức năng:

Lượng giá chức năng chi trên của bệnh nhân bằng bộ câu hỏi DASH (Disabilities of Arm, Shoulder and Hand). Bộ câu hỏi này được dùng để đánh giá khả năng thực hiện các hoạt động sinh hoạt hằng ngày có sử dụng tay và mức độ ảnh hưởng của tay bệnh đến công việc và các hoạt động thể thao, nghệ thuật. Bệnh nhân trả lời các câu hỏi dựa vào các hoạt động thực tế của họ trong 1 tuần trước đó. Mỗi hoạt động sẽ được cho điểm từ 1 đến 5 tùy vào mức độ khó khăn khi thực hiện hoạt động đó. Sử dụng công thức cho sẵn để tính chỉ số DASH, từ đó lượng giá được mức độ giảm khả năng sử dụng chi trên của bệnh nhân.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- XQuang: giúp phát hiện gãy xương, can xương hoặc các bất thường khác của xương gây chèn ép thần kinh trụ.

- MRI: trong một số trường hợp, MRI giúp phát hiện một số tổ chức gây chèn ép thần kinh trụ ở rãnh thần kinh trụ vùng khuỷu hoặc ở kênh Guyon vùng cổ tay. Ví dụ: u bao hoạt dịch vùng cổ tay, mòm móc của xương móc chèn ép thần kinh trụ.

- Khảo sát chẩn đoán điện: điện cơ đồ (EMG) và khảo sát dẫn truyền thần kinh giúp xác định thần kinh bị tổn thương, định khu vị trí tổn thương và giúp theo dõi quá trình hồi phục của thần kinh trụ. Thường kết quả khảo sát chẩn đoán điện vẫn bình thường trong giai đoạn sớm của bệnh.

2. Chẩn đoán xác định

- Biến dạng “bàn tay vuốt trụ”

- Mất động tác giang và khép các ngón, khép ngón cái, gấp đốt xa ngón 4-5
- Mất cảm giác ở ngón tay út, mô út và 1/2 ngón nhẫn.
- Mất phản xạ trụ sấp
- Kết quả khảo sát chẩn đoán điện phù hợp với tổn thương thần kinh trụ.

3. Chẩn đoán phân biệt: Tổn thương rễ C8, T1 hoặc tổn thương đám rối đoạn thân dưới, bó trong: yếu một số cơ không do thần kinh trụ chi phối. Ví dụ: C8 cũng chi phối thần kinh cho các cơ gấp ngón cái dài, dạng ngón cái ngắn, đối ngón cái trong khi đó thần kinh trụ thì không. Đo điện cơ góp phần giúp chẩn đoán phân biệt.

4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Tổn thương thần kinh trụ ở khuỷu tay:
 - + Bất thường các cấu trúc giải phẫu, gãy xương cũ hoặc mới, bệnh lý khớp viêm tại vùng khuỷu có thể dẫn đến thần kinh trụ bị chèn ép.
 - + Duy trì tư thế gấp khuỷu trong thời gian dài hoặc lặp đi lặp lại động tác gấp duỗi khuỷu.
 - + Bệnh phong
- Tổn thương thần kinh trụ ở cổ tay: thường gặp Hội chứng chèn ép thần kinh trụ ở kênh Guyon:
 - + Những người làm nghề đòi hỏi vận động cổ tay nhiều.
 - + Tiền sử chấn thương vùng cổ tay
 - + U bao hoạt dịch cổ tay.
- Ngoài ra, thần kinh trụ có thể bị tổn thương ở bất cứ vị trí nào trên đường đi của nó do hung khí hay các vật sắc nhọn khác gây ra.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Tổn thương thần kinh trụ nói riêng và thần kinh ngoại biên nói chung được chia thành 3 mức độ nặng khác nhau theo Seddon. Thái độ xử trí phụ thuộc nhiều vào mức độ tổn thương:
 - + Độ 1: Điều trị bảo tồn. Thường hồi phục hoàn toàn.
 - + Độ 2: Điều trị bảo tồn là lựa chọn ban đầu. Nếu không có dấu hiệu phục hồi thần kinh sau một thời gian điều trị thì nghĩ đến phẫu thuật thăm dò và điều trị. Thường bệnh nhân hồi phục không hoàn toàn.
 - + Độ 3: Phẫu thuật là bắt buộc. Thần kinh sẽ không hồi phục nếu không được phẫu thuật nối thần kinh. Quá trình phục hồi phụ thuộc nhiều vào phương pháp phẫu thuật và khả năng tái phân phối thần kinh sau phẫu thuật.

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

2.1. Đối với thần kinh trụ bị chèn ép ở khuỷu

- Hướng dẫn bệnh nhân tránh các động tác sinh hoạt làm đè ép hay kéo căng thần kinh trụ. Sử dụng miếng đệm vùng khuỷu, bọc nệm cho tay ghế, tránh động tác gấp khuỷu lâu trong sinh hoạt. Sử dụng nẹp đêm hỗ trợ để tránh tư thế gấp khuỷu kéo dài khi ngủ.

- Xem xét điều trị phẫu thuật đối với những trường hợp không cải thiện triệu chứng sau 2-3 tháng điều trị bảo tồn, đặc biệt là đối với những bệnh nhân có rối loạn cảm giác liên tục hoặc có teo, yếu cơ. Thường phẫu thuật giải chèn ép đối với trường hợp thần kinh trụ bị chèn tại đường hầm thần kinh trụ. Trong khi đó đối với thần kinh trụ bị chèn ép tại rãnh thần kinh trụ thì phương pháp phẫu thuật được chọn là chuyển vị trí thần kinh trụ. Nếu triệu chứng của bệnh kéo dài chưa quá 1 năm và chưa có teo cơ thì kết quả phẫu thuật thường khả quan.

2.2. Đối với thần kinh trụ bị chèn ép ở kênh Guyon

- Điều trị bảo tồn đối với những trường hợp chấn thương nhẹ bằng cách tránh các động tác làm chấn thương thêm, mang nẹp cổ tay hỗ trợ.

- Nếu bệnh nhân không đáp ứng với điều trị bảo tồn thì nghĩ đến phẫu thuật. Thường phẫu thuật cắt bỏ mỏm móc của xương móc kết hợp với giải phóng thần kinh trụ bị chèn ép. Trường hợp bệnh nhân có u bao hoạt dịch hay một tổ chức gì khác ở trong hay gần kênh Guyon gây chèn ép thần kinh trụ thì cũng cần phải phẫu thuật.

2.3. Đối với thần kinh trụ bị tổn thương do chấn thương

- **Giai đoạn cấp:** ngay sau chấn thương hoặc sau phẫu thuật

+ Bất động chi tổn thương: thời gian tùy thuộc vào tình trạng tổn thương và phương pháp phẫu thuật.

+ Vận động: tần suất và cường độ tập cũng phụ thuộc vào tình trạng tổn thương và phương pháp phẫu thuật.

+ Mang máng thần kinh trụ: nhằm dự phòng biến dạng “bàn tay vuốt trụ”.

+ Tư vấn cho bệnh nhân biết cách bảo vệ an toàn cho vùng thương tổn, đặc biệt là sau phẫu thuật nối thần kinh. Tránh gây tổn thương cho vùng chi bị mất cảm giác.

- **Giai đoạn hồi phục:** khi có dấu hiệu tái chi phối thần kinh

+ Tái rèn luyện vận động: tập mạnh cơ theo chương trình tăng tiến

+ Giảm tình trạng tăng cảm giác: quá trình tái chi phối thần kinh thường đi kèm với tình trạng tăng cảm giác. Cho bệnh nhân tiếp xúc với nhiều vật làm bằng chất liệu khác nhau để giảm tình trạng trên.

+ Tái rèn luyện cảm giác: giúp bệnh nhân học cách nhận biết đồ vật khi sờ.

- **Giai đoạn mãn tính:** quá trình tái chi phối thần kinh đã đạt đỉnh, một số chức năng vận động và cảm giác không còn khả năng phục hồi thêm được nữa.

- + Tiếp tục sử dụng dụng cụ chỉnh hình để dự phòng co rút gân cơ.
- + Sử dụng dụng cụ trợ giúp cho chi trên trong các hoạt động sinh hoạt hằng ngày.
- + Dự phòng tổn thương cho vùng chi bị giới hạn vận động và cảm giác.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Theo dõi chặt chẽ các dấu hiệu tái chi phối thần kinh về vận động cũng như cảm giác để có thái độ xử trí thích hợp.

- Sau khi ra viện, bệnh nhân cần được tái khám định kỳ để đánh giá mức độ tái chi phối thần kinh, thay đổi chương trình tập luyện phục hồi chức năng theo từng giai đoạn, cũng như để phát hiện những tình trạng không mong muốn như co rút gân cơ, biến dạng chi.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM QUANH KHỚP VAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm quanh khớp vai (VQKV) là thuật ngữ dùng chung cho các bệnh lý của các cấu trúc phần mềm cạnh khớp vai: gân, túi thanh dịch, bao khớp; không bao gồm các bệnh lý có tổn thương đầu xương, sụn khớp và màng hoạt dịch như viêm khớp nhiễm khuẩn, viêm khớp dạng thấp, ...

Có 3 thể lâm sàng thường gặp của viêm quanh khớp vai: VQKV đơn thuần thường do bệnh lý gân cơ; VQKV thể đông cứng do viêm dính, co thắt bao khớp, bao khớp dày, dẫn đến giảm vận động khớp ổ chảo - cánh tay; VQKV thể giả liệt do đứt gân cơ trên gai. Trên thực tế lâm sàng, các thể trên có thể kết hợp với nhau.

Nguyên nhân thường gặp nhất của viêm quanh khớp vai là tổn thương các gân cơ chóp xoay (rotator cuff) bao gồm cơ trên gai, cơ dưới gai, cơ dưới vai và cơ tròn bé.

Phục hồi chức năng cho bệnh nhân VQKV là phương pháp điều trị bảo tồn hiệu quả, giúp bệnh nhân giảm đau, sớm lấy lại chức năng chi trên và cải thiện được chất lượng cuộc sống.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Lý do vào viện: đau vai? vận động vai khó khăn?
- Bệnh sử: thời gian xuất hiện bệnh, triệu chứng đầu tiên, tính chất triệu chứng, chẩn đoán và điều trị cũ, tiến triển của bệnh, tình trạng hiện tại.
- Tiền sử: đặc điểm nghề nghiệp, thói quen sinh hoạt, tiền sử chấn thương,...

1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Quan sát:
 - + So sánh sự cân xứng giữa 2 vai, tình trạng teo cơ, màu sắc da vùng vai 2 bên
 - + Tư thế giảm đau của bệnh nhân
- Tìm các điểm đau quanh vùng khớp vai. Xác định mức độ đau vai theo thang nhìn VAS.
- Đo tầm vận động khớp vai theo các tầm khác nhau để xác định mức độ giới hạn tầm vận động khớp.
- Đánh giá cơ lực các nhóm cơ vùng vai và cánh tay.
- Sử dụng các nghiệm pháp chuyên biệt để đánh giá các gân cơ chóp xoay (rotator cuff) và hội chứng chạm (impingement syndrome).
- Sử dụng bộ câu hỏi DASH để lượng giá mức độ giới hạn chức năng chi trên do tình trạng đau và giới hạn tầm vận động khớp vai gây ra.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Các xét nghiệm huyết học và sinh hóa máu: không có những thay đổi đặc hiệu.
- Chẩn đoán hình ảnh:
 - + X-quang khớp vai: có thể ghi nhận được một số hình ảnh gián tiếp như bất thường giải phẫu móm cùng vai, các nốt vôi hóa gân cơ quanh khớp vai. Cho phép loại trừ các trường hợp tổn thương xương, khớp khác.
 - + MRI khớp vai: rất có giá trị trong chẩn đoán chính xác nguyên nhân VQKV.
 - + Siêu âm khớp vai: trong trường hợp không có điều kiện để chụp MRI khớp vai thì siêu âm cũng có thể giúp xác định được một số trường hợp tổn thương gân cơ quanh khớp vai như rách gân cơ trên gai, đầu dài gân cơ nhị đầu cánh tay,...

2. Chẩn đoán xác định

- Đau vai, thường khu trú ở vùng vai và không kèm sưng nóng đỏ.
- Giới hạn tầm vận động khớp vai theo nhiều tầm khác nhau.
- Các nghiệm pháp chuyên biệt đánh giá gân cơ chớp xoa, đầu dài gân cơ nhị đầu cánh tay, dấu hiệu chạm dương tính.
- Siêu âm, MRI khớp vai ghi nhận thương tổn các gân cơ quanh khớp vai, bao khớp dày, co thắt.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Hội chứng cổ vai tay
- Viêm khớp cánh tay-ổ chảo, viêm khớp cùng đòn
- Thoái hóa khớp
- Tổn thương sụn viền trên
- Đau vai do chấn thương, u xương vùng vai
- Đau vai do các nguyên nhân từ xa lan tới. Ví dụ: u đỉnh phổi.

4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Hội chứng chạm và tổn thương gân cơ chớp xoay: thường liên quan đến yếu tố nghề nghiệp đòi hỏi động tác đưa tay lên quá đầu nhiều, lặp đi lặp lại. Ví dụ: vận động viên bóng rổ, bóng chuyền, bơi lội,...
- Tiền sử chấn thương hoặc phẫu thuật vùng vai
- Thử phát sau liệt chi trên do tổn thương thần kinh ngoại biên hoặc trung ương
- Nhiều trường hợp không rõ nguyên nhân.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Phối hợp điều trị nội khoa, các phương thức vật lý và các phương pháp tập luyện vận động.
- Mục tiêu: giảm đau, tăng tầm vận động khớp và cải thiện chức năng chi trên.

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

2.1. Các phương thức điều trị vật lý

- Nhiệt nóng tại chỗ: parafin, hồng ngoại, sóng ngắn, siêu âm để giảm đau, giãn cơ, chống viêm và giảm xơ dính.
- Điện phân dẫn thuốc để giảm đau, chống viêm (Novocain, Salicilat....)
- Điện xung để giảm đau.

2.2. Vận động trị liệu

- Kéo giãn và di động khớp nhằm làm tăng tầm vận động khớp.
- Tập chủ động với các dụng cụ: các bài tập với gậy, dây, thang tường, ròng rọc nhằm tăng tầm vận động khớp và tập mạnh các nhóm cơ vùng vai.
- Bài tập Codman đóng đưa khớp vai: bài tập này giúp bệnh nhân giảm đau vai rất tốt, đồng thời làm cải thiện tình trạng giới hạn tầm vận động khớp vai.

2.3. Hoạt động trị liệu

- Hướng dẫn bệnh nhân thực hiện các hoạt động sinh hoạt hằng ngày có sử dụng tay như mặc áo quần, tắm rửa, chải tóc,...

3. Các điều trị khác

3.1. Nội khoa

- Sử dụng các thuốc giảm đau thông thường theo bậc thang, thuốc kháng viêm nhóm non-steroid, đường uống hoặc tiêm bắp.
- Tiêm corticoid tại chỗ.

3.2. Ngoại khoa

- Chỉ định trong trường hợp có đứt gân cơ chớp xoay, thường gặp nhất là đứt gân cơ trên gai.
- Tạo hình mỏm cùng vai trong hội chứng chạm gây ra bởi bất thường giải phẫu mỏm cùng vai.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Có chế độ sinh hoạt vận động hợp lý. Trong giai đoạn đau vai cấp tính cần phải để cho vai được nghỉ ngơi. Tránh lao động nặng và các động tác đưa tay lên quá đầu lặp đi lặp lại. Tăng cường dinh dưỡng, nâng cao sức đề kháng của cơ thể. Cần tái khám định kỳ để theo dõi và điều chỉnh chương trình tập vận động tại nhà cho phù hợp với từng giai đoạn của bệnh

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU PHẪU THUẬT CHỚP XOAY KHỚP VAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Chóp xoay (Rotator cuff) là nhóm gồm 4 cơ của khớp vai theo thứ tự từ trước ra sau đó là: cơ dưới vai, cơ trên gai, cơ dưới gai và cơ tròn bé. Nhóm các cơ này có tác dụng giữ vững khớp vai một phần không cho trật khớp và có nhiệm vụ cử động khớp vai. Chóp xoay khớp vai dễ bị viêm và đứt do khớp vai được sử dụng nhiều hoặc do chấn thương. Chóp xoay có thể bị rách ở bất kỳ vị trí nào nhưng hay gặp rách cơ trên gai.

Có nhiều nguyên nhân gây viêm hay đứt chóp xoay:

- Yếu tố cơ học (cử động của gân cơ trên gai).
- Yếu tố mạch máu (giảm tưới máu).
- Bệnh lý thoái hóa chóp xoay (viêm màng hoạt dịch gân gấp, bệnh lý gân thoái hóa, rách chóp xoay do dinh dưỡng chóp xoay).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

Khi có viêm hay rách chóp xoay, triệu chứng đầu tiên là đau ở vùng vai: cơn đau có đặc điểm lan lên cổ, lan xuống cánh tay. Đau vào ban đêm, đau khi nằm nghiêng bên vai đau. Bệnh lâu ngày dẫn đến rách chóp xoay làm bệnh nhân cử động vai khó khăn.

1.2. Khám và lượng giá chức năng

Khi rách chóp xoay nặng, bệnh nhân không thể giơ tay lên đầu được hoặc khi giơ tay lên đầu được nhưng khi hạ xuống sẽ rơi tay đột ngột.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

Chụp XQ, chụp MRI hoặc chụp CT có bơm thuốc cản quang.

2. Chẩn đoán xác định: Hình ảnh rách chóp xoay trên CT hoặc MRI.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

Can thiệp sớm và tùy theo giai đoạn

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

Giai đoạn I: Tuần 1 sau phẫu thuật

* Mục tiêu:

- Kiểm soát sưng nề và giảm đau.
- Bảo vệ và tránh làm hỏng các mũi khâu trong khớp.

- Bắt đầu vận động nhẹ nhàng tay và vai.

* Các kỹ thuật Phục hồi chức năng :

- Vật lý trị liệu: Chườm đá lạnh vào khớp vai 10 đến 15 phút cách 2 giờ, sau đó có thể kết hợp điều trị bằng hồng ngoại, vi sóng, điện xung, điện phân thuốc.

- Treo tay bằng túi treo tay: giữ khuỷu luôn hướng ra trước.

- Vận động nhẹ nhàng khuỷu, cơ tay và các ngón tay.

- Tập co cơ tĩnh toàn bộ tay phẫu thuật.

Giai đoạn II: Từ tuần thứ 2 đến tuần thứ 5 sau phẫu thuật:

Tiếp tục treo tay đến 4 tuần.

Bắt đầu tập vận động chủ động khớp vai: Đưa tay ra trước, ra sau, xoay trong, xoay ngoài khớp vai.

Tập vận động thụ động lấy lại tầm vận động khớp vai với cường độ tăng dần: Tập gập duỗi, dạng, khép vai.

Tránh xoay ngoài quá mức, chỉ tập chủ động.

Tập mạnh sức cơ cánh tay với bài tập có sức cản.

Giai đoạn III: Từ tuần thứ 5 đến tuần thứ 8

* Mục tiêu:

- Bảo vệ khớp vai, tránh các động tác quá mức cho dây chằng.

- Tăng dần biên độ vận động khớp vai.

- Bắt đầu các bài tập thể lực.

* Các kỹ thuật Phục hồi chức năng:

- Tiếp tục các bài tập vận động chủ động khớp vai để lấy lại tầm vận động của khớp.

- Tập thụ động với biên độ gập duỗi, dạng khép tăng dần, đưa dần khớp vai lên quá đầu. Tập dạng vai, tập xoay trong và xoay ngoài cánh tay.

- Tập mạnh sức cơ đai vai, cánh tay bằng bài tập chủ động có sức cản.

- Tập dụng cụ: Chun, quả tạ nhỏ (0.5 đến 1 kg).

- Tập các sinh hoạt hàng ngày với tay phẫu thuật.

Giai đoạn IV: Từ tuần thứ 8 đến tuần 12 sau mổ

- Giữ an toàn cho khớp vai sau mổ.

- Phục hồi lại tất cả các biên độ vận động của khớp vai.

- Tiếp tục tập luyện sức cơ vai.

Các bài tập vận động như giai đoạn III với cường độ tăng dần, tránh làm đau quá mức khớp vai khi vận động.

2. Các điều trị khác: Điều trị thuốc kết hợp sau mổ:

- Kháng sinh.
- Giảm viêm, chống phù nề.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Sau phẫu thuật 2 tuần: Bệnh nhân có thể tự tập vận động tại nhà theo các bài tập hướng dẫn.
- Tái khám lần đầu sau mổ 2 tuần, nếu bệnh nhân tập tốt thì tái khám sau 2 tuần tiếp.
- Bệnh nhân có thể đến các khoa PHCN để điều trị VLTL và tập luyện PHCN.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HỘI CHỨNG CỔ VAI TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Hội chứng cổ vai tay là một khái niệm xuất phát bởi đau từ cột sống cổ lan xuống vai và lan tới một hoặc hai tay.
- Phần lớn các trường hợp là do chèn ép rễ thần kinh tủy sống ngay trong lỗ tiếp hợp hoặc ngoài lỗ tiếp hợp.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Vị trí đau, mức độ đau và hướng lan của đau
- Bệnh nhân thỉnh thoảng mới đau hay đau xuất hiện thường xuyên
- Đau có liên quan đến tư thế, vận động hay nghỉ ngơi của bệnh nhân không
- Đau có ảnh hưởng của đến công việc, sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân không

1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Đau kiểu rễ cổ:
 - + Khởi phát: Thường cấp tính, có thể liên quan đến chấn thương.
 - + Vị trí đau: Thường xuất phát từ cổ gáy, lan xuống vùng liên bả cột sống rồi xuống vai, cánh tay và các ngón tay. Đau gây hạn chế các động tác vận động của cổ
 - + Tính chất đau: Thường đau sâu trong cơ xương, cảm giác nhức nhối khó chịu,
 - + Đau thường chiếm ưu thế ở gốc chi, kèm cảm giác tê bì và dị cảm ở đầu chi. Đau tăng khi vận động, ho, hắt hơi là dấu hiệu đặc trưng do chèn ép rễ. Đau thường giảm khi điều trị bằng thuốc giảm đau, điều này khác với đau do căn nguyên chèn ép khác.
- Rối loạn cảm giác kiểu rễ:
 - + Thường đi kèm với triệu chứng đau, bệnh nhân có cảm giác tê bì hoặc kiến bò ở khoanh da của rễ bị chèn ép. Vị trí rối loạn cảm giác có giá trị chẩn đoán định khu tốt khi xác định mức rễ bị tổn thương, ngón cái trong tổn thương rễ C6, ngón giữa trong tổn thương rễ C7, ngón út trong tổn thương rễ C8.
- Rối loạn vận động: Yếu một số cơ chi trên, hiếm khi bị liệt hoàn toàn, hạn chế vận động do đau. Tổn thương C5 (yếu dạng vai), tổn thương C6 (yếu gấp khuỷu), tổn thương C7 (yếu duỗi khuỷu), tổn thương C8 (yếu gấp và dạng khép các ngón tay).
- Rối loạn phản xạ: Rối loạn phản xạ gân xương là bằng chứng khách quan của chèn ép rễ thần kinh. Khi khám có thể thấy giảm hoặc mất phản xạ gân cơ nhị đầu trong tổn thương rễ

C5, phản xạ gân quay trong tổn thương rễ C6, phản xạ gân cơ tam đầu trong tổn thương rễ C7.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Chụp X quang cột sống cổ 4 tư thế: chụp thẳng, chụp nghiêng, chụp chéo 3/4 phải, trái.
- Chụp cắt lớp vi tính cột sống cổ
- Chụp cộng hưởng từ cột sống cổ.

2. Chẩn đoán xác định

- Dấu hiệu lâm sàng với tính chất đau rễ thần kinh
- Hình ảnh thoái hóa cột sống cổ trên phim chụp X quang
- Hình ảnh thoát vị đĩa đệm trên phim chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ cột sống cổ

3. Chẩn đoán phân biệt

- Hội chứng cơ thang trước: chèn ép cánh tay và động mạch dưới đòn hoặc sườn cổ.
- Hội chứng ống cổ tay: phần ngoại vi của dây thần kinh giữa bị chèn ép bởi dây chằng ngang cổ tay.
- Các bệnh thực thể của khớp vai, viêm quanh khớp vai.

4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Thoái hóa cột sống cổ
- + Biểu hiện đau rễ thần kinh tiến triển âm thầm, dai dẳng xu hướng nặng dần.
- + Chụp X Quang cột sống cổ sẽ thấy hình ảnh các gai xương, cầu xương, hẹp khe liên đốt, hẹp các lỗ tiếp hợp.
- + Trên phim chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ cột sống cổ sẽ thấy hình ảnh hẹp ống sống phối hợp thoát vị đĩa đệm một hoặc nhiều tầng, quá phát xương gây hẹp lỗ tiếp hợp, chèn ép rễ thần kinh, chèn ép tủy.
- Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ gây chèn ép rễ thần kinh đơn thuần.
- + Trường hợp này không có triệu chứng tổn thương tủy, thường thoát vị sau bên, lâm sàng thường là đau một bên, đau rễ đột ngột, thường là sau một gắng sức.
- + Chụp X Quang cột sống cổ thấy hình ảnh thoái hóa, có thể thấy hẹp khe liên đốt.
- + Trên phim chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ cột sống cổ sẽ thấy hình ảnh chèn ép rễ do thoát vị đĩa đệm.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Nằm nghỉ ngơi tại giường trong giai đoạn cấp tính, đau nhiều.
- Tránh tư thế gây chèn ép thêm: tránh ngửa, nghiêng hoặc xoay đầu quá mức sang bên tổn thương. Nằm có kê gối vùng gáy trong trường hợp mất ưỡn sinh lý cột sống cổ.
- Kết hợp thuốc giảm đau và các phương thức vật lý trị liệu, phục hồi chức năng

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

- Nhiệt trị liệu: Chiếu đèn hồng ngoại, đắp Parafin, tắm nước nóng, sóng ngắn
- Siêu âm trị liệu
- Điện trị liệu: Điện phân dẫn thuốc, các dòng điện xung, dòng giao thoa
- Xoa bóp vùng cổ vai tay
- Kéo giãn cột sống cổ bằng bàn kéo
- Thủy trị liệu: Tập vận động trong nước, tập bơi.
- Vận động trị liệu: Có tác dụng giảm đau, phục hồi tầm vận động của cột sống, tăng sức mạnh cơ
- + Các bài tập thụ động theo tầm vận động cột sống cổ
- + Các bài tập có kháng trở làm tăng sức mạnh cơ vùng cột sống cổ
- Hướng dẫn, tư vấn cho bệnh nhân giữ tư thế đúng trong lao động và sinh hoạt hàng ngày.

3. Các điều trị khác

- Điều trị bằng thuốc chống viêm giảm đau không Steroid: Mobic, Celebrex, Diclofenac, Felden, Brexin ...
- + Thuốc bôi ngoài da: Các loại gel như Voltaren Emugel, Profenid gel.
- + Các thuốc giãn cơ: Myonal, Mydocalm...
- + Vitamin nhóm B: liều cao có tác dụng giảm đau, chống viêm, chống thoái hóa thần kinh (Vitamin B1, Vitamin B6, Vitamin B12).
- + Thuốc chống thoái hóa khớp tác dụng chậm: Viarthril S, Artrodar ...
- + Phong bế tại chỗ: Tiêm Novocain 2%, Lidocain 3% hoặc Corticoid vào các điểm đau cạnh sống.
- Điều trị bằng y học cổ truyền: Châm cứu, bấm huyệt
- Điều trị ngoại khoa khi điều trị nội khoa không có kết quả, bệnh nhân có hẹp ống sống với các dấu hiệu thần kinh tiến triển nặng, ảnh hưởng nhiều đến chức năng vận động.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Bệnh nhân cần được theo dõi tình trạng đau

Hẹn tái khám khi bệnh nhân đau lại hoặc đau tăng lên

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TRẬT KHỚP VAI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: trật khớp vai là tình trạng chấn thương làm lệch chỏm đầu xương cánh tay ra khỏi vị trí ban đầu của khớp chỏm đầu xương cánh tay - móm cùng vai, làm biến dạng khớp.
- Tiến triển: nếu nắn chỉnh sớm, điều trị sớm sẽ tiến triển tốt không có biến chứng xảy ra. Nếu không nắn chỉnh, điều trị kịp thời sẽ có các biến chứng như cứng khớp vai, trật khớp vai tái diễn, hạn chế tầm vận động của khớp vai.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh: Hỏi người bệnh hoàn cảnh xuất hiện có bị ngã hay bị chấn thương, tiền sử có hay bị trật khớp vai hay khớp khác; thực hiện các động tác theo tầm vận động khớp vai có bị hạn chế, người bệnh có bị đau và hỏi các dấu hiệu chủ quan khác.

1.2. Khám lâm sàng

- Nhìn từ phía trước người bệnh: móm vai thấp xuống do đầu xương cánh tay trật xuống, móm cùng vai nhô lên nên gọi là dấu hiệu “gù vai”. Phần dưới cơ Delta, đoạn trên cơ tam đầu cánh tay lõm, góc gấp như hình gãy gọi là dấu hiệu “nhát rìu”. Cánh tay dạng với thân $30^0 - 40^0$
- Nhìn nghiêng: đầu xương cánh tay gồ ra phía trước, rãnh giữa cơ Delta và cơ ngực lớn bị đầy
- Sờ nắn: đi sâu vào vùng nách thấy hõm khớp rỗng, dưới mỏ quạ sờ được đầu xương cánh tay.

1.3. Chỉ định xét nghiệm: Ngoài các xét nghiệm cơ bản về máu, XQuang tim phổi cần có các xét nghiệm chuyên khoa như chụp XQuang khớp vai tư thế thẳng, nghiêng. Siêu âm khớp vai và trong trường hợp cần thiết chụp cắt lớp vi tính (CT-Scan) hoặc cộng hưởng từ hạt nhân (MRI).

2. Chẩn đoán xác định: Dựa theo hoàn cảnh xuất hiện, về lâm sàng có biến dạng khớp vai, vai sệ hoặc vai bị lệch, chụp XQ khớp vai thấy đầu xương cánh tay lệch khỏi vị trí ổ khớp.

3. Chẩn đoán phân biệt với

- Tổn thương hoặc đứt gân cơ chóp xoay: Chụp XQuang khớp vai thấy đầu xương cánh tay vẫn ở vị trí ổ khớp nhưng không xoay cánh tay được.
- Gãy xương đòn: khám thấy xương đòn bị gãy
- Một số tình trạng bệnh lý thần kinh cơ như bại liệt, vẹo cột sống, viêm khớp thiếu niên...

4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Do nguyên nhân chấn thương trực tiếp hay gián tiếp:

- + Nguyên nhân trực tiếp do chấn thương
- + Nguyên nhân gián tiếp: do ngã chống tay xuống đất
- Do một số bệnh lý thần kinh, cơ.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Nắn trật khớp vai sớm
- Giảm đau, giảm phù nề
- Chống kết dính tại khớp
- Làm giảm sự kéo giãn dây chằng, bao khớp
- PHCN tầm vận động khớp vai
- PHCN sinh hoạt hàng ngày.

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

- Tư thế trị liệu: sau khi nắn khớp xong để tay ở tư thế chức năng, dùng băng để treo tay lên để làm giảm trọng lượng chi.
- Nhiệt trị liệu: trong giai đoạn cấp dùng nhiệt lạnh, trong giai đoạn mạn dùng nhiệt nóng: tia hồng ngoại, chườm nóng, parafin...
- Vận động trị liệu:
 - + 3 - 4 ngày đầu sau nắn chỉnh thực hiện cơ cơ tĩnh các nhóm cơ khớp vai và đai vai
 - + Từ ngày thứ 5 trở đi tiếp tục cơ cơ tĩnh, sau đó thực hiện tập vận động có kháng trở nhưng nhẹ nhàng và không gây cử động khớp vai.
 - + Từ tuần thứ 2 trở đi tập vận động có trợ giúp của KTV VLTL để gia tăng tầm vận động khớp vai, nhưng hạn chế vận động chủ động mạnh.
- Điện trị liệu: điện xung, điện phân, giao thoa...
- Thủy trị liệu: bơi lội trong bể bơi, bồn xoáy và các phương thức thủy trị liệu phù hợp khác.
- Hoạt động trị liệu bàn tay, cổ tay, cánh tay và khớp vai

3. Thuốc

- Thuốc giảm đau: các thuốc giảm đau thông thường, thuốc nhóm non steroids.
- Các thuốc giảm phù nề: các men (α chymothrypcine, α choay), Corticoide khi cần thiết
- Các thuốc chống viêm khi cần thiết

4. Các điều trị khác

- Các phương Y học cổ truyền phối hợp

- Tâm lý trị liệu

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Trật khớp vai có thể bị tái phát nên cần theo dõi tại cơ sở y tế tuyến dưới, tái khám định kỳ 3 tháng tại các cơ sở Phục hồi chức năng.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÂY TRÊN LỖI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đây là loại gãy phổ biến nhất ở trẻ em sau ngã chổng tay, đặc biệt là trẻ em trai và tay trái bị nhiều hơn.
- Những biến chứng thường gặp sau gãy trên lỗi cầu xương cánh tay là: hạn chế vận động khớp khuỷu, co rút cơ nhị đầu, teo cơ tam đầu do cốt hóa quanh khớp hoặc do cốt hóa trong cơ. Đôi khi có biến chứng thần kinh mạch máu gây rối loạn nuôi dưỡng chi (ví dụ: co rút các cơ gấp do thiếu máu vì tổn thương mạch quay)
- Phục hồi chức năng gãy trên lỗi cầu xương cánh tay là áp dụng các phương pháp vật lý trị liệu, vận động trị liệu, thuốc để thúc đẩy quá trình liền xương, các chức năng vận động khớp khuỷu và phòng tránh các biến chứng (teo cơ, cứng khớp...). Nhìn chung tiên lượng cơ năng và phục hồi chức năng thường tốt.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- + Tình huống xảy ra chấn thương?
- + Thời gian bị chấn thương đến thời điểm hiện tại?
- + Các biện pháp đã can thiệp, xử trí?
- + Hỏi bệnh nhân hiện tại có đau chói tại nơi gãy không?
- + Có đau, hạn chế vận động khớp khuỷu khi vận động không?

1.2. Khám lâm sàng

- + Cơ năng: đau và mất vận động hoàn toàn khuỷu tay ở tư thế gấp.
- Khám, đánh giá cơ lực, tầm vận động khớp khuỷu và các tổn thương thần kinh (thần kinh giữa, thần kinh trụ), mạch máu nếu có.
- + Thực thể: vùng trên khuỷu sưng nề, có vết tụ máu nhiều hay ít tùy thuộc thời gian từ lúc gãy đến khi khám bệnh.
- + Toàn thân: Bệnh nhân tỉnh táo, không ảnh hưởng nhiều đến toàn thân.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

Chụp X-quang khớp khuỷu tư thế thẳng và nghiêng để xác định và kiểm tra vị trí gãy và độ di lệch của xương.

2. Chẩn đoán xác định: Dựa vào X- quang chẩn đoán xác định

3. Chẩn đoán phân biệt

Tràn dịch khớp khuỷu sau chấn thương

4. Chẩn đoán nguyên nhân

Chấn thương, loãng xương, lao xương, ung thư xương...

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị và phục hồi chức năng

- Tạo điều kiện tốt nhất cho tiến trình liền xương
- Giảm sưng nề, giảm đau, chống rối loạn tuần hoàn, chống kết dính khớp, ngừa hội chứng đau vùng (hội chứng rối loạn dinh dưỡng giao cảm phản xạ-hội chứng Sudeck).
- Duy trì tầm vận động khớp, ngừa teo cơ.

2. Các phương pháp và kỹ thuật, phục hồi chức năng

2.1. Giai đoạn bất động (trong bột)

- Mục đích: cải thiện tuần hoàn, chống teo cơ, co rút cơ, chống kết dính khớp
- Biện pháp phục hồi chức năng:
 - + Vận động tự do, gập duỗi các ngón tay.
 - + Co cơ tĩnh các cơ cẳng tay.
 - + Co cơ tĩnh các cơ nhị đầu và tam đầu. Tuần 1 chỉ nên co cơ tĩnh nhẹ nhàng, tuần 2 thực hiện mạnh hơn, tuần 3 co cơ tĩnh tối đa.

2.2. Giai đoạn tháo bột

- Mục đích: Gia tăng bậc cơ teo yếu, kéo giãn các cơ co rút, gia tăng tầm vận động khớp khuỷu, điều trị hội chứng Wolkman nếu có.
- Biện pháp phục hồi chức năng:
 - + Xoa bóp sâu trên cơ co thắt quanh khớp, phá vỡ kết dính và thư giãn thần kinh.
 - + Gia tăng lực cơ bằng kỹ thuật đối kháng bằng tay kỹ thuật viên hoặc bằng dụng cụ với đối trọng vừa phải, rồi tăng dần sức cản.
 - + Vận động bằng kỹ thuật giữ nghỉ.
 - + Hoạt động trị liệu: làm các cử động có liên quan đến cử động gập duỗi khớp khuỷu như dệt thảm, bện thùng, làm cỏ vườn, chơi thể thao ném bắt bóng.
- Biện pháp vật lý trị liệu:
 - + Chườm lạnh bằng nước đá trên cơ co thắt 10 phút.
 - + Điện phân giảm đau bằng một số thuốc (Novocain, salicilat...)
 - + Dùng siêu âm trên cơ bị co thắt.
- Điều trị hội chứng Wolkman:

- + Làm nẹp đỡ bàn, ngón tay ở vị trí trung gian
- + Ngâm căng tay, bàn tay trong nước ấm 40 độ khoảng 20 phút, ngày 2-3 lần.
- + Cải thiện tuần hoàn bằng điện xung DF-CP
- + Tập thư giãn các cơ, tập mạnh các cơ duỗi căng tay bằng kỹ thuật giữ nghỉ

3. Các điều trị khác

- Các thuốc giảm đau nhóm Non- Steroid
- Các thuốc tái tạo kích thích liền xương nhanh: Calcitonin, Biphosphonat, Calcium
- Các thuốc giảm đau thần kinh nếu có đau thần kinh.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Tình trạng ổ gãy: đau, sưng nề, di lệch, biến dạng...
- Tình trạng chung toàn thân.
- Theo dõi và tái khám sau 3 tháng, 6 tháng và 1 năm.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GỠ THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy thân xương cánh tay được tính từ cổ giải phẫu, trên chỗ bám của cơ ngực to đến vùng trên lồi cầu nơi xương bắt đầu bè rộng.
- Gãy thân xương cánh tay chiếm 1,3% tổng số gãy. Ở người lớn nó chiếm 8-19% gãy thân xương ống dài, ở trẻ em ít gặp.
- Đa số điều trị không mổ, tỷ lệ liền xương cao, ít biến chứng hơn so với mổ kết hợp xương.
- Gãy thân xương cánh tay dù can xương lệch cũng ít ảnh hưởng đến chức năng tay bên gãy vì nhờ có khớp vai và khớp khuỷu bù trừ.
- Thân kinh quay nằm ở rãnh xoắn sát xương nên dễ bị liệt khi gãy đoạn giữa.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Thời gian bị chấn thương gây gãy thân xương cánh tay
- Nguyên nhân gây gãy thân xương cánh tay do các nguyên nhân trực tiếp như ngã đè lên, vật cứng đánh vào cánh tay, tai nạn ô tô hay do các nguyên nhân gián tiếp như ngã chống tay đuối...
- Bệnh nhân đã được điều trị bảo tồn bằng bột, nẹp hay phẫu thuật kết hợp xương.
- Thời gian bệnh nhân được tháo bỏ bột hay dụng cụ kết hợp xương.
- Vận động và cảm giác của khớp vai, cánh tay, cẳng tay, bàn tay

1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Khám lực cơ vùng khớp vai, cánh tay, cẳng tay, bàn tay
- Đo tầm vận động khớp vai, khớp khuỷu, cổ tay.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

Chụp Xquang cánh tay bên tổn thương

2. Chẩn đoán xác định

- Bệnh nhân có tiền sử chấn thương
- Bệnh nhân đang được điều trị bảo tồn bất động bằng bột hay nẹp
- Bệnh nhân đang được điều trị phẫu thuật kết hợp xương
- Bệnh nhân bị hạn chế tầm vận động
- Bệnh nhân có thể có teo cơ, yếu cơ vùng cánh cẳng, bàn tay.

- Chụp phim Xquang có hình ảnh tổn thương cũ xương cánh tay

3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Gãy xương do sang chấn
- Gãy xương do các bệnh lý về xương: loãng xương, giòn xương, u xương, tiểu đường, lạm dụng điều trị các bệnh bằng corticoid...

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

Giai đoạn bất động

- Cải thiện tuần hoàn
- Chống teo cơ do bất động

Giai đoạn sau bất động

- Cải thiện tuần hoàn
- Duy trì tầm hoạt động các khớp tự do
- Duy trì lực cơ ở các khớp tự do (cổ, bàn tay, ngón tay)
- Chống teo cơ
- Ngừa cứng khớp
- Gia tăng tầm vận động khớp giới hạn

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

Giai đoạn bất động

- Cử động chủ động ngón tay, cổ tay
- Co cơ tĩnh các cơ vùng đai vai, cơ nhị đầu, cơ tam đầu cánh tay

Chú ý: theo dõi mạch quay và thần kinh quay. Nếu có dấu hiệu tổn thương thần kinh quay cần theo dõi tiến triển của thần kinh. Nếu không thuyên giảm nên nghĩ đến thần kinh bị kẹt giữa hai đầu xương hoặc bị đứt chứ không phải bị chèn ép do phù nề.

Giai đoạn sau bất động

- Tư thế trị liệu: Nâng cao tay
- Tập chủ động cử động cổ tay, ngón tay
- Tập co cơ tĩnh các đai vai, cơ nhị đầu, cơ tam đầu cánh tay
- Sau 2 tuần tập tăng tầm độ khớp vai và khớp khuỷu nhẹ nhàng bằng chủ động trợ giúp tay kỹ thuật viên hoặc dàn treo

- Sau 1 tháng: có thể cho đề kháng khớp vai, tùy theo bậc cơ của người bệnh. Có thể áp dụng kỹ thuật giữ nghỉ đối với khớp khuỷu (tùy theo bậc cơ của bệnh nhân)

Chú ý: tránh tập quá mạnh và tránh tập vận xoay cánh tay

- Hướng dẫn chương trình điều trị tại nhà: bò tường trong tư thế gập và dẹt vai, tự trợ giúp bằng tay lành

3. Các điều trị khác

- Các thuốc giảm đau nhóm Non- Steroid

- Các thuốc tái tạo kích thích liền xương nhanh: Calcitonin, Biphosphonat, Calcium

- Các thuốc giảm đau thần kinh nếu có đau thần kinh.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Bệnh nhân cần được theo dõi tình trạng đau, teo cơ, yếu cơ hoặc sự hạn chế tầm vận động của khớp vai, khớp khuỷu, khớp cổ tay.

Hẹn tái khám khi bệnh nhân đau lại hoặc đau tăng lên.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÂY HAI XƯƠNG CẰNG TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Xương cẳng tay có chức năng quan trọng là sắp ngửa cẳng tay. Chức năng này rất cần thiết cho nhiều động tác sinh hoạt, lao động chính xác hằng ngày.
- Những biến chứng có thể gặp sau gãy hai xương cẳng tay là: Hội chứng Wolkman, khớp giả, cứng khớp do bất động, Hội chứng Sudeck do rối loạn tuần hoàn cục bộ vùng gãy, hạn chế cử động quay sấp- ngửa cẳng tay do can lệch làm dính xương trụ vào xương quay.
- Phục hồi chức năng cẳng tay bị gãy bằng các biện pháp vận động trị liệu, vật lý trị liệu và thuốc để làm nhanh quá trình liền xương, cải thiện tầm vận động khớp khuỷu, khớp cổ tay. Phòng tránh các biến chứng teo cơ, cứng khớp khuỷu, khớp cổ tay,...

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- + Tình huống xảy ra chấn thương?
- + Thời gian bị chấn thương đến thời điểm hiện tại?
- + Các biện pháp đã can thiệp, xử trí?
- + Hỏi bệnh nhân hiện tại có đau chói tại nơi gãy không?
- + Có đau, hạn chế vận động khớp khuỷu, khớp cổ tay khi vận động không?

1.2. Khám lâm sàng

- + Cơ năng: Đau tăng lên khi làm động tác sắp ngửa
- + Thực thể: Cẳng tay sưng, chỗ gãy gồ lên gấp góc. Sờ nắn vào chỗ gãy đau chói hoặc có tiếng lạo sạo xương. Có thể có tổn thương thần kinh và mạch máu.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

Chụp X-quang cẳng tay tư thế thẳng và nghiêng để xác định và kiểm tra vị trí gãy và độ di lệch của xương.

2. Chẩn đoán xác định

Dựa vào X-quang chẩn đoán xác định.

3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Gãy xương do sang chấn
- Gãy xương do các bệnh lý về xương: loãng xương, giòn xương, u xương, tiểu đường, lạm dụng điều trị các bệnh bằng corticoid...

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị và phục hồi chức năng

- Tạo điều kiện tốt nhất cho tiến trình liền xương
- Giảm sưng nề, giảm đau, chống rối loạn tuần hoàn, chống kết dính khớp, ngừa hội chứng đau vùng (hội chứng rối loạn dinh dưỡng giao cảm phản xạ-hội chứng Sudeck).
- Duy trì tầm vận động khớp, ngừa teo cơ.
- Phục hồi chức năng các hoạt động tinh tế bàn tay sau bất động

2. Các phương pháp và kỹ thuật, phục hồi chức năng

2.1. Giai đoạn bất động

- Mục đích: Giảm sưng, cải thiện tuần hoàn, chống teo cơ, duy trì tầm vận động và lực cơ khớp vai và các ngón tay.
- Phương pháp phục hồi chức năng:
 - + Đặt tư thế đúng: nâng cao tay
 - + Cử động tập các ngón tay
 - + Co cơ tĩnh các cơ cánh tay và cẳng tay trong bột.
 - + Chủ động tập có trợ giúp các cử động của khớp vai.

2.2. Giai đoạn sau bất động

- Mục đích: Giảm đau, giảm co thắt cơ, gia tăng tầm hoạt động khớp bị giới hạn, gia tăng sức mạnh cơ, phục hồi chức năng sinh hoạt.
- Phương pháp vật lý trị liệu:
 - + Nhiệt: chườm ấm vùng cơ co thắt bằng hồng ngoại, Paraphin...
 - + Điện: điện phân dẫn thuốc (novocain, salicilat..)
- Phương pháp phục hồi chức năng:
 - + Xoa bóp vùng bàn tay, cẳng tay
 - + Áp dụng kỹ thuật giữ- nghỉ hoặc kéo giãn thụ động đối với các khớp bị giới hạn (cử động sắp ngửa cẳng tay phải tập nhẹ nhàng)
 - + Tập chủ động có trợ giúp, đề kháng tùy theo lực cơ của người bệnh
 - + Chương trình tập tại nhà: tập cài nút áo từ thấp đến cao, quạt tay, vặn nắm cửa, chải đầu...
 - + Hoạt động trị liệu: ném bóng, bắt bóng...

2.3. Gãy hai xương cẳng tay có phẫu thuật

- Mục đích: Giảm đau, giảm sưng, cải thiện tuần hoàn, chống kết dính các cơ vùng cẳng tay, gia tăng tầm hoạt động khớp khuỷu, khớp cổ tay, duy trì tầm hoạt động khớp vai, ngón tay, PHCN sinh hoạt.

- Phương pháp phục hồi chức năng:

+ Tuần 1: Tư thế trị liệu: nâng cao chi khi nằm, băng treo tay ở tư thế chức năng khi đi đứng. Chủ động tập nhanh cử động gấp duỗi các ngón tay. Co cơ tĩnh nhẹ nhàng các cơ vùng cẳng tay, cánh tay. Chủ động tập trợ giúp các cử động của khớp vai.

+ Tuần 2: Chủ động tập nhanh cử động các ngón tay như tuần 1. Chủ động tập trợ giúp cử động gấp duỗi khuỷu và gấp duỗi cổ tay nhẹ nhàng. Tiếp tục tập khớp vai như tuần 1. Với trường hợp phẫu thuật vững chắc có thể thực hiện chủ động tập cử động sấp ngửa nhẹ nhàng, thận trọng.

+ Tuần 3 và 4: Tập như tuần 2. Tập mạnh cơ tùy theo lực cơ người bệnh. Chú ý đối với cử động quay sấp ngửa cẳng tay, khi thực hiện chủ động tập đề kháng cần kiểm tra bằng X-quang để xem xương có liền tốt chưa và lực đề kháng không được đặt lên ổ gãy. Chương trình tại nhà: như trong giai đoạn sau bất động. Hoạt động trị liệu: như trong giai đoạn sau bất động.

3. Các điều trị khác

- Các thuốc giảm đau nhóm non- steroids

- Các thuốc tái tạo kích thích liền xương nhanh: Calcitonin, Biphosphonat, Calcium...

- Các thuốc giảm đau thần kinh nếu có đau thần kinh.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM - Tình trạng ổ gãy: đau, sưng nề, di lệch, biến dạng... - Phản ứng của người bệnh trong quá trình tập luyện: thái độ hợp tác, sự tiến bộ... - Tình trạng chung toàn thân. - Theo dõi và tái khám sau 3 tháng, 6 tháng và 1 năm.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TRẬT KHỚP KHUYỬ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Trật khớp khuỷu hay gặp, đứng hàng thứ 3 sau trật khớp vai và trật khớp ngón tay.
- Trật khớp khuỷu chiếm 20-25% tổng số trật khớp. Đây là loại trật phổ biến nhất ở trẻ em trên 5 tuổi.
- Ở người trẻ dưới 20 tuổi trật khớp hay gặp 7 lần nhiều hơn trật khớp vai.
- Ở trật khớp trẻ em trật khớp khuỷu chiếm 68%, khớp vai chiếm 2%. Trật khớp khuỷu chiếm 28% tổn thương khuỷu.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Thời gian bị chấn thương gây ra trật khớp khuỷu
- Nguyên nhân gây ra trật khớp khuỷu
- Bệnh nhân đã được điều trị bảo tồn bằng bột sau khi bị trật khớp mới hay sau phẫu thuật trật khớp cũ.
- Thời gian bệnh nhân được tháo bỏ bột hay dụng cụ kết hợp xương
- Vận động và cảm giác của khớp vai, cánh tay, cẳng tay, bàn tay

1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Khám tình trạng sưng nề, biến dạng và rối loạn dinh dưỡng tại khớp, cơ vùng khớp vai, cánh tay, cẳng tay, bàn tay
- Đo tầm vận động khớp vai, khớp khuỷu, cổ tay.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng: Chụp Xquang vùng khớp khuỷu bên tổn thương

2. Chẩn đoán xác định

- Bệnh nhân có tiền sử chấn thương vùng khớp khuỷu
- Bệnh nhân đang được điều trị bảo tồn bất động bằng vùng khớp khuỷu
- Bệnh nhân đang được điều trị phẫu thuật kết hợp xương
- Bệnh nhân bị hạn chế tầm vận động
- Bệnh nhân có thể có teo cơ, yếu cơ vùng cánh cẳng, bàn tay.
- Chụp phim Xquang có hình ảnh tổn thương cũ xương cánh tay

3. Chẩn đoán phân biệt

- Trật khớp khuỷu có kèm theo gãy mỏm trên lồi cầu trong: Mảnh gãy hay bị kẹt vào khớp.

- Trật khớp khuỷu có kèm theo gãy mỏm vẹt
- Trật khớp khuỷu có kèm theo gãy chỏm xương quay

4. Chẩn đoán nguyên nhân: Ngã chống tay ở tư thế duỗi

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Giảm đau
- Phục hồi tầm vận động của khớp
- Phòng ngừa cứng khớp, biến dạng...
- Chống teo cơ và loạn dưỡng tại khớp.

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

Nếu không kèm gãy xương

- Điện trị liệu
- Nhiệt lạnh trị liệu sau đó nhiệt nóng trị liệu
- Sau khi hết sưng nề thì tập vận động khớp vai, khớp khuỷu, khớp cổ tay, ngón tay.

Nếu kèm gãy xương

- Tư thế trị liệu: Nâng cao tay
- Sau 2 tuần tập tăng tầm độ khớp vai và khớp khuỷu nhẹ nhàng bằng chủ động trợ giúp tay kỹ thuật viên hoặc dàn treo, tập chủ động cử động khớp khuỷu, cổ tay, ngón tay
- Sau 1 tháng: Có thể áp dụng kỹ thuật giữ nghỉ đối với khớp, có thể cho đi kháng khớp vai, tùy theo bậc cơ của người bệnh.
- Hướng dẫn chương trình điều trị tại nhà: Tập chủ động cử động khớp khuỷu, cổ tay, ngón tay

3. Các điều trị khác

- Các thuốc giảm đau nhóm non- steroids
- Các thuốc tái tạo kích thích liền xương nhanh: Calcitonin, Biphosphonat, Calcium...
- Các thuốc giảm đau thần kinh nếu có đau thần kinh.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Bệnh nhân cần được theo dõi tình trạng đau, teo cơ, yếu cơ hoặc sự hạn chế tầm vận động của khớp vai, khớp khuỷu, khớp cổ tay.
- Hẹn tái khám khi bệnh nhân đau lại hoặc đau tăng lên.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÂY MỠM KHUYỬ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Mỏm khuỷu ở đầu trên xương trụ, to chồi ra dưới da, dễ bị chấn thương trực tiếp.
- Ở phía trước cùng với mỏm vẹt, mỏm khuỷu tạo nên hố xích ma to, khớp với rỗng rọc xương cánh tay. Khớp rỗng rọc chỉ cho phép vận động gấp duỗi khuỷu.
- Mọi gãy mỏm khuỷu đều là gãy nội khớp. Điểm cốt hóa của mỏm khuỷu xuất hiện vào 10 tuổi và dính liền vào đầu trên xương trụ vào 16 tuổi.
- Ở phía sau, thần kinh trụ đi qua sau mỏm trên rỗng rọc và đi ra trước ở cẳng tay, đi giữa hai bó của cơ gấp cổ tay trụ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- + Thời gian bị chấn thương gây ra gãy mỏm khuỷu
- + Nguyên nhân gây ra gãy mỏm khuỷu
- + Bệnh nhân đã được điều trị bảo tồn bằng bột sau khi bị trật khớp mới hay sau phẫu thuật trật khớp cũ.
- + Thời gian bệnh nhân được tháo bỏ bột hay dụng cụ kết hợp xương
- + Vận động và cảm giác của khớp vai, cánh tay, cẳng tay, bàn tay

1.2. Khám và lượng giá chức năng

Khám tình trạng sưng nề, biến dạng và rối loạn dinh dưỡng tại khớp, lực cơ vùng khớp vai, cánh tay, cẳng tay, bàn tay

Đo tầm vận động khớp vai, khớp khuỷu, cổ tay

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

Chụp Xquang khớp khuỷu bên tổn thương

2. Chẩn đoán xác định

- Bệnh nhân có tiền sử chấn thương vùng khớp khuỷu
- Bệnh nhân đang được điều trị bảo tồn bất động bằng vùng khớp khuỷu
- Bệnh nhân đang được điều trị phẫu thuật kết hợp xương
- Bệnh nhân bị hạn chế tầm vận động
- Bệnh nhân có thể có teo cơ, yếu cơ vùng cánh cẳng, bàn tay.
- Chụp phim Xquang có hình ảnh tổn thương cũ xương cánh tay

3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Do lực trực tiếp: Thường khớp khuỷu bị gãy vụn nhiều mảnh do ngã chống khuỷu hay do lực đánh trực tiếp lên khuỷu.
- Do lực gián tiếp: Khi ngã chống lên bàn tay duỗi và khuỷu gấp. Cơ tam đầu co mạnh làm móm khuỷu gãy ngang hay gãy chéo.
- Phối hợp lực trực tiếp và gián tiếp: Cơ co mạnh cộng với lực đánh trực tiếp làm móm khuỷu bị gãy nhiều mảnh di lệch. Lực mạnh còn gây gãy và trật khớp.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

Giai đoạn bất động

- Cải thiện tuần hoàn
- Chống teo cơ do bất động

Giai đoạn sau bất động

- Cải thiện tuần hoàn
- Phục hồi tầm vận động của khớp
- Duy trì vận động ở các khớp tự do
- Phòng ngừa teo cơ, loạn dưỡng, cứng khớp.

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

Giai đoạn bất động

- Cử động chủ động ngón tay, cổ tay
- Co cơ tĩnh các cơ vùng đai vai, cơ nhị đầu, cơ tam đầu cánh tay

Giai đoạn sau bất động

- Tư thế trị liệu: Nâng cao tay
- Sau 2 tuần tập tăng tầm độ khớp vai và khớp khuỷu nhẹ nhàng bằng chủ động trợ giúp tay kỹ thuật viên hoặc dàn treo, tập chủ động cử động khớp khuỷu, cổ tay, ngón tay
- Sau 1 tháng: Có thể áp dụng kỹ thuật giữ nghỉ đối với khớp, có thể cho đề kháng khớp vai, tùy theo bậc cơ của người bệnh.
- Hướng dẫn chương trình điều trị tại nhà: Tập chủ động cử động khớp khuỷu, cổ tay, ngón tay

3. Các điều trị khác

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Bệnh nhân cần được theo dõi tình trạng đau, teo cơ, yếu cơ hoặc sự hạn chế tầm vận động của khớp vai, khớp khuỷu, khớp cổ tay.
- Hẹn tái khám khi bệnh nhân đau lại hoặc đau tăng lên.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÂY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy đầu dưới xương quay thường xảy ra do ngã chống tay với bàn tay duỗi quá mức, đây là nguyên nhân hay gặp nhất, chiếm tỷ lệ 75 % - 85 %. Tai nạn giao thông, tai nạn lao động, bị đánh, ngã cao... là những nguyên nhân thường gặp còn lại của gãy đầu dưới xương quay (15 - 25%). Theo một thống kê, lứa tuổi từ 50 trở lên bị gãy đầu dưới xương quay chiếm tỷ lệ 34% trên tổng số gãy của các lứa tuổi.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Tuổi, nghề nghiệp, ngày chấn thương, loại chấn thương (tai nạn lao động hay giao thông, té ngã...).
- Xử trí của bác sỹ (bó bột hay phẫu thuật cố định trong, ngoài).
- Thời gian tháo bột: tháo bột ra bao lâu sau mới tới khoa PHCN. Thông thường những người già phục hồi chậm hơn, bệnh nhân có thể bị hội chứng teo cơ giao cảm phản xạ trong khi bó bột (hội chứng Sudeck).
- Đau xuất hiện vùng khớp cổ tay, đau tăng lên nhiều khi vận động. Bệnh nhân có thể giảm hay mất khả năng vận động vùng cổ tay

1.2. Khám lâm sàng

- Sưng nề: đo chu vi vùng cổ tay cả hai bên để so sánh.
- Kiểm tra tư thế cổ tay. Lưu ý xem có lồi củ xương trụ tách xa so với lồi củ xương quay không, xem có cổ tay nghiêng trụ bất thường không, xem có lồi củ xương trụ cao hơn so với bên lành không.
- Đo tầm vận động chủ động cả hai cổ tay và tầm vận động thụ động bên tổn thương. Ghi chú nếu có giới hạn tầm vận động do đau hay do cố định xương.
- Sờ vào vùng đau: sờ nắn gần với hộp thuốc lào giải phẫu (vùng bao bọc bởi gân cơ duỗi dài ngón cái ở phía trụ, gân cơ dạng dài ngón cái và cơ duỗi ngắn ngón cái ở phía quay) bệnh nhân đau vùng mỏm trâm quay nơi vùng gãy. Kiểm tra thêm mỏm trâm trụ, khớp quay trụ xa, xương Thuyền, nếu đau trong vùng hộp thuốc lào giải phẫu khi nghiêng trụ cổ tay có thể liên quan đến xương Thuyền, đau khi cử động quay trụ hay duỗi nghiêng quay cổ tay, điều này thường xuất hiện khi lồi củ trụ tách xa khỏi lồi củ quay và nếu vậy thường có gãy đầu dưới xương trụ.
- Các ngón tay cứng: đo chu vi các ngón tay ở các khớp và so sánh với bên lành. So sánh tầm vận động tất cả các ngón tay.
- Khám cảm giác nóng lạnh, cảm giác khô, ướt của các ngón và so sánh với bên lành.

- Biến dạng khi xương gãy có di lệch: gặp nhiều nhất là kiểu gãy Pouteau - Colles với đầu dưới xương quay di lệch ra sau và ra ngoài, khi nhìn thẳng trục của cổ tay, bàn tay có hình lưỡi lê và nhìn nghiêng có hình đĩa. Kiểu gãy ít gặp hơn là kiểu gãy Goyrand với đầu xương gãy di lệch ra trước với biến dạng ngược lại kiểu trên.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng:

Khi chẩn đoán cần chụp phim Xquang để xác định tổn thương giúp cho điều trị. Trên phim Xquang có thể phát hiện các kiểu gãy và tổn thương như: kiểu gãy đầu dưới xương quay gãy ngoài khớp, di lệch lên trên, ra sau, ra ngoài; các tổn thương phối hợp: gãy đầu dưới xương trụ, mẻ mỏm trâm trụ, gãy xương thuyền, trật khớp quay - trụ dưới... phát hiện gãy kiểu bong sụn phát triển đầu dưới xương quay ở trẻ em.

2. Chẩn đoán xác định

Tiền sử chấn thương, đau sưng nề vùng cổ bàn tay, biến dạng lệch trục khớp cổ tay, mất hay giảm khả năng vận động cổ tay.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Gãy đầu dưới xương trụ
- Trật khớp quay trụ dưới
- Trật khớp cổ tay với đầu dưới xương quay

4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Gãy xương do sang chấn
- Gãy xương do các bệnh lý về xương: loãng xương, giòn xương, u xương, tiểu đường, lạm dụng điều trị các bệnh bằng corticoid...

III. ĐIỀU TRỊ VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

1. Nguyên tắc điều trị và phục hồi chức năng

- Tạo điều kiện tốt nhất cho tiến trình liền xương
- Giảm sưng nề, giảm đau, chống rối loạn tuần hoàn, chống kết dính khớp, ngừa hội chứng đau vùng (hội chứng rối loạn dinh dưỡng giao cảm phản xạ-hội chứng Sudeck).
- Duy trì tầm vận động khớp, ngừa teo cơ.
- Phục hồi chức năng các hoạt động tinh tế bàn tay sau bất động

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

2.1. Lập mục tiêu điều trị

- Mục tiêu ngắn hạn một tháng sau khi bị chấn thương.
- + Độc lập trong tắm rửa, đánh răng, rửa mặt, vệ sinh cá nhân, ăn uống.
- + Đạt tới tầm hoạt động chức năng khi nắm chặt tay thành nắm đấm.

- Mục tiêu dài hạn:

- + Có thể mở hộp, đi xe đạp được, đi xe máy được hay lái xe ô tô được sau 4 tháng.
- + Có thể đẩy tay với cổ tay duỗi để trợ giúp khi đang ngồi đứng dậy sau 5 tháng.
- + Có thể quay lại làm việc sau 4-5 tháng.
- + Có thể chơi thể thao được sau 4-8 tháng.

2.2. Trong trường hợp bó bột

- Trong giai đoạn bất động:

- + Treo tay cao trong 1-2 tuần để chống phù nề bàn tay
- + Vận động tập chủ động tự do các khớp khuỷu, vai, các khớp liên đốt, bàn đốt bên tổn thương để duy trì tầm vận động các khớp này.
- + Co cơ tĩnh phần bất động trong bột sau khi bột khô để ngừa teo cơ, dính khớp, thúc đẩy tiến trình liền xương.

- Giai đoạn sau bất động:

- + Nhiệt, thủy trị liệu, điện trị liệu vùng cổ bàn tay để gia tăng tuần hoàn, giảm sưng nề.
- + Vận động trị liệu: bài tập chủ động có trợ giúp tiến đến chủ động có đề kháng các động tác gập duỗi cổ tay, nghiêng trụ, nghiêng quay, quay sấp quay ngửa cổ tay, tập mạnh các cơ cầm nắm để gia tăng tầm vận động khớp cổ tay. Vận động tự do có đề kháng các khớp khuỷu, vai, liên đốt bàn đốt. Nếu tầm vận động gần đạt tới mức chức năng (gập 40^0 , duỗi 40^0 , kết hợp với nghiêng trụ nghiêng quay 40^0) thì có thể bắt đầu tập tạ nhẹ nhàng từ $\frac{1}{2}$ kg tới 1 kg. Tăng tiến bài tập với tạ trong suốt tầm vận động sau 10-12 tuần sau chấn thương nếu bn chịu được. Tăng tiến chương trình bằng các bài tập liên quan đến nghề nghiệp của bn sau 16 tuần nếu được.
- + Hoạt động trị liệu: tăng cường các bài tập chức năng cổ bàn tay như cầm thả vật, vắt khăn, mở nắp chai lọ, mặc và cởi quần áo, lăn bóng, lật trang sách, lật quân bài, vắt chặt miếng xốp, phủi bụi ...

2.3. Trong trường hợp phẫu thuật

- Giai đoạn sau phẫu thuật 1-3 tuần

- + Nâng cao tay
- + Vận động thụ động nhẹ nhàng cổ tay và bàn tay.
- + Vận động chủ động trợ giúp các khớp liên đốt bàn đốt, khớp khuỷu và vai
- + Đặt cổ tay trong nẹp duỗi cổ tay 30^0

- Giai đoạn sau phẫu thuật 4-7 tuần

- + Tập chủ động có đề kháng nhẹ các hoạt động của cổ tay như gập, duỗi, nghiêng trụ, nghiêng quay, quay sấp, quay ngửa.
- + Tập các bài tập tăng cường sức mạnh nhóm cơ cầm nắm bàn tay.
- + Hoạt động trị liệu các cử động điều hợp, khéo léo bàn ngón tay trong sinh hoạt hàng ngày như cầm nắm, nhặt vật nhỏ...

3. Các điều trị khác

- Có thể sử dụng thêm một số thuốc hỗ trợ như can xi, thuốc giảm đau.
- Bó bột cố định trong hầu hết các trường hợp cho kết quả liền xương vững sau 4 tuần. Kết hợp xương bằng phẫu thuật trong những trường hợp gãy phức hợp.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Tái khám sau mỗi 2-3 tuần bao gồm khám tầm vận động khớp, chu vi cổ tay, đau, sức cơ. Bệnh nhân có thể xuất viện khi đạt được 60% sức cơ và 60% tầm vận động khớp so với bên lành.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật thay khớp háng nhân tạo là một phương pháp điều trị những bệnh lý khớp háng mà tất cả các phương pháp điều trị khác không đem lại hiệu quả. Thông thường thay khớp háng nhân tạo sẽ giúp giảm đau cho bệnh nhân, cải thiện tầm vận động khớp háng giúp bệnh nhân trở lại các sinh hoạt hàng ngày.

- Có nhiều loại bệnh lý làm tổn thương sụn khớp của chỏm xương đùi và ổ cối như bệnh hoại tử chỏm xương đùi, thoái hóa khớp háng, viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp...

- Phẫu thuật thay khớp háng nhân tạo chỉ định trong các trường hợp sau:

+ Nếu người bệnh điều trị bảo tồn không có kết quả, bệnh nhân đau kéo dài

+ Gãy cổ xương đùi ở người già.

+ Không liền xương sau gãy cổ xương đùi, gãy khối máu chuyển xương đùi.

+ U xương, lao xương...

- Thay khớp nhân tạo thường được chỉ định cho bệnh nhân trên 50 tuổi do tuổi thọ của khớp trung bình được 15 đến 20 năm. Tuy nhiên ngày nay do sự phát triển không ngừng của công nghệ chế tạo, chỉ định thay khớp háng ngày càng được mở rộng, ngưỡng tuổi ngày càng được hạ thấp.

- Có nhiều loại khớp háng nhân tạo ra đời và cũng có nhiều phương pháp mổ khác nhau. Nhìn chung khớp nhân tạo có thể phân thành các loại cơ bản là khớp háng có xi măng và khớp háng không xi măng. Có bệnh nhân khớp háng bán phần (chỉ thay chỏm xương đùi) và có bệnh nhân được thay khớp háng toàn phần (thay cả chỏm xương đùi và ổ cối) tùy theo mức độ bệnh và lứa tuổi.

- Khớp háng không có xi măng được phát triển thành nhiều loại nhỏ tùy thuộc vào bề mặt tiếp xúc và chịu lực của nó là: Kim loại - nhựa cao phân tử, gốm - gốm, kim loại - kim loại, khớp có cán vận Spiron (dùng cho người trẻ tuổi)

Sau phẫu thuật người bệnh cần được hướng dẫn tập luyện càng sớm càng tốt, giúp phục hồi nhanh và giảm biến chứng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

Bệnh nhân được phẫu thuật ngày thứ mấy ?

1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Vận động khớp háng bên chân phẫu thuật có xoay được trong ổ cối hay không.

- Chân phẫu thuật có bị đổ ngoài hay vào trong không.

- Mức độ đau, phù nề, dịch dẫn lưu sau phẫu thuật...

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng:

Chụp XQ thường quy.

2. Chẩn đoán xác định

Thay khớp háng bán phần hay toàn phần.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Giảm đau, giảm phù nề.
- Gia tăng sức mạnh các nhóm cơ
- Tăng tầm vận động khớp háng
- Bảo vệ khớp háng mới
- Lấy lại hoạt động bình thường cho bệnh nhân

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng:

2.1. Ngày thứ 1 và 2 sau phẫu thuật

- Tập các bài tập vận động ở trên giường, thay đổi tư thế
- Khớp cổ chân: tập gấp duỗi và xoay khớp cổ chân, tập vài lần trong ngày, mỗi lần 5-10 phút. Bài tập được tiến hành bắt đầu sau khi phẫu thuật cho đến khi khỏi bệnh.
- Khớp gối: Bệnh nhân nằm ở tư thế 2 chân duỗi thẳng, mũi chân thẳng lên trần nhà, tập gấp duỗi gối bằng cách nâng khớp gối lên thụ động hoặc chủ động 20 động tác mỗi lần. Ngày khoảng 2 lần. Chú ý: không xoay khớp gối.
- Co cơ mông: bệnh nhân nằm ngửa, co cơ mông trong 5 giây sau đó nghỉ 5 giây, tập mỗi lần 10 động tác và ngày tập 5 lần.
- Tập khớp háng: tập khép và dạng khớp háng. Bệnh nhân nằm ngửa 2 chân duỗi thẳng, dạng khớp háng cả 2 chân (cả khép). Chú ý không xoay khớp háng vào trong và luôn để ở tư thế hơi xoay ngoài.
- Tập co cơ tĩnh: bệnh nhân nằm với gối thẳng, co cơ tĩnh cả 2 chân, mỗi lần co 5 giây rồi nghỉ 5 giây nâng, tập 10 động tác trong 1 lần và 10 lần/ngày. Nằm nâng chân lên khỏi mặt giường giữ trong 5-10 giây.
- Tập mạnh sức cơ tứ đầu đùi: bệnh nhân nằm thẳng đặt 1 gối dưới khoeo chân, giữ cho khớp gối gấp khoảng 30^0-40^0 . Giữ chặt đùi và đưa cẳng chân lên trên giữ trong khoảng 5 giây rồi từ từ đưa về vị trí cũ. Mỗi lần làm 10 động tác và 3-4 lần/ngày.

2.2. Từ ngày thứ 3-5 sau phẫu thuật

- Cho bệnh nhân ngồi dậy ở trên giường, tiếp tục tập các bài tập vận động ở trên giường: khớp gối, khớp háng.
- Đưa 2 chân ra khỏi thành giường, tập đứng đưa 2 chân và tập tăng sức mạnh của cơ đùi. Bệnh nhân có thể tự di chuyển nhẹ nhàng ở trên giường.

2.3. Từ ngày 5 đến 4 tuần sau phẫu thuật

- Bệnh nhân tiếp tục các bài tập vận động khớp và tăng sức mạnh của cơ.
- Giai đoạn này có thể tập đứng và đi với nạng hoặc khung.
- Những lần đầu bệnh nhân có thể có người giữ sau đó tự đứng.
- Bệnh nhân đứng chịu trọng lực trên chân lành, 2 tay bám vào thành ghế. Nâng gối của chân kia lên giữ trong 2-3 giây sau đó đặt chân xuống. Động tác nữa là đứng chịu trọng lực trên chân lành giữ gối và háng bệnh trên 1 mặt phẳng rồi tập khép và dẹt khớp háng bằng cách đưa chân vào trong và ra ngoài.
- Động tác tập gấp và duỗi khớp háng: đưa chân phẫu thuật ra trước và ra sau. Chú ý là không được gấp khớp háng trên 90^0
- Tập đi bộ, tập lên xuống cầu thang
- Tập mạnh sức cơ tư thế đứng bằng cách kéo chân bằng dây chun.

2.4. Từ 4-6 tuần sau phẫu thuật

- Bệnh nhân đi bộ với nạng hoặc gậy, lần đầu đi khoảng 5-10 phút trong 1 lần và đi 3-4 lần/ngày. Những lần sau có thể đi 20-30 phút và 2-3 lần/ngày.
- Tập đạp xe đạp tại chỗ và tập tham gia các hoạt động hàng ngày: rửa bát, giặt giũ.

2.5. Từ 6-12 tuần sau phẫu thuật

- Bệnh nhân có thể tập đi bằng cách bỏ nạng
- Tập lái xe

2.6. Sau 12 tuần

- Bệnh nhân có thể trở lại công việc, lái xe, chạy, đánh golf..

*** Những điều nên làm và không nên làm**

- Không gấp khớp háng quá 90^0 và không xoay khớp háng vào trong.
- Không được ngồi xổm
- Không được ngồi trên ghế mà không có tay vịn
- Muốn đứng dậy từ ghế: đưa chân phẫu thuật ra trước sau đó từ từ đứng dậy
- Không được ngồi ghế hoặc toilet thấp.
- Không được xoay khớp gối khi đứng, ngồi, khi nằm và phải kê gối giữa 2 chân.

*** Một số lưu ý khi thay khớp háng Spiron :**

Khớp háng Spiron là loại khớp háng đặc biệt được dùng cho bệnh nhân trẻ ở độ tuổi < 60

Do đặc điểm khớp háng là cán vận, không can thiệp đến xương đùi nên sau phẫu thuật bệnh nhân ít đau và có cảm giác phục hồi nhanh hơn. Nếu bệnh nhân vận động sớm hơn quy định thì có thể bị lỏng khớp, khi đó phải thay lại khớp háng mới. Vì vậy, ngoài việc tuân thủ các nguyên tắc tập vận động đã nêu ở trên phải chú ý các điểm sau:

- Vận động lại từ ngày thứ 2 (hoặc thứ 3) sau phẫu thuật theo chỉ định của bác sĩ phẫu thuật.
- Trong vòng 06 tuần đầu tiên sau phẫu thuật phải đi lại bằng nạng và hạn chế vận động tối đa.
- Trong vòng 03 tháng sau phẫu thuật bệnh nhân phải hạn chế vận động và vận động nhẹ nhàng.
- Khi di chuyển bệnh nhân phải dồn trọng lượng cơ thể lên cánh tay, nạng và bên chân không phẫu thuật.
- 03 tháng sau phẫu thuật có thể vận động trở lại bình thường nhưng cần tránh các tư thế, động tác, thói quen hay vận động nặng gây ảnh hưởng đến vùng khớp háng mới phẫu thuật.

3. Các điều trị khác

Thuốc điều trị:

- Kháng sinh
- Giảm đau chống viêm (paracetamol, NSAID...)
- Chống phù nề
- Chống huyết khối tĩnh mạch

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Tái khám sau 01 tháng, 2 tháng, 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật.

Sau 1 năm khám lại.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GỠ CỔ XƯƠNG ĐÙI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy cổ xương đùi là những loại gãy mà đường gãy ở giữa chỏm và đường liên mấu chuyển.
- Gãy cổ xương đùi hay gặp ở người già do ngã đập mông và chạm vùng mấu chuyển lớn hoặc vùng xương chậu. Tiên lượng xấu vì gây nhiều biến chứng.
- Một số biến chứng, thương tật thứ cấp hay gặp sau gãy cổ xương đùi: choáng chấn thương, loét do đè ép ở vùng cụt, gót chân (do nằm lâu một vị trí), viêm phổi, viêm phế quản ứ đọng, huyết khối chi dưới. Ngoài ra giai đoạn muộn có thể gặp tiêu chỏm xương đùi, cứng khớp háng, co rút teo cơ, bàn chân xoay ngoài.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Tình huống xảy ra chấn thương?
- Thời gian bị chấn thương đến thời điểm hiện tại?
- Các biện pháp đã can thiệp, xử trí?
- Hỏi bệnh nhân hiện tại có đau chói tại nơi gãy không?
- Có đau, hạn chế vận động khớp háng, khớp gối khi vận động không?

1.2. Khám lâm sàng

- Cơ năng: Đau vùng khớp háng khi hoạt động gắng sức. Giảm cơ năng hoàn toàn, bệnh nhân không nhấc chân lên được khỏi mặt giường.
- Thực thể: Nhìn: chân bên gãy ngắn hơn chân lành, chân xoay ngoài bàn chân hơi dạng. Có thể có bầm tím vùng mấu chuyển. Sờ nắn: mấu chuyển to bị kéo lên trên. Có điểm đau chói phía trong của bó mạch thần kinh đùi chung.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

Chụp XQuang khớp háng 2 bên tư thế thẳng và chếch 3/4 bên cổ xương đùi bị gãy để xác định vị trí gãy và độ di lệch của xương.

2. Chẩn đoán xác định

Dựa vào phim XQuang chẩn đoán xác định.

3. Chẩn đoán phân biệt

4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Gãy xương do sang chấn

- Gãy xương do các bệnh lý về xương: loãng xương, giòn xương, u xương, tiểu đường, lạm dụng điều trị các bệnh bằng corticoid...

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị và phục hồi chức năng

- Giảm đau, giảm phù nề
- Chống huyết khối tĩnh mạch
- Khôi phục lại tầm vận động khớp háng
- Gia tăng sức mạnh các nhóm cơ khớp háng, khung chậu, cơ mông
- Khôi phục lại dáng đi.
- Lấy lại hoạt động bình thường cho bệnh nhân

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

2.1. Sau phẫu thuật kết hợp xương với đinh Smith Peterson

- Mục đích: phòng ngừa các biến chứng viêm phổi do ứ đọng, loét do đè ép, huyết khối, giảm đau. Duy trì tầm vận động các khớp tự do, tránh teo cơ, cứng khớp do bất động. Gia tăng sức mạnh cho các nhóm cơ đi nặng. Phục hồi chức năng di chuyển.
- Phương pháp phục hồi chức năng:
 - + Tập hô hấp hiệu quả kết hợp các kỹ thuật vỗ rung long đờm.
 - + Lăn trở thường xuyên phòng chống loét đè ép. Thay đổi tư thế từ nằm ngửa sang nằm nghiêng phải kê lót gối to kẹp giữa hai chi dưới.
 - + Vận động tăng sức mạnh cho cơ tứ đầu đùi qua động tác duỗi khớp gối.
 - + Vận động trợ giúp giữa tập duỗi khớp háng, khớp gối bang tay kỹ thuật viên.
 - + Tập mạnh nhóm cơ đi nặng bằng tạ tăng tiến dần
 - + Hướng dẫn đi nặng cho bệnh nhân không chịu sức nặng trong 6 tháng.
 - + Đi nặng chịu sức nặng một phần sau 6 tháng. Sau đó chịu sức nặng tăng dần nếu không có tiêu chỏm(phát hiện bằng chụp X-quang)
- Phương pháp vật lý trị liệu: Nhiệt ẩm trên cơ tứ đầu đùi và cơ tam đầu đùi

2.2. Sau bó bột

- Bó bột kiểu **Withmann**:

Dạy bệnh nhân đi lại trong bột, có thể đi lại trong bột ngay sau 24-48 giờ. Tập mạnh cơ tứ đầu đùi và nhóm cơ đi nặng. Gia tăng tầm vận động khớp háng và khớp gối. Hướng dẫn đi nặng cho bệnh nhân.

- Bó bột với que ngang:

Phương pháp này thường chỉ định cho người già hoặc không có chỉ định phẫu thuật, tránh được nhiều phiền phức cho bệnh nhân. Thời gian mang bột 4-6 tuần.

Phương pháp phục hồi chức năng như với trường hợp sau phẫu thuật.

3. Các điều trị khác

- Các thuốc giảm đau Paracetamol
- Các thuốc tái tạo kích thích liền xương nhanh: Calcitonin, Glucosamin, Biphosphonat, Calcium...
- Sử dụng các thuốc chống đông máu để phòng huyết khối tĩnh mạch chi dưới đối với bệnh nhân đa chấn thương hoặc có nguy cơ: Enoxaparin...
- Điều trị nội khoa khi có các biến chứng: viêm phổi, loét đè ép....

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Tình trạng ổ gãy: đau, sưng nề, di lệch, biến dạng...
- Theo dõi và tái khám sau 3 tháng, 6 tháng và 1 năm.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GỠY THÂN XƯƠNG ĐÙI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy thân xương đùi là sự gián đoạn cấu trúc toàn vẹn của xương đùi do chấn thương trực tiếp hoặc gián tiếp gây đau và hạn chế vận động khớp háng, khớp gối.
- Phục hồi chức năng gãy xương đùi là áp dụng các phương pháp vật lý trị liệu, vận động trị liệu, thuốc để thúc đẩy quá trình liền xương, các chức năng vận động khớp háng, khớp gối và phòng ngừa các biến chứng (teo cơ, cứng khớp...)

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc chẩn đoán

- Hỏi bệnh:

- + Tình huống xảy ra chấn thương?
- + Thời gian bị chấn thương đến thời điểm hiện tại?
- + Các biện pháp đã can thiệp, xử trí?
- + Hỏi bệnh nhân có đau chói tại nơi gãy không?
- + Có đau, hạn chế vận động khớp háng, khớp gối khi vận động không?

- Khám lâm sàng

Cơ năng: đau nhiều tại ổ gãy và có thể gây sốc, giảm cơ năng toàn chân không thể cử động được

Thực thể: đùi sưng to, toàn bộ đùi trông như một cái ống. Biến dạng chi: chi ngắn rõ rệt, xoay ra ngoài, gấp góc.

Toàn thân: Bệnh nhân có thể bị sốc, rét run, mạch nhanh, huyết áp hạ.

- Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

Chụp XQuang xương đùi tư thế thẳng, nghiêng để xác định vị trí gãy, đường gãy và độ di lệch của xương.

2. Chẩn đoán xác định: Dựa vào phim XQuang chẩn đoán xác định.

3. Chẩn đoán phân biệt

4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Gãy xương do sang chấn
- Gãy xương do các bệnh lý về xương: loãng xương, giòn xương, u xương, tiểu đường, lạm dụng điều trị các bệnh bằng corticoid...

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị và phục hồi chức năng

- Cố định tốt điểm gãy trong giai đoạn bất động
- Giảm đau, giảm phù nề
- Chống huyết khối tĩnh mạch
- Khôi phục lại tầm vận động khớp háng và khớp gối
- Gia tăng sức mạnh các nhóm cơ khung chậu, vùng đùi
- Khôi phục lại dáng đi .
- Phục hồi lại hoạt động bình thường cho bệnh nhân

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

2.1. Trường hợp trong khung kéo (4 tuần)

- Mục đích: Ngăn ngừa các biến chứng phổi do nằm lâu, gia tăng tuần hoàn, duy trì lực cơ chi gãy.
- Phương pháp phục hồi chức năng:
 - + Tập thở kết hợp hai tay
 - + Cử động bàn chân và cổ chân chi gãy để gia tăng tuần hoàn.
 - + Co cơ tĩnh cơ tứ đầu đùi, cơ ụ ngồi, cơ mông, cơ dạng, cơ khép
 - + Tập mạnh cơ chi trên, cơ bụng, cơ lưng và cơ còn lại bằng tạ, bao cát, lò xo.
 - + Cho người bệnh ngồi dậy tại giường một tuần sau khi kéo tạ.

2.2. Trường hợp bột chậu lưng chân

- Mục đích: Duy trì lực cơ trong bột, hướng dẫn người bệnh đi nặng không chịu sức nặng.
- Phương pháp phục hồi chức năng:
 - + Hướng dẫn bệnh nhân co cơ tĩnh cơ tứ đầu đùi, cơ ụ ngồi, cơ mông trong bột.
 - + Chỉ dẫn bệnh nhân, người nhà cách nâng đỡ, di chuyển khi cho người bệnh đứng và đi với hai nặng không chịu sức nặng.
 - + Tiếp tục tập luyện tại nhà như trên.

2.3. Trường hợp sau khi bó bột

- Mục đích: Làm giảm sưng, giảm đau và giảm co thắt cơ. Gia tăng tầm vận động khớp. Gia tăng sức mạnh cơ chi bị gãy. Phục hồi chức năng di chuyển cho người bệnh.
- Phương pháp vật lý trị liệu, phục hồi chức năng:
 - + Đắp nóng: paraffin, hồng ngoại.
 - + Xoa bóp từ ngón chi đến khớp hông, chú ý những cơ bị co thắt. Di động xương bánh chè để giải phóng sự kết dính.

- + Áp dụng kỹ thuật giữ nghỉ để gia tăng tầm vận động của khớp gối.
- + Tập mạnh các nhóm cơ bên chân gầy.
- + Hướng dẫn người bệnh đi nạng không chống chân đau xuống đất trong 4 tuần.
- + Tháng thứ 4 cho người bệnh đi chống chân đau xuống đất, chịu sức nặng một phần.
- + Tháng thứ 5-6 cho người bệnh đi lại bình thường với chỉ định của bác sỹ.

2.4. Trường hợp phẫu thuật đóng đinh nội tủy

- Ngày đầu sau mổ: tập thở để ngăn ngừa biến chứng phổi sau hậu phẫu, tự cử động bàn chân, cổ chân để gia tăng tuần hoàn chi.
- Ngày 2: Co cơ tĩnh cơ tứ đầu đùi, cơ ụ ngồi, cơ mông lớn. Tập chủ động tự do các cơ thân mình, chân lành và tiếp tục tập như với ngày thứ nhất.
- Ngày 3-4: Tập như với ngày thứ nhất và hai. Tập chủ động trợ giúp nhẹ nhàng đối với cử động của khớp hông. Không làm động tác xoay trong, xoay ngoài. Tập chủ động trợ giúp gập gối trong giới hạn tầm độ mà bệnh nhân chịu được. Tập chủ động có lực kháng các chi lành.
- Tuần thứ 2: Sau khi cắt chỉ tiếp tục tập như tuần thứ nhất. Tập đi nạng không chống chân đau.
- Tuần thứ 3 trở đi: Tập các động tác chủ động tăng tiến. Tập chủ động có trở kháng bằng tay kỹ thuật viên. Tập chủ động có trở kháng cho nhóm cơ ụ ngồi và cơ tứ đầu đùi. Tập gập duỗi, dạng áp khớp hông. Hướng dẫn đi nạng chịu một phần sức nặng ở tuần thứ 6.
- Tuần 12: Có thể bỏ nạng hoàn toàn nếu cơ lực phục hồi và xương liền tốt sau kiểm tra X-quang. Tập xe đạp khi tầm vận động khớp gối đạt 90 độ.

3. Các điều trị khác

- Các thuốc giảm đau Paracetamol
- Các thuốc tái tạo kích thích liền xương nhanh: Calcitonin, Biphosphonat, Calcium...
- Sử dụng các thuốc chống đông để phòng huyết khối tĩnh mạch chi dưới đối với bệnh nhân đa chấn thương hoặc có nguy cơ: Enoxaparin
- Điều trị nội khoa khi có các biến chứng: viêm phổi, loét đê ép....

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Tình trạng ổ gãy: đau, sưng nề, di lệch, biến dạng...
- Phản ứng của người bệnh trong quá trình tập luyện: thái độ hợp tác, sự tiến bộ...
- Thể trạng chung toàn thân
- Theo dõi và tái khám sau 3 tháng, 6 tháng và 1 năm.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU PHẪU THUẬT TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC KHỚP GỐI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Khớp gối là một khớp lớn của cơ thể, được giữ vững nhờ hệ thống các dây chằng, bao khớp, sụn chêm và các cơ bao bọc xung quanh nó. Dây chằng chéo trước có vai trò quan trọng cho việc giữ cho xương chày không bị trượt ra trước so với xương đùi khi khớp gối vận động.

- Đứt dây chằng chéo trước là một thương tổn thường gặp mà nguyên nhân chủ yếu do các chấn thương thể thao, tai nạn giao thông, tai nạn lao động hay tai nạn sinh hoạt. Khi dây chằng chéo trước bị đứt, xương chày bị trượt ra trước so với xương đùi, khớp gối bị mất vững, người bệnh đi lại khó khăn. Tình trạng lỏng khớp kéo dài có thể dẫn đến các thương tổn thứ phát như rách sụn chêm, giãn dây chằng bao khớp, thoái hóa khớp.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

Bệnh nhân được phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước bao nhiêu ngày.

1.2. Khám và lượng giá chức năng

Nếu sau mổ ngày thứ 2 trở đi, hướng dẫn bệnh nhân tập luyện theo liệu trình phục hồi chức năng.

Sau khi bệnh nhân hết thời gian nằm điều trị tại khoa phẫu thuật: Đánh giá độ sưng nề khớp, biên độ vận động khớp, cơ lực chân phẫu thuật để đưa ra bài tập phục hồi chức năng cho phù hợp.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng: Chỉ chụp lại MRI khớp gối khi có chấn thương khớp gối lại hoặc có dấu hiệu lỏng khớp rõ.

2. Chẩn đoán xác định: Dựa vào cách thức phẫu thuật.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị và phục hồi chức năng

Phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước cho phép người bệnh tập PHCN sớm sau phẫu thuật, khớp gối nhanh chóng lấy lại được biên độ vận động như trước phẫu thuật, sức cơ hồi phục, đồng thời tránh teo cơ đùi.

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

Bài tập gồm những giai đoạn như sau:

2.1. Ngày 1 sau phẫu thuật

- Tập lắc, di động xương bánh chè

- Mang nẹp đùi căng chân cổ định sau mổ: tập dạng và khép chân, tập nâng toàn bộ chân lên khỏi mặt giường, tập vận động cổ chân trong nẹp.
- Tập co cơ tĩnh trong nẹp: tập gồng cơ đùi, cơ căng bàn chân
- Tháo nẹp ngày 3-4 lần, tập gấp duỗi gối chủ động có trợ giúp, gấp gối $< 60^0$
- Đeo nẹp liên tục cả ngày và đêm, kê cao chân phẫu thuật khi nằm nghỉ.
- Bệnh nhân có thể ngồi dậy trên giường.

2.2. Ngày 2 sau phẫu thuật

- Tiếp tục tập các bài tập trên như ngày thứ nhất
- Mang nẹp: bệnh nhân có thể tập ngồi, tập đứng dậy từ nhẹ xuống chân đau với trọng lượng bằng 50% trọng lượng cơ thể.
- Sử dụng 2 nạng nách trợ giúp.

2.3. Ngày 3 sau phẫu thuật

- Tiếp tục tập các bài tập như ngày 1, 2 với cường độ tăng dần.
- Tập vận động chủ động có kháng trở các khớp tự do tại chân phẫu thuật.
- Bệnh nhân đi lại, sử dụng 2 nạng nách trợ giúp.

2.4. Sau 1 tuần sau phẫu thuật

- Có thể gấp gối đến 90^0 .
- Chịu trọng lượng trên chân phẫu thuật với cường độ tăng dần đến 100% trọng lượng.
- Nếu khớp gối sưng đau tăng lên, ngưng tập, chườm lạnh khớp gối.
- Mang nẹp cố định gối 4 tuần. Sử dụng nạng nách 4-6 tuần.
- Sang tuần thứ 2: Khớp gối phải được duỗi hoàn toàn, gối phải gấp được 90^0 , sức cơ tứ đầu đùi phải đủ mạnh.

2.5. Từ tuần thứ 3 đến hết tuần thứ 4

- Tăng cường tập vận động thụ động gối để gối gấp dần tối đa đến 120^0 .
- Tăng cường tập nâng chân, tập gấp duỗi gối chủ động tư thế ngồi (chưa có lực cản) để tăng sức cơ tứ đầu đùi.
- Tập đứng dồn 100% trọng lượng lên chân phẫu thuật.
- Tập đạp xe đạp tại chỗ không có lực cản.
- Tập sức cơ tứ đầu đùi bằng cách dùng lực cản ở căng chân khi khớp gối duỗi dần từ 90^0 đến 60^0 .

* Sau phẫu thuật 4 tuần phải đạt: tầm vận động khớp gối là 120^0 và có thể đứng được trên chân phẫu thuật với toàn bộ trọng lượng cơ thể.

2.6. Từ tuần thứ 5 đến hết tuần thứ 6

- Tập gấp gối tích cực hơn để tăng tầm vận động của khớp.
- Tập nhún đùi (xuống tấn) trong giới hạn khớp gối duỗi dần từ 90 đến 40 độ và ngược lại, tốc độ tăng dần theo thời gian.
- Tập bước lên và bước xuống một bậc thang.
- Tập sức mạnh cơ đùi bằng cách tập nâng đùi với tạ hoặc bao cát hoặc chun khi khớp gối gấp 90 độ với trọng lượng tăng dần.
- Day mềm sẹo mổ, tập di động xương bánh chè.

2.7. Từ tuần thứ 7 đến hết tuần thứ 10

- Tăng cường các bài tập trên để đạt được biên độ gấp duỗi khớp gối thụ động bình thường.
- Bỏ nẹp, tập đi bộ tích cực và tập dáng đi bình thường.
- Tập bước lên và bước xuống đến 2-3 bậc thang.
- Tập nhún đùi với tầm vận động gấp duỗi gối tăng lên và tốc độ tăng dần.
- Tập chạy trên đường bằng phẳng.

2.8. Từ tuần thứ 11 đến tuần thứ 16

- Tăng cường các bài tập trên.
- Tập các bài tập tăng cường sức mạnh cơ tứ đầu đùi và cơ chậu chày.
- Tập gấp duỗi gối chủ động phải đạt biên độ bình thường.
- Vào tuần thứ 16 tầm vận động duỗi chủ động phải đạt duỗi hoàn toàn.

2.9. Từ tháng thứ 5 đến hết tháng thứ 6

- Tập các bài tập tăng cường sức mạnh cơ tứ đầu đùi và cơ chậu chày.
- Tập chạy tốc độ tăng dần, tập lên xuống bậc thang tích cực hơn.

2.10. Tháng thứ 7

- Bắt đầu làm quen các môn thể thao ưa thích nhưng với mức độ phù hợp. từ tháng thứ 8 trở đi mọi hoạt động nặng đều được tham gia, tập nhảy trên chân được phẫu thuật. Tập luyện và thi đấu thể thao bình thường.

3. Các điều trị khác

- Điều trị: Thuốc giảm đau chống viêm chống phù nề tăng cường.
- Vật lý trị liệu: vi sóng, điện phân thuốc, điện xung từ tuần thứ 2 sau phẫu thuật
- Điều trị hỗ trợ: bằng các dụng cụ nạng, gậy, chun, tạ.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Sau phẫu thuật 2 tuần bệnh nhân được tái khám sau đó cứ 1 tháng được tái khám 1 lần đến khoảng thời gian 1 năm sau phẫu thuật.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU PHẪU THUẬT TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO SAU KHỚP GỐI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đứt dây chằng chéo sau là thương tổn thường gặp trong chấn thương khớp gối. Dây chằng chéo sau bị đứt do cơ chế chấn thương làm duỗi gối quá mức.
- Có thể gặp đứt dây chằng chéo sau đơn thuần hoặc đứt cả dây chằng chéo trước, chéo sau hoặc kết hợp với tổn thương sụn chêm.
- Khi dây chằng chéo sau bị đứt xương chày bị trượt ra sau so với xương đùi, khớp gối mất vững, bệnh nhân đi lại khó khăn.
- Đánh giá độ lỏng khớp bằng dấu hiệu ngăn kéo sau.
- Để phục hồi lại độ vững chắc của khớp và tránh các biến chứng thứ phát bệnh nhân cần được tiến hành phẫu thuật tái tạo lại dây chằng chéo sau
- Hiện tại dây chằng chéo sau được tái tạo bằng chất liệu tự thân bằng gân cơ Hamstring hoặc gân cơ đồng loại.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Bệnh nhân được phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo sau bao nhiêu ngày.
- Phương pháp phẫu thuật: mổ tái tạo dây chằng chéo sau đơn thuần hay kèm tái tạo các dây chằng khác.
- Có phẫu thuật sụn chêm kết hợp hay không.

1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Nếu sau mổ ngày thứ 2 trở đi, hướng dẫn bệnh nhân tập luyện theo liệu trình phục hồi chức năng .
- Sau khi bệnh nhân hết thời gian nằm điều trị tại khoa phẫu thuật: Đánh giá độ sưng nề khớp, biên độ vận động khớp, cơ lực chân phẫu thuật để đưa ra bài tập phục hồi chức năng cho phù hợp.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

Chỉ chụp lại MRI khớp gối khi có chấn thương khớp gối lại hoặc có dấu hiệu lỏng khớp rõ.

2. Chẩn đoán xác định: Dựa vào cách thức phẫu thuật.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị và phục hồi chức năng

Phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo sau cho phép người bệnh tập PHCN sớm sau phẫu thuật, khớp gối nhanh chóng lấy lại được biên độ vận động như trước phẫu thuật, sức cơ hồi phục, đồng thời tránh teo cơ đùi.

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

Bài tập phục hồi chức năng gồm những giai đoạn sau:

2.1. Ngày 1 đến 2 sau phẫu thuật

- Giảm đau và sưng nề khớp gối bằng chườm đá lạnh 20 phút/ lần, cách nhau mỗi 3h.
- Tập lắc, di động xương bánh chè.
- Mang nẹp đùi căng chân cố định sau mổ: Tập dạng và khép khớp háng, tập vận động khớp cổ chân các tư thế. Tập khoảng 10 động tác mỗi giờ tránh cục máu đông. Tập nâng toàn bộ chân lên khỏi mặt giường có trợ giúp.
- Tập co cơ tĩnh trong nẹp: Tập cơ đùi và cơ căng bàn chân.
- Nẹp sử dụng 4 tới 6 tuần đến khi kiểm soát được cơ lực .

2.2. Từ ngày thứ 2 sau phẫu thuật: Bắt đầu tập đứng dậy với 2 nạng trợ giúp, chịu 50% trọng lượng cơ thể ở chân phẫu thuật.

2.3. Từ ngày thứ 3 tới 1 tuần sau phẫu thuật

- Mục tiêu: Giảm sưng nề, giảm đau khớp gối, lấy lại tầm vận động khớp gối ở tư thế duỗi.
- Tiếp tục tập các bài tập như ngày 1 & 2 sau phẫu thuật với cường độ tăng dần.
- Đeo nẹp liên tục cả ngày và đêm.
- Tăng cường kiểm soát cơ đùi, tập mạnh sức cơ Hamstring.
- Bệnh nhân đi lại sử dụng 2 nạng nách trợ giúp.

2.4. Từ tuần thứ 2 đến hết tuần thứ 4

- Tiếp tục đeo nẹp duỗi gối và tập các bài tập trong nẹp. Tập nâng chân phẫu thuật với nẹp.
- Tháo nẹp 3 lần /ngày: Tập vận động gấp gối thụ động đến 60^0
- Đến tuần thứ 4 gấp gối đến 90^0 . Vận động thụ động và chủ động có trợ giúp.
- Tập vận động duỗi gối từ 60^0 đến 0^0 .
- Kiểm soát tập vận động làm mạnh sức cơ ở tư thế gối duỗi hoàn toàn.
- Chịu một phần trọng lượng trên chân phẫu thuật.
- Đi lại với nạng trợ giúp từ 4 tới 6 tuần.
- Nếu khớp gối sưng đau: Ngừng tập, chườm lạnh khớp gối.
- Sau tuần thứ 4: khớp gối phải được duỗi hoàn toàn, gối gấp 90^0 , sức cơ đùi phải mạnh.

2.5. Từ tuần thứ 5 đến hết 6 tuần

- Tiếp tục các bài tập vận động trong nẹp và khi tháo nẹp.
- Duy trì duỗi khớp gối tối đa.
- Tập vận động gập gối 90^0 và gập hơn nữa đến 110^0 .
- Tập duỗi gối chủ động từ 90^0 về 0^0 .
- Tập nâng và khép khớp háng ở tư thế duỗi khớp gối hoàn toàn.
- Luôn đeo nẹp khi đi lại và khi ngủ.
- Đi lại với nạng chịu 75% trọng lượng cơ thể trên chân phẫu thuật.
- Đến tuần thứ 6: bắt đầu bỏ nẹp đùi căng chân
- Tập nhún đùi (xuống tăn) trong giới hạn khớp gối duỗi dần từ 90^0 về 0^0 và ngược lại, tốc độ tăng dần theo thời gian.
- Tập bước lên và bước xuống 1 bậc thang.

2.6. Từ tuần thứ 7 đến hết tuần thứ 10

- Tập vận động gập gối tăng dần đến 120^0 . Gập gối hết tầm vận động đến 3 tháng sau mổ.
- Tập ngồi xổm đến 90^0 .
- Nâng toàn bộ chân và khép háng (tư thế duỗi gối hoàn toàn) với tạ từ 1 đến 2 kg.
- Chịu hoàn toàn trọng lực lên chân phẫu thuật ở tuần thứ 8.
- Đạp xe đạp.
- Tập lên xuống cầu thang.
- Tập đi bộ

2.7. Từ tuần 11 đến tuần thứ 16

- Tăng cường các bài tập trên.
- Tập gập duỗi khớp gối chủ động phải đạt được biên độ bình thường.
- Tập chạy nhẹ.

2.8. Từ tháng thứ 5 đến hết tháng thứ 6

- Tập các bài tập tăng cường sức mạnh cơ đùi.
- Tập chạy tốc độ tăng dần: không nên chạy vòng hoặc xoay khớp gối.
- Trở lại hoạt động thể thao.

2.9. Từ tháng thứ 7

- Tiếp tục các hoạt động bình thường.

- Hoạt động thể thao: chạy, nhảy và các hoạt động khác.

*** Vật lý trị liệu:**

- Chườm lạnh khớp gối đến 1 tuần sau phẫu thuật.

- Sau 4 tuần phẫu thuật có cứng, dính khớp gối hoặc cơ lực đùi yếu có thể điều trị: sóng ngắn, hồng ngoại, điện phân, điện xung hoặc dòng thể dục kích thích cơ.

- Bệnh nhân có thể tập thêm bằng máy tập kinetic.

3. Các điều trị khác

- Băng chun gối, nạng, gậy, khung tập đi.

- Điều trị thuốc bổ sung khi khớp gối bị sưng nề:

- Thuốc giảm đau chống viêm chống phù nề tăng cường

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Giai đoạn đầu sau phẫu thuật 2 tuần bệnh nhân được tái khám sau đó cứ 1 tháng được tái khám 1 lần đến khoảng thời gian 7 tháng sau phẫu thuật bệnh nhân đã trở lại hoạt động sinh hoạt bình thường.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TỔN THƯƠNG DÂY CHẰNG BÊN KHỚP GỐI

I. ĐẠI CƯƠNG

Khớp gối có 5 hệ thống dây chằng nhưng do động tác chính của khớp là gấp và duỗi cẳng chân nên hệ thống dây chằng bên rất chắc chắn và gồm hai dây chằng:

- Dây chằng bên chày (dây chằng bên trong) đi từ củ bên lồi cầu trong xương đùi xuống dưới ra trước đến bám vào mặt trong đầu trên xương chày.
- Dây chằng bên mác (dây chằng bên ngoài) đi từ củ bên lồi cầu ngoài xương đùi xuống dưới ra sau tới bám vào chỏm xương mác.

Chấn thương ở dây chằng hai bên gối thường là do va đập trực tiếp vào đầu gối hoặc chấn thương xoắn. Chấn thương này có thể xảy ra độc lập hoặc cùng lúc với chấn thương dây chằng trước và sau đầu gối.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Hỏi xem bệnh nhân có tiền sử bị chấn thương đụng dập trực tiếp hay không, bệnh nhân có chơi các môn thể thao như chơi cầu lông, bóng bàn, bóng đá, tennis, chạy bộ...
- Bệnh nhân có cảm nhận thấy những tiếng khác thường trong gối hay không ?

1.2. Khám lâm sàng

- Các triệu chứng lâm sàng và qua hỏi bệnh làm cơ sở chính để giúp cho chẩn đoán bệnh.
- Những triệu chứng chủ yếu bao gồm đau và sưng tại vùng chấn thương và đầu gối có thể mất vững khớp gối.
- Bệnh nhân đi lại khó khăn, gấp duỗi khớp gối thực hiện được nhưng khi thực hiện các động tác nghiêng trong, nghiêng ngoài bàn chân người bệnh đau tăng và thấy lỏng lẻo khớp gối.

1.3. Các xét nghiệm cận lâm sàng: thường không có thay đổi rõ rệt.

2. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào triệu chứng lâm sàng đã khám.
- + Tiền sử đụng dập, chấn thương khớp gối các mức độ khác nhau.
- + Đau, sưng nề khớp gối.
- + Lỏng lẻo khớp gối
- Chụp cộng hưởng từ (MRI) khớp gối sẽ cho chẩn đoán xác định.

3. Chẩn đoán phân biệt

Dựa vào kết quả chụp cộng hưởng từ (MRI) khớp gối

- Cần chẩn đoán phân biệt với các chấn thương nhóm dây chằng trước và sau khớp gối
 - Chẩn đoán phân biệt với các chấn thương dây chằng chéo trước và dây chằng chéo sau
- Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là mất vững khớp gối khi gập hoặc duỗi khớp gối.

4. Chẩn đoán nguyên nhân.

Cần chẩn đoán phân biệt với những tổn thương khớp gối có gãy xương hoặc có tổn thương sụn chêm.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị và phục hồi chức năng

- Tiến hành phục hồi chức năng sớm để tăng cường sức cơ và tăng cường chức năng hoạt động của khớp gối.

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

- Ngay sau khi bị chấn thương cần phải được nghỉ ngơi, làm giảm sưng và đau cho bệnh nhân bằng các phương pháp: băng ép và chườm lạnh sớm có thể làm giảm sưng nề trong 48 giờ đầu. Sau 48 giờ có thể chườm nóng tại vùng chấn thương.
- Thực hiện sớm ngay sau bị tổn thương dây chằng bên khớp gối bằng các phương thức vật lý trị liệu. Nhiệt lạnh được sử dụng ngay khi bị tổn thương và cố định để giữ vững khớp gối.
- Ở giai đoạn sau sử dụng nhiệt nóng để tăng cường dinh dưỡng tuần hoàn tại chỗ, giúp phục hồi tính đàn hồi của dây chằng.
- Một số phương thức vật lý trị liệu được áp dụng để điều trị cho bệnh nhân: sóng ngắn, điện phân dẫn thuốc.
- Mọi sự di chuyển đều cần phải sử dụng nạng để hỗ trợ cho đầu gối.

3. Các điều trị khác

- Thuốc

Dùng thuốc giảm đau là rất quan trọng ngay sau bị chấn thương khớp gối. Các thuốc chủ yếu là nhóm giảm đau Non- steroid.

- Khi có tổn thương hoàn toàn một bên hay cả hai bên dây chằng bên, cần phải được phẫu thuật chỉnh hình tái tạo lại dây chằng bên khớp gối, tùy mức độ nặng nhẹ mà dùng nẹp cố định, bó bột, phẫu thuật...

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Theo dõi tiến triển hàng ngày kể từ lúc bị chấn thương. Kiểm soát đau và độ vững của khớp gối.
- Đặc biệt nếu phải phẫu thuật tạo hình lại dây chằng bên phải đặc biệt quan tâm đến hoạt động gập duỗi và độ lỏng lẻo của khớp gối.

- Theo dõi và tái khám hàng tháng theo hẹn.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO BỆNH NHÂN VỠ XƯƠNG BÁNH CHÈ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Vỡ xương bánh chè là loại gãy xương nội khớp trừ gãy cực dưới, có thể gãy kín hoặc gãy hở. Xương bánh chè giữ chức năng chính trong hệ thống duỗi gối. Gãy xương bánh chè hay gặp trong chấn thương vùng gối. Nguyên nhân là do tai nạn giao thông, lao động hoặc sinh hoạt.

- Có nhiều loại gãy khác nhau:

+ Gãy ngang: Phổ biến nhất, có thể gãy ở cực dưới hoặc ở cực trên.

+ Gãy nhiều mảnh, gãy hình sao.

+ Gãy dọc.

- Tùy từng loại gãy, tùy thuộc vào lứa tuổi mà đưa ra phương pháp điều trị bảo tồn hay phẫu thuật

- Điều trị bảo tồn:

Khi vỡ xương bánh chè dạng nứt rạn, không di lệch (2 mảnh và mặt khớp bánh chè-lồi cầu đùi không bị khấp khểnh)

Người cao tuổi không còn đi đứng hoặc có bệnh nội khoa nặng kèm theo.

Điều trị: bó bột ống đùi cổ chân với gối gấp 5-10°, để bột 3 - 6 tuần tùy từng trường hợp.

- Điều trị phẫu thuật: Khi vỡ xương bánh chè, 2 phần vỡ rời xa nhau quá 4mm, gãy vụn khi diện khớp của các mảnh gãy khấp khểnh hoặc có mảnh rời di lệch vào khớp gối.

Khi mổ cũng có nhiều phương pháp khác nhau: Mổ buộc vòng chỉ thép, mổ buộc xương chữ U, mổ bắt vis, mổ néo ép. Nếu vỡ vụn quá mổ lấy bỏ xương bánh chè.

Sau mổ tùy vào phương pháp mổ, nếu thấy không vững cần bó bột hoặc đeo nẹp đùi căng bàn chân tăng cường thêm 3 tuần.

- Với các phương pháp điều trị bảo tồn hay phẫu thuật sẽ đưa ra chương trình tập phục hồi chức năng phù hợp để giúp bệnh nhân trở lại hoạt động bình thường.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

Hỏi nguyên nhân gây ra chấn thương, tình trạng sưng đau, không đi được sau chấn thương.

1.2. Khám và lượng giá chức năng: Khám xem có dấu hiệu tràn máu khớp gối không (chọc dịch có máu tụ) bệnh nhân có chủ động duỗi gối hoàn toàn được không.

Điểm đau cố định, có thấy đoạn giãn cách giữa 2 ổ gãy không.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng: Chụp X-Quang thường thẳng và nghiêng để xác định mảnh gãy, độ di lệch, khoảng cách rời xa của mảnh gãy. Đôi khi phải chụp phim dọc nếu nghi ngờ xương bánh chè gãy 2 mảnh.

Đôi khi phải chụp CT scanner để chẩn đoán dị tật bẩm sinh với một gãy mới.

2. Chẩn đoán xác định

X-Quang thấy hình ảnh của gãy xương bánh chè.

3. Chẩn đoán phân biệt

Phân biệt với dị tật bẩm sinh của xương bánh chè.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị và phục hồi chức năng

- Giảm đau.
- Tăng cường tuần hoàn.
- Chống teo cơ, đặc biệt là cơ tứ đầu đùi.
- Chống cứng khớp.
- Phục hồi chức năng di chuyển.

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

2.1. Giai đoạn bất động khớp gối (với điều trị bảo tồn và sau mổ buộc vòng chỉ thép có bột tăng cường).

- Tập co cơ tĩnh trong nẹp, bột: đặc biệt là cơ tứ đầu đùi. Tập co cơ tĩnh 10 giây/ lần, ít nhất 10 lần/ ngày.
- Tập chủ động các khớp tự do: Háng, cổ chân để tăng cường tuần hoàn.
- Sau khi bột khô, cho bệnh nhân đứng dậy, tập đi với nạng, chân bệnh chịu một phần sức nặng.

2.2. Giai đoạn sau bất động: (Sau khi tháo bột hoặc tháo nẹp cố định khớp gối)

- Giảm đau, tránh co cứng khớp gối bằng nhiệt trị liệu, điện xung, điện phân thuốc qua khớp gối (với phẫu thuật buộc vòng chỉ thép chống chỉ định dùng sóng ngắn để điều trị)
- Xoa bóp chống kết dính xung quanh sẹo mổ, xung quanh xương bánh chè và xung quanh khớp.
- Di động xương bánh chè theo chiều dọc và chiều ngang.
- Gia tăng tầm vận động khớp bằng kỹ thuật giữ nghỉ và kỹ thuật trợ giúp.
- + Tập duỗi khớp gối hoàn toàn.

- + Tập gấp gối tăng dần, những ngày đầu tập vận động từ 0 đến 30⁰. Sau đó tập tăng dần để đạt được tầm vận động gấp 90⁰ sau 6 tuần.
- + Lấy lại tầm vận động khớp gối hoàn toàn sau 12 tuần.
- Gia tăng sức mạnh cơ đùi bằng các bài tập sức cản với tạ, bao cát, ghế chuyên dụng.
- Tập các bài tập xuống tấn, đạp xe đạp, tập trên dụng cụ tập chuyên biệt khớp gối, tập bơi, tập lên xuống cầu thang.
- Bệnh nhân trở lại các hoạt động bình thường sau 6 tháng.

2.3. Điều trị phục hồi chức năng sau phẫu thuật néo ép bánh chè hoặc các phương pháp phẫu thuật khác không cần bột, nẹp tăng cường

* Giai đoạn I: Ngày 1 đến 14 ngày sau phẫu thuật.

- Mục tiêu:

- + Duỗi gối tối đa.
- + Gấp khớp gối tới 90⁰.
- + Kiểm soát đau, phù nề sau phẫu thuật.
- + Kiểm soát cơ lực cơ tứ đầu đùi.

- Điều trị:

- + Chườm lạnh khớp gối 20 phút cách 2h
- + Băng chun ép cố định khớp gối.
- + Đi lại bằng nạng đến khi kiểm soát được cơ đùi. Chịu một phần trọng lượng lên chân phẫu thuật.
- Bài tập:
- + Tập co cơ tĩnh cơ tứ đầu đùi và toàn bộ chân phẫu thuật.
- + Tập vận động thụ động khớp gối từ 0 đến 30⁰ trong những ngày đầu, tập tăng dần đến 2 tuần đạt gấp gối 90⁰
- + Tập duỗi khớp gối.
- + Tập vận động khớp cổ chân, tập vận động khớp háng của chân phẫu thuật.

* Giai đoạn II: từ 2 đến 6 tuần sau phẫu thuật.

- Mục tiêu:

- + Lấy lại tầm vận động của khớp gối.
- + Tăng cường sức mạnh nhóm cơ đùi.
- + Kiểm soát đau và phù nề.

- Bài tập:

+ Tiếp tục các bài tập ở trên.

+ Tập duỗi khớp gối tối đa.

+ Tập gấp dần khớp gối đến 6 tuần lấy lại hoàn toàn tầm vận động khớp gối.

+ Tiếp tục chịu trọng lượng lên chân phẫu thuật, bỏ nạng sau 4 tuần.

+ Tập gia tăng sức mạnh cơ đùi bằng chun, tạ, bao cát hoặc dụng cụ tập khớp gối chuyên dụng.

+ Tập xuống tẩn, tập đạp xe đạp, tập bơi.

Bệnh nhân trở lại các hoạt động bình thường sau 6 tháng.

3. Các điều trị khác

- Kết hợp thuốc điều trị chống viêm giảm đau, giảm phù nề.

- Hai tuần sau phẫu thuật có thể điều trị kết hợp bằng các phương pháp vật lý trị liệu: hồng ngoại, điện xung, điện phân ...

- Khi vận động khớp gối, nếu khớp gối sưng nề nhiều, giảm cường độ tập, chườm lạnh khớp gối.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Lần đầu: sau phẫu thuật 2 tuần. Các lần tiếp theo cách 1 tháng.

- Khám đến 6 tháng sau phẫu thuật.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU PHẪU THUẬT SỤN CHÊM KHỚP GỐI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Sụn chêm khớp gối bao gồm sụn chêm trong và sụn chêm ngoài. Sụn chêm có hình bán nguyệt nằm giữa mặt khớp lồi cầu đùi ở trên và mâm chày phía dưới.
- Sụn chêm hoạt động như các giảm xóc, hấp thu và truyền lực đều từ lồi cầu xương đùi xuống xương chày, làm giảm các sang chấn sụn khớp. Sụn chêm còn góp phần tạo nên sự vững chắc cho khớp gối.
- Lực tác động lên sụn chêm ở tư thế gối gấp và duỗi khác nhau, theo một số tác giả có 50% lực chịu nặng sẽ truyền qua sụn chêm ở tư thế gối duỗi thẳng và 85% ở tư thế gối gấp.
- Khi sụn chêm bị rách:
 - + Nếu rách ở vùng 1/3 ngoài: Giàu mạch máu nuôi nên rách ở vùng này dễ hồi phục nếu phát hiện sớm và điều trị đúng.
 - + Nếu rách ở 1/3 giữa mạch máu nuôi: vùng trung gian nên mạch máu bắt đầu giảm, tổn thương có thể lành khi điều trị đúng nhưng kết quả đem lại với tỉ lệ thấp.
 - + Nếu rách ở 1/3 trong: Đây là vùng vô mạch nên rách ở đây không có khả năng phục hồi nên thường điều trị bỏ đi phần rách.
- Thương tổn sụn chêm rất thường gặp trong chấn thương khớp gối với các thể thường gặp như rách dọc, rách kiểu quai xô, kẹt khớp... Ngày nay nhờ nội soi khớp gối mà việc chẩn đoán chính xác cũng như điều trị các thương tổn của sụn chêm trở nên thuận lợi và hiệu quả hơn rất nhiều.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Bệnh nhân được phẫu thuật ngày thứ mấy ?
- Cách thức phẫu thuật là gì ?

1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Khám bệnh nhân sau phẫu thuật để tiên lượng điều trị.
- Khám vận động khớp gối, cơ lực các nhóm cơ.
- Bệnh nhân có đau hay không, khớp có phù nề không.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Chụp MRI khớp gối.
- Nội soi khớp gối.

2. Chẩn đoán xác định

Dựa vào cách thức phẫu thuật của phẫu thuật viên.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị và phục hồi chức năng

- Tiến hành sớm và tùy theo giai đoạn
- Tăng cường tầm vận động khớp.
- Tập đứng tập đi bộ.
- Tăng cường sức mạnh dẻo dai của cơ.
- Phục hồi chức năng được áp dụng sớm sau phẫu thuật để lấy lại chức năng khớp gối.

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

Bài tập phục hồi chức năng gồm những giai đoạn sau:

2.1. Giai đoạn I: 1 tuần sau phẫu thuật

- Mục tiêu:
 - + Kiểm soát đau và phù nề.
 - + Bắt đầu tập vận động khớp gối.
 - + Tập co cơ tĩnh cơ tứ đầu đùi.
- Bài tập:
 - + Bệnh nhân được mang nẹp đùi căng chân với khớp gối duỗi hoàn toàn tránh làm ảnh hưởng tới sụn chêm được tái tạo. Nẹp được mang cả ngày và đêm.
 - + Có thể vận động gập duỗi gối ngay từ ngày thứ 2 sau mổ. Không được gập gối quá 90^0 (tháo nẹp khi tập). Gối được phép gập khi bệnh nhân ngồi và khi bệnh nhân không đi lại.
 - + Tập gồng cơ đùi tư thế gối duỗi hoàn toàn, gồng 20 lần, mỗi lần giữ 5 giây, tập khoảng 3 liệu trình 1 ngày.
 - + Tập duỗi thẳng khớp gối ở tư thế nằm hoặc ngồi cố gắng giữ ở tư thế đó trong 5 phút. Tập 3 lần/ngày.
 - + Đeo nẹp: Tập vận động khớp háng và khớp cổ chân
 - + Bệnh nhân được sử dụng nạng khi đi bộ (mang nẹp duỗi gối hoàn toàn) chịu trọng lượng dần lên chân phẫu thuật, bệnh nhân có thể chịu trọng lượng hoàn toàn khi bệnh nhân không thấy đau khớp gối.

2.2. Giai đoạn II: 2 đến 6 tuần sau phẫu thuật.

- * Mục tiêu:
 - + Bảo vệ khớp gối tránh vận động quá mức và làm lành vết thương.
 - + Lấy lại tầm vận động của khớp, với giới hạn gập gối đến 90^0 .

+ Bắt đầu tập mạnh sức cơ.

* Các bài tập:

- Tập gồng cơ tứ đầu đùi, tập 20 lần, mỗi lần giữ 5 giây, ngày tập 3 liệu trình như vậy.
- Tập duỗi thẳng khớp gối, giữ mỗi lần 5 phút, 3 lần/ngày.
- Tập gập duỗi khớp gối khi tháo nẹp gập không quá 90^0 , tập 20 động tác, 3 lần/ngày.
- Nằm với chân duỗi thẳng: co cơ tĩnh toàn bộ chân phẫu thuật:
- Nâng chân lên khỏi mặt giường.
- Có thể đặt một cái gối dưới khớp gối, gồng cơ nâng chân thẳng, giữ 5 giây sau đó gập gối xuống.
- Vận động khớp cổ chân.
- Dạng khép khớp háng với gối duỗi thẳng.
- Đứng: chịu trọng lượng lên chân phẫu thuật.
- Nhún chân, chịu trọng lượng lên mũi chân, giữ 1 giây, làm khoảng 20 lần.
- Tập xuống tăn với gối gập 45^0 , giữ 5 giây sau đó từ từ đứng lên, làm như vậy khoảng 20 lần.
- Khi đi lại: Đi bộ đeo nẹp với gối duỗi thẳng, sử dụng nạng khi đi bộ, chịu trọng lượng vào chân phẫu thuật. Nếu thấy đau khớp gối, giảm trọng lượng tỳ vào chân phẫu thuật. Có thể gập gối khi ngồi. Sau 4 tuần có thể bỏ nẹp duỗi gối khi đi lại.

2.3. Giai đoạn III: 6 đến 12 tuần sau phẫu thuật.

* Mục tiêu:

- + Chịu trọng lượng vào chân phẫu thuật.
- + Lấy lại hết tầm vận động của khớp gối.
- + Tập mạnh sức cơ.

* Các bài tập:

- Bài tập gập duỗi khớp gối chủ động lấy lại tầm vận động bình thường của khớp gối.
- Bắt đầu bỏ nạng tập đi bộ chậm.
- Tiếp tục tập các bài tập ở giai đoạn trên.
- Tập đứng chịu lực hoàn toàn trên chân phẫu thuật.
- Tập xuống tăn: Gập gối đến 90^0 giữ 5 giây sau đó từ từ đứng lên.
- Tập đứng lên từ tư thế ngồi trên ghế.

- Tập vận động gấp duỗi gối có sức cản (trên máy tập hoặc dụng cụ trợ giúp tránh không được xoắn vặn khớp gối).
- Tập lên xuống cầu thang.
- Tập đạp xe đạp từ 10 tới 20 phút.
- Giai đoạn này chưa chạy và chơi thể thao.

2.4. Giai đoạn IV: Sau 4 tháng phẫu thuật.

Bệnh nhân bắt đầu tập chạy.

Sau 6 tháng bệnh nhân trở lại các hoạt động thể thao.

3. Các điều trị khác

- Điều trị thuốc bổ sung khi khớp gối bị sưng nề: Giảm đau, chống phù nề.
- Ngừng tập vận động khớp gối, chườm lạnh, thuốc chống viêm, giảm phù nề. Khi khớp gối đỡ nề, tiếp tục tập vận động bình thường.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Tái khám lần 1: 2 tuần sau phẫu thuật.
- Các lần sau: 1 tháng tiếp theo đến 4 tháng sau phẫu thuật.
- Các chỉ số cần theo dõi:
 - + Dấu hiệu đau khi đứng, đi lại.
 - + Tầm vận động của khớp.
 - + Cơ lực chân phẫu thuật.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU PHẪU THUẬT THAY KHỚP GỐI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thay khớp gối ngày nay là một phương pháp điều trị hiện đại được chỉ định cho những bệnh lý khớp gối như thoái hóa khớp gối độ 3 & 4, viêm khớp gối, chấn thương... làm biến dạng và ảnh hưởng đến đi lại, sinh hoạt, hoặc những bệnh nhân không đáp ứng với điều trị nội khoa. Trên hình ảnh XQ có dấu hiệu hẹp khe khớp, khuyết xương.
- Ngày nay với sự phát triển của khoa học kỹ thuật cho ra đời nhiều thể hệ khớp mới, có những ưu điểm vượt trội cùng với tiến bộ về phẫu thuật đã quy chuẩn chỉ định mổ, kỹ thuật mổ... làm cho phẫu thuật thay khớp gối ngày càng phổ biến và đạt được nhiều thành công.
- Tuy nhiên, sau phẫu thuật thay khớp gối bệnh nhân muốn trở về hoạt động bình thường phải có một quy trình điều trị PHCN hàng ngày.

II. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào X-Quang khớp gối và phương pháp phẫu thuật.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Tăng cường tầm vận động khớp.
- Tập đứng tập đi bộ.
- Tăng cường sức mạnh dẻo dai của cơ.
- Phục hồi chức năng được áp dụng sớm sau phẫu thuật để lấy lại chức năng khớp gối.

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

Bài tập phục hồi chức năng gồm những giai đoạn sau:

2.1. Giai đoạn 1: 1 đến 2 tuần sau mổ.

* Mục đích:

- Kiểm soát phù nề, giảm đau.
- Duy trì duỗi gối 0^0 và gấp 100^0 .
- Duy trì sức mạnh của cơ.
- Di chuyển được với dụng cụ trợ giúp: Nạng, gậy, khung tập đi.
- Duy trì bài tập tại nhà.

* Ngày 1 sau phẫu thuật:

- Chườm lạnh khớp gối 15 phút/ lần, ít nhất 3 lần một ngày. Nếu thấy cần thiết có thể chườm nhiều hơn.
- Các bài tập trên giường: Tập co cơ tĩnh, bệnh nhân nằm với chân duỗi thẳng, co cơ tĩnh chân phẫu thuật, co 5 giây nghỉ 5 giây, tập 10 lần / ngày.
- Các bài tập khác: tập vận động khớp cổ chân, tập trượt gót chân.
- Tập ngồi dậy, tập thay đổi vị trí trên giường.
- Vận động chủ động khớp gối: 0^0 đến 70^0 .
- Có thể sử dụng máy tập CPM: 0^0 đến 100^0 , ít nhất 4 giờ/ ngày.

* Ngày thứ 2 sau phẫu thuật:

- Tiếp tục các bài tập ở trên.
- Bài tập độc lập trên giường 5 lần/ngày.
- Tập vận động khớp cổ chân.
- Tập gập duỗi dạng khép háng chủ động hoặc chủ động có trợ giúp.
- Tập ngồi trên ghế 30 phút, 2 lần/ngày.

- Tập di chuyển vào buồng tắm, nhà vệ sinh với người trợ giúp.
- Vận động chủ động khớp gối: 10^0 đến 80^0
- * Ngày thứ 3 tới ngày thứ 5 sau phẫu thuật:
 - Tiếp tục các bài tập ở trên.
 - Tập các bài tập khớp gối: Tập duỗi khớp gối hoàn toàn, mỗi ngày tập gấp chủ động khớp gối thêm 10^0 đến ngày thứ 5 tầm vận động khớp gối đạt 100^0
 - Tập mạnh sức cơ đùi, sức cơ cẳng chân bằng các bài tập có sức cản.
 - Tập đứng chịu lực lên 2 chân, đứng chịu lực lên từng chân, khi bệnh nhân chịu được trọng lực thì tập thăng bằng khi đứng. Tập dồn trọng lượng lên chân phẫu thuật.
 - Ở tư thế đứng: tập các bài tập gấp duỗi dạng khép khớp háng chân phẫu thuật.
 - Tập di chuyển với nạng, khung tập đi.

2.2. Giai đoạn II: Từ 2 đến 5 tuần sau phẫu thuật.

- * Mục đích:
 - Giảm đau, giảm phù nề.
 - Gia tăng tầm vận động của khớp từ 0^0 đến 115^0 .
 - Tăng cường sức mạnh của cơ.
 - Trở lại hoạt động chức năng hàng ngày.
 - Bắt đầu tham gia chương trình tập tại nhà.
- * Phương pháp: Duy trì các bài tập ở giai đoạn I .
 - Tập gấp duỗi khớp gối bằng các bài tập thụ động, chủ động có trợ giúp.
 - Mỗi tuần tập gấp gối thêm 5^0 đến 5 tuần tầm vận động khớp gối đạt 0^0 đến 115^0 .
 - Bài tập kéo giãn thụ động khớp gối do KTV thực hiện.
 - Tăng cường sức mạnh cơ: tập vận động khớp gối chủ động có sức cản tăng dần.
 - Đến tuần thứ 3 bắt đầu các bài tập xuống tấn.
 - Tập di chuyển trên đệm, bước qua chướng ngại vật ít nguy hiểm có sử dụng nạng trợ giúp.
 - Hoạt động trị liệu sau phẫu thuật: tập luyện cách di chuyển tại giường, sử dụng hồ xí bệt, nhà tắm, đi giày dép.
 - Tập đạp xe đạp 15 phút/lần, 2 lần/ngày.

2.3. Giai đoạn III: Sau phẫu thuật từ 6 đến 8 tuần

- * Mục đích:
 - Tiếp tục cải thiện tầm vận động khớp từ 0 đến 115^0 - 120^0 .

- Gia tăng sức mạnh cơ.
- Tập thăng bằng không cần trợ giúp.
- Trở lại các hoạt động hàng ngày.
- Các lưu ý sau phẫu thuật thay khớp gối:
 - Không đứng quá lâu, không gập gối quá mức.
 - Không lấy chân phẫu thuật làm chân trụ.
 - Ghế ngồi đủ cao đảm bảo gối gấp 90^0 , có tay vịn.
 - Nền nhà tắm tránh ẩm ướt, sử dụng thảm chống trượt.
 - Quan hệ tình dục có thể bắt đầu sau 03 tuần.
 - Các môn thể thao cho phép: Đi bộ, đạp xe, bơi, khiêu vũ, đánh golf.

3. Các điều trị khác

Thuốc điều trị bổ sung:

- Kháng sinh.
- Giảm đau.
- Chống phù nề.
- Chống huyết khối tĩnh mạch.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Khám lần đầu sau phẫu thuật 2 tuần, sau đó cách 1 tháng khám 1 lần đến 6 tháng.

Tiếp đó, cách 1 năm tái khám 1 lần.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÂY HẠI XƯƠNG CẰNG CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy 2 xương cẳng chân rất hay gặp, chiếm 18% các trường hợp gãy xương chân. Gãy xương chày là xương chịu lực chính của cơ thể do vậy yêu cầu điều trị và phục hồi chức năng đòi hỏi khá cao.
- Các biện pháp vật lý trị liệu, vận động trị liệu và thuốc được sử dụng để thúc đẩy quá trình liền xương, phục hồi chức năng vận động khớp gối, cổ chân và chịu lực của xương chày. Phòng tránh các biến chứng teo cơ, cứng khớp...

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Tình huống xảy ra chấn thương?
- Thời gian bị chấn thương đến thời điểm hiện tại?
- Các biện pháp đã can thiệp, xử trí?
- Hỏi bệnh nhân có đau chói tại nơi gãy không?
- Có đau, hạn chế vận động các khớp gối, cổ chân khi vận động không?

1.2. Khám lâm sàng

- Cơ năng: Cẳng chân bị gập góc nơi gãy, ngắn hơn bên lành và bàn chân xoay ra ngoài.
- Thực thể: Sờ có điểm đau chói hoặc có tiếng lạo sạo của xương vỡ.
- Toàn thân: Bệnh nhân đau nhiều, có thể sốc chấn thương nếu gãy hở cả hai xương cẳng chân.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng: Chụp X-quang xương cẳng chân tư thế thẳng và nghiêng để xác định và kiểm tra vị trí gãy và độ di lệch của xương.

2. Chẩn đoán xác định: Dựa vào phim X-quang chẩn đoán xác định.

3. Chẩn đoán nguyên nhân

Gãy do: chấn thương, loãng xương, lão xương, ung thư xương...

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Tiến hành sớm
- Cố định tốt điểm gãy trong giai đoạn bất động
- Giảm đau, giảm phù nề
- Chống huyết khối tĩnh mạch

- Khôi phục lại tầm vận động khớp gối và cổ chân
- Gia tăng sức mạnh và dẻo dai các nhóm cơ vùng đùi và cẳng chân
- Khôi phục lại dáng đi .
- Lấy lại hoạt động bình thường cho bệnh nhân

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

*** Mục đích:**

- Gia tăng tuần hoàn.
- Giảm đau và giảm co thắt các cơ.
- Gia tăng tầm vận động khớp gối và khớp cổ chân.
- Gia tăng sức mạnh các cơ vùng gối, cổ chân và bàn chân.
- Tập dáng đi đúng.

*** Phương pháp:**

- Cử động các ngón chân để gia tăng tuần hoàn và nâng cao chân để giảm sưng nề chân.
- Gồng cơ tứ đầu đùi, cơ ụ ngồi
- Tập chủ động có trợ giúp hay tự do các cử động gập duỗi, dạng áp khớp hông.
- Tập đi nặng với dáng đi đúng, không chịu sức nặng hay chịu sức nặng một phần tùy thuộc đường gãy ngang hay chéo và theo chỉ định của bác sỹ.
- Khi tháo bột có thể áp dụng bồn xoáy, túi chườm nóng.
- Xoa bóp trong tư thế nâng cao chân để giảm sưng.
- Tập chủ động tự do tại khớp gối.
- Tập có lực kháng bằng tay của kỹ thuật viên hay bằng tạ cho các cơ ở cẳng chân, đùi và bàn chân.
- Tập điều hợp nhịp vật bằng ngón chân.
- Tập đi trên đường thẳng, đi trên đầu ngón chân, đi với dáng đi đúng.
- Hoạt động trị liệu: chơi các trò chơi sử dụng bằng hai chân.
- Sau khi bỏ bột cần băng chun từ ngón chân đến đầu gối cho đến khi chân hết sưng.

3. Các điều trị khác

- Các thuốc giảm đau Paracetamol...
- Các thuốc tái tạo kích thích liền xương nhanh: Calcitonin, Biphosphonat, Calcium...

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Tình trạng ổ gãy: đau, sưng nề, di lệch, biến dạng...
- Phản ứng của người bệnh trong quá trình tập luyện: thái độ hợp tác, sự tiến bộ...
- Tình trạng chung toàn thân
- Theo dõi và tái khám sau 3 tháng, 6 tháng và 1 năm.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TỔN THƯƠNG MÔ MỀM

I. ĐẠI CƯƠNG

Một số khái niệm tổn thương mô mềm

- Bong gân: là tình trạng gân bị kéo giãn do vận động quá mạnh hoặc do chấn thương nhẹ tái phát, có thể gây rách gân
- Rách dây chằng: là các tổn thương làm rách hoặc đứt dây chằng khớp do nguyên nhân chấn thương
- Bán trật khớp: là tình trạng khớp bị trật một phần hoặc không hoàn toàn
- Trật khớp: là tình trạng khớp bị trật ra khỏi ổ khớp làm tổn thương viêm, co cứng cơ và mô mềm
- Đứt hoặc rách gân: đứt một phần gân khi có hiện tượng đau khi co cơ có kháng trở. Đứt hoàn toàn gân không còn hiện tượng đau khi co cơ hay kéo căng cơ
- Đứt hoặc rách cơ: là tình trạng đứt hoặc rách, đụng dập cơ do nguyên nhân chấn thương
- Viêm gân: là hiện tượng viêm gân và bao hoạt dịch phủ gân (sẹo hóa hoặc lắng đọng canxi ở gân)
- Viêm bao khớp: là hiện tượng viêm gây tăng tiết dịch, sưng tấy và đau tại chỗ
- Chảy máu trong khớp: thường do chấn thương khớp hoặc các bệnh máu
- Đụng dập mô mềm: là tình trạng mô mềm bị bầm tím tại chỗ, chảy máu, phù nề và gây phản ứng viêm tại chỗ

Các tổn thương mô mềm dẫn đến các rối loạn chức năng như: rối loạn chức năng của chi, rối loạn chức năng của khớp, co rút cơ, dính khớp, co thắt và cơ cứng cơ, yếu và teo cơ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Hỏi tiền sử chấn thương
- Thời gian bị bệnh, tính chất xuất hiện triệu chứng, diễn biến triệu chứng
- Phương pháp sơ cứu, điều trị đã áp dụng trước đó

1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Giai đoạn cấp: từ 0-4 ngày sau chấn thương
- + Viêm đau, phù nề, co cứng cơ
- + Tràn dịch khớp
- + Giảm chức năng vùng kế cận

- Giai đoạn bán cấp: từ ngày thứ 4 đến ngày thứ 21
- + Đau cuối tầm vận động
- + Giảm phù nề
- + Giảm tràn dịch
- + Hình thành co rút cơ, mô mềm
- + Giảm chức năng tại chỗ và vùng kế cận
- Giai đoạn mạn tính: sau 21 ngày
- + Từ ngày thứ 21 đến hết đau là giai đoạn phục hồi chức năng
- + Đau khi tác động đến tổ chức, sau khi chịu kháng trở
- + Mô mềm, cơ, khớp bị dính, co rút và hạn chế tầm vận động
- + Yếu cơ do tổn thương teo cơ
- + Giảm chức năng vùng bị tổn thương

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

X-Quang, siêu âm, CT Scanner, MRI để chẩn đoán xác định, chẩn đoán phân biệt

2. Chẩn đoán xác định: dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Gãy xương
- Tổn thương sụn khớp...

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Tiến hành sớm và tùy theo giai đoạn và tùy theo loại tổn thương

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

2.1. Giai đoạn cấp

- Chườm lạnh, băng ép, kê cao chi 24 giờ đầu
- Bất động (ngủ ngoi, nẹp, băng, bột)
- Cử động lắc khớp nhẹ nhàng, không gây đau
- Vận động thụ động trong giới hạn không đau
- Xoa bóp nhẹ nhàng
- Chọc hút hoặc phẫu thuật nếu có tràn máu trong khớp
- Bảo vệ khớp bằng nẹp bột

- Vận động chủ động có trợ giúp hoặc không có đề kháng
- Sử dụng dụng cụ thích nghi hay trợ giúp
- Vận động chủ động theo tâm vận động
- Duy trì tâm vận động và hoạt động chức năng của các vùng kế cận

2.2. Giai đoạn bán cấp

- Luyện tập gia tăng, nếu đau tăng hơn sẽ giảm cường độ
- Bảo vệ mô đang lành bằng nẹp, tăng dần thời gian để chi vận động tự do
- Tăng từ tâm vận động thụ động đến chủ động, kiểm soát cường độ và thời gian tập
- Vận động các cấu trúc lân cận
- Cơ cơ đẳng trương, hay có kháng trở nhẹ
- Khi tâm vận động gia tăng, tập theo tâm vận động hoặc có kháng trở tăng dần
- Tập mạnh cơ tăng tiến, giảm dần dụng cụ trợ giúp

2.3. Giai đoạn mạn tính

- Chọn kỹ thuật kéo giãn phù hợp với tổ chức
- + Mô mềm: kéo giãn thụ động kết hợp xoa bóp
- + Khớp, bao khớp, dây chằng: vận động theo tâm vận động khớp
- + Gân, cơ: kích thích giãn nghỉ, vật lý trị liệu
- Nếu bị hạn chế tâm vận động: tập đẳng trương
- Nếu tâm vận động bình thường: tập theo tâm vận động có kháng trở
- Dụng cụ trợ giúp tới khi tâm vận động đạt được chức năng, cơ lực độ 4
- Tập chức năng ở điều kiện ngoại trú (đi cầu thang, đi bộ...)
- Tập mạnh cơ tăng tiến để đạt chức năng trước kia

3. Các điều trị khác

- Thuốc giảm đau giai đoạn cấp
- Thuốc giảm phù nề
- Thuốc giãn cơ

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Theo dõi phản ứng của người bệnh trong quá trình tập luyện: thái độ hợp tác, sự tiến bộ...
- Theo dõi tình trạng chung toàn thân
- Theo dõi và tái khám sau 3 tháng, 6 tháng và 1 năm.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ

I. ĐẠI CƯƠNG

Thoái hóa cột sống cổ là bệnh lý mạn tính tiến triển chậm, thường gặp ở người lớn tuổi hoặc liên quan đến tư thế vận động của cột sống cổ. Biểu hiện tổn thương cơ bản của bệnh là tình trạng thoái hóa sụn khớp đốt sống và thoái hóa đĩa đệm ở gian đốt sống. Có thể gặp hình ảnh thoái hóa ở toàn bộ bảy đốt sống nhưng hay gặp nhất ở đoạn C6 - C7

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Bệnh nhân có đau không?
- Đau tại chỗ hay đau lan lên đầu hoặc xuống vai?
- Đau khi vận động, khi ngủ...
- Có hạn chế vận động cột sống cổ, chóng mặt.
- Có cảm giác tê bì kiến bò ở vai gáy dọc cánh tay, rối loạn giấc ngủ.

1.2. Khám và lượng giá chức năng

* Khám cột sống cổ:

- Hình dáng có thể bình thường hoặc biến đổi
- Cơ cạnh cột sống co cứng co rút, có điểm đau dọc hai bên cột sống, hai vai.
- Hạn chế vận động cột sống cổ?

* Khám hội chứng rễ thần kinh cánh tay:

- Đau tăng khi hắt hơi, khi ho.
- Cảm giác tê bì kiến bò dọc cánh tay.
- Yếu cơ hoặc teo cơ.

* Khám hội chứng động mạch đốt sống:

- Nhức đầu vùng vùng chẩm, thái dương, trán, hốc mắt
- Chóng mặt ù tai, hoa mắt, đau ở một điểm nhất định ở đầu.

* Hội chứng tủy cổ:

- Dáng đi không vững, dị cảm chi trên hoặc nửa người, yếu hoặc liệt chi trên hoặc chi dưới.
- Rối loạn vận động chi trên hoặc chi dưới, teo cơ, yếu cơ.
- Rối loạn cơ tròn.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- X-Quang cột sống cổ thường quy các tư thế thẳng, nghiêng, chếch $\frac{3}{4}$ phải, trái: Các biểu hiện bất thường: Mất đường cong sinh lý, gai xương, mỏ xương, giảm chiều cao đốt sống đĩa đệm, đặc xương dưới sụn, hẹp lỗ liên hợp
- Chụp cắt lớp vi tính: Có giá trị đánh giá rễ thần kinh, cấu trúc bên trong ống sống, những bất thường mà X-Quang thường không phát hiện được
- Chụp MRI: Có hình ảnh giảm chiều cao đĩa đệm, chất lượng đĩa đệm, vị trí đĩa đệm. Thay đổi xương dưới sụn

2. Chẩn đoán phân biệt

- Chấn thương vùng cột sống cổ gây tổn thương xương và đĩa đệm
- Ung thư xương nguyên phát hoặc di căn, các bệnh lý tủy xương lành tính hoặc ác tính. U nội tủy, u thần kinh...
- Bệnh lý của hệ động mạch nền.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Giảm đau, giảm co rút cơ cứng cơ.
- Chống thoái hóa
- Phục hồi tầm vận động cột sống cổ
- Phục hồi các hoạt động chức năng hàng ngày
- Phục hồi cơ, thần kinh vùng cánh tay.

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

2.1. Điều trị bằng nhiệt vùng vai gáy: Có thể chọn một trong các phương pháp nhiệt sau: Hồng ngoại, đắp paraffin hoặc bùn khoáng, từ trường nhiệt

2.2. Điện phân dẫn thuốc chống viêm giảm đau như Natrisalicylat 3%

2.3. Siêu âm hoặc siêu âm dẫn thuốc chống viêm giảm đau

2.4. Kéo giãn cột sống cổ

2.5. Tập luyện các bài tập theo tầm vận động cột sống cổ, vai tay. Điều chỉnh tư thế cột sống cổ khi làm việc, trong sinh hoạt để tránh gập hoặc quá ưỡn kéo dài. Các bài tập được thực hiện khi đang điều trị và sau điều trị

3. Các điều trị hỗ trợ khác

3.1. Thuốc

- Dòng Acetaminophen (paracetamol) 500mg X 4 viên/ngày. Có thể kết hợp với codeine (Efferalgan codeine) hoặc tramadon (Ultracet) tuy nhiên chỉ nên dùng ngắn ngày

- Dòng chống viêm giảm đau không steroid (NSAID): Dùng liều thấp, ngắn ngày. Cần trọng khi dùng cho bệnh nhân lớn tuổi, có tiền sử bệnh lý đường tiêu hóa, tim mạch hoặc suy thận mạn. Có thể dùng đường uống hay đường bôi ngoài da.

- Dòng chống thoái hóa sụn khớp (Glucosamine sunfate) 1500mg/ngày uống kéo dài

- Dòng thuốc giãn cơ: Myonal viên 50mg hoặc Mydocalm 150 mg X 3 viên ngày chia 3 lần.

3.2. Điều chỉnh chế độ ăn hợp lý, giữ ấm vùng cổ vai gáy nhất là vào mùa đông. Nghỉ ngơi tránh tư thế vận động đột ngột đối với cột sống cổ

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Các chỉ số theo dõi: Tình trạng đau, vận động cột sống cổ, các bài tập vận động cột sống cổ, các hoạt động thực hiện chức năng sinh hoạt hàng ngày của người bệnh. Các xét nghiệm cơ bản như công thức máu, máu lắng, sinh hóa máu...X-Quang cột sống cổ, đo mật độ xương.

- Tái khám 1 tháng/lần sau đợt điều trị đau cấp, sau đó 3 tháng/lần

THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ (TVĐĐCSC) xảy ra khi khối nhân nhầy thoát ra khỏi bao xơ và gây chèn ép lên rễ dây thần kinh hoặc tủy cổ có thể gây đau lan tỏa dọc theo đường đi của dây thần kinh đến cánh tay, bàn ngón tay thậm chí gây ra liệt.
- Bệnh hay gặp ở người trên 40 tuổi. Cột sống cổ có 7 đốt sống, giữa 2 đốt sống từ C2-C7 có các đĩa đệm gian đốt, mỏng ở phía sau, dày ở phía trước, được cấu tạo bởi các vòng collagen, mâm sụn, và nhân nhầy có chiều cao 3mm bằng 2/3 chiều cao thân đốt.
- Thần kinh và mạch máu của đĩa đệm rất nghèo nàn vì vậy nên quá trình lão hóa xảy ra sớm.
- Cơ chế bệnh sinh thoát vị đĩa đệm cột sống cổ do:
 - + Thoái hóa sinh học theo tuổi, lão hóa, do đĩa đệm phải chịu áp lực trọng tải của đầu.
 - + Thoái hóa bệnh lý do yếu tố bệnh lý, cơ học, miễn dịch, chuyển hóa, di truyền.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Thời gian mắc bệnh, tuổi mắc, tính chất đột ngột hay từ từ.
- Kiểu đau có tính chất lan tỏa theo thần kinh không, có yếu cơ cánh tay tê buốt dọc cánh tay, có hạn chế vận động không.
- Có triệu chứng thuộc trục thần kinh không, nhức đầu, đau cổ gáy, rối loạn cảm giác, khó nuốt...
- Tiền sử của bệnh, tiền sử chấn thương...

1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Khởi phát là đau mỗi, hạn chế vận động, thường đau sau khi ngủ dậy. Tính chất đau từ từ, tùy thuộc vị trí của thoát vị đĩa đệm. Triệu chứng đơn lẻ hoặc thành hội chứng.
- Hội chứng cột sống cổ: gặp ở tất cả các trường hợp có TVĐĐCSC.
 - + Đau và co cứng cơ vùng cạnh sống cổ cấp hoặc mạn, tăng lên ở tư thế cổ thẳng hay cúi lâu, mệt mỏi, hạn chế vận động, có điểm đau CSC.
 - + Đau khu trú tại vùng gáy lan lên hay xuống. Đau rát bỏng, đau nông, đau sâu trong cơ vai gáy. Đau tăng khi vận động, hạn chế gập, duỗi nghiêng và xoay.
- Hội chứng rễ thần kinh cổ:
 - + Đau kiểu rễ, đau một bên hoặc hai bên, đau lan ra cổ gáy vai tay phải hoặc trái.
 - + Đau tăng với các tư thế có gắng sức.

- + Có cảm giác tê bì ở vùng rễ thần kinh ở bàn và ngón tay.
- Hội chứng động mạch đốt sống: Nhức đầu vùng chẩm, thái dương, trán và hai hố mắt, kèm theo chóng mặt ù tai, mờ mắt, nuốt khó, đau tai, lan ra sau tai, đau ở một vị trí nhất định của đầu.
- Hội chứng chèn ép tủy: Dáng đi không vững, dị cảm và teo cơ ngón chi trên, yếu chi dưới, yếu hoặc liệt chi trên hoặc chi dưới. Rối loạn vận động chi trên, dưới và rối loạn cơ tròn, sinh dục; tăng phản xạ gân xương...
- Biểu hiện khác: dễ cáu, thay đổi tính tình, rối loạn giấc ngủ...

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- XQuang cột sống cổ thường quy các tư thế, thẳng nghiêng, chếch $\frac{3}{4}$ có mất đường cong sinh lý, gai xương thân đốt, đặc xương dưới sụn, hẹp lỗ liên hợp...
- Chụp cắt lớp vi tính giúp đánh giá rễ thần kinh, cấu trúc bên trong ống sống.
- Chụp MRI có dấu hiệu giảm chiều cao đĩa đệm, thay đổi xương dưới sụn, các mức độ và vị trí thoát vị đĩa đệm...

2. Chẩn đoán phân biệt

- Các chấn thương vùng cột sống cổ gây tổn thương xương và đĩa đệm.
- Ung thư xương hoặc di căn, các bệnh lý tủy xương lành hoặc ác tính, u nội tủy, u thần kinh.
- Bệnh thoái hóa cột sống cổ,
- Viêm quanh khớp vai,
- Bệnh xơ cứng rải rác,
- Các bệnh thần kinh ngoại biên.

3. Chẩn đoán nguyên nhân

Quá trình lão hóa của tổ chức sụn, tế bào và tổ chức khớp và quanh khớp và tình trạng chịu áp lực quá tải kéo dài của sụn khớp.

Ở người trẻ tuổi do sai tư thế, do chấn thương cột sống. Ở người có tuổi do thoái hóa xơ hóa sụn đầu xương, các dây chằng...

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Chẩn đoán sớm, và điều trị kịp thời.
- Điều trị kết hợp nội khoa, phục hồi chức năng các bài tập thích hợp, kéo giãn và vật lý trị liệu giảm đau giãn cơ thư giãn, an thần nếu cần thiết.
- Phát hiện kịp thời dấu hiệu ép tủy để điều trị ngoại khoa kịp thời.

- Áp dụng liệu pháp giảm đau theo hướng dẫn của WHO (Tổ chức Y tế Thế giới).

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

Bệnh nhân nằm giường đệm cứng có gối mỏng, hạn chế vận động quay gập quá ngưỡng, đeo nẹp cổ cố định, nghỉ ngơi tránh thay đổi tư thế đột ngột, giữ tư thế đúng.

- Trong giai đoạn cấp:

+ Nghỉ ngơi nằm giường cứng,

+ Dùng biện pháp nhiệt thích hợp: Chườm nóng (parafin, hồng ngoại, sóng ngắn, siêu âm); chườm lạnh (chườm đá...)

+ Áp dụng các bài tập tại giường co cơ đẳng trương, nhẹ nhàng.

- Sau giai đoạn cấp có điều trị vật lý kết hợp với kéo giãn đốt sống cổ.

+ Điều trị kéo giãn cột sống cổ bằng máy tư thế nằm hay ngồi.

+ Các bài tập vận động cơ cơ đẳng trương kết hợp với tập thở.

3 Các điều trị khác

3.1. Thuốc

- Nhóm thuốc giảm đau: Acetaminophen đơn thuần hay có codein...hoặc giảm đau chống viêm không steroid liều thấp kinh điển (diclofenac, naproxen...) hoặc các thuốc ức chế chọn lọc COX2 (cercocoxib...) tuy nhiên thận trọng với các bệnh nhân cao tuổi, có bệnh dạ dày, tim mạch... Có thể dùng đường uống hay tiêm, bôi ngoài da.

- Thuốc giảm đau thần kinh

- Thuốc giãn cơ: Mydocalm, Myonal...

- Thuốc bảo vệ sụn khớp: Glucosamin sulfate 1500mg/ngày đơn độc hoặc phối hợp chondroitin.

- Thuốc vitamin nhóm B

3.2. Đeo đai cổ cứng hoặc mềm

3.3. Phẫu thuật

Chỉ áp dụng cho các trường hợp điều trị nội khoa tích cực kết hợp PHCN không có kết quả, có ép tủy ép rễ thần kinh hoặc trượt đốt sống độ 3-4.

Ứng dụng các phương pháp vật lý trị liệu PHCN sau mổ kết hợp với các thuốc giảm đau chống viêm.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Tái khám sau 1 tháng.

Tránh lao động nặng sai tư thế. Kiểm tra các xét nghiệm cơ bản, công thức máu, máu lắng, sinh hóa máu...

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TỒN THƯƠNG TỦY SỐNG CỔ

I. ĐẠI CƯƠNG

Tồn thương tủy cổ gây tình trạng liệt hoặc giảm vận động tứ chi kèm rối loạn cảm giác, hô hấp, bàng quang, đường ruột, dinh dưỡng...

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh: chú ý khai thác

- Ngày bị tổn thương, ngày vào khoa cấp cứu, tổng số ngày đã nằm viện.
- Cách khởi đầu: đột ngột hay từ từ
- Tiền sử chấn thương cột sống
- Các triệu chứng xuất hiện trong những ngày đầu: đau lưng, sốt, tê rát, giảm cảm giác, chuột rút cơ...
- Các triệu chứng xuất hiện trong những ngày sau: rối loạn đại tiểu tiện, teo cơ, loét, liệt dương (đàn ông)...
- Tiền sử bệnh: mụn nhọt làm mủ trên da, lao phổi, hạch, ung thư....

1.2. Khám lâm sàng

- Khám toàn thân:
 - + Chú ý biến dạng gù vẹo cột sống, các điểm đau khu trú đốt sống
 - + Tình trạng vết mổ cổ định cột sống (nếu có)
- Khám thần kinh
 - + Vận động
 - + Cảm giác: cảm giác nông (đặc biệt là cảm giác sờ nông và cảm giác châm chích) và cảm giác sâu
 - + Cơ tròn: Tình trạng rối loạn đại tiểu tiện..
 - + Dinh dưỡng: loét do đè ép, teo cơ...
 - + Thần kinh thực vật: đau đầu, tăng huyết áp, ra mồ hôi...
- Phân loại tổn thương tủy sống dựa theo phân loại tổn thương tủy sống của Hiệp hội tổn thương tủy sống Hoa kỳ (ASIA)
- Lượng giá:
 - + Tình trạng đau: dựa trên thang điểm đau (Analogical visual pain scale)
 - + Tình trạng co cứng: dựa trên thang điểm Ashworth (Ashworth scale).
 - + Tình trạng thăng bằng: xét thăng bằng Boubée
 - + Tình trạng di chuyển: Điểm WISCI

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Các xét nghiệm máu: công thức máu, CRP, sinh hóa máu, điện giải đồ cấy máu (nếu sốt)
- Xét nghiệm dịch não tủy
 - + Sinh hóa
 - + Tế bào
 - + Soi, cấy, PCR
- Chụp Xquang cột sống thường quy
- Chụp cắt lớp vi tính (CT Scan), chụp cộng hưởng từ (MRI) cột sống
- Chụp cản quang bao rễ thần kinh
- Đo niệu động học (Urodynamic)
- XQuang phổi, đo chức năng hô hấp, khí máu (trong trường hợp liệt tứ chi)
- Các xét nghiệm khác: Điện tâm đồ, siêu âm tim...

2. Chẩn đoán xác định: Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng

- + Phân loại tổn thương thần kinh theo ASIA
- + Chẩn đoán mức tổn thương: Dựa vào mức rối loạn cảm giác và các cơ chủ yếu theo ASIA

3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Do chấn thương: Tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn thể thao, do hành hung, vết thương hỏa khí, dao đâm, tự tử...
- Do các bệnh của tủy sống: Viêm tủy cắt ngang, xơ tủy rải rác, u tủy sống
- Các biến dạng của tư thế cột sống: vẹo cột sống, gù, thoát vị đĩa đệm cột sống, lao cột sống...
- Bệnh mạch máu hay huyết khối mạch tủy

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Điều trị theo nguyên nhân
- Phục hồi chức năng: Tiến hành sớm, kiên trì và phối hợp nhóm (bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên vận động trị liệu, hoạt động trị liệu, chỉnh hình, tâm lý trị liệu...)

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng:

Giai đoạn đầu - Điều trị cấp tính:

- Điều trị tình trạng cấp tính đe dọa tính mạng bệnh nhân như choáng tủy, mất máu...
- Điều trị theo nguyên nhân: chấn thương, ép tủy, viêm, lao...
- Phòng ngừa và chăm sóc loét da do đè ép
- Nuôi dưỡng và chăm sóc đường tiêu hóa
- Chăm sóc đường tiết niệu
- Chăm sóc đường hô hấp:
 - + Dẫn lưu tư thế và kết hợp vỗ rung để giải thoát đờm rãi.
 - + Hướng dẫn tập thở.
 - + Tập ho có hiệu quả
- Đề phòng nghẽn mạch, huyết khối do nằm lâu bằng tăng cường vận động và thuốc chống đông.

- Đặt tư thế đúng và tập thụ động để ngăn ngừa các thương tật thứ cấp: co rút, teo cơ, cứng khớp, biến dạng...

Giai đoạn Phục hồi chức năng:

- Phòng ngừa loét do đè ép
- + Vệ sinh da, giữ da luôn khô sạch
- + Kiểm tra để phát hiện vùng da có nguy cơ loét.
- + Lăn trở
- + Xoa bóp
- Chăm sóc vết loét: Thay băng, cắt lọc, rửa vết loét, tử ngoại trị liệu...
- Phục hồi chức năng đường tiết niệu:
 - + Theo dõi nước tiểu hàng ngày: số lượng, màu sắc...
 - + Đo lượng nước tiểu tồn dư
 - + Uống đủ nước (>2 lít/ngày)
 - + Đặt thông tiểu ngắt quãng (nếu chức năng bàn tay còn tốt hoặc có người nhà đặt giúp)
 - + Đặt thông tiểu lưu hoặc thông tiểu trên xương mu
 - + Các bài tập kiểm soát tiểu tiện
- Phục hồi chức năng đường ruột:
 - + Chế độ ăn đủ nước, nhiều chất xơ
 - + Chương trình tập ruột
 - + Các kỹ thuật kích thích hậu môn
 - + Xoa bóp theo khung đại tràng
 - + Thụt tháo khi có táo bón
 - + Các bài tập kiểm soát đại tiện
- Vận động trị liệu: Dựa vào mức tổn thương

Mức tổn thương C4:

- + Tập cơ mặt: cử động cằm, diễn tả nét mặt, cử động của má, cung mày bằng gương, tập cử động của vai.
- + Tập trung vận động cơ quanh mồm, cử động của lưỡi (dùng ống hút)
- + Duy trì tầm vận động các khớp bằng sử dụng các bài tập thụ động và hướng dẫn người nhà tập 2 lần/ngày
- + Tập đứng bàn nghiêng để phòng hạ huyết áp tư thế kèm sử dụng đai bụng.
- + Tập hô hấp: Bài tập thở cơ hô hấp trên chủ động, phản xạ ho kích thích, tập bằng khí dung kế, tập thở áp lực dương.

Mức tổn thương C4-C6:

Bệnh nhân có thể tập dựa trên bài tập của mức tổn thương C4 và có thể tập trung thêm vào các kỹ năng liên quan tới chi trên:

- + Tập đứng bàn nghiêng tăng tiến và ngồi dậy để chuẩn bị sử dụng xe lăn.
- + Tập hô hấp: Bài tập thở chủ động và kích thích cơ hoành, tập bằng khí dung kế có phản hồi, tập thở áp lực dương nếu bệnh nhân mệt.
- + Tập chủ động có trợ giúp dạng khớp vai và gấp khuỷu (C5)

- + Tập chủ động có trợ giúp duỗi cổ tay nắm bàn tay thụ động (C6).
- + Duy trì tầm vận động khớp vai và tránh sử dụng khớp vai quá mức: bán trật khớp vai ở tư thế đứng
- + Băng bàn tay (bàn tay boxing) để tránh bàn tay bị quá duỗi các ngón tay.
- + Chương trình phòng chống loét khi ngồi xe lăn
- + Hướng dẫn người nhà dịch chuyển bệnh nhân đúng cách từ giường sang xe lăn.
- + Hướng dẫn bệnh nhân sử dụng các dụng cụ trợ giúp cho chi trên.

Mức tổn thương C7- T1:

Bệnh nhân tổn thương từ C7 trở xuống là những bệnh nhân độc lập trong sinh hoạt hàng ngày ở cuối giai đoạn phục hồi chức năng. Chương trình tập luyện gồm:

- + Di chuyển từ các độ cao và khoảng cách khác nhau.
- + Độc lập trong sinh hoạt hàng ngày.
- + Hướng dẫn bệnh nhân tự luyện tập các bài tập theo tầm vận động.
- + Tập theo chương trình tập mạnh cơ và tăng khối lượng cơ chi trên.
- + Tập xe lăn với khoảng cách xa.
- + Sử dụng khung tập đi để kiểm soát thăng bằng và chương lực cơ.
- + Ngăn ngừa ngã khi sử dụng xe lăn.
- + Định hướng tập môn thể thao trên xe lăn, bài tập sức bền.
- + Lựa chọn phương tiện di chuyển: xe ba bánh, phương tiện di chuyển thích nghi.

2.3. Giai đoạn tái hòa nhập cộng đồng

Đây là giai đoạn bệnh nhân quay trở lại với cộng đồng.

- Bằng mọi cách phải tạo cho họ một môi trường thích nghi với gia đình nói riêng và với cộng đồng nói chung.
- Tạo thuận lợi cho việc di chuyển bằng xe lăn: đường bằng phẳng, qua mương rãnh có cầu an toàn, nhà cao tầng có giá đỡ cầu thang, xây thanh song song quanh nhà. Chiều cao giường phù hợp với xe lăn, các vật xung quanh nhà vừa tầm với nhà bếp, nhà vệ sinh bố trí phù hợp với xe lăn.
- Tư vấn tạo điều kiện cho bệnh nhân tham gia lao động để có thu nhập nuôi sống bản thân, gia đình và hướng nghiệp.

3. Các điều trị hỗ trợ khác

- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng, uống đủ nước (2 lít/ngày)
- Thuốc chống đông phòng biến chứng tắc mạch
- Kháng sinh: khi có nhiễm trùng
- Thuốc nhuận tràng
- Thuốc điều trị rối loạn bàng quang
- Thuốc giảm đau
- Thuốc giãn cơ
- Thuốc chống trầm cảm
- Vitamin và tăng lực

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Các chỉ số cần theo dõi
- + Các dấu hiệu thần kinh: lực cơ, vận động, cảm giác
- + Các chức năng di chuyển và sinh hoạt hàng ngày
- + Chức năng đường tiết niệu
- + Các biến chứng hô hấp, tim mạch, cơ xương khớp...
- Thời gian tái khám: Định kỳ 3 - 6 tháng/lần

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TỶ THƯƠNG TỦY SỐNG LƯNG - THẮT LƯNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Tỷ thương tủy sống lưng hoặc thắt lưng gây nên tình trạng liệt hoặc giảm vận động hai chi dưới kèm rối loạn cảm giác, hô hấp, bàng quang, đường ruột, dinh dưỡng...

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh: chú ý khai thác

- Ngày bị tổn thương, ngày vào khoa cấp cứu, tổng số ngày đã nằm viện.
- Cách khởi đầu: đột ngột hay từ từ
- Tiền sử chấn thương cột sống, các tổn thương phối hợp.
- Các triệu chứng xuất hiện trong những ngày đầu: đau lưng, sốt, tê rát, giảm cảm giác, chuột rút cơ...
- Các triệu chứng xuất hiện trong những ngày sau: rối loạn đại tiểu tiện, teo cơ, loét, liệt dương (đàn ông)...
- Tiền sử bệnh: mụn nhọt làm mủ trên da, lao phổi, hạch, ung thư....

1.2. Khám lâm sàng

- Khám toàn thân:
 - + Chú ý biến dạng gù vẹo cột sống, các điểm đau khu trú đốt sống
 - + Tình trạng vết mổ cố định cột sống (nếu có)
- Khám thần kinh
 - + Vận động:
 - + Cảm giác: cảm giác nông (đặc biệt là cảm giác sờ nông và cảm giác châm chích) và cảm giác sâu
 - + Cơ tròn: Tình trạng rối loạn đại tiểu tiện..
 - + Dinh dưỡng: loét do đè ép, teo cơ...
 - + Thần kinh thực vật: đau đầu, tăng huyết áp, ra mồ hôi...
 - Phân loại tổn thương tủy sống dựa theo phân loại tổn thương tủy sống của Hiệp hội tổn thương tủy sống Hoa Kỳ (ASIA)
 - Lượng giá:
 - + Tình trạng đau: dựa trên thang điểm đau (Analogical visual pain scale)
 - + Tình trạng co cứng: dựa trên thang điểm Ashworth (Ashworth scale).

+ Tình trạng thăng bằng: sét thăng bằng Boubée

+ Tình trạng di chuyển: Điểm WISCI

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Các xét nghiệm máu: công thức máu, CRP, sinh hóa máu, điện giải đồ cấy máu (nếu sốt)

- Xét nghiệm dịch não tủy

+ Sinh hóa

+ Tế bào

+ Soi, cấy, PCR

- Chụp Xquang cột sống thường quy

- Chụp cắt lớp vi tính (CT Scan), chụp cộng hưởng từ (MRI) cột sống

- Chụp cản quang bao rễ thần kinh

- Đo niệu động học (Urodynamic)

- XQuang phổi, đo chức năng hô hấp, khí máu (trong trường hợp liệt tứ chi)

- Các xét nghiệm khác: Điện tâm đồ, siêu âm tim...

2. Chẩn đoán xác định: Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng

- Phân loại tổn thương thần kinh theo ASIA

- Chẩn đoán mức tổn thương: Dựa vào mức rối loạn cảm giác và các cơ chủ yếu theo ASIA

3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Do chấn thương: Tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn thể thao, do hành hung, vết thương hỏa khí, dao đâm, tự tử...

- Do các bệnh của tủy sống: Viêm tủy cắt ngang, xơ tủy rải rác, u tủy sống.

- Các biến dạng của tư thế cột sống: vẹo cột sống, gù, thoát vị đĩa đệm cột sống, lao cột sống...

- Bệnh mạch máu hay huyết khối mạch tủy

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Điều trị theo nguyên nhân

- Phục hồi chức năng: Tiến hành sớm, kiên trì và phối hợp nhóm (bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên vận động trị liệu, hoạt động trị liệu, chỉnh hình, tâm lý trị liệu...)

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

2.1. Giai đoạn đầu - Điều trị cấp tính

- Điều trị tình trạng cấp tính đe dọa tính mạng bệnh nhân như choáng tủy, mất máu...
- Điều trị theo nguyên nhân: chấn thương, ép tủy, viêm, lao...
- Phòng ngừa và chăm sóc loét da do đè ép
- Nuôi dưỡng và chăm sóc đường tiêu hóa
- Chăm sóc đường tiết niệu
- Chăm sóc đường hô hấp:
 - + Dẫn lưu tư thế và kết hợp vỗ rung để giải thoát đờm rãi.
 - + Hướng dẫn tập thở.
 - + Tập ho có hiệu quả
- Đề phòng nghẽn mạch, huyết khối do nằm lâu bằng tăng cường vận động và thuốc chống đông.
- Đặt tư thế đúng và tập thụ động để ngăn ngừa các thương tật thứ cấp: co rút, teo cơ, cứng khớp, biến dạng...

2.2. Giai đoạn Phục hồi chức năng

- Phòng ngừa loét do đè ép
- + Vệ sinh da, giữ da luôn khô sạch
- + Kiểm tra để phát hiện vùng da có nguy cơ loét.
- + Lăn trở
- + Xoa bóp
- Chăm sóc vết loét: Thay băng, cắt lọc, rửa vết loét, tử ngoại trị liệu...
- Phục hồi chức năng đường tiết niệu:
 - + Theo dõi nước tiểu hàng ngày: số lượng, màu sắc...
 - + Đo lượng nước tiểu tồn dư
 - + Uống đủ nước (2 lít/ngày)
 - + Đặt thông tiểu ngắt quãng
 - + Đặt thông tiểu lưu
 - + Các bài tập kiểm soát tiểu tiện
- Phục hồi chức năng đường ruột:
 - + Chế độ ăn đủ nước, nhiều chất xơ
 - + Chương trình tập ruột

- + Các kỹ thuật kích thích hậu môn
- + Xoa bóp
- + Thụt tháo
- + Các bài tập kiểm soát đại tiện
- Vận động trị liệu: Tùy theo mức tổn thương tủy sống

*** Mức tổn thương T2 - T9:**

- + Di chuyển từ các độ cao và khoảng cách khác nhau.
- + Độc lập trong sinh hoạt hàng ngày.
- + Hướng dẫn bệnh nhân tự luyện tập các bài tập theo tầm vận động.
- + Tập theo chương trình tập mạnh cơ và tăng khối lượng cơ chi trên.
- + Tập xe lăn với khoảng cách xa.
- + Sử dụng khung tập đi để kiểm soát thăng bằng và chương lực cơ.
- + Ngăn ngừa ngã khi sử dụng xe lăn.
- + Định hướng tập môn thể thao trên xe lăn, bài tập sức bền.
- + Lựa chọn phương tiện di chuyển: xe ba bánh, phương tiện di chuyển thích nghi.

*** Mức tổn thương T10 - L1:**

- Tập dáng đi với nẹp trên gối KAFO, nặng, thanh song song.
- Sử dụng khung tập đi để kiểm soát thăng bằng và chương lực cơ.

*** Mức tổn thương L2 - S5:**

- + Tập dáng đi với nẹp dưới gối AFO, nặng khuyết khi đi khoảng cách xa.
- Hoạt động trị liệu:
 - + Các bài tập chức năng sinh hoạt hàng ngày như ăn uống, tắm rửa, mặc quần áo...
 - + Các bài tập di chuyển: Từ giường, ra ghế, xe lăn, nhà vệ sinh... và ngược lại
 - + Tập sử dụng xe lăn
- Dụng cụ chỉnh hình: máng nẹp trên gối, nẹp dưới gối...
- Dụng cụ trợ giúp đi lại: nặng, gậy, khung tập đi, thanh song song, xe lăn...
- Tư vấn-tâm lý trị liệu
- + Tình dục, hôn nhân
- + Hướng nghiệp
- + Nhà cửa thích ứng

2.3. Giai đoạn tái hòa nhập cộng đồng

- Bằng mọi cách phải tạo cho họ một môi trường thích nghi với gia đình nói riêng và với cộng đồng nói chung.
- Tạo thuận lợi cho việc di chuyển bằng xe lăn: đường bằng phẳng, qua mương rãnh có cầu an toàn, nhà cao tầng có giá đỡ cầu thang, xây thanh song song quanh nhà. Chiều cao giường phù hợp với xe lăn, các vật xung quanh nhà vừa tầm với nhà bếp, nhà vệ sinh bố trí phù hợp với xe lăn.
- Tư vấn tạo điều kiện cho bệnh nhân tham gia lao động để có thu nhập nuôi sống bản thân, gia đình và hướng nghiệp.

3. Các điều trị hỗ trợ khác

- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng, uống đủ nước (2 lít/ngày)
- Thuốc chống đông phòng biến chứng tắc mạch
- Kháng sinh: khi có nhiễm trùng
- Thuốc nhuận tràng
- Thuốc điều trị rối loạn bàng quang
- Thuốc giảm đau
- Thuốc giãn cơ
- Thuốc chống trầm cảm
- Vitamin và tăng lực

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Các chỉ số cần theo dõi
- + Các dấu hiệu thần kinh: lực cơ, vận động, cảm giác
- + Các chức năng di chuyển, đi lại và sinh hoạt hàng ngày
- + Chức năng đường tiết niệu
- + Các biến chứng hô hấp, tim mạch, cơ xương khớp...
- Thời gian tái khám: Định kỳ 3 - 6 tháng/lần

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG - CÙNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Thoái hóa cột sống thắt lưng là bệnh lý mạn tính tiến triển từ từ, tăng dần gây đau, biến dạng và hạn chế tầm vận động cột sống mà không có biểu hiện viêm. Tổn thương cơ bản của bệnh là tình trạng thoái hóa sụn khớp đốt sống và thoái hóa đĩa đệm ở gian đốt sống phối hợp với thay đổi ở phần xương dưới sụn và màng hoạt dịch.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

Đau vùng thắt lưng: Đau âm ỉ có tính chất cơ học (đau tăng lên khi vận động và giảm khi nằm nghỉ). Có dấu hiệu cứng lưng buổi sáng mới ngủ dậy.

1.2. Khám và lượng giá chức năng

Không có biểu hiện các triệu chứng toàn thân như sốt, thiếu máu, gầy sút

Tư thế cột sống thắt lưng có thể biến dạng, gù vẹo...

Co rút cơ cứng cơ cạnh cột sống.

Tầm vận động cột sống thắt lưng giảm, nghiệm pháp tay đất bị hạn chế.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- XQuang cột sống thắt lưng thường quy tư thế thẳng, nghiêng: Biểu hiện mất đường cong sinh lý, gai xương, mô xương, giảm chiều cao đốt sống đĩa đệm, đặc xương dưới sụn, hẹp lỗ liên hợp. Trường hợp trượt đốt sống có chỉ định chụp chếch $\frac{3}{4}$ phải, trái nhằm phát hiện dấu hiệu “gãy cổ chó”.

- Xét nghiệm tế bào ngoại vi và sinh hóa bình thường

- Chụp cắt lớp vi tính và MRI: Được chỉ định trong trường hợp thoát vị đĩa đệm.

2. Chẩn đoán phân biệt

Trong trường hợp đau cột sống có dấu hiệu viêm (sốt, thiếu máu, sút cân, có hạch ngoại vi) cần phân biệt với các bệnh sau:

- Bệnh lý viêm cột sống huyết thanh âm tính (Viêm cột sống dính khớp): Nam giới, trẻ tuổi, đau và hạn chế vận động cột sống thắt lưng cùng. XQuang viêm khớp cùng chậu, máu lắng tăng cao

- Viêm đốt sống đĩa đệm do nhiễm trùng hoặc do lao: Có các đặc điểm của viêm do nhiễm trùng. Đau liên tục, kèm theo dấu hiệu toàn thân. XQuang có diện khớp hẹp, bờ khớp không đều. MRI có hình ảnh viêm đĩa đệm đốt sống. Xét nghiệm tình trạng viêm dương tính.

- Ung thư xương nguyên phát hoặc di căn: Đau mức độ nặng, kiểu viêm kèm theo dấu hiệu toàn thân. XQuang có hình ảnh hủy xương hoặc đặc xương. MRI và xạ hình xương có giá trị cao trong chẩn đoán.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Giảm đau, giảm co rút cơ cứng cơ.
- Chống thoái hóa
- Phục hồi tầm vận động cột sống thắt lưng
- Phục hồi các hoạt động chức năng hàng ngày
- Trong trường hợp có chèn ép rễ sau điều trị tích cực nội khoa, phục hồi chức năng không đỡ nên xem xét chỉ định ngoại khoa.

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

2.1. Điều trị bằng nhiệt vùng thắt lưng: Có thể chọn một trong các phương pháp nhiệt sau: Hồng ngoại. Đắp paraffin hoặc bùn khoáng. Tủ trường nhiệt.

2.2. Điện phân dẫn thuốc chống viêm giảm đau như Natri salicylat 3% đặt tại vùng cột sống thắt lưng.

2.3. Siêu âm hoặc siêu âm dẫn thuốc chống viêm giảm đau dòng xung liều dọc vùng cơ hai bên cạnh cột sống.

2.4. Kéo giãn cột sống thắt lưng ngắt quãng hoặc liên tục.

2.5. Tập luyện các bài tập theo tầm vận động cột sống thắt lưng. Điều chỉnh tư thế cột sống khi làm việc, trong sinh hoạt. Các bài tập được thực hiện khi đang điều trị và sau điều trị

3. Các điều trị khác

3.1. Thuốc

3.1.1. Dòng Acetaminophen (paracetamol) 500mg X 4 viên/ngày. Có thể kết hợp với codeine (Efferalgan codeine) hoặc tramadol (Ultracet) tuy nhiên chỉ nên dùng ngắn ngày

3.1.2. Dòng chống viêm giảm đau không steroid (NSAID): Dùng liều thấp, ngắn ngày. Cần trọng khi dùng cho bệnh nhân lớn tuổi, có tiền sử bệnh lý đường tiêu hóa, tim mạch hoặc suy thận mạn. Có thể dùng đường uống hay đường bôi ngoài da.

3.1.3. Thuốc giảm đau thần kinh (Gabapentin, pregabalin,): Dùng trong các trường hợp đau lan theo dây thần kinh

3.1.4. Thuốc chống thoái hóa sụn khớp (Glucosamine sunfate) 1500mg/ngày uống dài ngày.

3.1.5. Thuốc giãn cơ: Myonal viên 50mg hoặc Myocalm 150 mg X 3 viên ngày chia 3 lần (tính theo kg cân nặng cơ thể).

3.1.6. Tiêm corticoid tại chỗ: Tiêm cạnh cột sống hay khớp liên mấu dưới chỉ dẫn của XQuang màn tăng sáng. Tiêm ngoài màng cứng Hydrocorticoid acetat trong trường hợp đau thần kinh tọa.

3.2. Dinh dưỡng: Điều chỉnh chế độ ăn hợp lý, giữ ấm vùng thắt lưng nhất là vào mùa đông. Nghỉ ngơi tránh tư thế vận động đột ngột đối với cột sống

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Các chỉ số theo dõi: Tình trạng đau, vận động cột sống, thực hiện các bài tập đã hướng dẫn, các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày của người bệnh. Các xét nghiệm cơ bản như công thức máu, máu lắng, sinh hóa máu... XQuang cột sống thắt lưng, đo mật độ xương.

- Tái khám 1 tháng/lần sau đợt điều trị đau cấp, sau đó 3 tháng/lần

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG ĐAU THẮT LƯNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Đau thắt lưng là hội chứng đau khu trú trong khoảng từ ngang mức đốt sống L1 đến nếp lằn mông. Đây là một tình trạng bệnh lý thường gặp nhất trong thực hành lâm sàng, ước tính khoảng 80% người trưởng thành có đau thắt lưng. 50% bệnh nhân có thể khỏi đau trong vòng 2 tuần, nhưng có thể tái phát nhiều lần sau đó và từ 10 - 30% trong những người này chuyển thành đau thắt lưng mạn tính.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Tiền sử chấn thương hoặc các bệnh nội khoa khác trong tiền sử hoặc hiện tại.
- Đặc điểm của đau: hoàn cảnh xuất hiện và diễn biến của đau (đau từ từ hay đột ngột), vị trí đau, hướng lan, tính chất đau (đau dữ dội, đau như điện giật hoặc cảm giác đau nhức buốt, đau âm ỉ...), các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ đau (động tác cúi, nghiêng, ho hắt hơi hoặc giảm đau khi nghỉ, tư thế làm giảm triệu chứng đau), các triệu chứng phối hợp khác (triệu chứng toàn thân, mệt mỏi, gầy sút cân, cảm giác tê bì, hoặc mất cảm giác, rối loạn cơ tròn, liệt vận động ...).
- Kết quả điều trị trước đó như thế nào.
- Ảnh hưởng của đau đến trạng thái tinh thần cảm xúc, tâm lý và các hoạt động sinh hoạt của bệnh nhân.

1.2. Khám và lượng giá chức năng

Việc thăm khám lượng giá chức năng chỉ tiến hành khi đã có một bệnh sử toàn diện qua hỏi bệnh như trên. Trong trường hợp nghi ngờ bệnh lý toàn thân khác cần khám đầy đủ các cơ quan hô hấp, tim mạch, tiết niệu...

Thăm khám tại chỗ :

- Quan sát sự cân đối về hình dáng, tư thế, dáng đi của người bệnh, phát hiện các biến dạng cột sống, tư thế chống đau. Vị trí cân bằng của khung chậu qua xác định vị trí gai chậu trước trên, gai chậu sau trên, chiều dài hai chân.
- Biên độ hoạt động của cột sống: tất cả các cử động gập - duỗi - nghiêng sang bên nên được đo bằng thước dây hoặc thước đo độ, nghiệm pháp Schober, Stibor, nghiệm pháp tay - đất.
- Sờ nắn các cơ cạnh sống, cơ ụ ngồi, phát hiện các dấu hiệu co cứng cơ. Vuốt dọc các gai sau đốt sống phát hiện biến dạng cột sống (mất đường cong sinh lý, gù, vẹo hoặc uốn quá mức), tìm các các điểm đau chói tại thân đốt, khe đĩa đệm hoặc điểm đau cạnh sống.

- Thăm khám khớp háng và khớp cùng chậu: đo tầm vận động khớp háng ở các tư thế gập, duỗi, dạng, khép, xoay trong, xoay ngoài, dấu hiệu Patrick, nghiệm pháp ép và dẫn cánh chậu.

Thăm khám về thần kinh khi nghi ngờ có tổn thương tủy hoặc rễ dây thần kinh

- Các nghiệm pháp căng rễ - dây thần kinh khi nghi ngờ có tổn thương dây thần kinh hông to: Dấu hiệu Lasègue và hệ thống điểm đau Wallex, dấu hiệu giật dây chuông (ấn vào khoảng liên gai L4-L5 hoặc L5-S1, bệnh nhân đau dọc theo đường đi của thần kinh tọa vùng rễ chi phối).

- Phản xạ gân xương và lượng giá cơ lực của các nhóm cơ mông và hai chân.

- Khám cảm giác để định khu các rễ thần kinh bị tổn thương. Khám cảm giác vùng xương cùng, vùng quanh hậu môn và trương lực cơ thắt hậu môn để phát hiện hội chứng đuôi ngựa.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Chụp X quang quy ước cột sống-thắt lưng ở tư thế thẳng, nghiêng, chếch. Phát hiện được các biến dạng gù vẹo, thoái hóa, loãng xương, gãy cột sống, các dị dạng bẩm sinh của cột sống...có thể giúp chẩn đoán xác định một số bệnh đau thắt lưng do nguyên nhân cơ học.

- Chụp cắt lớp vi tính trong trường hợp nghi ngờ, phân biệt tổn thương do khối u ở cột sống, khung chậu hoặc vùng sau phúc mạc.

- Chụp cộng hưởng từ có giá trị trong chẩn đoán thoát vị đĩa đệm, các khối u trong tủy, viêm màng nhện và sự thâm nhiễm, phá hủy của đốt sống chèn ép các rễ thần kinh, sự biến đổi của các dây chằng.

- Siêu âm ổ chậu và ổ bụng: có thể giúp tìm nguyên nhân đau thắt lưng phóng chiếu do các bệnh lý nội tạng khác như sỏi thận, viêm nhiễm phụ khoa, u xơ tiền liệt tuyến...

- Đo mật độ xương: chẩn đoán loãng xương

- Các xét nghiệm máu khác như công thức máu, máu lắng, sinh hóa máu, chất chỉ điểm u... có giá trị giúp chẩn đoán nguyên nhân đau thắt lưng do viêm nhiễm, ung thư, rối loạn chuyển hóa hoặc các bệnh toàn thân khác.

2. Chẩn đoán xác định: dựa vào lâm sàng, xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh.

3. Chẩn đoán nguyên nhân

Các nguyên nhân gây đau vùng thắt lưng rất đa dạng, thường được chia thành hai nhóm chính: do nguyên nhân cơ học (mechanical low back pain) hoặc là triệu chứng của một bệnh toàn thể.

3.1. Đau vùng thắt lưng do nguyên nhân cơ học

Nguyên nhân cơ học (chiếm tới 90-95%) hay gặp nhất ở lứa tuổi dưới 45 và đứng thứ ba ở lứa tuổi muộn hơn, bao gồm các nguyên nhân tương ứng với các bệnh lý cơ giới, có thể ảnh hưởng tới cơ, đĩa đệm, các khớp liên mấu như căng dẫn cơ, dây chằng cạnh cột sống quá

mức, thoái hóa đĩa đệm cột sống, thoát vị đĩa đệm cột sống, loãng xương, trượt thân đốt sống, các dị dạng thân đốt sống (cùng hóa thắt lưng 5, thắt lưng hóa cùng 1) cong vẹo cột sống... Đau thắt lưng do nhóm nguyên nhân này diễn biến thường lành tính.

*** Đau CSTL do căng dẫn dây chằng quá mức**

- Đau xuất hiện đột ngột sau vận động quá mức như bê vác vật nặng, chơi thể thao, sau hoạt động sai tư thế (ngồi lâu, cúi lâu hoặc rung xóc quá mức...), sau cử động đột ngột hoặc ngã chấn thương. Đau có thể lan tỏa toàn bộ cột sống thắt lưng hoặc một bên, có thể đau lan về mào chậu hoặc xuống phía dưới xương cụt, hoặc về phía hông. Cảm giác đau nhức buốt hoặc đau chói, có trường hợp đau dữ dội, hạn chế vận động hoàn toàn CSTL. Đau thường kèm theo co cứng khối cơ cạnh sống, tư thế cột sống lệch vẹo mất đường cong sinh lý. Các vận động cúi, ngửa, nghiêng hoặc xoay thân đều làm tăng đau, bệnh nhân thường có tư thế chống đau.

- Không có dấu hiệu chèn ép rễ - dây thần kinh hoặc chèn ép tủy.

- Cơ tròn bình thường

- Các xét nghiệm sinh học thường trong giới hạn bình thường

- XQ thường quy: đa số có hình ảnh bình thường hoặc các dấu hiệu của thoái hóa.

- Có thể giảm đau tốt với thuốc giảm đau thông thường, các kỹ thuật vật lý trị liệu và chế độ nghỉ ngơi, thư giãn, hạn chế vận động trong giai đoạn cấp.

*** Thoái hóa cột sống thắt lưng**

- Thường gặp ở lứa tuổi trung niên và người già, đau có tính chất cơ học, có dấu hiệu cứng khớp buổi sáng. Không có các biểu hiện triệu chứng toàn thân.

- XQuang có hình ảnh đặc xương dưới sụn, gai xương thân đốt sống, cầu xương, hẹp khe khớp (xem thêm bài thoái hóa cột sống)

*** Đau thắt lưng do thoát vị đĩa đệm:**

- Bệnh nhân đau CSTL cấp tính hoặc trên nền đau mạn tính kéo dài nhiều tháng, năm, bệnh nhân có đợt đau cấp xuất hiện sau gắng sức, nhấc một vật nặng, tư thế xoắn vặn đột ngột...

- Có hội chứng chèn ép: đau tăng khi gắng sức, vận động do các động tác này làm gia tăng sự chèn ép của đĩa đệm bởi sự co cơ và áp lực trong màng cứng.

- Có dấu hiệu kích thích rễ thần kinh: đau lan xuống mặt sau đùi và cẳng chân theo vùng phân bố cảm giác của các rễ thần kinh, đau tăng khi thay đổi tư thế, khi ho, hắt hơi hoặc rặn khi đại tiện. Các dấu hiệu thần kinh đặc biệt có liên quan đến vị trí tương ứng với mức đĩa đệm bị thoát vị.

- XQuang thường quy có thể có hình ảnh hẹp khe đĩa đệm, trượt đốt sống...

- Chẩn đoán chính xác bằng chụp CT hoặc MRI cột sống thắt lưng

*** Đau thần kinh tọa**

- Ngoài đặc điểm đau CSTL như trên, bệnh nhân có đau lan xuống chân. Vị trí đau: nếu tổn thương rễ L5, thường đau lan xuống mông, về phía sau ngoài đùi, phần trước ngoài cẳng chân, vượt qua trước mắt cá ngoài rồi tới mu chân, tận hết ở ngón chân cái. Trường hợp tổn thương rễ S1, đau lan xuống mặt sau của đùi, mặt sau cẳng chân, lan về phía gân Achilles, tới mắt cá ngoài, tận hết ở gan chân hoặc bờ ngoài gan chân, phía các ngón chân út. Đau có tính chất cơ học.

- Các nghiệm pháp làm căng dây thần kinh tọa hoặc làm tăng áp lực dịch não tủy dương tính như: nghiệm pháp Lasègue, nghiệm pháp Bonnet, nghiệm pháp Néri, dấu hiệu bấm chuông, hệ thống điểm đau Wallex (+)

- Có thể có rối loạn cảm giác kèm theo như dị cảm, tê bì, kiến bò, kim châm ... dọc theo mặt ngoài cẳng chân và bờ ngoài bàn chân phía ngón út (theo rễ L5) hoặc mặt sau bàn chân xuống tới gót chân (theo rễ S1).

- Phản xạ gân xương và cơ lực: Phản xạ gân gót bình thường, không đi được bằng gót, teo nhóm cơ cẳng chân trước ngoài, các cơ mu chân (tổn thương rễ L5). Trường hợp tổn thương rễ S1: Phản xạ gót giảm hoặc mất, không đi được bằng mũi chân, teo cơ bắp chân, gan bàn chân.

- Không có rối loạn cơ tròn.

Trong trường hợp có rối loạn cơ tròn kèm theo, chẩn đoán hội chứng đuôi ngựa

*** Đau thắt lưng do viêm cột sống dính khớp:**

Đau vùng cột sống thắt lưng tăng về đêm và sáng sớm, có dấu hiệu cứng khớp, viêm khớp cùng chậu hai bên, có thể kèm theo sưng, đau các khớp chi dưới. Giai đoạn muộn hạn chế cử động cột sống thắt lưng, teo khối cơ lưng thắt lưng, giảm độ dẫn lồng ngực. XQuang có hình ảnh viêm khớp vùng chậu, hình ảnh cầu xương giữa các thân đốt sống, hoặc cột sống hình "cây tre", hình "đường ray" (Xem thêm bài PHCN viêm cột sống dính khớp).

*** Đau thắt lưng do trượt đốt sống**

Nguyên nhân có thể là bệnh lý bẩm sinh gây dị tật khuyết xương, hở eo các đốt sống thắt lưng, hoặc chấn thương (cấp tính và mạn tính) gây nên biến dạng trượt đốt sống. Biểu hiện lâm sàng tình trạng mất vững cột sống hoặc chèn ép rễ thần kinh. Thường gặp trượt L4 hoặc L5. Bệnh nhân đau CSTL âm ỉ, đau tăng khi phải chịu trọng lực, có biến đổi tư thế và dáng đi, cột sống biến dạng quá uõn (lõm).

Chẩn đoán xác định khi chụp XQuang các tư thế nghiêng và chếch 3/4, chụp CT hoặc MRI.

*** Đau thắt lưng do hẹp ống sống**

Hẹp ống sống có thể do nguyên nhân bẩm sinh hoặc mắc phải, do các biến dạng của xương (thân, cung đốt sống) hoặc phần mềm (đĩa đệm, dây chằng. biểu hiện lâm sàng đau thắt lưng hoặc thần kinh tọa nhiều năm, ít đáp ứng với các điều trị thuốc giảm đau hoặc đau kéo dài

tăng dần. Có thể có dấu hiệu “khập khiễng cách hồi rể thần kinh” (bệnh nhân đau thắt lưng và đau các rễ thần kinh tăng khi đi lại, buộc phải nghỉ 1 lúc mới đi tiếp được)

Chẩn đoán xác định bằng chụp MRI.

2.3. Đau thắt lưng triệu chứng

- Đau vùng thắt lưng triệu chứng gợi ý một bệnh trầm trọng hơn hoặc bệnh lý toàn thân: Bệnh loãng xương, loạn sản, rối loạn chuyển hóa (bệnh Paget, bệnh to đầu chi...), bệnh khớp mạn tính (viêm cột sống dính khớp, viêm khớp dạng thấp), chấn thương cột sống, nguyên nhân nhiễm khuẩn (lao cột sống hoặc nhiễm vi khuẩn không do lao), do u hoặc ung thư (ung thư cột sống, u tủy, bệnh Kahler...), đau thắt lưng phóng chiếu do các bệnh lý nội tạng khác như sỏi thận, loét hành tá tràng, bệnh lý động mạch chủ bụng, viêm nhiễm phụ khoa, u xơ tiền liệt tuyến...

- Thường đau kiểu viêm, đau cả khi không vận động. Đồng thời có biểu hiện các triệu chứng của bệnh là nguyên nhân gây đau như sốt, có dấu hiệu nhiễm trùng nếu là do nguyên nhân nhiễm khuẩn. Gầy sút cân, đau ngày càng tăng, không đáp ứng với các thuốc giảm đau thông thường gặp trong ung thư. Tiểu buốt, dắt, có máu trong nước tiểu gặp trong bệnh lý sỏi tiết niệu...

- Có bất thường về xét nghiệm máu hoặc cận lâm sàng khác.

- Trong trường hợp có các dấu hiệu của một bệnh lý toàn thân khác, cần phải gửi bệnh nhân đến các cơ sở chuyên khoa để tiến hành các xét nghiệm, thăm dò chức năng hoặc chẩn đoán hình ảnh chuyên sâu để phát hiện tìm nguyên nhân và chẩn đoán xác định bệnh.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Quan trọng nhất là chẩn đoán xác định chính xác nguyên nhân gây đau thắt lưng.

- Điều trị theo nguyên nhân gây bệnh.

- Kết hợp điều trị theo “đa phương thức” giữa các biện pháp dùng thuốc và không dùng thuốc với mục tiêu giảm đau, duy trì chức năng cột sống, phòng ngừa đau tái phát hoặc các biến dạng cột sống hoặc tiến triển bệnh nặng hơn và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

- Các can thiệp phẫu thuật chỉ đặt ra khi thực sự cần thiết và phương pháp bảo tồn không có hiệu quả.

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

Trong trường hợp đau thắt lưng do nguyên nhân cơ học, tùy các nguyên nhân gây bệnh khác nhau, có thể áp dụng các kỹ thuật sau:

- Trong giai đoạn cấp nằm nghỉ tại giường ở tư thế thoải mái nhất, có thể nằm nghiêng hoặc nằm ngửa với khớp háng gấp 45^0 và một chiếc gối đặt dưới đầu gối làm thư giãn cơ vùng thắt lưng và cơ ụ ngồi.
- Các kỹ thuật vật lý trị liệu như hồng ngoại, quần nóng paraffin, điện xung giảm đau, siêu âm, sóng ngắn có tác dụng giảm đau, dẫn cơ, gia tăng tuần hoàn nuôi dưỡng, tăng cường chuyển hóa phục hồi các mô tổn thương. Có thể áp dụng trong giai đoạn đau thắt lưng cấp và bán cấp. Điều trị ngày 1-2 lần, mỗi lần từ 10 -20 phút.
- Các kỹ thuật xoa bóp, di động mô mềm vùng thắt lưng và chân bị bệnh. Qua cơ chế phản xạ và cơ học, có tác dụng tăng tuần hoàn, chuyển hóa dinh dưỡng và bài tiết, điều hòa quá trình bệnh lý, thư giãn cơ, khớp sâu, giảm đau.
- Kéo dẫn cột sống: Kéo dẫn cột sống có thể thực hiện bằng tay trong giai đoạn cấp hoặc bằng máy kéo dẫn trong giai đoạn bán cấp và mãn tính, áp dụng 1-2 lần/ngày, mỗi lần 15-20 phút. Chỉ định trong các trường hợp thoái hóa cột sống, thoát vị đĩa đệm, có tác dụng làm giảm áp lực nội khớp đồng thời làm căng hệ thống dây chằng quanh khớp đặc biệt là dây chằng dọc sau, giảm đè ép lên rễ thần kinh hoặc đĩa đệm.
- Thủy trị liệu: thông qua tác dụng của nhiệt, tác dụng đè ép hoặc nâng đỡ của nước, có thể kết hợp với bồn xoáy, tạo sự thư giãn, điều trị các rối loạn do bệnh gây ra và đồng thời giúp cho bệnh nhân dễ dàng thực hiện các bài tập vận động mà bình thường không thể làm được.
- Áo, nẹp trợ giúp: giúp giảm đau và hỗ trợ chịu lực cho vùng CSTL. Sử dụng trong giai đoạn cấp và bán cấp, hoặc sử dụng lâu dài cho bệnh nhân bị trượt đốt sống, nghề nghiệp đặc thù ngồi lâu hoặc thường xuyên mang vác nặng.
- Các bài tập vận động: mục đích để tăng cường sức mạnh cơ vùng bụng và thắt lưng, điều hợp vận động giữa các nhóm cơ vùng thắt lưng, vùng đùi và vùng bụng, giảm tải trọng cho cột sống, tạo sự mềm dẻo, ổn định thân người khi di chuyển, giúp bảo vệ lưng khỏi bị chấn thương và bị kéo dẫn. Chỉ định trong giai đoạn bán cấp hoặc mãn tính các bài tập McKenzie hoặc Williams.
- Tập luyện dáng đi đúng và chỉnh sửa tư thế, động tác sai: các tư thế làm việc gò bó làm mất cân bằng cột sống như quá uốn cột sống thắt lưng, quá vặn, quá nghiêng... đều cần được điều chỉnh nhằm tránh tái phát đau cột sống thắt lưng, tránh các vận động bất thường, đột ngột, các động tác thể thao hoặc vận động quá mức. Hạn chế mang vác vật nặng hoặc nếu phải mang vác nặng cần giữ tư thế lưng thẳng và khung chậu nghiêng ra sau.
- Hoạt động trị liệu kết hợp với chương trình tập luyện vận động tăng tiến dần dần giúp nâng cao sức khỏe, tránh hiện tượng gây biến đổi cấu trúc, biến dạng hệ cơ xương khớp sau này.
- Giáo dục tư vấn cho bệnh nhân cách phòng tránh đau tái phát cũng như giúp bảo vệ cột sống tốt hơn. Duy trì lối sống tích cực, năng động, các hoạt động thể lực hợp lý như bơi lội, đi bộ, đạp xe, song không nên tập luyện quá sức, nên tăng dần, thích nghi với tình trạng đau

cột sống thắt lưng. Giảm cân nếu thừa cân. Cần hướng nghiệp tùy theo mức độ tổn thương cột sống thắt lưng hoặc, cần hướng dẫn các biện pháp thích nghi với nghề nghiệp.

3. Điều trị nội khoa

Trong điều trị đau thắt lưng do nguyên nhân cơ học, thường kết hợp ba nhóm thuốc chống viêm không steroid, thuốc giảm đau, và thuốc giãn cơ.

- Thuốc chống viêm không steroid: dung đường tiêm khi đau cấp và đau nhiều, đường uống khi đau ít hoặc giai đoạn bán cấp

Diclofenac (Voltarene) 50 mg: ngày 2 viên, chia 2 lần (lúc no).

Piroxycam (Feldene), Ticotil 20 mg: 1 viên /ngày

Meloxicam (Mobic) 7,5mg: 1-2 viên/ngày

Celecoxib (celebrex) 200mg: 1 viên /ngày

- Thuốc giảm đau bậc một: Paracetamol 500mg: 4-6 viên/ngày, chia 2-3 lần.

Nếu đau nhiều có thể dùng thuốc giảm đau bậc hai: Efferalgan Codein, Ultracet: 2-4 viên/ngày, chia 2-4 lần.

- Thuốc giãn cơ: Tolperisone (Mydocalm) 150mg hoặc Eperisone (Myonal) 50 mg: 2-3 viên/ngày, chia 2-3 lần

- Trong một số trường hợp đau thắt lưng mạn tính hoặc đau thần kinh tọa kèm, ngoài cơ chế đau tiếp nhận (nociceptive pain) còn có cơ chế đau thần kinh (neuropathic pain) có thể kết hợp dùng thuốc giảm đau thần kinh nhóm Gabapentin (Neurontin) 300 - 2700mg /ngày hoặc Pregabalin (Lyrica): 75- 600 mg /ngày.

4. Các điều trị khác

- Can thiệp thay đổi nhận thức - hành vi: giúp bệnh nhân đổi mặt và kiểm soát tốt hơn tình trạng đau mạn tính của mình .

- Tâm lý trị liệu: khi bệnh nhân có các rối loạn lo âu, căng thẳng, trầm cảm do tình trạng đau mạn tính gây ra.

- Can thiệp thủ thuật tại chỗ: phong bế cạnh cột sống thắt lưng, phong bế rễ thần kinh ở khu vực lỗ ghép, tiêm ngoài màng cứng, phong bế hốc xương cùng. Chỉ định khi có dấu hiệu kích thích hoặc chèn ép rễ thần kinh.

- Can thiệp phẫu thuật: chỉ định khi điều trị bảo tồn không có hiệu quả hoặc để điều trị nguyên nhân gây bệnh như chấn thương, chèn ép cột sống, u tủy, thoát vị đĩa đệm nặng...

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Đau thắt lưng có thể trở thành mạn tính, cần có kế hoạch theo dõi và tái khám định kỳ hàng tháng hoặc 3 tháng để kịp thời phát hiện các biến dạng hoặc các triệu chứng bệnh nặng thêm cũng như thay đổi phương pháp điều trị thích hợp.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG ĐAU THẦN KINH TỌA

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đau thần kinh tọa là một thuật ngữ y khoa mô tả tình trạng đau dọc theo đường đi của thần kinh tọa: đau tại cột sống thắt lưng lan dọc xuống chân.
- Đau dây thần kinh tọa thường gặp ở nam giới hơn nữ giới và thường ở lứa tuổi 30-50.

2. Nguyên nhân

Có nhiều nguyên nhân khác nhau tác động vào nơi xuất phát nguyên ủy cũng như dọc đường đi của thần kinh tọa. Nhóm nguyên nhân toàn thân ít gặp, trong khi các nguyên nhân gây tổn thương rễ chiếm 90-95% .

- Nguyên nhân hàng đầu gây chèn ép rễ thần kinh tọa là thoát vị đĩa đệm, trượt đốt sống, thoái hóa CSTL, hẹp ống sống thắt lưng. Các nhóm nguyên nhân thoái hóa này có thể kết hợp với nhau.
- Các nguyên nhân hiếm gặp hơn: viêm nhiễm tại vùng CSTL, tổn thương lao, chấn thương cột sống, u, viêm dây thần kinh đơn thuần do virus...
- Chẩn đoán xác định đau thần kinh tọa không khó, quan trọng là chẩn đoán nguyên nhân.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán: Xem thêm bài đau thắt lưng

1.1. Hỏi bệnh

- Tiền sử chấn thương hoặc các bệnh nội khoa khác trong tiền sử hoặc hiện tại.
- Đặc điểm của đau: hoàn cảnh xuất hiện và diễn biến của đau (đau từ từ hay đột ngột), vị trí đau, hướng lan, tính chất đau (đau dữ dội, đau như điện giật hoặc cảm giác đau nhức buốt, đau âm ỉ...),
- Các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ đau (động tác cúi, nghiêng, ho hắt hơi hoặc giảm đau khi nghỉ, tư thế làm giảm triệu chứng đau), các triệu chứng phối hợp khác (triệu chứng toàn thân, mệt mỏi, gầy sút cân, cảm giác tê bì, hoặc mất cảm giác, rối loạn cơ tròn, liệt vận động ...)
- Kết quả điều trị trước đó như thế nào.
- Ảnh hưởng của đau đến trạng thái tinh thần cảm xúc, tâm lý và các hoạt động sinh hoạt của bệnh nhân.

1.2. Lâm sàng

- Đau dọc theo đường đi của dây thần kinh tọa, từ thắt lưng và lan xuống dưới chân là hay gặp nhất, có khi chỉ xuống tới mông, tới đùi hay lan tận xuống tận bàn chân. Tùy theo vị trí tổn thương mà biểu hiện trên lâm sàng khác nhau: nếu tổn thương rễ L5, thường đau lan xuống mông, về phía sau ngoài đùi, phần trước ngoài cẳng chân, vượt qua trước mắt cá ngoài rồi tới mu chân, tận hết ở ngón chân cái. Trường hợp tổn thương rễ S1, đau lan xuống mặt

sau của đùi, mặt sau cẳng chân, lan về phía gân Achilles, tới mắt cá ngoài, tận hết ở gan chân hoặc bờ ngoài gan chân, phía các ngón chân út .

- Đau thường liên tục hoặc từng cơn, giảm khi nghỉ ngơi và tăng khi đi lại nhiều. mức độ đau thay đổi tùy thuộc cảm nhận của bệnh nhân từ âm ỉ cho tới đau dữ dội không chịu được. Trong trường hợp do nguyên nhân chèn ép đau tăng lên khi ho, hắt hơi thậm chí khi rặn đại tiểu tiện.

- Hệ thống điểm Valleix ấn đau.

- Dấu hiệu bấm cạnh cột sống: ấn các điểm đau cạnh sống giữa L4 - L5 - S1 bệnh nhân thấy đau lan theo rễ thần kinh dọc xuống chân.

- Các nghiệm pháp làm căng rễ:

+ Dấu hiệu Lasègue (+): Ở tư thế nằm ngửa, nâng thẳng chân bệnh nhân từng bên một nếu chưa tới 90 độ mà bệnh nhân kêu đau ở mặt sau đùi hay cẳng chân, hạ thấp chân trở lại thì đau giảm hoặc mất.

+ Dấu Bonnet (+): Ở tư thế nằm ngửa, nâng chân và khép đùi bệnh nhân từng bên một nếu gây đau dọc theo dây thần kinh tọa là dương tính.

+ Dấu Chavany (+): Vừa nâng chân giống như nghiệm pháp Lasègue vừa dẹt chân bệnh nhân thấy đau

+ Dấu hiệu Neri (+): Bệnh nhân đứng thẳng, sau đó cúi gập người, hai tay giơ ra trước (hướng cho tay chạm xuống đất), hai gối giữ thẳng thẳng bệnh nhân thấy đau dọc chân bị bệnh và chân bên đó co lại tại khớp gối

- Có thể có rối loạn cảm giác kèm theo như dị cảm, tê bì, kiến bò, kim châm ...dọc theo mặt ngoài cẳng chân và bờ ngoài bàn chân phía ngón út (theo rễ L5) hoặc mặt sau bàn chân xuống tới gót chân (theo rễ S1).

- Phản xạ gân xương và cơ lực: Phản xạ gân gót bình thường, không đi được bằng gót, teo nhóm cơ cẳng chân trước ngoài, các cơ mu chân (tổn thương rễ L5). Trường hợp tổn thương rễ S1: Phản xạ gót giảm hoặc mất, không đi được bằng mũi chân, teo cơ bắp chân, gan bàn chân.

- Bệnh nhân có thể có rối loạn thần kinh thực vật kèm theo: bất thường về phản xạ vận mạch, nhiệt độ da, phản xạ bài tiết mồ hôi, phản xạ dựng lông ở chân đau.

1.3. Xét nghiệm cận lâm sàng

- Các xét nghiệm huyết học và sinh hóa thông thường chỉ thay đổi trong bệnh lý toàn thân hoặc viêm nhiễm, ác tính. Không có thay đổi trong các bệnh lý thoát vị đĩa đệm, trượt đốt sống, thoái hóa CSTL, hẹp ống sống thắt lưng.. chủ yếu loại trừ nguyên nhân xương. Bệnh lý đĩa đệm gợi ý khi hẹp đĩa đệm, ở phim thẳng thì đĩa đệm hẹp về phía bên lành còn phim nghiêng thì đĩa đệm hở về phía sau.

- Chụp cộng hưởng từ MRI cột sống thắt lưng

Có giá trị nhất trong chẩn đoán xác định chính xác nguyên nhân gây bệnh, dạng tổn thương, vị trí kích thích khỏi thoát vị... đặc biệt phát hiện các nguyên nhân hiếm gặp khác như u, viêm nhiễm...

- Điện cơ: phát hiện và đánh giá tổn thương các rễ thần kinh.

2. Chẩn đoán xác định: Dựa vào lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng

3. Chẩn đoán phân biệt

- Các trường hợp đau các dây thần kinh của chi dưới

+ Thần kinh đùi: Đau ở mặt trước đùi và giảm hay mất phản xạ gân gối.

+ Thần kinh đùi da: Đau ở mặt ngoài đùi một phần ba trên.

+ Thần kinh bịt: Đau ở mặt trong đùi.

Các nghiệm pháp gây căng rễ hoặc dây thần kinh tọa âm tính. Có thể phân biệt chính xác hơn bằng điện cơ đo tốc độ dẫn truyền thần kinh.

- Viêm khớp cùng chậu

Các nghiệm pháp ép, dẫn cánh chậu (+), XQuang khung chậu có hình ảnh tổn thương khớp cùng chậu.

- Bệnh lý khớp háng

Cử động khớp bị giới hạn, vận động đau ngay cả khi co chân. Phân biệt bằng nghiệm pháp Patrick. Nếu khi làm nghiệm pháp Patrick bệnh nhân kêu đau là tổn thương khớp háng.

- Viêm cơ đáy chậu

Có hội chứng nhiễm trùng, đau xuống mặt sau trong đùi, chân bên tổn thương luôn co lại và xu hướng xoay vào trong, duỗi chân ra là đau. XQ bụng không chuẩn bị có hình ảnh mờ bờ cơ đáy chậu bên đau, siêu âm cơ đáy chậu xác định rõ tổn thương.

4. Chẩn đoán nguyên nhân: chia thành 3 nhóm

4.1. Đau thần kinh tọa do các bệnh lý cột sống ảnh hưởng đến rễ thần kinh (Radiculopathy)

- Thoái hóa CSTL (xem thêm bài Thoái hóa cột sống)

- Thoát vị đĩa đệm: là nguyên nhân thường gặp nhất của đau dây thần kinh tọa do tổn thương rễ (xem thêm bài Thoái hóa cột sống và Đau thắt lưng).

- Trượt đốt sống (spondylolisthesis)

Nguyên nhân có thể là bệnh lý bẩm sinh gây dị tật khuyết xương, hở eo các đốt sống thắt lưng, hoặc chấn thương (cấp tính và mạn tính) gây nên biến dạng trượt đốt sống. Thường gặp trượt đốt sống L4 hoặc L5, biểu hiện lâm sàng tình trạng mất vững cột sống hoặc chèn ép rễ

thần kinh L5. Bệnh nhân đau CSTL âm ỉ, đau tăng khi phải chịu trọng lực, có biến đổi tư thế và dáng đi, cột sống biến dạng quá uốn (lõm). Chẩn đoán xác định khi chụp XQ các tư thế nghiêng và chếch $\frac{3}{4}$, chụp CT hoặc MRI.

4.2. Chấn thương

Các chấn thương trực tiếp vào dây thần kinh tọa, chấn thương gãy xương cột sống thắt lưng, vỡ xương chậu. Hoặc do tiêm trực tiếp vào dây tọa, do tiêm thuốc dạng dầu ở mô mỡ lan tới dây thần kinh tọa, sau phẫu thuật áp xe mô mỡ... Các trường hợp này cần khai thác thông tin bệnh sử chi tiết kết hợp thăm khám tại chỗ để chẩn đoán xác định.

Có 1 nguyên nhân hay gặp nhưng thường bị bỏ sót khi chẩn đoán: Hội chứng cơ tháp (Piriformis syndrome): chèn ép (kích thích) dây thần kinh tọa do cơ thắt cơ lê. Đây là cơ nằm sâu trong phía trong sát với khung chậu, có tác dụng hỗ trợ động tác gấp và xoay ngoài khớp háng. Dây thần kinh do chạy sát phía dưới nhóm cơ này nên khi cơ này co cứng sẽ gây kích thích thần kinh. Hội chứng này hay gặp ở các vận động viên hoặc những người vận động chạy nhảy nhiều.

4.3. Nguyên nhân do u

U nguyên phát: U màng tủy, u đốt sống, u thần kinh.

U di căn: Di căn từ các ung thư biểu mô (tuyến tiền liệt, vú, phổi, thận, đường tiêu hóa), bệnh đa u tủy xương, u lympho (Hodgkin và không Hodgkin).

Bệnh nhân có các triệu chứng toàn thân khác, kết hợp với các chẩn đoán hình ảnh và thăm dò chức năng khác.

4.4. Nguyên nhân viêm nhiễm

- Viêm đĩa đệm, đốt sống do vi khuẩn: thường gặp sau các nhiễm trùng ngoài da, tiết niệu, phổi và sau tiêm tĩnh mạch không vô khuẩn tốt.

- Lao cột sống: Thường thứ phát sau lao phổi.

- Áp xe ngoài màng cứng, viêm màng não - tủy...

Trong nhóm nguyên nhân này bệnh nhân sẽ có các triệu chứng toàn thân khác, hội chứng nhiễm trùng... Phát hiện bằng các xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh chuyên khoa.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Quan trọng nhất là chẩn đoán xác định chính xác nguyên nhân gây đau thần kinh tọa.

- Điều trị theo nguyên nhân gây bệnh.

- Kết hợp vật lý trị liệu và phục hồi chức năng trong Giảm đau và phục hồi chức năng vận động.

- Phòng ngừa các thương tật thứ phát và các biến chứng.

- Các can thiệp phẫu thuật: chỉ đặt ra khi thực sự cần thiết và phương pháp bảo tồn không có hiệu quả.

2. Các phương pháp vật lý trị liệu và phục hồi chức năng.

(Trong trường hợp đau thần kinh tọa do nhóm nguyên nhân bệnh lý vùng CSTL gây tổn thương rễ thần kinh: xem thêm bài Thoái hóa CSTL, Đau thắt lưng, Thoát vị đĩa đệm)

- Nghỉ ngơi tuyệt đối trong trường hợp nặng, nên nằm giường cứng, tránh nằm võng hay ngồi ghế xích đu. Tránh vận động mạnh như xoay người đột ngột, chạy nhảy, cúi gập người...

- Nhiệt trị liệu có tác dụng giảm đau chống co cứng cơ giãn mạch tăng cường chuyển hóa dinh dưỡng như: Hồng ngoại, sóng ngắn, siêu âm. Lưu ý không dùng trong trường hợp viêm nhiễm cấp tính.

- Các phương pháp điện trị liệu: điện xung, điện phân, dòng TENS, dòng giao thoa có tác dụng kích thích thần kinh cơ, giảm đau, tăng cường chuyển hóa.

- Các kỹ thuật xoa bóp, di động mô mềm vùng thắt lưng và chân bị bệnh. Qua cơ chế phản xạ và cơ học, có tác dụng tăng tuần hoàn, chuyển hóa dinh dưỡng và bài tiết, điều hòa quá trình bệnh lý, thư giãn cơ, khớp sâu, giảm đau.

- Kéo dẫn cột sống: Kéo dẫn cột sống có thể thực hiện bằng tay trong giai đoạn cấp hoặc bằng máy kéo dẫn trong giai đoạn bán cấp và mãn tính, áp dụng 1-2 lần/ngày, mỗi lần 15-20 phút. Chỉ định trong các trường hợp thoái hóa cột sống, thoát vị đĩa đệm, có tác dụng làm giảm áp lực nội khớp đồng thời làm căng hệ thống dây chằng quanh khớp đặc biệt là dây chằng dọc sau, giảm đè ép lên rễ thần kinh hoặc đĩa đệm.

- Các bài tập vận động: xem thêm bài Đau thắt lưng

3. Thuốc điều trị

- Tùy theo nguyên nhân cần phối hợp các thuốc kháng sinh, ức chế miễn dịch... Điều trị đau thần kinh tọa thường kết hợp ba nhóm thuốc chống viêm không steroid, thuốc giảm đau, và thuốc giãn cơ.

- Thuốc chống viêm không steroid: dung đường tiêm khi đau cấp và đau nhiều, đường uống khi đau ít hoặc giai đoạn bán cấp

Diclofenac (Voltarene) 50 mg; ngày 2 viên, chia 2 lần (lúc no).

Piroxicam (Feldene), Ticotil 20 mg: 1 viên /ngày

Meloxicam (Mobic) 7,5mg: 1-2 viên/ngày

Celecoxib (celebrex) 200mg: 1 viên /ngày

- Thuốc giảm đau bậc một: Paracetamol 500mg: 4-6 viên/ngày, chia 2-3 lần.

Nếu đau nhiều có thể dùng thuốc giảm đau bậc hai: Efferalgan Codein, Ultracet: 2-4 viên/ngày, chia 2-4 lần.

- Thuốc giãn cơ: Tolperisone (Mydocalm) 150mg hoặc Eperisone (Myonal) 50 mg: 2-3 viên/ngày, chia 2-3 lần
- Trong một số trường hợp đau thần kinh tọa mạn tính, ngoài cơ chế đau tiếp nhận (nociceptive pain) còn có cơ chế đau thần kinh (neuropathic pain) có thể kết hợp dùng thuốc giảm đau thần kinh nhóm Gabapentin (Neurontin) 300 - 2700mg /ngày hoặc Pregabalin (Lyrica): 75-600 mg /ngày.
- Vitamin nhóm B: Neurobion: 2 viên /ngày, Methylcobal 0,5 mg: 3 viên / ngày.

4. Các điều trị khác

- Can thiệp thay đổi nhận thức - hành vi: giúp bệnh nhân đổi mặt và kiểm soát tốt hơn tình trạng đau mạn tính của mình .
- Tâm lý trị liệu: khi bệnh nhân có các rối loạn lo âu, căng thẳng, trầm cảm do tình trạng đau mạn tính gây ra.
- Can thiệp thủ thuật tại chỗ: phong bế cạnh cột sống thắt lưng, phong bế rễ thần kinh ở khu vực lỗ ghép, tiêm ngoài màng cứng, phong bế hốc xương cùng. (xem thêm bài thoát vị đĩa đệm)
- Can thiệp phẫu thuật: chỉ định khi điều trị bảo tồn không có hiệu quả hoặc để điều trị nguyên nhân gây bệnh như chấn thương, chèn ép cột sống, u tủy, thoát vị đĩa đệm nặng...

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Đau thần kinh tọa có thể trở thành mạn tính, cần có kế hoạch theo dõi và tái khám định kỳ hàng tháng hoặc 3 tháng để kịp thời phát hiện các biến dạng hoặc các triệu chứng bệnh nặng thêm cũng như thay đổi phương pháp điều trị thích hợp.

THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa:

Thoát vị đĩa đệm là tình trạng nhân nhầy đĩa đệm cột sống thoát ra khỏi vị trí bình thường trong vòng sợi chèn ép vào ống sống hay các rễ thần kinh sống. Về giải phẫu bệnh có sự đứt rách vòng sợi, về lâm sàng gây nên hội chứng thắt lưng hông điển hình.

- Bệnh lý thoát vị đĩa đệm:

+ Cơ chế:

* Người lớn tuổi thường có sự thoái hóa đĩa sống lúc đó và vành thớ mất tính đàn hồi, từ đó nhân dễ dàng phá vỡ vành thớ để di chuyển về phía sau, hay phía bên khi cột sống làm các động tác hàng ngày khiến đĩa đệm phải chịu những động lực trong mọi chiều.

* Người trẻ thường do yếu tố sai tư thế khiến đĩa đệm cột sống bị đè ép quá nặng dẫn đến đè ép quá nặng tổn thương vành thớ như động tác gập xoay cột sống, gập duỗi và nghiêng của cột sống.

- Những yếu tố gây nên thoát vị cột sống:

+ Áp lực trọng tải cao.

+ Áp lực căng phòng của tổ chức đĩa đệm cao.

+ Sự lỏng lẻo trong từng phần với sự tan rã của tổ chức đĩa đệm.

+ Lực đẩy, xoắn vặn nén ép quá mức vào đĩa đệm cột sống.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1 Hỏi bệnh

Thời gian và quá trình diễn biến của bệnh, tuổi mắc bệnh, nguyên nhân bị bệnh, trẻ tuổi thường do cơ chế làm việc sai nguyên tắc, cao tuổi do thoái hóa.

Tiền sử mắc bệnh mấy lần, đau thắt lưng mãn hay cấp...

1.2 Khám và lượng giá chức năng

- Thoát vị đĩa đệm vùng thắt lưng gây ra triệu chứng đau vùng thắt lưng và đau thần kinh tọa. Đau thần kinh tọa xảy ra khi đĩa đệm thoát ra đè ép lên rễ thần kinh cảm giác và thường đau ở sau đùi, bắp chân, mắt cá ngoài gót và ngón chân, vùng đau này cho ta chẩn đoán định hướng thần kinh nào chèn ép.

Bệnh nhân có triệu chứng của đau vùng CSTL và đau thần kinh tọa.

Đau dọc theo đường đi của thần kinh tọa, tùy theo rễ L4-L5 hay L5-S1, đau liên tục hay thành cơn, nghỉ ngơi giảm đau, khó đứng trên đầu ngón chân. Giai đoạn muộn có teo cơ, yếu cơ, hạn chế vận động, co cứng cơ cạnh sống.

- Có dấu hiệu điểm đau Vallex, bấm chuông, Lasegue.
- Phản xạ gân xương giảm hay mất do tổn thương rễ L4, phản xạ gân gót giảm trong tổn thương rễ S1
- Các hình thức thoát vị đĩa đệm:
 - + Thoát vị đĩa đệm thành một khối do gập mạnh cột sống, có triệu chứng ép rễ đột ngột có liệt cơ và rối loạn cơ vòng.
 - + Thoát vị đĩa đệm hai bên phía sau vòng sợi bị hư, nhân nhầy chảy sang hai bên nên bệnh nhân đau cả hai bên.
 - + Thoát vị đa tầng là thoát vị nhiều đĩa đệm.
 - + Thoát vị nhân nhầy bị kẹt, đau đột ngột, kèm theo đau thần kinh hông to.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Xquang thường quy cột sống thắt lưng thẳng và nghiêng (tam chứng Barr): gãy góc cột sống thắt lưng, xẹp đĩa đệm, mất đường cong sinh lý.
- Chụp Xquang bao rễ với thuốc cản quang có iod.
- Chụp cắt lớp, kém chính xác hơn MRI.
- Điện cơ giúp phát hiện tổn thương các rễ thần kinh
- + Chụp MRI: là xét nghiệm cao chính xác để chẩn đoán xác định vị trí tổn thương trên hình ảnh phim chụp. Trên phim có thể xác định được thoát vị ra trước, ra sau, sang hai bên hoặc thoát vị nội xóp, tương ứng với định khu trên lâm sàng. Có thể thoát vị một vị trí hoặc đa tầng nhiều vị trí, thường gặp L5-S1.

Các chỉ số huyết học ít có thay đổi.

2. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán dựa vào: có 4/6 dấu hiệu sau.

- Có yếu tố chấn thương.
- Đau cột sống thắt lưng theo kiểu rễ dây.
- Đau tăng khi gắng sức.
- Nghỉ ngơi có đỡ đau.
- Có dấu hiệu bấm chuông.
- Có dấu hiệu Lasegue+.

Phim MRI có dấu hiệu thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Đau các dây thần kinh của chi dưới.
- Đau khớp, khớp cùng chậu, khớp háng.
- Viêm cơ đáy chậu.

4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Chấn thương cột sống vùng thắt lưng.
- Làm việc sai tư thế.
- Thoái hóa, loãng xương, viêm thần đốt, hoặc đau lưng do các bệnh khớp khác.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Thường phối hợp điều trị thuốc, phục hồi chức năng và ngoại khoa.
- Điều trị nội khoa tích cực trong vòng từ 1 đến 3 tháng bệnh nhân không có cải thiện vẫn còn đau nhiều có chỉ định ngoại khoa.

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

- Giai đoạn cấp:
 - + Nằm nghỉ ngơi tại chỗ, trên đệm cứng
 - + Điều trị Vật lý trị liệu bằng hồng ngoại, paraffin, siêu âm, sóng ngắn, điện phân, điện xung, giao thoa...
 - + Bài tập nhẹ nhàng thụ động, chủ động, có kháng và cơ cơ đẳng trương.
- Sau giai đoạn cấp, bệnh nhân đỡ đau: có thể điều trị thêm kéo giãn cột sống thắt lưng gia tăng lỗ liên đốt, giảm chèn ép rễ
- Các bài tập sau mổ thoát vị đĩa đệm:
 - + Sau phẫu thuật 1-7 ngày tập thở, ho, tập gồng cơ tứ đầu và các cơ chi dưới.
 - + Sau 2 tuần cho ngồi với nẹp thắt lưng,
 - + Sau 3 tuần có thể ngồi thẳng.
 - + Bệnh nhân phải mặc áo nẹp trong vòng 3 tháng.
- Hướng dẫn các bài tập tại nhà để giữ cột sống, tư thế lao động tốt.

3. Các điều trị khác

3.1. Điều trị nội khoa

- Thuốc:

+Thuốc giảm đau theo bậc thang của WHO.

+ Thuốc chống viêm không steroid;

Diclofenac viên 50mg, 2 viên /ngày chia 2 lần hay dung ống tiêm bắp 15mg/ngày trong 2- 3 ngày đầu sau đó chuyển sang đường uống.

Meloxicam (Mobic) 2 viên 7,5mg/ngày sau ăn hoặc tiêm bắp 15mg/ngày x 3-5 ngày đầu, sau đó chuyển sang đường uống.

Pirocecam (Felden), Celecoxib (Cerebrex)...và các thuốc chống viêm bôi ngoài da.

+ Thuốc giãn cơ: Myonal, Mydocalm ...

+ Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng chậm (Glucosamin, Viatril-S.), thuốc ức chế IL1 (Artroda) 1-2 viên /ngày.

+ Tiêm Corticoid tại chỗ, tiêm phong bế ngoài màng cứng, tiêm khớp liên mấu.

3.2. Điều trị giải ép đĩa đệm bằng Laser hay sóng Radio cao tần: hay áp dụng cho trường hợp nhẹ lõi đĩa đệm và thoát vị dưới dây chằng dọc sau. Có một số trường hợp có thể gây biến chứng viêm sóng đĩa đệm.

3.3. Can thiệp phẫu thuật: Chỉ sau khi điều trị nội khoa không kết quả, hay có liệt teo cơ, rối loạn cơ vòng, mục đích là giải ép thần kinh.

- Mở hở có tỷ lệ thành công cao, phẫu thuật ít xâm lấn lõi sau, cổ điển.

- Mở qua kính hiển vi có kết quả tương tự mở mở.

- Mở qua nội soi là phương pháp an toàn nhất hiện nay, mở qua lõi sau, tỷ lệ thành công cao không mất máu nhiều bệnh nhân đi lại sớm hơn. Có nhiều phương pháp như bơm ximăng vào thân đốt sống...

+ Cắt đĩa sống vi phẫu.

+ Cắt đĩa sống hàn liên đốt.

+ Cắt nhân qua dao cắt đặc biệt

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Giáo dục tư vấn các bài tập tốt cho cột sống, sửa chữa các tư thế xấu.

Định hướng nghề nghiệp thích hợp với tình trạng bệnh, kiểm tra chụp phim khám sức khỏe định kỳ cho người lao động, cần thiết có thể chụp MRI.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là một bệnh khớp tự miễn diễn biến mạn tính, trong đó số lượng khớp bị viêm và bị hủy hoại có thể rất nhiều, nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ cao bệnh nhân bị VKDT có teo cơ, giảm sức cơ, biến dạng khớp, cứng khớp, giảm sức bền cơ thể do vậy bệnh nhân bị hạn chế vận động nghiêm trọng, thời gian bị bệnh càng dài thì tỷ lệ bệnh nhân mất khả năng lao động càng lớn. VKDT là bệnh viêm khớp mạn tính thường gặp nhất, là nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế trong các bệnh lý cơ xương khớp.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh: Khai thác các thông tin về thời gian xuất hiện đau sưng ở khớp, số lượng khớp sưng đau, tính chất đau, tiến triển bệnh, các phương pháp điều trị đã trải qua...

1.2. Khám lâm sàng

- Đánh giá các tổn thương tại khớp: tính chất đối xứng, ở các khớp ngoại biên, tiến triển từng đợt, có xu hướng nặng dần gây hủy hoại khớp và đầu xương
- Đánh giá các tổn thương ngoài khớp: viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim, rối loạn nhịp tim, tràn dịch màng phổi, xơ phổi, khô kết mạc mắt...
- Đánh giá các tổn thương toàn thân: mệt mỏi, sụt cân, thiếu máu, suy nhược, phù...

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Các xét nghiệm cơ bản: CTM, VSS, CRP, xét nghiệm chức năng gan, thận, XQ thường quy tim phổi, điện tâm đồ.
- Các xét nghiệm đặc hiệu: Yếu tố dạng thấp RF, anti CCP, XQ khớp tổn thương.

2. Chẩn đoán xác định

Theo tiêu chuẩn của Hội Thấp khớp học Hoa kỳ và Liên đoàn chống Thấp Châu Âu:

Dấu hiệu	Điểm
A. Biểu hiện tại khớp	
+ 01 khớp lớn	0
+ 02-10 khớp lớn	01
+ 01-03 khớp nhỏ (có hay không có biểu hiện ở khớp lớn)	03
+ 04-10 khớp nhỏ (có hay không có biểu hiện ở khớp lớn)	04
+ Trên 10 khớp (có ít nhất 01 khớp nhỏ)	05
B- Huyết thanh (ít nhất phải làm một xét nghiệm)	

+ RF âm tính và Anti CCP âm tính	0
+ RF dương tính thấp hoặc anti CCP dương tính thấp	02
+ RF dương tính cao hoặc anti CCP dương tính cao	03
C- Chỉ số viêm giai đoạn cấp (ít nhất phải làm một xét nghiệm)	
+ CRP bình thường hoặc tốc độ máu lắng bình thường	0
+ CRP tăng hoặc tốc độ máu lắng tăng	01
D- Thời gian hiện diện các triệu chứng	
Dưới 6 tuần	0
Trên 6 tuần	01

Chẩn đoán xác định khi điểm 6/10

3. Chẩn đoán phân biệt

- Lupus ban đỏ hệ thống
- Thoái hóa khớp
- Viêm khớp trong bệnh Goutt mạn tính
- Viêm cột sống dính khớp

III. ĐIỀU TRỊ VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

1. Nguyên tắc điều trị và phục hồi chức năng

Mục tiêu điều trị bệnh VKDT là nhằm giảm viêm, giảm đau, hạn chế tổn thương khớp, ngừa biến dạng khớp, duy trì chức năng, duy trì khả năng độc lập trong sinh hoạt hàng ngày, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Ngày nay có rất nhiều tiến bộ trong điều trị nội khoa và ngoại khoa bệnh VKDT giúp cải thiện tiên lượng bệnh, tuy nhiên các biện pháp phục hồi chức năng cho bệnh nhân là rất quan trọng trong bất kỳ giai đoạn và mức độ tiến triển nào của bệnh.

Mục đích điều trị và Phục hồi chức năng

- Bảo vệ khớp.
- Giảm đau, giảm sưng.
- Duy trì và cải thiện tầm vận động khớp, ngừa biến dạng khớp.
- Làm mạnh cơ yếu, tăng cường sức chịu đựng của cơ thể.
- Cải thiện khả năng thăng bằng khi đi lại.
- Cải thiện sức khỏe và tăng cường độc lập trong sinh hoạt

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

2.1. Giai đoạn khớp viêm cấp

- Nghỉ ngơi: cần để các khớp viêm cấp được nghỉ ngơi, giảm vận động ban ngày vì vận động và gắng sức có thể làm tăng sưng đau và tổn thương khớp.
- Duy trì tư thế khớp đúng khi nghỉ: không đặt gối kê dưới khoeo chân, gây co rút gập khi đợt viêm chấm dứt. Các khớp bị viêm ở bàn tay và cổ tay cũng cần cố định ở tư thế đúng khi nghỉ.
- Mang nẹp nghỉ vào ban đêm, cho phép giữ khớp ở tư thế chức năng, và làm giảm sự co rút của gân cơ. Tác dụng hỗ trợ chống viêm và giảm đau của nẹp rất tốt.
- Chườm lạnh các khớp viêm cấp 10-15 phút, 2lần/ngày
- Vận động tập: vận động thụ động nhẹ nhàng các khớp háng, gối, vai ngửa dính khớp, teo cơ, đặt khớp cổ, bàn tay và ngón tay trong máng bột hay nẹp nhựa ở tư thế cổ tay duỗi 20° , khớp bàn đốt gập 45° , khớp liên đốt gập 30° , khớp liên đốt xa gập 20° , ngón cái duỗi và dạng. Khuyến khích người bệnh nằm sấp, gồng cơ tứ đầu đùi, cơ mông. Vận động thụ động nhẹ nhàng cổ chân và các ngón chân.

2.2. Giai đoạn khớp viêm bán cấp

- Khớp cổ, bàn, ngón tay: Giảm đau bằng ngâm paraffin hay bồn nước xoáy, vận động chủ động có trợ giúp để duy trì và tăng tầm vận động của bàn tay và các ngón tay, vận động có đề kháng bằng tay hay dụng cụ để tăng lực cơ. Tập luyện chức năng bàn tay nhất là chức năng cầm nắm. Kéo giãn nhẹ các gân cơ co cứng nhưng không làm quá mức.
- Khớp vai: Dùng nhiệt sâu để giảm đau, thư giãn bao khớp. Vận động có trợ giúp để tăng tầm vận động khớp nhất là dạng và xoay. Vận động chủ động tự do duy trì lực cơ vùng vai, tay.
- Khớp háng và gối: Giảm đau bằng nhiệt sâu, vận động chủ động có trợ giúp để duy trì tầm vận động, tập mạnh cơ tứ đầu đùi, cơ duỗi hông. Tập di chuyển với nạng gây trợ giúp, đặt máng bột sau gối mỗi đêm.
- Khớp cổ, bàn chân: Giảm đau bằng nhiệt, vận động chủ động có trợ giúp khớp cổ chân nhất là gập gót. Kéo giãn gân cơ nếu co rút. Tập di chuyển với nạng.

2.3. Giai đoạn mạn tính

- Thực hiện các bài tập kéo giãn ngửa co rút biến dạng khớp, các bài tập chủ động có đề kháng tăng thể tích cơ và lực cơ. Tăng cường thể lực bằng các bài tập vận động tự do có đề kháng (chú ý giảm sức tỳ lên mặt khớp lớn, khớp chịu lực)
- Thực hiện các bài tập Hoạt động trị liệu tăng cường khả năng và các cử động khéo léo của hai bàn tay.
- Đi bộ nhẹ nhàng, bơi lội, đạp xe đạp, thể dục nhịp điệu để tăng cường sức bền của cơ thể.

- Chương trình tập cần tăng tiến từ từ, không làm sưng đau hay khởi phát tiến trình viêm khớp.

3. Điều trị thuốc

- Các thuốc kháng viêm không steroid: lưu ý khi dùng dài ngày hay bệnh nhân già yếu, có tiền sử tim mạch, dạ dày, cần theo dõi chức năng gan, thận.
- Corticoid: sử dụng ngắn hạn trong lúc chờ đợi thuốc điều trị căn bản có hiệu lực
- Thuốc điều trị căn bản: Methotrexat, Sulfasalazin, Hydrocloroquin.
- Các thuốc kháng thấp sinh học: Ức chế TNF α , kháng Interleukin 6, kháng Lympho B...

4. Điều trị khác

- **Điều trị ngoại khoa:** Chỉnh hình khớp, thay khớp nhân tạo
- **Điều trị y học dân tộc:** Châm cứu, thuốc nam trong giai đoạn bệnh ổn định hỗ trợ làm thuyên giảm triệu chứng viêm, giảm liều các thuốc chống viêm

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Bệnh nhân phải được theo dõi trong suốt quá trình điều trị, xét nghiệm định kỳ bilan viêm, chức năng gan thận, XQ phổi và đánh giá tiến triển bệnh theo DAS 28, đánh giá chức năng theo thang điểm Quality of life (QOL) hoặc Health Assessment Questionnaire (HAQ).

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Khái niệm

- Viêm cột sống dính khớp (VCSDK) là một bệnh viêm khớp mạn tính, đặc trưng bởi tổn thương tại cột sống và khớp cùng chậu. Bệnh tiến triển chậm, có xu hướng dính khớp, thường phối hợp với viêm các điểm bám gân.
- Cơ chế bệnh sinh của bệnh VCSDK hiện nay chưa được biết rõ, tuy nhiên bệnh VCSDK có mối liên quan chặt chẽ với kháng nguyên HLA-B27 (gặp trong 75-90% bệnh nhân). Yếu tố gen (tính chất gia đình 3-10%) và các tác nhân nhiễm khuẩn có vai trò nhất định. Bệnh thường gặp ở nam giới (80-90%), trẻ tuổi.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Biểu hiện lâm sàng hay gặp nhất ở bệnh nhân VCSDK là đau cột sống thắt lưng, kèm theo cảm giác cứng cột sống, hạn chế vận động cột sống và viêm các khớp ngoại vi chủ yếu là các khớp lớn ở chi dưới.
- Triệu chứng tại khớp:
 - + Đau cột sống lưng và/hoặc thắt lưng, đau khớp cùng chậu, đau kiểu viêm, có cứng khớp.
 - + Viêm các khớp khác, có thể 1 bên hoặc đối xứng cổ chân, gối, khớp háng, cổ vai...
 - + Viêm các điểm bám tận của gân.
- Biểu hiện ngoài khớp và bệnh kèm theo: có thể có các biểu hiện ngoài khớp như vẩy nến, viêm màng bồ đào, viêm ruột mạn tính, hở van động mạch chủ, thiếu máu.
- Các biểu hiện toàn thân: sốt nhẹ, mệt mỏi, giảm cân
- Tiền sử gia đình: phát hiện yếu tố gen
- Tiền sử bệnh tật: phát hiện các triệu chứng dương tính và âm tính để giúp chẩn đoán xác định bệnh.
- Khả năng thực hiện các hoạt động chức năng (di chuyển và sinh hoạt hàng ngày), lao động, nghề nghiệp, vui chơi giải trí.
- Các thông tin về gia đình, hoàn cảnh sống, điều kiện kinh tế - xã hội...

1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Quan sát hình dáng, độ cân xứng của cơ thể, dáng đi để phát hiện đánh giá các biến dạng gù, vẹo cột sống, các biến dạng khớp háng, gối, cổ chân.

- Đánh giá độ dẫn cột sống thắt lưng (nghiệm pháp Schober) và toàn bộ cột sống (nghiệm pháp Stibor), vận động nghiêng, xoay cột sống.
- Nghiệm pháp ép, dẫn cánh chậu nhằm xác định có viêm khớp cùng chậu hay không.
- Đo độ giãn nở lồng ngực, tầm vận động khớp vai, giúp dự báo chức năng hô hấp
- Đo tầm vận động các khớp háng, gối, cổ chân nếu có đau, viêm.
- Lượng giá cơ lực của các nhóm cơ chi dưới, cơ mông.
- Các thăm khám về thần kinh: giúp xác định có biểu hiện chèn ép tủy hoặc rễ, dây thần kinh hay không
- + Phản xạ gân gối, gót chân hai bên
- + Thăm khám về cảm giác: phát hiện các rối loạn mất hoặc giảm cảm giác, hoặc các dị cảm, tê bì...
- + Chức năng vận động
- + Chức năng ruột / bàng quang.
- Đánh giá mức độ đau theo thang điểm NRC, VAS.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Chẩn đoán hình ảnh: chụp Xquang tiêu chuẩn là xét nghiệm quan trọng nhất trong chẩn đoán xác định bệnh và giai đoạn bệnh: chụp Xquang quy ước cột sống (tư thế thẳng và nghiêng), chụp khung chậu thẳng, chụp các khớp ngoại vi khi có viêm.

Dấu hiệu sớm: viêm khớp cùng chậu 2 bên giai đoạn 3 (hẹp nhiều, có chỗ dính) và giai đoạn 4 (dính hoàn toàn không còn ranh giới).

Giai đoạn muộn: khớp háng có hình hẹp khe khớp, diện khớp mờ, khuyết xương, dính khớp. Cột sống: hình ảnh cầu xương, dài xơ dọc cột sống.

- Chụp cộng hưởng từ (MRI) khớp cùng chậu có giá trị trong chẩn đoán bệnh ở giai đoạn sớm và các trường hợp viêm cột sống dính khớp có dấu hiệu chèn ép tủy.
- Xét nghiệm máu: các chỉ số về bằng chứng viêm như máu lắng tăng, protein C phản ứng (CRP) tăng ở đa số bệnh nhân viêm cột sống dính khớp nhưng ít có giá trị chẩn đoán.
- Xét nghiệm miễn dịch: Waaler Rose, kháng thể kháng nhân, tế bào Hargraves phản lớn âm tính, có giá trị chẩn đoán phân biệt với các bệnh khớp khác.
- + HLA-B27: tỷ lệ dương tính là 75-90%, nhưng không phải xét nghiệm thường quy để chẩn đoán bệnh và tiên lượng bệnh. Tuy nhiên, đây là xét nghiệm cần thiết góp phần quan trọng vào chẩn đoán xác định bệnh viêm cột sống dính khớp ở những bệnh nhân chưa đủ tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh viêm cột sống dính khớp trên lâm sàng.
- Chức năng hô hấp: khi độ giãn lồng ngực giảm làm ảnh hưởng đến chức năng hô hấp

- Đo mật độ xương: chỉ định khi bệnh diễn biến lâu, hạn chế vận động nhiều và theo dõi tác dụng phụ của thuốc.
- Xét nghiệm dịch khớp: khi tràn dịch khớp gối, dịch khớp biểu hiện viêm không đặc hiệu, có giá trị phân biệt với các bệnh lý viêm nhiễm khác.

2. Chẩn đoán xác định: Tiêu chuẩn New York sửa đổi 1984

- Tiêu chuẩn lâm sàng
 - + Đau thắt lưng 3 tháng trở lên, cải thiện khi luyện tập, không giảm khi nghỉ
 - + Hạn chế vận động cột sống thắt lưng cả mặt phẳng đứng và nghiêng
 - + Giảm độ giãn lồng ngực (dưới hoặc bằng 2,5cm)
- Tiêu chuẩn X quang
 - + Viêm khớp cùng chậu giai đoạn ≥ 2 hai bên hoặc giai đoạn 3 - 4 một bên
 - + Xác định VCSDK khi có tiêu chuẩn X quang kèm theo ít nhất một tiêu chuẩn lâm sàng

Tiêu chuẩn New York sửa đổi 1984 chỉ ứng dụng cho thể cột sống và chẩn đoán bệnh ở giai đoạn toàn phát, nhưng không thể sử dụng chẩn đoán ở giai đoạn sớm do hình ảnh viêm khớp cùng chậu trên X quang không phải dấu hiệu sớm của bệnh. Khi đó cộng hưởng từ có giá trị nhất trong việc phát hiện viêm khớp cùng chậu, với hình ảnh tăng tín hiệu trên STIR của dây chằng khớp cùng chậu, có thể kèm theo hình bào mòn và xơ xương ở T1.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh Forestier: xơ hóa dây chằng quanh đốt sống và có cầu xương nhưng không có biểu hiện viêm.
- Thoái hóa cột sống: thường gặp ở tuổi trung niên. Đau có tính chất cơ học, giảm khi nghỉ ngơi, các xét nghiệm máu không có biểu hiện viêm. XQ có hình ảnh đặc xương dưới sụn, hẹp khe đĩa đệm, gai xương thân đốt sống, không có tổn thương khớp cùng chậu.
- Viêm đốt sống do vi khuẩn (bệnh nhân sốt, rất đau vùng đốt sống bị tổn thương, chụp Xquang có hình ảnh tổn thương thân đốt sống...)
- Các bệnh khớp khác: lao khớp háng, gút, thoái hóa khớp háng, khớp gối...

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Kiểm soát đau và viêm.
- Duy trì tầm vận động khớp và cột sống, đề phòng các thương tật thứ phát như teo cơ, cứng khớp, biến dạng khớp, cột sống.
- Đảm bảo chức năng hô hấp, tim mạch.

- Duy trì và cải thiện các chức năng vận động, di chuyển và các hoạt động sinh hoạt hàng ngày.
- Nâng cao chất lượng cuộc sống, vui chơi giải trí, lao động và hướng nghiệp, hòa nhập xã hội cho bệnh nhân

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

Vận động giữ một vai trò rất quan trọng trong quá trình điều trị nhằm hạn chế teo cơ, dính khớp, bảo toàn và duy trì chức năng vận động cột sống, các khớp. Tư vấn, giáo dục cung cấp đầy đủ các thông tin về bệnh tật và hướng dẫn cho người bệnh các bài tập vận động cần thiết cũng như các tư thế đúng: nằm ngủ trên nền cứng với gối mỏng hoặc không có gối, không ngồi xổm, không mang vác nặng. Mỗi giai đoạn bệnh có các biện pháp điều trị và tập luyện khác nhau.

2.1. Giai đoạn cấp tính

- Trong giai đoạn bệnh tiến triển cấp tính: đau, hạn chế vận động cột sống nhiều, viêm các khớp ngoại biên, người bệnh phải được nghỉ ngơi, vận động nhẹ nhàng, tránh các bài tập khớp quá nặng. Đặt tư thế đúng, tránh các tư thế gập cột sống hoặc gây co rút các khớp sau này. Có thể sử dụng các nẹp chỉnh hình, hỗ trợ duy trì tư thế đúng cho các khớp.
- Sử dụng các phương pháp vật lý trị liệu như nhiệt nóng nhẹ, nhiệt lạnh, điện xung giảm đau, siêu âm, thích hợp với vị trí khớp tổn thương, kết hợp thủy trị liệu có tác dụng chống viêm, giảm phù nề, giảm đau tại chỗ.
- Vận động trị liệu: Các kỹ thuật xoa bóp, di động khớp, di động mô mềm, các bài tập thụ động, chủ động giúp duy trì tầm vận động và độ đàn hồi của gân, cơ, khớp, cải thiện tính linh hoạt của các cấu trúc mô mềm, đồng thời cũng có tác dụng giảm đau, giảm viêm, tạo sự thư giãn cơ.
- Các kỹ thuật tập thở sâu, nhất là thở ngực (thở liên sườn), các bài tập đai vai để duy trì độ giãn nở lồng ngực.

2.2. Giai đoạn bán cấp và mạn tính

- Các bài tập chủ động, có kháng trở tăng tiến để tăng cường sức mạnh cơ, bài tập di động khớp và kéo giãn giúp gia tăng tầm vận động các khớp.
- Bài tập vận động cột sống cổ, ngực và thắt lưng: duy trì và cải thiện các hoạt động gập, duỗi, nghiêng và xoay thân, tăng cường sức mạnh nhóm cơ duỗi lưng.
- Luyện tập chỉnh sửa tư thế và dáng đi, kiểm soát vận động của khung chậu.
- Hoạt động trị liệu giúp người bệnh độc lập tối đa trong các sinh hoạt hàng ngày và di chuyển, có thể chỉ định các dụng cụ trợ giúp, thích nghi như nẹp chỉnh hình, khung tập đi...
- Các bài tập sức bền, tăng cường chức năng tim mạch hô hấp, các hoạt động thể thao như bơi lội, đi bộ, đạp xe...

- Chương trình tập vận động có thể được thiết kế theo cá nhân hoặc theo nhóm.

3. Điều trị thuốc

- Thuốc chống viêm không steroide là lựa chọn đầu tiên, nên lựa chọn thuốc ức chế chọn lọc COX2 kết hợp với thuốc giảm đau và giãn cơ vân.

- Thuốc giảm đau: phối hợp thuốc giảm đau bậc 1-2 theo sơ đồ sử dụng thuốc giảm đau của WHO.

- Glucocorticoids

+ Tiêm corticosteroids tại chỗ: chỉ định với các trường hợp viêm các điểm bám gân hoặc các khớp ngoại biên có tình trạng viêm kéo dài. Nếu là khớp háng, nên tiêm dưới hướng dẫn của siêu âm.

+ Sử dụng corticosteroids toàn thân: không có chỉ định. Trừ trường hợp không đáp ứng với thuốc CVKS có thể dùng corticosteroids toàn thân ngắn ngày.

- Thuốc chống thấp khớp làm thay đổi bệnh (DMARD): Sulfasalazin: chỉ định cho thể có viêm khớp ngoại biên. Liều 2-4g/ngày, kéo dài nhiều năm

- Điều trị thuốc kháng TNF (DMARD sinh học)

+ Chỉ định thuốc kháng TNF cho các thể bệnh hoạt động dai dẳng, không đáp ứng với phác đồ điều trị thông thường.

+ Bệnh nhân VCSDK thể cột sống: điều trị thuốc kháng TNF kết hợp với thuốc chống viêm giảm đau, không kết hợp với nhóm DMARD kinh điển (Sulfasalazine, Methotrexate)

+ Các thuốc kháng TNF α : Infliximab (RemicadeR), Etanercept (EnbrelR), Adalimumab. Cần loại trừ các chống chỉ định trước khi quyết định điều trị: nguy cơ nhiễm trùng, bệnh lao, suy tim, khối u ác tính, bệnh máu và nhiễm virus...

4. Các điều trị khác

- Thay khớp nhân tạo (khớp háng, gối)

- Phẫu thuật chỉnh hình đối với cột sống: khi có gù vẹo, lún xẹp, gãy cột sống

- Can thiệp thay đổi nhận thức - hành vi, tâm lý trị liệu giúp bệnh nhân kiểm soát tốt hơn tình trạng đau mạn tính, hòa nhập xã hội.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Bệnh nhân viêm cột sống dính khớp cần tái khám hàng tháng. Tùy theo tình trạng bệnh nhân (về lâm sàng và xét nghiệm), cần điều chỉnh liều thuốc chống viêm, thuốc giảm đau, điều trị cơ bản, thuốc hỗ trợ điều trị (thuốc chống loãng xương, thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày...)

- Trường hợp nếu một thay đổi đáng kể trong quá trình của bệnh xảy ra, ngoài nguyên nhân do viêm, có thể có các tình trạng bất thường (ví dụ gãy xương cột sống), cần chỉ định các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh thích hợp.
- Chương trình phục hồi chức năng, chế độ tập luyện cần được lượng giá lại định kỳ 3-6 tháng để đánh giá mức độ cải thiện hoặc hạn chế chức năng, đưa ra mục tiêu phù hợp và hướng dẫn bệnh nhân các kỹ thuật chương trình tập tốt nhất.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM PHẾ QUẢN MẠN TÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm phế quản mãn là tình trạng tăng tiết dịch nhầy của niêm mạc phế quản gây ho và khạc đờm liên tục hoặc tái phát từng đợt (khoảng 3 tuần) ít nhất 3 tháng trong một năm và ít nhất 2 năm liên.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

Viêm phế quản mãn tính là bệnh của người lớn tuổi (trên dưới 50 tuổi); phần lớn là nam giới có nghiện thuốc lá, thuốc lào. Khó biết bệnh bắt đầu từ lúc nào. Khi bệnh đã rõ thì có những triệu chứng chính:

- Ho và khạc đờm: Thường vào buổi sáng như rửa phế quản, đờm có thể nhầy, trong, dính hoặc màu xanh, vàng đục như mủ. Lượng đờm trong 24 giờ khoảng 200 ml, mỗi đợt ho và khạc đờm kéo dài khoảng 3 tuần nhất là những tháng mùa đông, đầu mùa thu.
- Đợt cấp thỉnh thoảng nặng lên, trong đợt cấp có những triệu chứng chính như: Ho, khạc đờm có mủ, khó thở như hen, có thể có biểu hiện nhiễm khuẩn nhưng thường kín đáo.

1.2. Khám lâm sàng: Trong đợt cấp nghe phổi có ran rít, ran ngáy và ran ẩm, rì rào phế nang giảm.

1.3. Chỉ định xét nghiệm

- Xét nghiệm máu thường quy
- Xét nghiệm đờm
- Thăm dò chức năng hô hấp
- Chụp XQuang thường quy

2. Chẩn đoán xác định: Dựa vào

- Hỏi bệnh: Gặp ở nam giới có nghiện thuốc lá, thuốc lào, ho và khạc đờm thường về buổi sáng, từng đợt khoảng 3 tuần, mỗi năm 3 tháng và ít nhất 2 năm liên.
- Có từng đợt kịch phát.
- XQuang: Rốn phổi 2 bên đậm

3. Chẩn đoán nguyên nhân

Thuốc lá, thuốc lào: hút nhiều điếu trong ngày, nhiều năm

Nghề nghiệp: Công nhân thợ mỏ than, mỏ đá...và những nghề tiếp xúc với nhiều bụi vô cơ và hữu cơ.

Các ổ nhiễm khuẩn đường hô hấp trên.

Phát hiện di truyền và cơ địa dị ứng.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

Dẫn lưu tư thế, xoa bóp, vỗ rung lồng ngực, kháng sinh, vitamin nâng cao thể trạng, có triệu chứng suy hô hấp co thắt phế quản cho thở oxy, thuốc giãn phế quản.

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

- Dẫn lưu tư thế:

+ Mục đích: Phòng tích tụ các chất tiết đờm rãi và dẫn lưu các dịch đờm bị ứ ra ngoài.

-Tập thở:

+ Mục đích: Làm tăng thông khí phổi

- Kỹ thuật vỗ lồng ngực:

+ Mục đích: Kỹ thuật gõ áp dụng trên thành ngực ở vị trí tương ứng với các phân thùy phổi có chỉ định dẫn lưu. Mục đích của kỹ thuật là làm rung cơ học và làm long đờm ứ đọng. Gõ sẽ tạo nên sang cơ học tác động qua thành ngực chuyển vào phổi.

- Kỹ thuật rung lồng ngực:

+ Mục đích: Kỹ thuật rung lồng ngực được tiến hành sau khi gõ xong hoặc xen kẽ trong thời gian dẫn lưu tư thế hoặc xen kẽ với gõ. Rung có tính chất cơ học làm long đờm và đờm di chuyển vào phế quản rộng lưu và thoát ra ngoài.

3. Các điều trị hỗ trợ khác

Thuốc: điều trị theo phác đồ

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Các chỉ số cần theo dõi:

+ Chỉ số sinh tồn: (M, T°, HA)

+ Nhịp thở

+ Theo dõi dịch đờm: Số lượng, màu sắc, mật độ.

- Thời gian khám lại

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT-**COPD**) là một bệnh có đặc điểm tắc nghẽn lưu lượng khí thở ra, không hồi phục hoặc chỉ hồi phục một phần, tiến triển, thường có tăng phản ứng đường thở, do viêm phế quản mạn tính và khí phế thũng gây ra. Có thể coi BPTNMT là một loại bệnh do biến chứng của viêm phế quản mạn tính, khí phế thũng và hen phế quản ở mức độ không hồi phục, là loại bệnh mạn tính nặng.

- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là một bệnh phổ biến trên thế giới. Ở Mỹ (1995) có khoảng 14 triệu người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với tỷ lệ dao động từ 4-6% ở nam và 1-3% ở nữ. Ở Châu Âu (2010) tỷ lệ của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính từ 23-41% ở những người nghiện thuốc lá, tỷ lệ nam/ nữ là 10/1. Tỷ lệ BPTNMT chung trong dân số thế giới (2010) khoảng 2- 4%, trong đó ở nam giới trên 75 tuổi tỷ lệ này là 10%. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính gây tử vong đứng hàng thứ 5 trong các nguyên nhân gây tử vong trên thế giới.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh: Khai thác tiền sử hút thuốc lá hoặc thuốc lào của bệnh nhân, các dấu hiệu ho dai dẳng, tăng tiết đờm, khó thở nhất là khó thở khi gắng sức, có nhiều đợt nhiễm trùng hô hấp, các thuốc đã dùng.

1.2. Khám lâm sàng: Chủ yếu gặp 2 thể của BPTNMT:

- Thể thổi hồng (Typ PP Pink Puffer): khí phế thũng chiếm ưu thế, có đặc điểm: người gầy, khó thở là chủ yếu, ít ho khạc đờm, ít bị nhiễm khuẩn phế quản, tâm phế mạn xuất hiện muộn (thường bị ở giai đoạn cuối) phù không rõ, ngực hình thùng, rút lõm cơ ức đòn chũm, gõ vang, rì rào phế nang giảm.

- Thể xanh phì (Typ BB Blue bloater): viêm phế quản mạn tính chiếm ưu thế thường ở người béo bệu, tím tái, ho khạc đờm nhiều năm rồi mới khó thở, hay có nhiễm khuẩn phế quản, hay gặp những đợt suy hô hấp, tâm phế mạn xuất hiện sớm: phù mắt cá chân, gan to, tĩnh mạch cổ nổi, hay kèm theo hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ.

1.3. Chỉ định các xét nghiệm cận lâm sàng

- Xét nghiệm chức năng hô hấp: Đo phế dung có thể phát hiện BPTNMT trước khi có triệu chứng. Xét nghiệm này cũng được dùng để theo dõi tiến triển bệnh và hiệu quả điều trị.

- Chụp X quang tim phổi để phát hiện khí phế thũng cũng như loại trừ các bệnh khác ở phổi hoặc suy tim.

- Phân tích khí máu động mạch để đánh giá lượng oxy được phổi đưa vào máu và lượng khí cacbonic thải ra.

- Xét nghiệm đờm phân tích các tế bào giúp xác định nguyên nhân, loại trừ một số dạng ung thư phổi.
- Chụp cắt lớp vi tính có thể giúp phát hiện khí phế thũng và xác định những bệnh nhân có thể phẫu thuật

2. Chẩn đoán xác định

- Bệnh nhân trên 40 tuổi, thường là nam giới, tiền sử hút thuốc lâu năm.
- Ho, khạc đờm, khó thở trên 2 năm, đờm nhầy, nặng hơn vào mùa lạnh
- Khó thở gắng sức khởi phát âm thầm, kèm rít, nặng ngực
- Tiền sử hay có đợt nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính.
- Xquang phổi: có thể có hội chứng phế quản, khí phế thũng.
- Đo thông khí phổi: tắc nghẽn lưu lượng thở không hồi phục ($FEV_1 < 80\%$ số lý thuyết, test hồi phục phế quản âm tính).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Hen phế quản: khó thở từng cơn tái diễn, cơn khó thở tự khỏi hoặc hết sau khi dùng thuốc giãn phế quản, đo thông khí phổi có rối loạn tắc nghẽn hồi phục, test hồi phục phế quản (+).
- Tắc nghẽn đường thở trên, thoái hóa nhầy nhớt và viêm tiểu phế quản tận cùng, lao phổi, dẫn phế quản: ho, khạc đàm nhầy mủ nhiều
- Suy tim trái, hẹp hai lá: ho, khó thở nhưng ít khạc đờm

4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Khí phế thũng gây viêm, phá hủy thành phế nang và các sợi chun, khiến các tiểu phế quản bị xẹp xuống khi thở ra và làm giảm lượng khí lưu thông trong phổi.
- Viêm phế quản mạn tính gây viêm và chít hẹp phế quản và tiểu phế quản, tăng tiết đờm khiến phế quản bị bít tắc.
- Khói thuốc lá và các chất kích ứng khác: đa số trường hợp tổn thương phổi dẫn tới BPTNMT là do hút thuốc lá lâu ngày gây ra, nhưng nhiều chất kích ứng khác cũng có thể gây BPTNMT như ô nhiễm không khí và khói bụi nghề nghiệp.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị và phục hồi chức năng

Mục tiêu của quản lý, điều trị và phục hồi chức năng bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là ngăn ngừa sự tiến triển của bệnh, giảm tần suất các đợt bệnh cấp tính kịch phát, quản lý stress, cải thiện sức khỏe tổng quát, tăng cường khả năng tham gia các hoạt động thường nhật và tăng cường chất lượng cuộc sống

- Giáo dục bệnh nhân bao gồm theo dõi bỏ thuốc lá

- Ngăn ngừa và kiểm soát stress, tức giận
- Điều trị thuốc giãn phế quản
- Khuyến khích tập luyện thể chất, tập ho hiệu quả, thay đổi lối sống, tăng sức bền cơ thể
- Theo dõi chặt chẽ và quản lý chương trình điều trị.

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

Phục hồi chức năng hô hấp toàn diện làm giảm thời gian nằm viện, tăng sức bền cơ thể, giảm khó thở, tăng khả năng tham gia các hoạt động hàng ngày.

- Phục hồi sự gắng sức: bài tập chủ động tự do tay chân, đạp xe đạp hoặc đi bộ là các biện pháp thể lực rất tốt để phục hồi sự gắng sức của người bệnh. Số lần tập và thời gian mỗi lần tập có thể thay đổi nhưng phải đủ 30 - 60 phút mỗi ngày chia làm 1 - 2 lần trong ngày và 3 - 5 ngày mỗi tuần, tập luyện phải được duy trì thường xuyên trong một thời gian dài.
- Tập các kỹ thuật thở giúp kiểm soát nhịp thở và tránh hụt hơi, tăng lượng khí vào phổi, tiết kiệm sức khi thở, cải thiện khả năng vận động, tăng kiểm soát xúc cảm: Thở chúm môi, ngưng thở cuối kỳ hít vào, thở bụng và thở ngực bụng.
- Làm sạch phổi: tập ho chủ động và thở ra mạnh, gắng sức giúp khạc đờm dễ dàng hơn mà không mất sức. Thực hiện với tư thế ngồi, hơi nghiêng người về phía trước.
- Tư thế tốt, thuận lợi cho hô hấp khi ngồi, khi đứng, làm giảm khó thở
- Tránh hao phí năng lượng, hỗ trợ cho hô hấp bằng cách sử dụng năng lượng cơ thể một cách hiệu quả, cải thiện bệnh tốt khi việc luyện tập được thực hiện ở cường độ gần với ngưỡng gây khó thở, tất cả các hoạt động không gây kiệt sức luôn có lợi cho bệnh nhân.

3.3. Thuốc

- Chống nhiễm khuẩn phế quản khi có dấu hiệu nhiễm khuẩn bằng kháng sinh
- Thuốc giãn phế quản: dùng thuốc kháng Cholinergic cứ 4 -6 giờ khí dung hoặc xịt hít 1 lần. Nếu nặng có thể tiêm Diaphylin tĩnh mạch + Corticoid đường tiêm, uống, khí dung.
- Nếu có tâm phế mạn: điều trị suy tim kết hợp.

3.4. Các điều trị khác

- **Thở oxy:** lưu lượng 2 lít/phút, để duy trì $\text{SaO}_2 \geq 90\%$, $\text{PaO}_2 \geq 60\text{mmHg}$. Nếu có suy hô hấp nặng, bệnh nhân rối loạn ý thức, tím tái, toan hô hấp mất bù cần phải thở máy.
- **Điều trị phẫu thuật:** ghép phổi, phẫu thuật cắt bỏ bóng khí thũng, phẫu thuật giảm thể tích phổi.
- **Thay đổi lối sống:** Ngưng hút thuốc lá, tránh những xúc cảm quá mức như quá buồn, quá vui hoặc bức tức, căng thẳng, sống lạc quan và hoạt động tối đa trong điều kiện sức khỏe cho phép, cố gắng giảm ô nhiễm nơi làm việc và nơi sống.

- **Cải thiện tình trạng dinh dưỡng:** ăn uống đầy đủ, chú ý tránh các thức ăn dễ gây dị ứng như tôm, thịt gà, bò... hoặc những thực phẩm, đồ uống nào mà trước đây bệnh nhân đã bị dị ứng.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Tái khám thường xuyên để theo dõi đều đặn chức năng phổi
- Ngăn chặn và quản lý các đợt viêm cấp kịch phát làm giảm chức năng phổi, cải thiện triệu chứng

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Khái niệm: bình thường trong khoang màng phổi có chứa vài ml dịch lỏng để hai lá thành và lá tạng trượt lên nhau dễ dàng. Trong trường hợp bệnh lý có tích đọng dịch trong khoang màng phổi gọi là tràn dịch màng phổi.

2. Cơ chế bệnh sinh gây tràn dịch màng phổi:

- Thay đổi tính thấm mao mạch.
- Thay đổi áp lực keo trong huyết tương.
- Thay đổi áp lực thủy tĩnh của mạch máu.
- Thay đổi sự lưu thông hệ bạch mạch.

Tùy theo cơ chế gây ra tràn dịch màng phổi dịch thấm hay dịch tiết

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

1.2. Khám lâm sàng

Tùy theo nguyên nhân gây tràn dịch mà có triệu chứng của bệnh lý đi kèm.

- Triệu chứng cơ năng

- + Đau ngực
- + Khó thở: tùy vào mức độ tràn dịch.
- + Ho: thường ho khan, ho khi thay đổi tư thế .

- Triệu chứng thực thể

- + Nhìn: lồng ngực bên tràn dịch nhô lên, khoang liên sườn giãn rộng.
- + Sờ: rung thanh giảm hoặc mất.
- + Gõ: đục.
- + Nghe: rì rào phế nang giảm hoặc mất.

1.3. Chỉ định các xét nghiệm cận lâm sàng

- Xquang: tràn dịch màng phổi tự do.
- + Tràn dịch màng phổi ít: tù góc sườn hoành.
- + Tràn dịch màng phổi trung bình: đường cong Damoiseau.
- + Tràn dịch màng phổi nhiều: mờ một bên phổi, đẩy tim và trung thất sang bên đối diện.

- Siêu âm: phát hiện tràn dịch màng phổi ít hoặc khu trú, vách hóa.
- Chụp cắt lớp vi tính: xác định chính xác vị trí dịch và các tổn thương đi kèm.
- Chọc dò màng phổi: có dịch, lấy dịch làm xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân.

2. Chẩn đoán xác định

- Hội chứng 3 giảm.
- XQ có hình ảnh tràn dịch màng phổi.
- Chọc dò khoang màng phổi có dịch.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm phổi.
- Viêm màng phổi dày dính.
- Xẹp phổi: XQ trung thất bị co kéo về bên xẹp.
- Apxe dưới cơ hoành: cơ hoành bị đẩy lên cao.
- Vô sản phổi: bẩm sinh trong thời kỳ bào thai, một bên phổi không phát triển.

4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Viêm mủ màng phổi.
- Tắc mạch phổi.
- Tràn máu màng phổi.
- Dịch thấm: suy tim, hội chứng thận hư, xơ gan, suy dinh dưỡng thường tràn dịch màng phổi 2 bên.
- Dịch tiết:
 - + Nhiễm trùng: do viêm phổi, do lao.
 - + Ung thư phổi: ung thư màng phổi nguyên phát, ung thư di căn màng phổi.
 - + Bệnh hệ tạo keo.
 - + Tràn dưỡng chấp màng phổi: tắc mạch bạch huyết trung thất.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

Dựa vào sinh lý học, sinh lý bệnh và diễn biến của dịch tràn màng phổi mà từ đó thiết lập ra mục tiêu và chương trình điều trị

2. Các phương và kỹ thuật phục hồi chức năng

2.1. Giai đoạn 1: Giai đoạn cấp

*** Mục tiêu:**

- Giúp cho sự tiêu dịch màng phổi.
- Ngăn cản sự xuất hiện dây dính màng phổi.
- Chống dây dính góc sườn hoành.
- Ngăn cản sự tạo kén màng phổi.
- Sửa tư thế giảm đau.

*** Chương trình điều trị:**

- Tư thế tốt: thay đổi tư thế để tránh đọng dịch gây dây dính màng phổi.
- + Tư thế (1): nằm nghiêng bên lành và phía dưới có chêm gối, tay bên tràn dịch màng phổi đưa lên cao để kéo giãn sườn bên tràn dịch, hông bên tràn dịch duỗi thẳng.
- + Tư thế (2): xoay người ra phía sau $\frac{3}{4}$.
- + Tư thế (3): xoay người ra phía trước $\frac{3}{4}$.
- Ưu tiên sự thở ra dài, hít vào là thụ động. Sự thở ra dài sẽ làm gia tăng áp suất màng phổi tạo ra một nồng độ áp suất thủy tĩnh thích hợp cho sự tiêu dịch.
- Khuyến bệnh nhân không nên nằm nghiêng về bên tràn dịch vì sẽ gây ra sự lắng đọng dịch làm dây dính màng phổi và không nên nằm ngửa thường xuyên với tư thế giảm đau sẽ làm lồng ngực không mở rộng, làm teo cơ gian sườn và xẹp ngực bên tràn dịch.

2.2. Giai đoạn 2: Giai đoạn tiêu dịch và dây dính màng phổi*** Mục tiêu**

- Sửa tư thế giảm đau.
- Giảm sự co thắt cơ hô hấp.
- Đạt sự giãn nở của khoang liên sườn bên tràn dịch.
- Gia tăng và cải thiện chức năng hô hấp.
- Sửa tư thế vẹo cột sống và đai vai.

*** Chương trình điều trị**

- Thư giãn: hướng dẫn người bệnh cách thư giãn các cơ hô hấp phụ. Các cơ hô hấp cần ở tư thế tự do thoải mái, giãn nghỉ trước khi tập thở.
- Tập thở cơ hoành ở các tư thế: nằm ngửa, nằm nghiêng bên tràn dịch, nằm sấp, bò, ngồi, đứng, đi.
- Tập thở ngực khu trú vùng tổn thương.
- Tập thở ngực với sự kéo dẫn bằng tay, dây đai.
- Tập thở ngực với sự phối hợp bằng tay.

- Hướng dẫn người bệnh tự tập thở, khuyến bệnh nhân thường xuyên tập thở.

3. Các điều trị hỗ trợ khác

- Điều trị các nguyên nhân gây tràn dịch.

- Nếu tràn mủ màng phổi: kháng sinh, chọc rửa màng phổi hằng ngày với NaCl 9⁰/₀₀. Có thể bơm vào khoang màng phổi các thuốc Streptokinase hoặc Urokinase làm tiêu sợi huyết, mủ.

- Điều trị bệnh toàn thân.

- Nếu tràn dịch màng phổi do ung thư: Dịch tái phát nhiều liên tục nội soi gây dính khoang màng phổi, điều trị ung thư bằng hóa chất, không phẫu thuật khi đã di căn màng phổi.

- Phẫu thuật bóc cặn màng phổi: nếu viêm mủ màng phổi đóng cặn sau một tháng điều trị nội tích cực không kết quả.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Tùy theo nguyên nhân. Cần hướng dẫn người bệnh tập thở, tập vận động ở nhà để cải thiện chức năng hô hấp cũng như mức độ độc lập chức năng. Bệnh nhân cần được tái khám định kỳ để đánh giá lại chức năng hô hấp và thay đổi chương trình tập nếu cần thiết.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT BỤNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Rất nhiều bệnh lý khác nhau của các thành phần trong ổ bụng đòi hỏi phải phẫu thuật mới có thể điều trị triệt để. Đó có thể là một phẫu thuật cấp cứu hay trì hoãn, liên quan đến bệnh lý hệ tiêu hóa, gan mật hay tiết niệu, sinh dục. Những ngày đầu sau mổ, bên cạnh những biến chứng thường trực liên quan đến vết mổ như đau, chảy máu, nhiễm trùng vết mổ, bệnh nhân còn có nguy cơ cao bị các bệnh lý thứ phát như viêm phổi, xẹp phổi, huyết khối tĩnh mạch sâu, yếu cơ, táo bón, ...

Việc can thiệp sớm PHCN sau mổ góp phần rất lớn giúp bệnh nhân phòng tránh được những biến chứng trên, đồng thời giúp họ phục hồi tốt, sớm đạt được mức độ độc lập chức năng tối đa trong các hoạt động sinh hoạt hằng ngày. Bên cạnh đó, sự chuẩn bị bệnh nhân trước mổ tốt sẽ giúp quá trình PHCN sau mổ diễn ra thuận lợi và có hiệu quả cao.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Lý do vào viện: đau bụng? xuất huyết tiêu hóa? khối u vùng bụng?...
- Bệnh sử: thời gian xuất hiện bệnh, triệu chứng đầu tiên, tính chất triệu chứng, chẩn đoán và điều trị cũ, tiến triển của bệnh, tình trạng hiện tại,...
- Tiền sử: tiền sử bệnh lý hệ tiêu hóa, gan mật, tiết niệu, sinh dục trước đây; tiền sử phẫu thuật; tiền sử mắc các bệnh lý về hô hấp; tiền sử rối loạn đông chảy máu,...

1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Trước phẫu thuật:
 - + Khám đánh giá tình trạng bệnh và chức năng tổng quát các hệ cơ quan trong cơ thể trước khi phẫu thuật.
 - + Đánh giá tình trạng dinh dưỡng, đau và các bệnh lý kèm theo.
 - + Đánh giá chức năng tâm lý của bệnh nhân trước mổ bằng Thang điểm đánh giá lo âu và trầm cảm trong bệnh viện HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale).
- Sau phẫu thuật:
 - + Khám đánh giá vết mổ: vị trí, kích thước vết mổ; mức độ đau vết mổ; tình trạng chảy máu, nhiễm trùng vết mổ; tiến trình liền sẹo của vết mổ;...
 - + Khám đánh giá lại các triệu chứng của bệnh và so sánh với trước mổ
 - + Sau mổ tiêu hóa, việc khám và theo dõi tình trạng chướng bụng, nghe nhu động ruột, tìm các phản ứng thành bụng là rất quan trọng

- + Khám hệ hô hấp: tần số thở, nhịp thở, tình trạng ứ đọng chất tiết, khả năng ho hữu hiệu, tình trạng nhiễm trùng đường hô hấp.
- + Đau ở các vị trí khác trong cơ thể do bất động và nằm lâu sau mổ
- + Khám đánh giá toàn diện các hệ cơ quan khác nhằm phát hiện sớm các biến chứng có thể xảy ra: huyết khối tĩnh mạch sâu, nhồi máu động mạch phổi,...
- + Đánh giá lại chức năng tâm lý bệnh nhân bằng Thang điểm HADS.
- + Lượng giá mức độ độc lập chức năng của bệnh nhân bằng thang điểm FIM (Functional Independence Measure)

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Các xét nghiệm huyết học và sinh hóa máu: tùy thuộc vào từng bệnh lý khác nhau
- Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm bụng, chụp phim XQuang tim-phổi, có thể chỉ định CT-Scan hoặc MRI bụng trong những trường hợp khó và cần chẩn đoán chính xác trước phẫu thuật.
- Các xét nghiệm và phương tiện chẩn đoán hình ảnh trên có thể được tiến hành lại sau phẫu thuật để theo dõi và đánh giá sau mổ.

2. Chẩn đoán xác định

- Chẩn đoán xác định bệnh lý trước khi mổ dựa vào triệu chứng lâm sàng, hỏi bệnh và kết quả cận lâm sàng.
- Tương tự, sau mổ cũng cần phải thăm khám và theo dõi kỹ để xác định tình trạng chức năng bệnh nhân cũng như các biến chứng có thể xảy ra.

3. Chẩn đoán phân biệt

Có rất nhiều bệnh lý khác nhau cần phải được điều trị bằng phẫu thuật qua đường bụng. Do đó, phải dựa vào các dấu hiệu cơ năng và thực thể trên lâm sàng, kết hợp với kết quả cận lâm sàng để chẩn đoán phân biệt.

4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Hệ tiêu hóa, gan mật: viêm ruột thừa, thủng dạ dày, ung thư ống tiêu hóa, ung thư gan, ...
- Hệ tiết niệu, sinh dục: sỏi đường tiết niệu, mô lấy thai, u nang buồng trứng, thai ngoài tử cung vỡ,...

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Can thiệp PHCN cả trước mổ và sau mổ.
- Tập vận động sớm sau mổ, ngay cả trong khi bệnh nhân đang ở trong đơn vị hồi sức sau mổ nhằm hạn chế tối đa những thương tật thứ cấp có thể xảy ra do bất động lâu trên giường.

- Ưu tiên các bài tập PHCN hô hấp vì bệnh nhân thường thở nông và ứ đọng chất tiết nhiều do hậu quả của gây mê, đau vết mổ và nằm lâu.
- Kiểm soát đau tốt.
- Tích cực hỗ trợ về tâm lý cho bệnh nhân
- Phối hợp chặt chẽ giữa các thành viên trong nhóm phục hồi cũng như giữa nhóm phục hồi với bệnh nhân và người nhà bệnh nhân.

2. Các phương pháp điều trị và kỹ thuật phục hồi chức năng

2.1. Phục hồi chức năng trước mổ

- Chẩn đoán chính xác tình trạng bệnh.
- Kiểm soát tốt các triệu chứng của bệnh, ổn định tình trạng bệnh trước mổ.
- Tâm lý trị liệu: giải thích rõ cho bệnh nhân hiểu về tình trạng bệnh, về phương pháp phẫu thuật, những triệu chứng hoặc biến chứng có thể xảy ra sau mổ. Giúp bệnh nhân an tâm và có tinh thần tốt trước khi cuộc mổ diễn ra.
- Hướng dẫn bệnh nhân thực hiện các bài tập thở và tập vận động chủ động theo tầm vận động khớp.
- Hướng dẫn, giải thích rõ về chương trình PHCN sau mổ và các bài tập vận động mà bệnh nhân sẽ thực hiện sau mổ.

2.2. Phục hồi chức năng sau mổ

- Vận động sớm, bắt đầu ngay từ ngày đầu sau mổ:
 - + Hướng dẫn bệnh nhân thực hiện các vận động chức năng trên giường. Khuyến khích bệnh nhân ngồi dậy sớm, bắt đầu với gối tựa vào tường hoặc thành giường, sau đó gối sát mép giường, buông thông chân.
 - + Chuyển từ giường sang ghế tựa cạnh giường.
 - + Tập đi lại xung quanh giường, quanh phòng, tự đi vào nhà vệ sinh càng sớm càng tốt.
 - + Tăng dần quãng đường đi trong những ngày tiếp theo.
- Hướng dẫn bệnh nhân thực hiện các bài tập vận động chi trên, chi dưới và thân mình ở tư thế nằm, ngồi và đứng cạnh giường. Những bài tập này nhằm giúp bệnh nhân lấy lại sức mạnh cơ, tăng sức bền, tăng mức độ dung nạp oxy và cũng giúp dự phòng được các biến chứng do bất động sau mổ.
- PHCN hô hấp sau mổ:
 - + Tập thở chậm và sâu

- + Tập ho hữu hiệu để tống các chất tiết ứ đọng ra ngoài. Khi ho, tình trạng tăng áp lực ổ bụng sẽ làm đau vết mổ; hướng dẫn bệnh nhân dùng gối áp vào vùng có vết mổ khi ho để giảm đau.
- + Tập các động tác tay giúp tăng kích thích lồng ngực khi thở.
- Hướng dẫn và động viên bệnh nhân tự thực hiện các hoạt động tự chăm sóc như ăn uống, thay áo quần, đi vệ sinh,...
- Tâm lý trị liệu phải được thực hiện trong suốt quá trình điều trị.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Bệnh nhân sau phẫu thuật bụng có thể được xuất viện sớm. Cần hướng dẫn bệnh nhân các bài tập vận động ở nhà để cải thiện mức độ độc lập chức năng. Bệnh nhân cần được tái khám định kỳ để cắt chỉ vết mổ, đánh giá tình trạng liền vết mổ và các biến chứng có thể xảy ra sau mổ. Tình trạng tắc ruột sau phẫu thuật bụng có thể xảy ra sau một thời gian. Bệnh nhân cần được biết các dấu hiệu của bệnh và nhập viện trở lại nếu tắc ruột xảy ra.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SUY GIÃN TĨNH MẠCH CHI DƯỚI

I. ĐẠI CƯƠNG

Suy giãn tĩnh mạch chi dưới là thuật ngữ chỉ sự suy giảm chức năng đưa máu trở về tim của hệ thống tĩnh mạch nằm ở vùng chân dẫn đến hiện tượng máu ứ đọng lại sẽ gây ra những biến đổi về huyết động và biến dạng tổ chức mô xung quanh, gây ra các triệu chứng như nhức mỏi, nặng chân, phù chân, tê dị cảm, kiến bò...

Trên thế giới, bệnh suy giãn tĩnh mạch chi dưới chiếm một tỉ lệ đáng kể trên số dân, trong đó 70% là nữ. Ở Việt Nam có dự đoán bệnh sẽ gia tăng do sự phát triển của nền kinh tế và thay đổi nếp sống. Suy giãn tĩnh mạch chi dưới mạn tính có thể dẫn đến các biến chứng khó chữa và nguy hiểm như chàm da, loét chân không lành (nhất là ở người già), chảy máu, viêm tĩnh mạch nông huyết khối, huyết khối tĩnh mạch sâu... ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Hỏi tiền sử nghề nghiệp, tiền sử bệnh...
- Ở giai đoạn sớm, người bệnh thường bị đau chân, nặng chân, nhức mỏi chân khi đứng lâu hoặc ngồi nhiều. Ban đêm thường bị chuột rút (vọp bẻ), cảm giác tê chân, châm chích như có kiến bò ở vùng cẳng chân, đau ngứa hay cảm giác nóng, bỏng.

1.2. Khám lâm sàng

- Phù chân xảy ra khi đứng lâu, ngồi nhiều liên tục hoặc xuất hiện vào buổi chiều sau một ngày làm việc. Thường thấy phù ở vùng mắt cá chân, bàn chân, có khi phù kín đáo hơn, chỉ cảm thấy khi mang giày dép chật hơn so với bình thường.
- Tĩnh mạch nổi li ti nhất là vùng cổ chân và bàn chân trong giai đoạn sớm, giai đoạn muộn hơn thì vùng cẳng chân xuất hiện chàm da, thay đổi màu sắc da do máu ứ ở tĩnh mạch lâu ngày làm rối loạn biến dưỡng, các tĩnh mạch căng phồng lên gây đau nhức chân, nặng hơn thì có thể thấy các búi tĩnh mạch trương phồng nổi rõ trên da, các mảng bầm máu trên da... các tĩnh mạch nông dưới da giãn to ngoằn ngoèo.

- Ở giai đoạn cuối diễn tiến đến tình trạng giãn to toàn bộ hệ tĩnh mạch, ứ trệ tuần hoàn và rối loạn dinh dưỡng của da chân phía dưới gây viêm loét, nhiễm trùng rất khó điều trị.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- + Đo áp lực Tĩnh mạch sâu chi dưới
- + Chụp X.quang Tĩnh mạch chi dưới

+ Đo thể tích (Plethysmography): Phương pháp đo thay đổi thể tích tĩnh mạch hay thay đổi thể tích cẳng chân

+ Chụp siêu âm Doppler kép: Đây là phương pháp kết hợp chụp siêu âm Doppler và chụp siêu âm kiểu B (B - mode). Hiện nay đây là phương pháp có giá trị chính xác nhất để đánh giá tình trạng suy chức năng tĩnh mạch (thông qua tốc độ dòng máu tĩnh mạch trào ngược).

2 . Chẩn đoán xác định

- Các nghiệm pháp khám đánh giá chức năng van tĩnh mạch nông:

+ Nghiệm pháp Schwartz

+ Nghiệm pháp Trendelenburg

+ Các nghiệm pháp khám đánh giá chức năng van tĩnh mạch xiên:

+ Nghiệm pháp Garo từng nấc

+ Nghiệm pháp Pratt

- Các nghiệm pháp đánh giá chức năng van tĩnh mạch sâu: Nghiệm pháp Perthes

3. Chẩn đoán phân biệt

- Tắc tĩnh mạch sâu (tĩnh mạch đùi, tĩnh mạch chậu....)

- Bệnh viêm tắc nội mạc động mạch .

- Thông động tĩnh mạch .

4. Chẩn đoán nguyên nhân

Nguyên nhân của bệnh suy giãn tĩnh mạch chân mạn tính chưa được xác định rõ ràng. Tuy nhiên một số yếu tố nguy cơ suy giãn tĩnh mạch chân gây ra do tổn thương chức năng các van một chiều của hệ tĩnh mạch ngoại biên:

- Quá trình thoái hóa do tuổi tác (thường gặp ở người già).

- Do tư thế sinh hoạt hay làm việc phải đứng hay ngồi một chỗ lâu, ít vận động, phải mang vác nặng... tạo điều kiện cho máu bị dồn xuống hai chân, làm tăng áp lực trong các tĩnh mạch ở chân, lâu ngày sẽ gây tổn thương các van tĩnh mạch một chiều. Khi các van này bị suy yếu sẽ giảm khả năng ngăn chặn luồng máu chảy ngược xuống dưới do tác dụng của trọng lực, dẫn đến ứ máu ở hai chân.

- Các yếu tố nguy cơ như chế độ làm việc phải đứng nhiều, làm việc trong môi trường ẩm thấp, béo phì, chế độ ăn ít chất xơ và vitamin.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị và phục hồi chức năng

- Phòng ngừa các biến chứng huyết khối tĩnh mạch, huyết khối phổi, loét da gây nguy hiểm cho tính mạng bệnh nhân

- Gia tăng tuần hoàn tĩnh mạch, phòng ngừa ứ trệ.
- Tăng cường chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

2.1. Băng ép tĩnh mạch nông chi dưới bằng băng thun

Có tác dụng làm giảm quá trình tiến triển của bệnh và cải thiện được cảm giác chủ quan của bệnh nhân. Tuy nhiên phương pháp này cũng có nhiều bất tiện cho bệnh nhân, nhất là khi phải thường xuyên băng ép trong thời tiết nóng ẩm của Việt Nam.

2.2. Các phương pháp Vật lý trị liệu

- Nếu có hiện tượng viêm tĩnh mạch:
 - + Chống viêm bằng sóng ngắn dọc chân, chế độ xung, liều không nóng,
 - + Chống phù nề bằng nâng cao chân, co cơ tĩnh hoặc vận động khớp các ngón chân, bàn chân, cổ chân.
 - + Không dùng các phương pháp nhiệt, không xoa bóp và vận động mạnh ở giai đoạn tĩnh mạch đang viêm và đau vì có thể làm bong cục máu đông đi vào tuần hoàn toàn thân gây biến chứng nguy hiểm.
- Sau khi hết triệu chứng viêm:
 - + Xoa bóp nhẹ nhàng vuốt về
 - + Tập các bài tập vận động chủ động tự do các khớp háng, gối, cổ chân trong tư thế nâng cao chân hay duỗi thẳng chân về phía trần nhà để hỗ trợ tuần hoàn tĩnh mạch.
 - + Tránh ngồi, đứng liên tục, lâu, nên vận động thay đổi tư thế khoảng 30-60 phút/lần, có thể phối hợp tập các bài tập vận động chân như: co duỗi các ngón chân, gập duỗi cổ chân, nhón gót... để máu lưu chuyển tốt hơn.
 - + Tập thể dục bằng cách đi bộ nhanh, hít thở sâu, vừa đi vừa nghỉ.
 - + Ngủ gác chân cao.
 - + Chế độ ăn giàu trái cây rau tươi thức ăn giàu vitamin, nhiều chất xơ... hạn chế ăn nhiều thịt & chất bột đường.
 - + Tránh béo phì, tránh táo bón.

3. Thuốc

- Có thể dùng các thuốc làm tăng trương lực tĩnh mạch (như Daflon, Ginko Fort...), giảm sự ứ trệ của tĩnh mạch, bình thường hóa tính thấm của mao mạch, tăng cường sức bền thành mạch, ức chế tại chỗ các hóa chất gây viêm
- Trong các trường hợp đã có biến chứng thiếu dưỡng và loét ở chân, ngoài điều trị như trên, cần chú ý điều trị tại chỗ vết loét, kháng sinh chống bội nhiễm ...

4. Các điều trị khác

- Điều trị nhiệt nội tĩnh mạch bằng sóng Radio cao tần hoặc LASER
- Gây xơ cứng các tĩnh mạch nông bị giãn bằng thuốc
- Phẫu thuật: Loại trừ hiện tượng dòng ngược máu từ tĩnh mạch đùi ra tĩnh mạch hiển trong, cắt bỏ các tĩnh mạch nông bị giãn, khâu buộc các tĩnh mạch qua da...

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Suy tĩnh mạch chi dưới là bệnh mạn tính, tiến triển chậm nhưng giai đoạn muộn có thể gặp những biến chứng nguy hiểm nên cần theo dõi hướng dẫn bệnh nhân điều trị và tập luyện thường xuyên, tái khám định kỳ để phát hiện sớm và xử lý kịp thời biến chứng.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG LIỆT NỬA NGƯỜI DO TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

I. ĐẠI CƯƠNG

Liệt nửa người là liệt một tay và một chân cùng bên. Tai biến mạch máu não (Đột quỵ) là tình trạng rối loạn khu trú chức năng não tiến triển nhanh trên lâm sàng thường do mạch máu nuôi dưỡng một vùng não bị tắc hoặc vỡ làm vùng não đó bị tổn thương, hậu quả là phần cơ thể do vùng não đó chi phối bị rối loạn hoạt động.

Tai biến mạch máu não là loại bệnh lý thường gặp, thường xảy ra ở người trên 45 tuổi trong đó 2/3 xảy ra ở tuổi trên 65, nam thường bị nhiều hơn nữ. Tai biến mạch máu não có thể gây tử vong nhanh, có tỷ lệ tử vong cao, đứng hàng đầu trong các bệnh thần kinh và là nguyên nhân gây tử vong thứ hai sau các bệnh tim mạch.

Tai biến mạch máu não cũng để lại nhiều di chứng ở các mức độ khác nhau và dẫn đến tàn tật nhiều nhất

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

Các yếu tố nguy cơ: tuổi, giới, tiền sử gia đình, tăng huyết áp, các bệnh lý tim, rối loạn lipid máu, béo phì, đái tháo đường, nghiện thuốc lá, uống rượu, uống thuốc ngừa thai, tăng axit uric máu. Hỏi các triệu chứng rối loạn cảm giác, rối loạn vận động nửa người; rối loạn thị lực; rối loạn ngôn ngữ; rối loạn tri giác.

1.2. Khám lâm sàng: Phát hiện rối loạn vận động, cảm giác, tri giác, nhận thức, ngôn ngữ, giác quan (thị lực, thị trường...)

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng: Chụp CT hoặc MRI sọ não; điện tâm đồ; XQuang tim, phổi; siêu âm tim; các xét nghiệm sinh hóa, huyết học, đông máu; siêu âm mạch cảnh; chụp động mạch não.

2. Chẩn đoán xác định: Khởi phát đột ngột và diễn biến nhanh, có các dấu hiệu thần kinh khu trú kéo dài quá 24 giờ. Chụp CT hoặc MRI não

3. Chẩn đoán phân biệt

- Con thiếu máu não thoáng qua (các rối loạn chức năng kéo dài không quá 24 giờ.
- Chấn thương sọ não
- U não
- Viêm não, màng não
- Xơ cứng rải rác

4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Tai biến mạch máu não do chảy máu não: Thường xảy ra ở người cao tuổi (liên quan đến tăng huyết áp), hoặc người trẻ tuổi (liên quan đến dị dạng mạch máu não)
- Tai biến mạch máu não do thiếu máu não cục bộ: có 03 loại
 - + Tắc mạch do huyết khối: Huyết khối hình thành tại các mảng xơ động mạch lớn dần gây lấp lòng mạch và tắc mạch
 - + Tắc mạch do cục tắc di chuyển từ nơi khác đến: Hay gặp nhất là huyết khối trong tâm nhĩ ở bệnh nhân bị rung nhĩ, có thể là các mảng xơ vữa từ quai động mạch chủ hoặc cục sùi do viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.
 - + Thiếu máu não cục bộ cũng có thể xảy ra khi mạch máu bị xơ vữa gây hẹp nhưng chưa tắc hẳn.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Đảm bảo thông khí:
 - + Nằm nghiêng; loại bỏ dị vật trong miệng; hút đờm rãi khi cần.
 - + Bệnh nhân hôn mê Glasgow < 8 điểm, có ứ đọng đờm rãi phải đặt nội khí quản, thở máy.
- Theo dõi sát các chỉ số sinh tồn để có biện pháp xử trí kịp thời
- Kiểm soát huyết áp: Với bệnh nhân xuất huyết não khi huyết áp bằng hoặc trên 200/120 mmHg cần hạ huyết áp. Với bệnh nhân thiếu máu não cục bộ chỉ nên hạ huyết áp vừa phải, nên duy trì huyết áp ở mức 150/90 mmHg
- Chăm sóc toàn diện: Đảm bảo dinh dưỡng, chống loét, điều chỉnh nước, điện giải, đường máu, chống nhiễm trùng,
- Phục hồi chức năng phải được bắt đầu càng sớm càng tốt ngay sau đột quỵ, mỗi giai đoạn có các kỹ thuật phục hồi khác nhau phù hợp với tình trạng cụ thể của người bệnh trong giai đoạn đó
- Cơ thể con người là một khối thống nhất nên trong quá trình tập luyện phải chú ý đến toàn bộ cơ thể với các bài tập vận động cân xứng cả hai bên hướng theo các mẫu vận động bình thường, không sử dụng bên lành bù trừ hoặc thay thế cho bên bị liệt.
- Bằng mọi cách có thể phải làm cho trương lực cơ trở lại bình thường hoặc gần bình thường trước khi thực hiện vận động, đảm bảo vận động được dễ dàng hơn theo các mẫu vận động bình thường mà trước khi bị liệt người bệnh đã sử dụng.
- Tập và hướng dẫn người bệnh vận động theo các cách mà trước khi bị liệt họ đã làm với các mẫu vận động bình thường, sử dụng các bài tập, các kỹ thuật vận động và các dụng cụ trợ giúp cần thiết phù hợp, có liên quan gần gũi với cuộc sống và sinh hoạt thường ngày của người bệnh.

- Khả năng phục hồi tốt nhất của bệnh nhân từ 1 đến 6 tháng sau khi bị liệt, trong quá trình tập luyện cần phát huy tính tích cực và chủ động của người bệnh và gia đình, hướng dẫn người bệnh và gia đình để họ có thể tự thực hiện được các bài tập.

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

2.1. Giai đoạn đầu (liệt mềm)

- Các kỹ thuật vị thế: Đặt tư thế đúng trên giường (nằm ngửa, nằm nghiêng sang bên lành, nằm nghiêng sang bên liệt), tư thế đúng khi ngồi trên giường, trên ghế hoặc xe lăn...
- Vận động trị liệu: Tập vận động thụ động các khớp bên liệt
- + Khớp vai: Gập, duỗi, dạng, khép, xoay trong, xoay ngoài
- + Khớp khuỷu: Gập, duỗi khuỷu, quay sấp, xoay ngửa cẳng tay.
- + Khớp cổ tay: Gập, duỗi, nghiêng trong, nghiêng ngoài khớp cổ tay.
- + Các ngón tay: Gập, duỗi, dạng, khép các ngón tay.
- + Khớp háng: Gập, duỗi, dạng, khép, xoay trong, xoay ngoài.
- + Khớp gối: Gập, duỗi
- + Khớp cổ chân: Gập, duỗi
- + Các ngón chân: Gập, duỗi, dạng, khép
- Ngôn ngữ trị liệu, Hoạt động trị liệu: có thể can thiệp sớm
- Tâm lý trị liệu

2.2. Giai đoạn sau (Liệt cứng)

- Vận động trị liệu
- + Tập theo tầm vận động: tập vận động có trợ giúp, vận động chủ động.
- + Tập vận động ở các tư thế: nằm, ngồi, đứng, đi.
- + Tập dáng đi
- + Tập thăng bằng (các tư thế)
- + Tập vận động với các dụng cụ trợ giúp
- Hoạt động trị liệu: Tập thực hiện các hoạt động tự chăm sóc, Tập bắt buộc sử dụng tay liệt (CIMT: constraint - induced movement therapy), gương trị liệu (mirror therapy)
- Ngôn ngữ trị liệu: Tập nói, giao tiếp (với những bệnh nhân thất ngôn), tập nuốt...
- Vật lý trị liệu: Nhiệt, điện trị liệu, FES (kích thích điện chức năng)...
- Cung cấp dụng cụ chỉnh trực (máng, nẹp..) và dụng cụ trợ giúp (khung tập đi, nạng, gậy...)
- Tâm lý trị liệu

2.3. Giai đoạn hòa nhập (sau bệnh viện)

- Tư vấn cho bệnh nhân và gia đình: phòng ngừa di chứng và tai biến tái phát.
- Cải tạo nhà ở và môi trường xung quanh cho phù hợp với bệnh nhân
- Các dụng cụ trợ giúp cần thiết cho giai đoạn này: trợ giúp đi lại, trợ giúp sinh hoạt, trợ giúp làm việc. Tham gia các hoạt động hòa nhập cộng đồng: nhóm trợ giúp, hội người tàn tật, tiếp cận các dịch vụ công cộng, các hoạt động của cộng đồng.
- Hỗ trợ bệnh nhân và gia đình về tâm lý sau tai biến: Chấp nhận những chức năng không thể phục hồi, người bệnh trở thành người khuyết tật.
- Việc làm và thu nhập: khả năng tiếp tục nghề cũ, hoặc bệnh nhân phải học một nghề mới hoặc có những hoạt động tạo thu nhập

3. Các điều trị khác

3.1. Thuốc

- Chống phù não (nếu có): Manitol 0,5-5g/lần truyền tĩnh mạch trong 20-30 phút.
- Kiểm soát huyết áp: trong giai đoạn cấp cứu có thể dùng Labetalol truyền tĩnh mạch với tốc độ 0,5-2mg/phút; Nicardipin truyền tĩnh mạch 5-15mg/giờ.
- Thuốc chống đông và ức chế tiêu cầu với BN thiếu máu não cục bộ: Nên cho sớm Aspirin và các thuốc ức chế tiêu cầu tuy ít cải thiện về tiên lượng trong giai đoạn cấp nhưng có tác dụng dự phòng tai biến tái phát.
- Thuốc tiêu huyết khối chỉ được dùng khi: Bệnh nhân đến sớm trước 03 giờ kể từ khi khởi phát; chẩn đoán chắc chắn là TBMMN do thiếu máu não và không có xuất huyết não (có kết quả chụp CT hoặc MRI sọ); Không có chấn thương sọ não hay đột quỵ trong 03 tháng; Không có xuất huyết tiêu hóa trong 03 tuần; Không có phẫu thuật trong 02 tuần; không có chọc động mạch trong 01 tuần; huyết áp tối đa < 180mmHg, huyết áp tối thiểu < 110 mm Hg; không có rối loạn đông máu, tiểu cầu > 100.000/ml. Trong các loại thuốc tiêu huyết khối chỉ có t-PA (tissue Plasminogen Activator) được chỉ định với liều 0,9mg/kg tiêm thẳng tĩnh mạch 10% tổng liều sau đó truyền tĩnh mạch 90% liều còn lại trong 01 giờ. Liều tối đa không quá 90mg.
- Thuốc bảo vệ thần kinh (ví dụ: Cerebrolysin, Galatamin, Nootropyl, Citicolin, Tanakan...) tuy nhiên chưa có thuốc được chứng minh rõ rệt tác dụng bảo vệ thần kinh trong giai đoạn cấp
- Điều trị co cứng cơ: Thuốc uống (Baclofen, Seduxen, Dantrolene...) và thuốc tiêm (tiêm Botulinum toxin nhóm A hoặc nhóm B, phong bế thần kinh bằng Phenol 5% hoặc Alcohol)
- Thuốc điều trị trầm cảm (nếu có)

3.2. Điều trị khác: Oxy cao áp, thủy trị liệu...

3.3. Phòng ngừa tai biến mạch máu não: Phòng ngừa theo nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ, cụ thể là:

- Thay đổi lối sống; loại bỏ các yếu tố nguy cơ như không hút thuốc, không uống rượu,
- Ăn uống điều độ,
- Tăng cường vận động thể lực, thể dục thể thao,
- Sống vui vẻ tránh căng thẳng,
- Phát hiện sớm và điều trị kịp thời các bệnh đái tháo đường, tim mạch, huyết áp

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Sau khi ra viện bệnh nhân được tiếp tục theo dõi và phục hồi chức năng tại nhà trong chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng. Bệnh nhân cần được khám lại 06 tháng một lần tại các cơ sở phục hồi chức năng gần nhất.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

I. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương sọ não (CTSN) là tình trạng tổn thương não do nguyên nhân chấn thương, dẫn đến những rối loạn về tri giác, nhận thức, vận động, cảm giác giác quan và ngôn ngữ.

CTSN có thể được chia thành 2 nhóm chính dựa trên sinh lý bệnh học là tổn thương nguyên phát và tổn thương thứ phát:

+ Các dạng tổn thương nguyên phát thường gặp: tụ máu ngoài màng cứng, tụ máu dưới màng cứng, xuất huyết dưới nhện, xuất huyết não thất, xuất huyết trong não, dập não, tổn thương sợi trục lan tỏa, tổn thương chất xám sâu.

+ Các dạng tổn thương thứ phát thường gặp: thoát vị não, phù não, nhồi máu não hoặc thiếu máu não sau chấn thương.

Các triệu chứng lâm sàng cũng như tình trạng khiếm khuyết, giảm khả năng gây ra bởi chấn thương sọ não là rất đa dạng. Do đó, quá trình PHCN cho bệnh nhân CTSN đòi hỏi phải toàn diện, đảm bảo đúng nguyên tắc và có sự phối hợp tốt giữa các thành viên trong nhóm điều trị. Một chương trình PHCN tốt sẽ giúp bệnh nhân sớm hồi phục, có thể lấy lại được tối đa các hoạt động chức năng và cải thiện được chất lượng cuộc sống.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- + Lý do vào viện: tai nạn giao thông? tai nạn lao động? bị tấn công bằng hung khí?
- + Bệnh sử: thời điểm xảy ra tai nạn, cơ chế chấn thương, sơ cấp cứu ban đầu, tình trạng diễn tiến tri giác và nhận thức, tính chất các triệu chứng về vận động, chẩn đoán và điều trị trước đó, tình trạng hiện tại.
- + Tiền sử: tiền sử chấn thương hoặc các bệnh lý về thần kinh trung ương trước đây.

1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Đánh giá tình trạng tri giác của bệnh nhân bằng thang điểm Glasgow hôn mê. Dựa vào chỉ số Glasgow để phân loại mức độ nặng CTSN: CTSN nhẹ: 13-15 điểm; CTSN vừa: 9-12 điểm; CTSN nặng: 3-8 điểm.
- Đánh giá chức năng nhận thức của bệnh nhân bằng thang điểm Rancho Los Amigos. Thang điểm này gồm có 8 mức độ, trong đó độ I là nặng nhất và độ VIII là tốt nhất.
- Đánh giá tình trạng khiếm khuyết chức năng:
 - + Đánh giá sức mạnh cơ bằng phương pháp thử cơ bằng tay
 - + Đánh giá trương lực cơ theo thang điểm Ashworth cải biên (MAS)
 - + Đánh giá chức năng thăng bằng theo thang điểm Berg hoặc thang điểm Tinetti

- + Khám các rối loạn về điều hợp, dáng đi và các vận động vô ý thức
- + Khám 12 đôi dây thần kinh sọ não
- + Khám phát hiện các rối loạn về ngôn ngữ
- + Khám phát hiện các rối loạn nuốt: thang điểm GUSS (Gugging Swallowing Screen) hoặc MASA (???)
- Đánh giá các thương tật thứ cấp có thể xảy ra trên bệnh nhân như viêm phổi, loét do đè ép, teo cơ, cứng khớp, huyết khối tĩnh mạch sâu, ...
- Sử dụng Bảng lượng giá chức năng FIM (Functional Independence Measure) để lượng giá mức độ độc lập chức năng của bệnh nhân trong các hoạt động sinh hoạt hằng ngày như hoạt động tự chăm sóc, hoạt động di chuyển, khả năng kiểm soát cơ tròn.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- CT-scan sọ não hoặc MRI sọ não cho phép xác định được vị trí não bị tổn thương, loại tổn thương nguyên phát, thứ phát và mức độ nặng của tổn thương.

2. Chẩn đoán xác định

- Cơ chế tổn thương não do chấn thương
- Tình trạng rối loạn về tri giác, nhận thức, vận động, cảm giác, giác quan và ngôn ngữ.
- Xác định mức độ nặng của CTSN và mức độ độc lập chức năng thông qua các công cụ lượng giá kể trên.
- CT-scan sọ não: hình ảnh các thương tổn nguyên phát và thứ phát của não do chấn thương.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Tai biến mạch máu não
- U não
- Viêm não - màng não
- Xơ cứng rải rác

4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Tai nạn giao thông
- Tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt
- Vết thương sọ não do hung khí.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Ưu tiên hàng đầu là hồi sức tim phổi, kiểm soát tình trạng tăng áp lực nội sọ và ổn định tình trạng bệnh nhân. Xử trí tổn thương não nguyên phát và điều trị/dự phòng tổn thương thứ phát; đánh giá khả năng can thiệp phẫu thuật trên bệnh nhân.
- Can thiệp PHCN sớm, ngay cả trong khi bệnh nhân đang ở trong đơn vị hồi sức tích cực nhằm hạn chế tối đa những thương tật thứ cấp có thể xảy ra do bất động lâu trên giường.
- Chương trình can thiệp PHCN phải toàn diện, bao gồm cả chức năng vận động lẫn nhận thức, hành vi, ngôn ngữ, cảm giác, giác quan.
- Phối hợp chặt chẽ giữa các thành viên trong nhóm phục hồi cũng như giữa nhóm phục hồi với bệnh nhân và người nhà bệnh nhân.

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

2.1. Chương trình PHCN cho bệnh nhân CTSN trong giai đoạn cấp

- Sau khi bệnh nhân đã được điều trị hồi sức tích cực, kiểm soát tốt tình trạng huyết động, áp lực nội sọ và các dấu hiệu sinh tồn khác, cần phải cho bệnh nhân vận động sớm. Các nghiên cứu đã chứng minh việc cho bệnh nhân vận động sớm không chỉ giúp hạn chế được các thương tật thứ cấp mà còn giúp bệnh nhân cải thiện chức năng vận động cũng như nhận thức nhanh hơn.
- + Tập vận động theo tầm vận động khớp
- + Hướng dẫn bệnh nhân tự xoay trở hoặc giúp họ thay đổi tư thế nếu tri giác còn kém.
- + Cho bệnh nhân ngồi dậy sớm, chuyển sang ghế tựa cạnh giường, tập đứng và đi càng sớm càng tốt nếu tình trạng huyết động, tri giác và chức năng vận động cho phép.
- + Hướng dẫn bệnh nhân các bài tập thở, tập ho nhằm dự phòng biến chứng về hô hấp.

2.2. Chương trình PHCN cho bệnh nhân CTSN trong giai đoạn hồi phục

- Tiếp tục duy trì chương trình dinh dưỡng, chăm sóc và dự phòng các thương tật thứ cấp.
- Duy trì mức độ vận động và sự toàn vẹn của các khớp chức năng.
- Tăng cường tiếp xúc, nói chuyện với bệnh nhân nhằm cải thiện tình trạng tri giác, nhận thức và ngôn ngữ.
- Hướng dẫn, hỗ trợ bệnh nhân thực hiện các bài tập vận động chức năng trên giường, bên cạnh giường và chức năng đi lại.
- Kiểm soát trương lực cơ, khả năng thăng bằng và điều hợp, chỉnh dáng đi.
- Cung cấp dụng cụ chỉnh hình như nẹp cổ bàn tay, nẹp AFO nhằm dự phòng hoặc điều trị biến dạng co rút chi.
- Hướng dẫn bệnh nhân sử dụng các dụng cụ trợ giúp di chuyển như xe lăn, khung tập đi, nạng, gậy,...

- Bên cạnh vận động trị liệu, cần áp dụng song song chương trình hoạt động trị liệu nhằm giúp bệnh nhân đạt được tối đa có thể mức độ độc lập chức năng trong các hoạt động sinh hoạt hằng ngày.

2.2. Chương trình PHCN cho bệnh nhân CTSN trong giai đoạn tái hòa nhập cộng đồng

Mục tiêu của PHCN trong giai đoạn này là giúp bệnh nhân đạt được mức độ độc lập chức năng tối đa khi trở về với gia đình và xã hội; phát huy vai trò, trách nhiệm của gia đình và xã hội đối với bệnh nhân; tạo điều kiện để bệnh nhân quay trở lại với nghề nghiệp cũ hoặc tiếp cận với một nghề mới phù hợp với tình trạng chức năng hiện tại.

3. Các điều trị khác

3.1. Nội khoa

- Điều trị nội khoa tích cực trong giai đoạn cấp
- Sử dụng thuốc chống co giật nếu bệnh nhân có động kinh
- Sử dụng thuốc dẫn cơ đường uống hoặc tiêm tại chỗ (Botulinum toxin nhóm A hoặc nhóm B, hoặc phong bế thần kinh bằng Phenol 5%) đối với những trường hợp co cứng nhiều.
- Các thuốc an thần hoặc chống loạn thần nếu như bệnh nhân có các dấu hiệu kích động, loạn thần...

3.2. Ngoại khoa

- Can thiệp phẫu thuật sọ não nếu có chỉ định.
- Các thủ thuật can thiệp nhằm giảm tình trạng tăng áp lực nội sọ. Ví dụ: kỹ thuật đặt shunt não thất-khoang phúc mạc; kỹ thuật dẫn lưu não thất ngoài cơ thể EVD.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Trong quá trình điều trị cần theo dõi tình trạng tri giác, nhận thức, vận động và các chức năng khác một cách chặt chẽ để có thái độ xử trí và chương trình PHCN thích hợp. Sử dụng các bộ công cụ lượng giá chức năng kể trên để đánh giá chức năng của bệnh nhân trong các lần tái khám. Có thể sử dụng bảng Glasgow hậu quả (Glasgow Outcome Scale) để tiên lượng kết quả phục hồi của bệnh nhân kể từ tháng thứ 6 sau chấn thương.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG LIỆT DÂY VII NGOẠI BIÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

Khái niệm: Liệt mặt ngoại biên là hội chứng tổn thương dây thần kinh số VII gây nên tình trạng giảm hoặc mất vận động các cơ ở mặt (liệt toàn bộ nửa mặt).

Nguyên nhân: Bị nhiễm lạnh, tai biến mạch máu vùng cầu não, viêm não, viêm đa rễ và dây thần kinh ...

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Thời điểm khởi phát triệu chứng
- Tiền sử bị nhiễm lạnh, virus, chấn thương sọ não, viêm não, tai biến mạch não, sốt, viêm đa rễ và dây thần kinh...

1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Khi nghỉ ngơi: bộ mặt đồ đần, mất sự cân đối, mất đường nét tự nhiên.
- + Trương lực cơ mặt bên liệt giảm dẫn đến nửa mặt bên liệt xuất hiện các triệu chứng như: mép bị sệ xuống, khe mắt bên liệt rộng hơn bên lành, lông mày hạ thấp xuống, mờ rãnh mũi má, nhân trung lệch sang bên lành.
- + Nước bọt thường chảy ra ở mép bên liệt, thức ăn hay đọng lại ở má bên liệt.
- Khi bệnh nhân làm động tác theo ý muốn, sự mất đối xứng hai bên càng rõ hơn.
- + Khi nhìn ngược lên, nếp nhăn trán bên liệt mờ hoặc không có.
- + Nhe răng cười, miệng méo và lệch sang bên lành.
- + Dấu hiệu Charler-Bell: người bệnh nhắm mắt, mắt bên liệt nhắm không kín do liệt cơ khép vòng mi và nhãn cầu bị đưa lên trên và ra ngoài (khi đó giác mạc lồi dưới mi trên, củng mạc trắng lộ rõ giữa hai khe mi)
- Các triệu chứng khác
- + Có thể tê mặt ở bên liệt
- + Mất vị giác 2/3 trước lưỡi



- + Khô mắt do không tiết nước mắt (có thể dẫn tới mù nếu để lâu) hoặc tăng tiết nước mắt làm chảy nước mắt giàn giụa nhất là trong hoặc ngay sau bữa ăn.
- Tiến triển: Liệt mặt do lạnh thường tiến triển tốt, thường tự khỏi (70-80% số trường hợp) sau 2-9 tuần. Trường hợp nặng có thể để lại di chứng.
- Di chứng: nhiều mức độ nặng nhẹ tùy thuộc vào nguyên nhân
- + Chỉ méo miệng nhẹ, đôi khi có thể có di chứng nặng chuyển sang co cứng nửa mặt. Bệnh nhân thường xuyên cứng nửa mặt, méo về bên liệt, mỗi khi làm động tác các cơ mặt có hiện tượng đồng động gây co thắt nửa mặt, giật cơ. Đây là một biến chứng ảnh hưởng rất nhiều đến tâm lý, thẩm mỹ của người bệnh.
- + Viêm giác mạc do mắt bên liệt không nhắm kín dẫn đến bụi, gió tạt sang chấn vào giác mạc mắt

1.3. Các chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

Khi cần chẩn đoán nguyên nhân thì chỉ định các xét nghiệm cận lâm sàng phù hợp: chụp CTscanner, chụp cộng hưởng từ trong trường hợp liệt mặt do khối u, do bệnh lý mạch máu...

2. Chẩn đoán xác định: Chẩn đoán liệt mặt ngoại biên chỉ cần dựa vào lâm sàng.

3. Chẩn đoán nguyên nhân

3.1. Liệt mặt nguyên phát (liệt mặt do lạnh hay liệt Bell)

Mạch nuôi của dây thần kinh bị co thắt dẫn đến thiếu máu cục bộ, phù và chèn dây thần kinh trong ống Fallope. Các trường hợp liệt tự phát thường tiến triển cấp tính có liên quan tới gió lùa, lạnh, hay xảy ra vào ban đêm.

3.2. Liệt mặt thứ phát

- Viêm đa rễ và dây thần kinh, viêm màng não, viêm dây thần kinh VII, viêm tai xương chũm, Zona hạch gối ...
- Sang chấn: vỡ nền sọ gây vỡ xương đá, tai biến phẫu thuật tai...
- Khối u: u góc cầu tiểu não, u dây thần kinh VIII, di căn ung thư...

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Điều trị càng sớm càng tốt, người bệnh mau khỏi
- Tránh các kích thích mạnh, không bao giờ cố điều trị cho hết liệt mặt trong giai đoạn cấp của bệnh (vì sẽ làm trương lực cơ tăng gây co cứng)
- Kết hợp điều trị, bảo vệ mắt bị hở

2. Các phương và kỹ thuật phục hồi chức năng

2.1. Phục hồi chức năng giai đoạn cấp tính (từ 3 ngày - 1 tuần)

*** Mục tiêu:**

- Giảm tâm lý lo lắng giúp người bệnh an tâm và hợp tác trong điều trị
- Tăng tuần hoàn, phòng biến dạng mắt
- Bảo vệ mắt, chống khô mắt và viêm giác mạc
- Đảm bảo vệ sinh răng miệng.

*** Phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng**

- Động viên, giải thích giúp người bệnh an tâm và hợp tác trong điều trị
- Dùng nhiệt ẩm, xoa bóp cử động nhẹ nhàng tránh kích thích mạnh, giảm nói cười... Dùng băng dính chữ Y cố định ở trán - môi trên và dưới để nâng cơ mặt khỏi sệ.
- Người bệnh nên đeo kính râm, nhỏ mắt bằng nước muối sinh lý, dùng băng dính che mắt tạm thời để tránh bụi, dị vật gây tổn thương mắt.
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.

2.2. Phục hồi chức năng giai đoạn bán cấp và mạn tính (sau 1 tuần)*** Mục tiêu**

Tăng cường trương lực cơ, phục hồi cơ mặt bị teo, điều trị co cứng cơ mặt, tăng cường tuần hoàn, tiếp tục phục hồi chức năng giao tiếp, giữ gìn vệ sinh răng miệng.

*** Phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng.**

- Dùng nhiệt nóng, điện xung, điện phân, xoa bóp.
- Tập các cơ mặt qua các bài tập từ chủ động trợ giúp đến đề kháng. Hướng dẫn người bệnh tự tập qua gương: nhắm mắt huýt sáo, thổi lửa, ngậm chặt miệng, mỉm cười, nhăn trán, phát âm những từ có âm môi: B, P, U, I, A...
- Nên để người bệnh ở phòng riêng hoặc ở góc phòng có bình phong, ngăn cách với người bệnh khác để người bệnh khỏi ngượng ngùng, kém tập trung.
- Hướng dẫn người bệnh giữ ấm mặt, bảo vệ mắt, tránh các cử động mạnh ở mắt.

3. Các phương pháp điều trị khác**3.1. Điều trị nội khoa**

- Điều trị theo nguyên nhân: Chống viêm, dùng thuốc kháng sinh khi có nhiễm khuẩn, thuốc điều trị virus...
- Thuốc giãn mạch
- Kích thích tăng dẫn truyền, dùng vitamin nhóm B liều cao.

3.2. Điều trị ngoại khoa

Phẫu thuật giải phóng dây thần kinh trong ống dây thần kinh mắt do viêm tai, phẫu thuật khối u...

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Cần thăm khám định kỳ cho đến khi hết triệu chứng để đánh giá kết quả điều trị, điều chỉnh phương pháp điều trị nếu cần và để phát hiện các biến chứng của liệt mắt.
- Liệt mắt ngoại biên do lạnh thường lành tính, tuy nhiên cần hướng dẫn bệnh nhân giữ ấm mắt, bảo vệ mắt, tránh các cử động mạnh ở mắt.
- Liệt mắt do các nguyên nhân: khối u, mạch máu, viêm nhiễm cần kết hợp với các phương pháp điều trị đặc hiệu, tái khám theo chuyên khoa, phối hợp điều trị nguyên nhân, tiên lượng tùy thuộc nguyên nhân gây liệt mắt

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO BỆNH PARKINSON

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh được James Parkinson mô tả từ 1817 dưới danh từ "liệt run", với các triệu chứng chính: run lúc nghỉ, vô động, tăng trương lực cơ. Bệnh do thoái hóa tế bào thần kinh ở chất đen gây thiếu hụt chất dẫn truyền dopamine.

Bệnh khá phổ biến ở các nước châu Âu, Bắc Mỹ chiếm tỷ lệ 0,6 - 1,1%. Tuổi mắc bệnh thường gặp từ 50-60 tuổi, 3/4 người bệnh là nam giới. Bệnh mãn tính và tiến triển chậm theo thời gian.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Thời điểm khởi phát triệu chứng
- Các thuốc đang sử dụng (Phenothiazine, thioxanthene, reserpine)
- Tiền sử (chấn thương sọ não, viêm não, tai biến mạch não, ngộ độc CO, Mangan, gia đình)
- Tình trạng chức năng trước đây
- Các khiếm khuyết chức năng hiện tại

1.2. Khám lâm sàng: Các triệu chứng sớm thường nhẹ và tiến triển từ từ

- **Run:** thường gặp, xuất hiện rõ khi nghỉ ngơi, giảm khi vận động chú ý và xuất hiện lại khi chỉ duy trì một tư thế. Run thường xuất hiện sớm ở một bên, khởi đầu run có nhịp ở ngón cái và ngón trỏ kiểu vắn thuốc, tần số 4 - 7Hz, theo thời gian có thể lan xuống chân, qua bên đối diện, trường hợp nặng run cả môi, lưỡi, cằm.
- **Cứng cơ:** do tăng trương lực cơ, cứng cơ trở nên rõ ràng khi người khám cố gắng di chuyển các khớp thì có những cử động giật ngắn gọi là dấu bánh xe răng cưa, rõ ở cổ tay. Cứng cơ xảy ra ưu thế ở cơ gấp thân và chi.
- **Bất động:** do vận động chậm (khởi đầu và tốc độ cử động chậm chạp) và giảm vận động (động tác nghèo nàn, giảm biên độ). Thực hiện các công việc sinh hoạt hàng ngày khó khăn, các động tác tinh tế ngón tay bị giới hạn, hai tay không ve vẩy khi đi, vẽ mặt bất động, ít biểu lộ cảm xúc, cử động môi lưỡi chậm, ít nuốt. Chữ viết nhỏ dần rồi ngưng lại. Giọng nói nhỏ, không âm điệu, phát âm không rõ. dáng đi và thăng bằng bị rối loạn làm bệnh nhân dễ ngã.
- **Các biểu hiện khác:** rối loạn lo âu, trầm cảm, rối loạn thần kinh thực vật, đau nhức các cơ trực và chi, tăng tiết nước bọt, viêm tuyến bã nhờn, cơn đỏ bừng mặt, sa sút trí tuệ.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Chụp cắt lớp vi tính (CT scan)
- Chụp cộng hưởng từ (MRI) sọ não có giá trị chẩn đoán phân biệt.

2. Chẩn đoán xác định: dựa vào bốn yếu tố gồm

- Đặc điểm lâm sàng
- Khởi phát triệu chứng ưu thế một bên rồi lan sang bên đối diện
- Diễn tiến chậm
- Đáp ứng điều trị với Levodopa.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Run vô căn: tồn tại khi hoạt động, giảm khi nghỉ ngơi, tăng khi lo âu, xúc cảm, có yếu tố gia đình.
- Hội chứng Parkinson do thuốc: khởi phát bán cấp, triệu chứng xuất hiện hai bên, run xuất hiện sớm, có thể kèm theo múa giật, múa vờn, loạn trương lực cơ.
- Hội chứng Parkinson do tổn thương mạch máu: do nhồi máu não nhiều lần ở nhân đuôi, nhân bèo, có thể kèm theo rối loạn cảm giác, sa sút trí tuệ, tăng phản xạ.
- Hội chứng Parkinson do chấn thương: thường gặp ở người đánh môn quyền anh với những chấn thương đầu thường xuyên.

4. Chẩn đoán nguyên nhân

Chưa rõ, có vài giả thuyết do hiện diện gốc tự do, độc tố môi trường làm chết tế bào chất đen hay di truyền.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ**1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị**

Cần điều trị phối hợp giữa nội khoa, phục hồi chức năng và tâm lý trị liệu nhằm ngăn ngừa sự tiến triển và rối loạn thứ phát do khiếm khuyết vận động.

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

2.1. Gia tăng chức năng hô hấp: tập thở phối hợp các bài tập kích thích cảm thụ bản thể thần kinh cơ (PNF) với mẫu gấp dang xoay ngoài hai tay trong vị thế ngồi.

2.2. Duy trì, gia tăng khả năng kiểm soát tư thế: tập các bài tập giúp bệnh nhân thẳng cổ, duỗi lưng trên bóng. Bệnh nhân nằm ngửa dựa lưng trên bóng kết hợp cử động gấp hai tay.

2.3. Giảm co cứng cơ: kéo dẫn những nhóm cơ co cứng như cơ gấp hông, gấp gối, ngực lớn, tròn lớn, lưng rộng, duỗi hông, áp hông.

2.4. Duy trì tầm vận động các khớp (ROM): tập các bài tập chủ động trợ giúp hết tầm.

2.5. Gia tăng điều hợp, linh hoạt tay, chân, kiểm soát thân: tập chương trình Frenkel, khởi động nhịp nhàng các mẫu PNF tay, chân trong các vị thế khác nhau. Tập các bài tập kiểm soát thân với bóng, kỹ thuật PNF.

- Tư thế ngồi:

- + Một tay đưa lên (mắt luôn nhìn theo tay) từ từ chéo qua mặt để đặt đầu các ngón lên sau vai bên kia (tay còn lại để nghỉ). Đổi tay tập lại như trên (3-4 lần).
- + Đưa hai tay về phía trước, 2 bàn tay áp sát 2 bàn tay của kỹ thuật viên, kỹ thuật viên chuyên áp lực qua từng tay, đồng thời làm động tác gấp duỗi khuỷu.
- Tư thế bò: bò tiến, bò lùi, đưa lên từng tay, từng chân, đưa cùng 1 tay và 1 chân đối diện, đưa 2 tay cùng lúc.
- Tư thế quỳ: đưa 2 tay dang ngang, ra trước, lên đầu.
- Tư thế đứng:
- + Một tay cầm hai trụ bằng nhựa nặng hay bằng cao su hoặc hai quả bóng quần vợt, luân phiên tung lên và hứng từng quả một.
- + Nhồi bóng, nhảy chụp bóng, chạy tại chỗ, đi hay tay đưa mạnh, gối gấp cao, nhịp nhàng,
- + Hai tay cầm một gậy làm động tác duỗi và xoay thân sang phải, trái.
- Dáng đi: Tập đi (dùng các dụng cụ giúp tăng dần trọng lượng chân và tay...)

2.6. Gia tăng kiểm soát nhóm cơ vùng mặt: bài tập kiểm soát, xoa bóp nhóm cơ mặt.

2.7. Hoạt động trị liệu: các bài tập khéo léo của bàn tay như dệt (khung dệt tay), in bông trên vải hay trên giấy, nhồi và nặn hình đồ vật bằng các chất dẻo, gán, xếp hình.

2.8. Ngôn ngữ trị liệu: các bài tập cử động miệng, lưỡi và tăng cường khả năng phát âm.

3. Điều trị thuốc

- **Điều trị triệu chứng:** khi bệnh còn ở giai đoạn bù, sử dụng những thuốc kháng cholinergique (Trihexylphenidyl, Benztrophine); Amantadine; Levodopa (Sinamet, Madopar); đồng vận dopamine (Pramipexole, cabergoline, ropinirole); thuốc bảo vệ thần kinh (Selegiline, rasagiline); thuốc ức chế COMT (Entacarpone, tolcarpone).

4. Các điều trị khác:

4.1. Tâm lý: giải thích, động viên khích lệ bệnh nhân thực hiện nếp sống sinh hoạt, tránh mọi lo lắng, an tâm điều trị.

4.2. Dinh dưỡng: chế độ ăn cân bằng đầy đủ dinh dưỡng, chất xơ, canxi.

4.3. Điều trị phẫu thuật hay kích thích não sâu: ở đồi thị hay cầu nhát, được chỉ định khi điều trị nội khoa thất bại. Phẫu thuật được chỉ định và thực hiện ở các trung tâm chuyên sâu.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

1. Chương trình về nhà: các bài tập về nhà với mục đích làm giảm co cứng cơ, điều hợp và duy trì hoạt động thể chất cho BN.

2. Theo dõi và thời gian tái khám: - BN còn đi lại, tự phục vụ: tái khám lại hàng tháng để điều chỉnh thuốc, phát hiện giai đoạn bất tất, kiểm tra sự tuân thủ và bổ sung chương trình tập tại nhà.

- BN không tự chăm sóc bản thân, nằm tại giường: tái khám 3 - 6 tháng, tập luyện và sinh hoạt cá nhân dựa hoàn toàn vào người nhà và chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại địa phương.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BỆNH XƠ CỨNG RÃI RÁC

I. ĐẠI CƯƠNG

Xơ cứng rải rác là một bệnh lý tái diễn hoặc tiến triển của hệ thần kinh trung ương gây ra các thiếu sót thần kinh từng đợt hoặc mạn tính. Các thiếu sót thần kinh này là biểu hiện của đa ổ tổn thương riêng biệt do hủy myelin, gọi là các mảng, xảy ra chủ yếu ở chất trắng của não, tủy, hoặc thần kinh thị giác. Mỗi thiếu sót thần kinh xảy ra phụ thuộc vào vị trí, kích thước và độ nặng của các mảng này.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Đợt bệnh này có phải là đợt đầu tiên hay không
- Hỏi các triệu chứng phổ biến của xơ cứng rải rác: có bị mất thị lực không, song thị, rối loạn chức năng bàng quang, dị cảm khu trú, và các rối loạn vận động khu trú ở một hoặc nhiều chi.
- Các triệu chứng trên xuất hiện trong quá khứ, nhưng chỉ thoáng qua và tự phục hồi mà không cần khám và điều trị

1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Khám thực thể thần kinh kỹ lưỡng để tìm bằng chứng có sự hiện diện của hai hay nhiều tổn thương hủy myelin riêng rẽ nhau, nằm tại các phần khác nhau của hệ thần kinh trung ương, xảy ra ít nhất tại hai thời điểm khác nhau.
- Cần xác định các tổn thương đường thần kinh thị giác hướng tâm; teo gai thị, liệt vận nhãn hoặc bất kỳ một rối loạn vận nhãn nào khác; tăng phản xạ gân xương, tăng trương lực cơ ở chi; mất cảm giác khu trú hoặc theo vùng.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Cộng hưởng từ (MRI):
 - + Xác nhận sự hiện diện của các mảng hủy myelin và loại trừ các bệnh lý tủy khác như bệnh lý chèn ép tủy...
 - + Sự hiện diện của một hay nhiều tổn thương trên MRI giúp thỏa mãn đòi hỏi về sự xuất hiện tách biệt vị trí giải phẫu và tách biệt về thời điểm xảy ra trong tiêu chuẩn chẩn đoán xơ cứng rải rác
- Dịch não tủy: là xét nghiệm thường quy trong chẩn đoán xơ cứng rải rác, sự hiện diện của oligoclonal bland hoặc sự tăng tổng hợp IgG được cho là có tổn thương hình thành
- Điện thế gọi thị giác hoặc điện thế gọi cảm giác: ít nhạy cảm, ít đặc hiệu nhưng cũng được cho là đại diện cho sự tồn tại tổn thương.

- Xét nghiệm máu: không có giá trị trong chẩn đoán xơ cứng rải rác, nhưng có giá trị trong chẩn đoán loại trừ các bệnh lý khác ảnh hưởng đến hệ thần kinh trung ương.

2. Chẩn đoán xác định

Tiêu chuẩn chẩn đoán dựa vào hỏi bệnh, khám thực thể thần kinh và kết hợp với xét nghiệm cận lâm sàng nhằm tìm ra các tổn thương thần kinh trung ương thỏa mãn đòi hỏi về sự hiện diện tổn thương tách biệt về vị trí giải phẫu và tách biệt về thời điểm xảy ra.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Luput ban đỏ hệ thống có biểu hiện bằng bệnh lý tủy cấp
- Bệnh Behcet có thể gây rối loạn chức năng thần kinh trung ương đa ổ
- Sarcoidosis có 5% bệnh nhân có biểu hiện tổn thương hệ thần kinh trung ương, đặc biệt là dây thần kinh thị giác và các dây thần kinh sọ não khác, thân não và tủy sống

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

Chia làm ba giai đoạn chính

- Điều trị đợt bệnh cấp
- Điều trị diễn tiến lâu dài của bệnh
- Điều trị triệu chứng và nâng đỡ cho từng triệu chứng và các bất thường chức năng thực thể

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

Tùy theo giai đoạn, mức độ tổn thương mà áp dụng các phương pháp kỹ thuật phục hồi chức năng khác nhau, song cơ bản cần điều trị chăm sóc đầy đủ các biện pháp sau:

- + Phục hồi chức năng hô hấp: giai đoạn cấp, có tổn thương tủy cổ cao kèm theo rối loạn chức năng hô hấp
- + Phục hồi chức năng vận động cảm giác và phòng chống biến chứng và các thương tật thứ phát
- + Phục hồi chức năng trong đau do nguyên nhân thần kinh
- + Phục hồi chức năng tâm lý xã hội và tình dục
- + Phục hồi chức năng co cứng cơ
- + Phục hồi chức năng hoạt động trị liệu và chức năng sống hàng ngày
- + Phục hồi chức năng rối loạn chức năng bàng quang

3. Các điều trị khác

- Giai đoạn cấp: phương tiện chính là corticoid, nếu mất chức năng nặng thì dùng Solumedrol liều cao đường tĩnh mạch: 500-1000mg mỗi ngày trong vòng 3-5 ngày sau ngừng thuốc hoặc chuyển sang dạng Prednison uống, giảm dần liều từ 60mg xuống 0 mg trong vòng vài tuần

- Điều trị lâu dài, điều chỉnh bệnh

Sử dụng liệu pháp Interferon: là các protein được các tế bào tiết ra như một phần của đáp ứng miễn dịch. Chúng gắn lên các receptor bề mặt tế bào và khởi động một dòng thác đáp ứng làm biến đổi hệ thống miễn dịch. Chúng có tác dụng cải thiện tiến triển xơ cứng rải rác

- Điều trị triệu chứng:

+ Không chế đau: sử dụng các thuốc và biện pháp giảm đau thần kinh

+ Điều trị cứng cơ: thuốc giãn cơ, phong bế tại chỗ bằng Botulinum toxin nhóm A hoặc Phenol 2%.

+ Điều trị rối loạn chức năng niệu dục và đường ruột

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Vì là bệnh tiến triển nhiều đợt, nên cần được quản lý điều trị dài lâu, tái khám định kỳ ngay cả khi chưa có đợt cấp mới tái diễn.

Theo dõi và xử lý sớm những đợt tái phát và xử lý kịp thời nếu có triệu chứng nặng và cấp tính

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BỆNH GÚT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gút là bệnh chuyển hóa, đặc trưng là có những đợt viêm khớp cấp tái phát và lắng đọng natri urat trong các mô, gây ra do tăng acid uric trong máu.
- Trong phân loại có bệnh gút cấp tính, bệnh gút mãn tính và thời gian ổn định giữa các cơn gút cấp.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

Bệnh nhân có xuất hiện bệnh sau khi có một bữa ăn có nhiều thịt không, sau một chấn thương hay phẫu thuật không, sau lao động nặng, đi lại nhiều, đi giày chật không, sau khi bị căng thẳng tâm lý mạnh không, sau khi dùng thuốc không.

1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Gút cấp tính

+ Đau cấp tính ở khớp bàn ngón chân cái một bên, thường xuất hiện vào ban đêm làm bệnh nhân thức giấc. Khớp bàn ngón chân cái sưng to, căng bóng, nóng đỏ, xung huyết, đau dữ dội ngày càng tăng, không thể chịu nổi, chỉ một va chạm nhẹ cũng làm đau tăng lên. Trong khi các khớp khác vẫn bình thường.

+ Toàn thân: có biểu hiện sốt nhẹ, mệt mỏi, lo lắng, mắt nổi tia đỏ, khát nước, đại tiện và đỏ, táo bón.

+ Đợt viêm kéo dài 1-2 tuần (trung bình 5 ngày), đêm đau nhiều hơn ngày, viêm nhẹ dần, đau giảm, bớt phù, hơi ướt, ngứa nhẹ rồi bong vảy và khỏi hẳn không để lại dấu vết gì ở ngón chân. Bệnh có thể tái phát nhiều lần trong một năm.

- Gút mãn tính

+ Tại khớp

Nổi u cục (hạt tophi): là hiện tượng lắng đọng urat ở xung quanh khớp, ở màng hoạt dịch, đầu xương, sụn... Vị trí thường thấy ở trên các khớp bàn, ngón chân cái, các ngón chân khác, cổ chân, gối, khuỷu, cổ tay, bàn ngón tay và đốt ngón gần, có một vị trí rất đặc biệt là trên sụn vành tai. Không bao giờ có ở khớp háng, vai và cột sống

Viêm đa khớp: Các khớp nhỏ, khớp nhỡ, bị viêm bàn ngón chân và tay, đốt ngón gần, cổ tay, gối, khuỷu, viêm thường nhẹ không đau nhiều và có tính chất đối xứng, diễn biến chậm. Các khớp hông, vai, cột sống không bị tổn thương.

+ Biểu hiện ngoài khớp

Thận: Lắng đọng rải rác ở nhu mô thận, sỏi đường tiết niệu.

Gân, túi thanh dịch: Có thể gây đứt gân hoặc chèn ép thần kinh

Tim: Urat có thể lắng đọng ở màng ngoài tim, cơ tim, có khi cả van tim.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Xét nghiệm

+ Acid uric máu tăng trên 7mg% .

+ Acid uric niệu/24h bình thường từ 400-450 mg, tăng nhiều trong gút nguyên phát, giảm rõ trong gút thứ phát sau bệnh thận.

+ Tốc độ máu lắng trong đợt tiến triển tăng, các xét nghiệm khác bình thường.

- Dịch khớp

Dịch khớp có biểu hiện viêm rõ rệt (lượng mucin giảm, bạch cầu tăng nhiều). Đặc biệt thấy những tinh thể urat monosodic nằm trong hoặc ngoài tế bào.

- X quang

Dấu hiệu quan trọng nhất của bệnh là khuyết xương hình hốc ở các đầu xương: hay gặp ở xương, đốt ngón chân, ngón tay, xương bàn tay, bàn chân, đôi khi ở cổ tay, cổ chân, khuỷu và gối.

2. Chẩn đoán xác định: Tiêu chuẩn của Bennet và Wood (1968)

Độ nhạy 70%, độ đặc hiệu 82,7%

- Hoặc tìm thấy tinh thể natri urat trong dịch khớp hay trong các hạt tophi

- Hoặc tối thiểu có trên 2 trong các yếu tố sau đây:

+ Tiền sử hoặc hiện tại có tối thiểu 2 đợt sưng đau của một khớp với tính chất khởi phát đột ngột, đau dữ dội và khỏi hoàn toàn trong vòng 2 tuần.

+ Tiền sử hoặc hiện tại có sưng đau khớp bàn ngón chân cái với các tính chất như trên.

+ Có hạt tophi

+ Đáp ứng tốt với colchicin (giảm viêm, giảm đau trong 48 giờ) trong tiền sử hoặc hiện tại.

Chẩn đoán xác định khi có tiêu chuẩn thứ nhất hoặc 2 yếu tố của tiêu chuẩn thứ hai.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm khớp do lắng đọng các tinh thể khác (pyrophosphate calci dihydrat) hay bệnh giả gút.

- Viêm khớp nhiễm khuẩn

- Viêm khớp dạng thấp

- Viêm khớp phản ứng

- Bệnh lý khác: viêm mô tế bào, bệnh mạch máu ngoại biên...

4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Nguyên nhân nguyên phát: Chưa rõ nguyên nhân nhưng trong chế độ ăn thực phẩm có chứa nhiều purin như gan, thận, tôm, cua, long đỏ trứng, nấm được coi là làm nặng thêm bệnh. Gặp 95% ở nam giới, độ tuổi thường gặp là 30-60 tuổi.

- Nguyên nhân thứ phát

Có thể do tăng sản xuất acid uric, giảm đào thải acid uric hoặc cả hai, cụ thể:

- Suy thận nói riêng và các bệnh lý làm giảm độ thanh lọc acid uric của cầu thận nói chung.

- Các bệnh về máu: bệnh bạch cầu cấp.

- Dùng thuốc lợi tiểu như furosemid, thiazide, acetazolamide...

- Sử dụng các loại thuốc diệt tế bào để điều trị các bệnh ác tính như cyclosporine, thuốc chống lao (ethambutol)...

Các yếu tố nguy cơ của bệnh là tăng huyết áp, béo phì và hội chứng chuyển hóa, tăng insulin máu và sự đề kháng insulin, uống nhiều rượu.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Chống viêm, giảm đau

- Duy trì tầm vận động của khớp

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

2.1. Giai đoạn cấp

- Tương tự như điều trị giai đoạn cấp của bệnh viêm đa khớp dạng thấp

- Nhiệt lạnh trị liệu

- Điện phân trị liệu

- Siêu âm trị liệu

- Bất động khớp ở tư thế chức năng

2.2. Giai đoạn mãn

Vận động khớp nhẹ nhàng

3. Các điều trị khác

- Chế độ ăn uống sinh hoạt

- Thuốc chống viêm

- Thuốc hạ acid uric máu

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Bệnh nhân cần được theo dõi tình trạng đau
- Hẹn tái khám khi bệnh nhân đau lại hoặc đau tăng lên

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG LOÃNG XƯƠNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Loãng xương (Osteoporosis) là một rối loạn chuyển hóa của bộ xương gây tổn thương sức mạnh của xương dẫn đến tăng nguy cơ gãy xương. Sức mạnh của xương bao gồm sự toàn vẹn cả về khối lượng và chất lượng của xương

* Khối lượng xương được biểu hiện bằng:

- Mật độ khoáng chất của xương (Bone mineral density - BMD)
- Khối lượng xương (Bone Mass content - BMC)

* Chất lượng xương phụ thuộc vào:

- Thể tích xương
- Vi cấu trúc của xương (thành phần chất nền của xương và chất khoáng của xương)
- Chu chuyển xương (tình trạng tổn thương vi cấu trúc xương, tình hình sửa chữa cấu trúc của xương)

* Phân loại loãng xương

- Loãng xương người già (loãng xương tiên phát)
- Loãng xương sau mãn kinh
- Loãng xương thứ phát

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Tiền sử còi xương, suy dinh dưỡng, tiền sử gãy xương...
- Tiền sử gia đình có cha, mẹ bị loãng xương hoặc gãy xương
- Thói quen sống ít hoạt động thể lực, ít hoạt động ngoài trời, bất động lâu ngày do bệnh tật hoặc nghề nghiệp
- Thói quen sử dụng rượu, bia, cà phê, thuốc lá...
- Tiền sử kinh nguyệt, mãn kinh (nữ giới)
- Tiền sử mắc một số bệnh: thiếu năng tuyến sinh dục, bệnh nội tiết (cường tuyến giáp, cường tuyến cận giáp, cường tuyến vỏ thượng thận...), bệnh xương khớp mạn tính (viêm khớp dạng thấp, thoái hóa khớp...)
- Tiền sử dùng một số thuốc dài hạn: thuốc corticoid, thuốc chống động kinh, thuốc tiểu đường (insulin)...

1.2. Khám lâm sàng và lượng giá chức năng

Loãng xương là bệnh diễn biến âm thầm, không có triệu chứng lâm sàng đặc trưng, chỉ biểu hiện khi đã có biến chứng

- Đau xương, đau lưng cấp và mạn tính
- Biến dạng cột sống: gù, vẹo cột sống, giảm chiều cao... do các đốt sống gãy lún
- Đau ngực, khó thở, chậm tiêu... do ảnh hưởng đến lồng ngực và các thân các đốt sống
- Gãy xương: các vị trí thường gãy là gãy đầu dưới xương quay, gãy cổ xương đùi, gãy lún cột sống (lưng và thắt lưng), xuất hiện sau chấn thương rất nhẹ, thậm chí không rõ chấn thương

1.3. Các chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- X quang quy ước: hình ảnh đốt sống tăng thấu quang, biến dạng thân đốt sống (gãy lún), các xương dài giảm độ dày thân xương (khiến ống tủy rộng ra)
- Xét nghiệm máu: nồng độ canxi toàn phần giảm, canxi ion giảm.
- Đo mật độ xương (BMD) bằng phương pháp đo hấp thụ năng lượng tia X kép (Dual Energy Xray Absorptiometry - DEXA) để dự báo nguy cơ loãng xương, đánh giá mức độ loãng xương, dự báo nguy cơ gãy xương và theo dõi điều trị
- Các phương pháp chẩn đoán khác: CT Scan hoặc MRI để đo mật độ xương đặc biệt ở cột sống hoặc cổ xương đùi; định lượng các marker hủy xương, tạo xương...

2. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào triệu chứng lâm sàng: đau xương, đau lưng, gãy xương sau chấn thương nhẹ, tuổi cao... có thể chẩn đoán xác định loãng xương khi đã có biến chứng gãy xương (mà không cần đo mật độ xương nếu không có điều kiện)
- Tiêu chuẩn chẩn đoán loãng xương của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) năm 1994, đo mật độ xương tại cột sống thắt lưng và cổ xương đùi theo phương pháp DEXA:
 - + Xương bình thường: T score từ -1 SD trở lên
 - + Thiếu xương (Osteopenia): T score trên -1 SD đến - 2,5 SD.
 - + Loãng xương (Osteoporosis): T score dưới - 2,5 SD.
 - + Loãng xương nặng: T score dưới - 2,5 SD kèm tiền sử/hiện tại gãy xương.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Bất toàn tạo xương hay bệnh xương thủy tinh (Osteogenesis Imperfecta)
- Các loãng xương thứ phát như ung thư di căn xương, các bệnh ác tính cơ quan tạo máu (đau tuỷ xương, bệnh bạch cầu...)

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Phòng ngừa biến chứng gãy xương,
- Kiểm soát đau nếu gãy xương xảy ra
- Cải thiện chức năng và giảm khiếm khuyết

2. Các phương pháp và kỹ thuật Phục hồi chức năng

2.1. Vật lý trị liệu: nhằm giảm đau

- Túi chườm nóng
- Kích thích điện thần kinh qua da (TENS)

2.2. Vận động trị liệu

- Vận động sớm ngay sau khi giảm đau
- Các bài tập thở sâu
- Tập mạnh cơ ngực to, các cơ liên sườn và các cơ vùng lưng
- Tập tỳ đè, chịu trọng lượng sớm (khi thể trạng cho phép): Các hoạt động ở tư thế chịu trọng lượng là rất quan trọng để duy trì khối lượng xương (định luật Wolf)
- Các bài tập vận động thể chất cường độ nhẹ như đi bộ và đạp xe, trong khi thực hiện bài tập phải đảm bảo bệnh nhân duy trì tư thế cột sống thẳng và đứng
- Bơi lội mặc dù không tỳ đè trọng lượng nhưng cũng giúp cho cải thiện BMD do có tác dụng làm căng nở lồng ngực, duỗi cột sống và tập luyện cho tim phổi
- Các bài tập đẳng trương (isometric) làm tăng sức mạnh cơ thành bụng, có vai trò dự phòng biến dạng gù cột sống

2.3. Hoạt động trị liệu

- Biến đổi môi trường nhà ở để làm giảm nguy cơ ngã của bệnh nhân (thanh ngang, thanh vịn, tay nắm... ở cầu thang, nhà tắm)
- Sử dụng ghế tắm, vòi hoa sen, các dụng cụ tắm rửa thích nghi...
- Không sử dụng thảm quá trượt tại lối ra vào nhà để tạo sự an toàn cho người bệnh

2.4. Các dụng cụ chỉnh hình trợ giúp

Áo nẹp cột sống mềm hoặc cứng

3. Các thuốc điều trị

3.1. Các thuốc bổ sung (bắt buộc hàng ngày trong suốt quá trình điều trị)

- Calci: Cần bổ sung hàng ngày. Năm 1994, Viện sức khỏe Quốc gia Hoa kỳ khuyến cáo lượng Calci hàng ngày như sau:
 - + Trẻ sơ sinh - 6 tháng tuổi: 400 mg/ngày
 - + Trẻ 6 tháng - 1 năm: 600 mg/ngày

+ Trẻ 1 - 10 tuổi: 800-1200 mg/ngày

+ Từ 11 - 24 tuổi: 1200-1500 mg/ngày

+ Từ 25-50 tuổi: 1000 mg/ngày

+ Từ 51 -64 tuổi: 1000 mg/ngày

+ Trên 65 tuổi: 1500 mg/ngày

+ Phụ nữ có thai hoặc cho con bú: 1200 -1500 mg/ngày

- Vitamin D 800-1000 UI hàng ngày (hoặc chất chuyển của vitamin D là calcitriol trong trường hợp bệnh nhân lớn tuổi hoặc suy thận vì không chuyển hóa được vitamin D). Nên định lượng vitamin D để bổ sung cho phù hợp.

3.2. Các thuốc chống hủy xương

Làm giảm hoạt tính tế bào hủy xương (osteoclasts)

- Nhóm biphosphonates: hiện là nhóm được lựa chọn đầu tiên trong điều trị loãng xương (người già, phụ nữ sau mãn kinh, nam giới, do cortocosteroid)

- Alendronate 70 mg + Cholecalciferol 2800 UI (Fosamax Plus) hoặc Alendronate 70 mg (Fosamax), một tuần uống một lần, uống lúc sáng sớm, khi bụng đói. Không nằm sau uống thuốc ít nhất 30 phút.

- Zoledronic acid (Aclasta) 5 mg, truyền tĩnh mạch. Một năm chỉ dùng một liều duy nhất. Thuốc có khả dụng sinh học vượt trội hơn đường uống và cải thiện được sự tuân thủ điều trị của người bệnh.

- Calcitonine (Miacalcic) dưới da, tiêm bắp. Thường chỉ định trong trường hợp mới gãy xương, đặc biệt khi kèm triệu chứng đau xương nhiều.

- Liệu pháp sử dụng các chất giống hormon: chỉ định đối với phụ nữ sau mãn kinh có nguy cơ cao hoặc có loãng xương sau mãn kinh

- Raloxifen (Evista), chất điều hòa chọn lọc thụ thể estrogen, 60 mg/ ngày, trong thời gian dưới 2 năm.

- Tibolone (Livial) có tác dụng giống hormon: 2,5 mg/ ngày, trong thời gian dưới 2 năm.

3.3. Thuốc có tác dụng kép

Strontium ranelate (Protelos): thuốc vừa có tác dụng tăng tạo xương vừa có tác dụng ức chế hủy xương. Liều dùng 2g uống hàng ngày một lần vào buổi tối (sau bữa ăn 2 giờ, trước khi đi ngủ)

3.4. Thuốc tăng tạo xương

Parathyroid hormon: rPTH 2 microgam tiêm dưới da hàng ngày, thường dùng cho các trường hợp bất thường về tạo xương, loãng xương nặng.

3.5. Các nhóm thuốc khác

- Menatetrenone (vitamin K2) ức chế osteocalcin
- Thuốc làm tăng quá trình đồng hóa: Deca Durabolin và Durabolin

4. Các điều trị khác

4.1. Điều trị triệu chứng

- Đau cột sống, đau dọc các xương, thường khi có gãy xương: chỉ định calcitonine và các thuốc giảm đau theo sơ đồ bậc thang của tổ chức Y tế thế giới. Có thể kết hợp thuốc kháng viêm giảm đau không Steroids, thuốc giãn cơ...
- Chèn ép rễ thần kinh liên sườn: nẹp thắt lưng, chỉnh tư thế ngồi hoặc đứng, thuốc giảm đau, thuốc giảm đau thần kinh...

4.2. Điều trị ngoại khoa các biến chứng gãy cổ xương đùi, gãy lún cột sống

- Trường hợp gãy cổ xương đùi có thể bắt vít xóp, thay chỏm xương đùi hoặc thay toàn bộ khớp háng.
- Lún xẹp đốt sống, biến dạng cột sống: phục hồi chiều cao đốt sống bằng các phương pháp tạo hình đốt sống (bơm xi măng vào thân đốt sống, thay đốt sống nhân tạo...)

4.3. Chế độ ăn uống

Bổ sung nguồn thức ăn giàu calci sớm (nhu cầu: 1000 - 1500 mg/ ngày, từ các nguồn: thức ăn, sữa và dược phẩm), tránh các yếu tố nguy cơ: thuốc lá, cà phê, rượu...

Tránh thừa cân

4.4. Chế độ sinh hoạt, tập thể dục thể thao hợp lý

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Bệnh nhân phải được điều trị lâu dài và theo dõi sát để bảo đảm sự tuân thủ điều trị
- Đo khối lượng xương (bằng phương pháp DEXA) mỗi 1-2 năm để theo dõi kết quả điều trị
- Thời gian điều trị phải kéo dài từ 3-5 năm (tùy mức độ), sau đó đánh giá lại tình trạng và quyết định các trị liệu tiếp theo.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM MŨM TRÊN LÒI CẦU NGOÀI XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm mủm trên lồi cầu ngoài xương cánh tay còn được gọi là khuỷu tay của người chơi tennis với đặc trưng bởi triệu chứng đau tại vùng lồi cầu ngoài cánh tay. Tổn thương cơ bản là viêm chỗ bám của gân các cơ duỗi cổ tay hay ngón tay do hoạt động quá mức hoặc tình trạng căng giãn do các động tác đối kháng ở tư thế ngửa cổ tay, ngoài ra còn do lặp đi lặp lại hàng ngày trong thời gian dài các động tác xoay, vặn, đan lát...
- Bệnh hay gặp ở lứa tuổi từ 40 đến 50, có thể tự khỏi nếu nghỉ hoặc kéo dài từ vài tuần đến vài năm

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Đau vùng lồi cầu ngoài cánh tay, có thể lan xuống cẳng tay, mặt mu tay
- Đau khi làm một số động tác như duỗi cổ tay, lắc, nâng một vật nặng, mở cửa...
- Giảm khả năng duỗi cổ tay và cầm nắm.

1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Không có biểu hiện các triệu chứng toàn thân như sốt, thiếu máu, gầy sút
- Các động tác vận động khớp khuỷu bình thường
- Có thể thấy sưng nề nhẹ tại điểm trên lồi cầu ngoài xương cánh tay
- Ấn vào điểm trên lồi cầu ngoài xương cánh tay đau chói.
- Đau xuất hiện hoặc tăng lên khi làm các động tác đối kháng ở tư thế duỗi cổ tay và ngửa bàn tay

1.2. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Các xét nghiệm về viêm và sinh hóa bình thường
- X quang khớp khuỷu

2. Chẩn đoán phân biệt

- Thoái hóa khớp khuỷu: Biểu hiện rõ trên X quang.
- Viêm túi thanh dịch khuỷu tay
- Bệnh lý rễ cột sống cổ (C5 - C7) đau dọc từ vai xuống bàn tay, kèm theo rối loạn cảm giác, MRI thấy hình ảnh tổn thương

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Giảm đau.
- Phục hồi các hoạt động chức năng hàng ngày của khuỷu, cánh tay, bàn tay

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng:

2.1. Nghỉ ngơi và tập luyện đóng vai trò quan trọng quyết định khỏi bệnh: Điều chỉnh các động tác của khuỷu, cẳng tay, bàn tay, cổ tay khi làm việc, trong sinh hoạt để tránh các động tác đột ngột, quá mức. Cố định bằng đai chun cổ tay, khuỷu tay. Tập luyện các bài tập mạnh cơ và kéo giãn các cơ bị ảnh hưởng, cường độ tập đến mức độ căng không gây đau.

2.2. Điều trị bằng nhiệt vùng lõi cầu ngoài xương cánh tay: Có thể chọn một trong các phương pháp nhiệt sau: Hồng ngoại, đắp paraffin hoặc bùn khoáng, từ trường nhiệt, sóng ngắn

2.3. Điện phân dẫn thuốc chống viêm giảm đau như Natrisalicylat 3% đặt tại vùng móm trên lõi cầu ngoài cánh tay.

2.4. Siêu âm: Có thể sử dụng dòng liên tục hoặc xung, có thể dùng siêu âm dẫn thuốc chống viêm giảm đau dạng mỡ như Voltaren emulgel...

2.5. Kích thích: 1 tuần/lần

2.6. Kỹ thuật di động mô mềm

3. Thuốc

3.1. Dòng Acetaminophen (paracetamol) 500mg X 4 viên/ngày. Có thể kết hợp với codeine (Efferalgan codeine) hoặc tramadon (Ultracet) tuy nhiên chỉ nên dùng ngắn ngày

3.2. Dòng chống viêm giảm đau không steroid (NSAID): Dùng liều thấp, ngắn ngày. Cần trọng khi dùng cho bệnh nhân lớn tuổi, có tiền sử bệnh lý đường tiêu hóa, tim mạch hoặc suy thận mạn. Có thể dùng đường uống hay đường bôi ngoài da.

3.3. Tiêm corticoid tại chỗ: Tiêm 0,5ml tại chỗ trong trường hợp đau nặng hoặc dai dẳng. Tiêm lại tối thiểu sau 3 tháng

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Các chỉ số theo dõi: Tình trạng đau, các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày người bệnh.
- Tái khám 1 tháng/lần sau đợt điều trị đau cấp, sau đó 3 tháng/lần

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM MỎM TRÊN LÒI CẦU TRONG XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm móm trên lò cầu trong xương cánh tay còn được gọi là khuỷu tay của người chơi golf (golfer's elbow) đặc trưng bởi triệu chứng đau tại vùng lò cầu trong cánh tay. Tổn thương cơ bản là viêm chỗ bám của các cơ gấp cổ tay, ngửa cẳng tay do hoạt động quá mức, ngoài ra còn do các động tác lặp đi lặp lại hàng ngày trong thời gian dài gây nhưng tổn thương vì cấu trúc tại điểm bám gân.

- Bệnh hay gặp ở lứa tuổi từ 40 đến 50, có thể kéo dài từ vài tuần đến vài năm. Bệnh có thể tự khỏi nếu nghỉ ngơi, một số tái phát sau 6 tháng

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Đau vùng lò cầu trong cánh tay, có thể lan xuống cẳng tay và mặt trong mu tay
- Đau khi làm một số động tác như sấp cổ tay, lắc, nâng một vật nặng, mở cửa..
- Giảm khả năng sấp cẳng tay

1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Không có biểu hiện các triệu chứng toàn thân như sốt, thiếu máu, gầy sút
- Các động tác vận động khớp khuỷu bình thường
- Có thể thấy sưng nề nhẹ tại điểm trên lò cầu trong xương cánh tay
- Ấn vào điểm trên lò cầu trong xương cánh tay đau chói.
- Đau xuất hiện hoặc tăng lên khi làm các động tác đối kháng ở tư thế gấp cổ tay và sấp bàn tay

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

Các xét nghiệm về viêm và XQuang khớp khuỷu và sinh hóa bình thường

2. Chẩn đoán phân biệt

- Thoái hóa khớp khuỷu: Biểu hiện rõ trên XQuang.
- Viêm túi thanh dịch khuỷu tay
- Bệnh lý rễ cột sống cổ (C5 - C7) đau dọc từ vai xuống bàn tay, kèm theo rối loạn cảm giác, MRI thấy hình ảnh tổn thương

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Giảm đau.
- Phục hồi các hoạt động chức năng hàng ngày của khuỷu, cánh tay, bàn tay

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng:

2.1. Nghỉ ngơi và tập luyện đóng vai trò quan trọng quyết định khỏi bệnh: Điều chỉnh các động tác của khuỷu, cẳng tay, bàn tay, cổ tay khi làm việc, trong sinh hoạt để tránh các động tác đột ngột, quá mức. Cố định bằng đai chun cổ tay, khuỷu tay. Tập luyện các bài tập mạnh cơ và kéo giãn các cơ bị ảnh hưởng, cường độ tập đến mức độ căng không gây đau.

2.2. Điều trị bằng nhiệt vùng lõi cầu trong xương cánh tay: Có thể chọn một trong các phương pháp nhiệt sau: Hồng ngoại, đắp paraffin hoặc bùn khoáng, từ trường nhiệt, sóng ngắn

2.3. Điện phân dẫn thuốc chống viêm giảm đau như Natrisalicylat 3% đặt tại vùng móm trên lõi cầu trong.

2.4. Siêu âm: Có thể sử dụng dòng liên tục hoặc xung, có thể dùng siêu âm dẫn thuốc chống viêm giảm đau dạng mỡ như Voltaren emulgen...

2.5. Kích sóc: 1 tuần/lần

2.6. Kỹ thuật di động mô mềm

3. Các điều trị khác

3.1. Thuốc

3.1.1. Dòng Acetaminophen (paracetamol) 500mg X 4 viên/ngày. Có thể kết hợp với codeine (Efferalgan codeine) hoặc tramadon (Ultracet) tuy nhiên chỉ nên dùng ngắn ngày

3.1.2. Dòng chống viêm giảm đau không steroid (NSAID): Dùng liều thấp, ngắn ngày. Cần trọng khi dùng cho bệnh nhân lớn tuổi, có tiền sử bệnh lý đường tiêu hóa, tim mạch hoặc suy thận mạn. Có thể dùng đường uống hay đường bôi ngoài da.

3.1.3. Tiêm corticoid tại chỗ: Tiêm 1/2ml tại chỗ trong trường hợp đau nặng hoặc dai dẳng. Tiêm lại tối thiểu sau 3 tháng

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Các chỉ số theo dõi: Tình trạng đau, các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày người bệnh.
- Tái khám 1 tháng/lần sau đợt điều trị đau cấp, sau đó 3 tháng/lần

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM MỎM TRÂM QUAY

(HỘI CHỨNG De Quervain)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm móm trâm quay (hội chứng De Quervain) là bệnh viêm bao gân dạng dài và duỗi ngón cái. Nguyên nhân gây bệnh thường do chấn thương vùng cổ tay, các nghề đòi hỏi phải sử dụng các động tác cầm, nắm, xoay, vặn lặp đi lặp lại như nghề giáo viên, phẫu thuật viên, cắt tóc... có thể gặp ở bệnh nhân bị viêm khớp cổ tay, thoái hóa khớp... hay gặp ở nữ tuổi từ 40 đến 50.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

Đau vùng móm trâm quay cổ tay, đau có thể tăng lên khi vận động ngón cái, đau có thể nhiều về đêm, lan theo ngón cái và lên cẳng tay. Đau khi làm một số động tác như duỗi cổ tay, lắc, nâng một vật nặng, mở cửa... Giảm khả năng duỗi, xoay ngửa cổ tay và cầm nắm.

1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Dựa vào các triệu chứng tại chỗ. Không có biểu hiện các triệu chứng toàn thân như sốt, thiếu máu, gầy sút.
- Sưng nề vùng móm trâm quay. Ấn vào thấy đau chói
- Sờ thấy bao gân dày lên, có thể có nóng, đỏ.
- Cử động ngón cái có thể nghe thấy tiếng “cót két”
- Nghiệm pháp Finkelstein: Gấp ngón cái và trong lòng bàn tay. Nắm các ngón tay trùm lên ngón cái. Nghiêng cổ tay về phía trụ. Nếu bệnh nhân thấy đau chói vùng gân dạng dài ngón cái là dấu hiệu dương tính.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

Siêu âm vùng móm trâm quay thấy gân dạng dài ngón cái, duỗi ngấn dày lên, bao gân dày, có thể có dịch ở xung quanh. Các xét nghiệm về viêm và X/Q khớp cổ tay

2. Chẩn đoán xác định: có điểm đau chói vùng móm trâm quay và nghiệm pháp Finkelstein dương tính và sinh hóa bình thường

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm màng hoạt dịch khớp cổ tay
- Thoái hóa khớp bàn ngón cái
- Viêm bao hoạt dịch gân duỗi cổ tay quay ngắn và dài

- Chèn ép nhánh nông thần kinh quay

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Giảm đau.
- Phục hồi các hoạt động chức năng hàng ngày của cổ tay, bàn tay
- Dự phòng tái phát

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

2.1. Nghỉ ngơi và tập luyện đóng vai trò quan trọng quyết định khỏi bệnh: Giảm hoặc ngừng vận động cổ tay ngón cái từ 4 đến 6 tuần. Nếu đau sưng nhiều có thể dùng nẹp hoặc băng gia cố cổ tay ngón cái. Tập luyện: Điều chỉnh các động tác của bàn tay, cổ tay đặc biệt là ngón cái khi làm việc, trong sinh hoạt. Cần loại bỏ những động tác duỗi dạng ngón cái, cổ tay. Tập các bài tập mạnh cơ và kéo giãn các cơ bị ảnh hưởng, cường độ tập đến mức độ căng không gây đau.

2.2. Điều trị bằng nhiệt

Có thể chọn một trong các phương pháp nhiệt sau:

Chườm nóng hoặc chườm lạnh:

- Chườm lạnh khi vị trí tổn thương nóng, đỏ.
- Chườm nóng khi vị trí tổn thương không có biểu hiện nóng, đỏ: Hồng ngoại, đắp paraffin hoặc bùn khoáng, từ trường nhiệt, sóng ngắn

2.3. Điện phân dẫn thuốc chống viêm giảm đau như Natrisalicylat 3% đặt tại vùng mỗm trâm quay.

2.4. Siêu âm: Có thể sử dụng dòng liên tục hoặc xung, có thể dùng siêu âm dẫn thuốc chống viêm giảm đau dạng mỡ như Voltaren emulgel...

2.5. Kích thích: 1 tuần/lần

2.6. Kỹ thuật di động mô mềm

3. Các điều trị khác

3.1. Thuốc

3.1.1. Dòng Acetaminophen (paracetamol) 500mg X 4 viên/ngày. Có thể kết hợp với codeine (Efferalgan codeine) hoặc tramadon (Ultracet) tuy nhiên chỉ nên dùng ngắn ngày

3.1.2. Dòng chống viêm giảm đau không steroid (NSAID): Dùng liều thấp, ngắn ngày. Cần trọng khi dùng cho bệnh nhân lớn tuổi, có tiền sử bệnh lý đường tiêu hóa, tim mạch hoặc suy thận mạn. Có thể dùng đường uống hay đường bôi ngoài da.

3.1.3. Tiêm Corticoid tại chỗ: Tiêm 0,3ml tại chỗ vào vùng bao gân trong trường hợp đau nặng hoặc dai dẳng. Tiêm không quá 3 lần/đợt và không quá 3 đợt/năm

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Các chỉ số theo dõi: Tình trạng đau, sưng tại chỗ, các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày của người bệnh.
- Tái khám 1 tháng/lần sau đợt điều trị đau cấp, sau đó 3 tháng/lần

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HỘI CHỨNG NGÓN TAY LÒ XO

I. ĐẠI CƯƠNG

Đây là loại bệnh lý viêm gân thường gặp, bao gân gấp ngón tay phì đại và quá sản sụn sợi ở bề mặt tiếp xúc của gân và bao gân làm cho bao gân dày lên hình thành cục xơ ở gân làm chít hẹp đường hầm của gân. Sự chít hẹp làm gân di chuyển khó khăn và nhiều khi bị kẹt khiến ngón tay không cử động được và do lực duỗi ngón tay thường yếu hơn không thắng được tắc nghẽn này nên ngón tay thường ở tư thế gấp (có nơi gọi là ngón tay cò súng). Nếu cứ duỗi thụ động thì sẽ nghe thấy tiếng bật

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh: Hỏi bệnh nhân thường xuất hiện đau ở gốc ngón tay tại vị trí bao gân bị đau? Đôi khi bệnh nhân khó cử động ngón tay.

1.2. Khám lâm sàng và lượng giá chức năng

- Những triệu chứng đau và khó gập hoặc duỗi ngón tay, nặng hơn vào buổi sáng sau khi ngủ dậy, ban ngày học tập và làm việc triệu chứng có giảm nhiều.
- Khi làm động tác gập-duỗi ngón tay bệnh nhân cảm nhận được tiếng “bật”. Ngón tay có thể không duỗi thẳng hoặc không gập được ngón tay mặc dù bệnh nhân cố gắng hết sức (thường là để quá lâu không điều trị).
- Giai đoạn sớm bệnh nhân có thể có sưng đau
- Sờ dọc gân gấp có thể sờ thấy hạt sơ nhỏ, cục sơ có thể di động theo động tác gập-duỗi ngón tay.

1.3. Các chỉ định cận lâm sàng

- Chụp XQuang quy ước: Rất hiếm khi có tổn thương trên XQuang
- Các xét nghiệm cơ bản.
- Xét nghiệm máu lắng

2. Chẩn đoán xác định

Dựa vào triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm khớp màng ngón tay: Đau vùng gốc ngón tay nhưng có dấu hiệu ngón tay lò xo (thường sưng, nóng, đỏ, đau nhiều khớp bệnh cảnh của viêm khớp dạng thấp)
- Giai đoạn sau liệt cơ cứng DUYPUYTREN (thường bị co cứng các ngón tay ở cả 2 bàn tay do xơ hóa giải cân bàn tay).

4. Chẩn đoán nguyên nhân

Rất khó chẩn đoán nguyên nhân chủ yếu dựa vào các nguyên nhân của bệnh viêm gân.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Giảm đau chống viêm gân gấp
- Giải phóng tình trạng tắc nghẽn bao xơ gân gấp.
- Trả lại chức năng ngón tay.

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

2.1. Giai đoạn có viêm gân gấp: Chườm lạnh, tập thụ động, chủ động ngón tay có triệu chứng ngày 3 lần.

2.2. Giai đoạn không còn viêm

- Dùng nhiệt nóng, dùng phương pháp điện phân dẫn thuốc
- Sóng ngắn điều trị.
- Tập gấp duỗi ngón tay nhiều lần theo tầm khớp đốt ngón tay hoặc khớp bàn ngón.
- Tập kéo giãn gân gấp sau khi đã điều trị nhiệt nóng.

3. Thuốc điều trị

- Thuốc chống viêm không steroid
- Thuốc tiêm Corticoid tại chỗ đau.

4. Các điều trị khác

Khi điều trị nội khoa không có kết quả, người ta có thể điều trị ngoại khoa để giải phóng các sợi hóa chèn ép gân gấp.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Tránh các yếu tố có nguy cơ cao có thể gây nên bệnh lý trên: các nguy cơ viêm khớp dạng thấp, điều trị cơ bản khi được phát hiện bệnh. Tránh các vi chấn thương hoặc chấn thương trực tiếp vùng ngón tay.

Khám theo hẹn.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HỘI CHỨNG ĐƯỜNG HẸM CỔ TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Hội chứng đường hầm cổ tay hay còn gọi là hội chứng ống cổ tay, được James Paget mô tả từ giữa thế kỷ 18.
- Khoảng 3% người Mỹ trưởng thành có biểu hiện hội chứng này

- Đây là một trong những nguyên nhân gây tê tay, teo bàn tay, thường gặp ở người trẻ tuổi, nữ hay gặp hơn nam, người sử dụng nhiều các cử động ở cổ tay như đếm tiền, gói hàng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Hỏi xem bệnh nhân có đau và dị cảm ở bàn tay không.
- Có hay bị tê về đêm không, tê có giảm khi nâng tay cao hoặc vẫy tay không
- Đau tê thỉnh thoảng mới xuất hiện hay thường xuyên.
- Bệnh nhân có hay bị run tay, viết khó, dễ làm rớt đồ vật không

1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Dấu hiệu lâm sàng cổ điển là dấu hiệu Tinel và nghiệm pháp Phalen
- Dấu hiệu Tinel dương tính: gõ trên ống cổ tay ở tư thế duỗi cổ tay tối đa gây cảm giác đau hay tê giật lên các ngón tay.
- Nghiệm pháp Phalen dương tính: Khi gấp cổ tay tối đa (đến 90 độ) trong thời gian ít nhất là một phút gây cảm giác tê tới các đầu ngón tay.
- Giảm hoặc mất cảm giác châm chích vùng da do TK giữa chi phối
- Teo cơ mô cái, yếu cơ, cầm nắm yếu là những dấu hiệu muộn đã có tổn thương thần kinh.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- + Chẩn đoán điện (đo điện cơ): Cho phép ta chẩn đoán sớm và lượng giá những tổn thương của dây thần kinh giữa. Người ta dùng dòng điện cường độ nhỏ kích thích và đo thời gian đáp ứng về cảm giác hoặc vận động ở vùng thần kinh giữa chi phối.
- + Siêu âm: Siêu âm có thể giúp đánh giá thần kinh giữa và các thành phần trong ống cổ tay.

2. Chẩn đoán xác định

- Có biểu hiện đau, tê bàn ngón tay vùng thần kinh giữa chi phối qua hỏi bệnh
- Dấu hiệu Tinel dương tính
- Nghiệm pháp Phalen dương tính
- Điện cơ đồ.
- Siêu âm

3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Chấn thương vùng cổ tay, khiến cấu trúc cổ tay thay đổi.
- Thấp khớp (biến dạng bàn tay, ngón tay), lupus, đái tháo đường.

- Thai nghén, suy giáp, suy thận.
- Các bất thường của những dây gân trong đường hầm cổ tay.
- Do đặc thù công việc sử dụng cổ tay nhiều: công nhân làm việc trong các dây chuyền công nghiệp, nhân viên đánh máy tính văn phòng...

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Cần điều trị các bệnh lý hoặc các yếu tố thuận lợi gây ra hội chứng đường hầm cổ tay.
- Giảm áp lực trong ống cổ tay bằng cách giảm hiện tượng viêm, phù nề của các gân gấp hoặc dịch viêm do khớp hay máu tụ do cổ tay.
- Mở rộng ống cổ tay bằng cách xê mạc giữ gân gấp. Điều chỉnh các khối can xương trật để ống cổ tay không bị hẹp và không đè ép lên thần kinh giữa.

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

- Nhiệt trị liệu
- Điện trị liệu
- Xoa bóp mô mềm ở cổ tay
- Máng nẹp cổ tay
- Di động khớp cổ tay
- Các bài tập cổ tay và bàn tay

3. Các điều trị khác

- Điều trị bằng thuốc
- + Thuốc chống viêm giảm đau không Steroid
- + Vitamin nhóm B
- + Tiêm steroid một cách thận trọng vào trong ống cổ tay.
- Phẫu thuật mở rộng đường hầm: Dành cho những trường hợp bệnh bắt đầu sang đến giai đoạn muộn, bàn tay, ngón tay có cơ lực yếu.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Bệnh nhân cần được theo dõi tình trạng đau

Hẹn tái khám khi bệnh nhân đau lại hoặc đau tăng lên

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM CÂN GAN BÀN CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Cân gan bàn chân là một dải rất chắc chạy dọc theo lòng bàn chân, nối từ gót chân đến nền của các ngón. Nó có chức năng nâng đỡ cung bàn chân, duy trì độ cong sinh lý của bàn chân, khiến bàn chân có độ nhún, làm giảm nhẹ lực đè ép lên bàn chân khi vận động. Viêm cân gan bàn chân là viêm dải cân này.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh: thời điểm khởi phát triệu chứng, tiền sử hay hiện tại vận động quá sức, thể thao và giày dép có thích hợp hay không? các khiếm khuyết chức năng hiện tại, mục tiêu chức năng của bệnh nhân.

1.2. Khám lâm sàng

- Đau phía dưới gót chân, có đặc tính là đau nhiều về sáng và giảm đi trong ngày. Đau có thể trở lại sau khi vận động đi lại nhiều và thuyên giảm khi nghỉ ngơi. Người bệnh thường mô tả có cơn đau buốt rất khó chịu khi vừa ngủ dậy bước chân xuống giường, hoặc khi đang ngồi lâu đứng dậy, đi.
- Nếu không điều trị kịp thời và đúng cách bệnh sẽ trở thành mạn tính, kéo dài dai dẳng nhiều tháng nhiều năm, gây ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống của người bệnh.
- Người khám ấn vào mặt dưới gót phía trong, bệnh nhân rất đau.
- Khám cung gan bàn chân (phẳng, lõm cao, teo cơ...), mất cân xứng chiều dài chi và dấu hiệu của viêm hệ thống.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Chụp X Quang thường thấy có hình ảnh của gai xương gót, vì vậy viêm cân gan chân còn được gọi là gai xương gót. Tuy nhiên, gai xương gót không phải là nguyên nhân gây đau trong bệnh viêm cân gan chân mà chỉ là hậu quả của quá trình viêm kéo dài dẫn đến vôi hóa.

2. Chẩn đoán xác định: triệu chứng lâm sàng, điện quang (XQ thường qui, CT scans, MRI) và siêu âm vùng gót chân.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm gân gót Achilles
- Hội chứng đường hầm bàn chân
- Một số bệnh khác như viêm khớp dạng thấp, gout, đau thần kinh tọa, chấn thương xung gót, viêm túi hoạt dịch gót.

4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Cân gan chân bị kéo căng quá mức, lập đi lập lại trong thời gian dài gây viêm, rách ngay chỗ bám vào xương gót.
- Ngoài ra còn hay gặp ở phụ nữ đi giày bó, giày cao gót, hoặc ở tuổi tiền mãn kinh, mãn kinh.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Điều trị vật lý - Phục hồi chức năng sớm và tích cực, kết hợp đánh giá thêm cận lâm sàng (sinh hóa, huyết học, CT scans, MRI...) khi điều trị giai đoạn cấp không thuyên giảm triệu chứng.
- Chú trọng kỹ thuật kéo giãn gân gót, cân gan chân hàng ngày vào buổi sáng trước khi đi lại, hoạt động, thực hiện 4-5 lần/ngày.
- Thuyết phục bệnh nhân tính hiệu quả của chương trình điều trị bảo tồn từ 6 đến 12 tháng.

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

2.1. Giai đoạn cấp

- Mức độ hoạt động: nghỉ ngơi, ngừng chạy, nhảy và các hoạt động thể thao. Bảo vệ gan bàn chân khi hoạt động bằng gót hõm, gót đệm, băng cổ chân, không đi chân không.
- Vật lý trị liệu: Nhiệt lạnh trị liệu 4 lần/ngày, mỗi lần 15-20 phút; siêu âm; điện phân; điện di ion; kích thích điện, sóng xung kích 10-20 phút/lần/ lặp lại tùy theo từng bệnh nhân.
- Vận động trị liệu:
 - + Kỹ thuật mô mềm: xoa bóp sâu mô mềm tới cân gan chân, cơ sinh đôi, cơ dép.
 - + Di động khớp: xương cổ chân và các ngón.
- Bài tập và chương trình tập tại nhà:
 - + Kéo giãn và tập mạnh cơ: cơ sinh đôi, cơ dép, cơ chày sau, cân cơ gan chân, nhóm cơ gấp ngón.
 - + Tập luyện dáng đi và dụng cụ trợ giúp khi cần.

2.2. Giai đoạn bán cấp/mạn tính

- Mức độ hoạt động: tăng tiến hoạt động đi, chạy bộ.
- Vật lý trị liệu: Nhiệt lạnh trị liệu 1-2 lần/ngày, mỗi lần 15-20 phút; siêu âm; điện phân; điện di ion; kích thích điện, sóng xung kích 10-20 phút/lần/ lặp lại tùy theo từng bệnh nhân.
- Vận động trị liệu:
 - + Trợ giúp kéo giãn cơ sinh đôi, cơ dép dùng kỹ thuật co nghỉ/giữ nghỉ. Tăng tiến bài tập đề kháng bằng tay. Tiếp tục di động khớp.
- Bài tập và chương trình tập tại nhà:

- + Kéo dẫn, tập mạnh cơ và độ mềm dẻo các nhóm cơ như trên. Tập mạnh bằng kỹ thuật chuỗi đóng động (chân và gót nâng lên); bài tập với băng thun.
- + Tập luyện dáng đi tăng tiến thì ổn định: tái rèn luyện thăng bằng, cảm thụ bản thể; bước tới và lui, tăng tiến nhảy, nhảy lò cò.
- + Luyện tập tim mạch (đạp xe đạp, thăm lặn, lên xuống cầu thang); trở lại hoạt động chức năng hàng, nghề nghiệp, giải trí và hoạt động thể thao trước đây.

3. Điều trị thuốc: thuốc chống viêm giảm đau giúp giảm hiện tượng viêm và các triệu chứng.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

1. Lịch tái khám: sau xuất viện 2 tuần tiếp tục theo dõi về tình trạng sức khỏe và hồi phục chức năng.

2. Biện pháp phòng ngừa

- Khởi động thật kỹ và thực hiện các động tác kéo căng trước khi chơi thể thao.
- Mang giày chuyên dùng, kích cỡ phù hợp, có miếng đệm giày êm.
- Tránh chơi trên mặt sân cứng. Sửa lại bộ chân cho đúng kỹ thuật.
- Không nên đi bộ hay chạy bộ nhiều nhằm làm giảm cân. Trước khi tập đi bộ phải tập kéo căng cơ bụng chân, cân gan chân.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TỔN THƯƠNG DÂY THẦN KINH CHÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

Dây thần kinh (TK) chày còn gọi là dây TK hông khoeo trong là một trong hai nhánh tận của dây thần kinh hông to, chi phối vận động cơ tam đầu cẳng chân; cơ gấp dài ngón cái; cơ chày sau; cơ khoeo và cơ gan chân gầy, với chức năng sinh lý: Gấp bàn chân về phía lòng; đứng bằng mũi chân (kiễng gót); xoay bàn chân vào trong và gấp ngón chân.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Không gấp được bàn chân về phía lòng.
- Không đứng được bằng mũi chân (không kiễng được gót chân).
- Không xoay được bàn chân vào trong.
- Teo cơ phía sau cẳng chân; mất phản xạ gân gót; khi đi thường đặt gót chân xuống trước, gọi là “bàn chân gót” (pes calcaneus).
- Giảm hoặc mất cảm giác vùng gan bàn chân và các ngón chân; mặt sau cẳng chân và mặt mu đốt cuối các ngón chân.
- Rối loạn dinh dưỡng và vận mạch ở gan chân: bàn chân lạnh, nhợt nhạt, loét, gan bàn chân trắng bợt, có lúc tím tái...

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng: Chẩn đoán điện thần kinh có giá trị trong chẩn đoán xác định, vị trí tổn thương và tiên lượng quá trình điều trị.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Thoái hóa khớp gối.
- Chấn thương, gãy xương vùng cẳng chân.
- Ung thư xương nguyên phát hoặc di căn.

3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Thường gặp nhất trong gãy đầu dưới xương chày có mảnh rời kèm sai khớp gối; tai biến trong kết hợp xương chày, can thiệp vào khớp gối
- Tổn thương hở: Do vết thương hỏa khí, tai nạn trong lao động và trong sinh hoạt.
- Tổn thương kín: Gặp trong tai nạn giao thông, thể thao, luyện tập quân sự: dây thần kinh bị bầm dập, kéo căng quá mức.
- Do bệnh lý: U dây thần kinh; viêm dây thần kinh; do nhiễm độc; đè ép, do viêm.

- Do thầy thuốc gây nên: Do tiêm truyền; garo kéo dài; tai biến trong phẫu thuật; do chiếu tia xạ kéo dài

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Giảm đau chống viêm, phòng chống sẹo hóa, teo cơ, co rút cơ, cứng cơ.
- Kích thích phục hồi, tăng dẫn truyền thần kinh.
- Phục hồi tầm vận động của cẳng chân, cổ chân và bàn chân
- Phục hồi các hoạt động chức năng hàng ngày như đi lại, lên xuống cầu thang, đứng lên ngồi xuống..
- Tôn thương kín cần điều trị bảo tồn tích cực. Nếu sau 1-2 tháng điều trị không kết quả thì cần nghiên cứu điện thần kinh xem có thể phẫu thuật được không

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng:

2.1. Điều trị bằng nhiệt vùng cẳng chân bị tổn thương: Có thể chọn một trong các phương pháp nhiệt sau: Hồng ngoại, đắp paraffin hoặc bùn khoáng, từ trường nhiệt

2.2. Điện phân dẫn thuốc chống viêm giảm đau như Natrisalicilat 3% hay Nivalin đặt tại vùng tổn thương.

2.3. Siêu âm hoặc siêu âm dẫn thuốc dòng xung vùng tổn thương.

2.4. Điện xung dòng kích thích phục hồi thần kinh cơ: Faradic, Diadinamic, dòng giao thoa...

2.5. Xoa bóp sâu vùng cẳng chân, bàn chân bên tổn thương: Vào tuần thứ sáu, rất có hiệu quả do tránh được xơ, sẹo dính, kích thích phục hồi nhanh

2.6. Tập luyện: Đặc biệt quan trọng trong điều trị phục hồi, để phòng biến chứng. Các bài tập thụ động, chủ động theo tầm vận động, vận động có kháng trở tùy thuộc vào mức độ tổn thương hay tiến triển của bệnh. Có thể sử dụng tập có kháng trở với các mẫu vận động cổ chân, bàn, ngón chân.

Trong trường hợp nối dây thần kinh, khi vận động cần:

- Bất động khớp ở dưới vị trí tổn thương ở tư thế trung tính bằng máng bột trong 03 tuần, kết hợp tập chủ động các khớp không liên quan.
- Từ 3-5 tuần: Tập vận động nhưng tránh căng đầu dây thần kinh bị khâu nối. Tập 3 - 4 lần /ngày xen kẽ hoạt động trị liệu.
- Tuần 6-8: Có thể áp dụng kỹ thuật PNF với các mẫu vận động của khớp gối, khớp cổ chân, bàn chân.
- Tuần 8-10: Vận động tập có đề kháng tăng dần. Nếu tầm vận động không đạt thì dùng phương pháp kéo giãn thụ động và làm máng bột kéo giãn tăng tiến.

2.7. Nẹp căng - cổ chân bàn chân giúp phòng biến dạng bàn chân, đi lại và di chuyển dễ dàng hơn

3. Các điều trị khác

3.1. Thuốc

3.1.1. Dòng Acetaminophen (paracetamol, Efferalgan codeine, Ultracet) 500mg X 4 viên/ngày. Chỉ nên dùng ngắn ngày

3.1.2. Dòng chống viêm giảm đau không steroid (NSAID): Dùng liều thấp, ngắn ngày. Cần trọng khi dùng cho bệnh nhân lớn tuổi, có tiền sử bệnh lý đường tiêu hóa, tim mạch hoặc suy thận mạn. Có thể dùng đường uống hay điện phân.

3.1.3. Dòng thuốc kích thích phục hồi dẫn truyền thần kinh: Nucleofort CMP ống hay viên 50mg X 2 ống (viên) ngày chia 2 lần. Nivalin 2,5mg X 1 đến 2 ống/ngày chia 2 lần, tiêm bắp

3.1.4. Dòng thuốc giảm phù nề: Alphachymotrypsine X 4 viên/ngày

3.1.5. Các vitamin nhóm B như B₁, B₆, B₁₂.

3.2. Điều chỉnh chế độ ăn hợp lý

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Các chỉ số theo dõi: Tình trạng đau, vận động căng chân, bàn chân, các bài tập vận động, các hoạt động thực hiện chức năng sinh hoạt hàng ngày của người bệnh.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM ĐA RỄ, ĐA DÂY THẦN KINH (HỘI CHỨNG GUILLAIN BARRÉ)

I. ĐẠI CƯƠNG

Hội chứng Guillain-Barré nằm trong nhóm viêm đa rễ dây thần kinh, là một hội chứng với các biểu hiện:

- Tổn thương lan tỏa noron thần kinh ngoại vi cả vận động và cảm giác.
- Giảm vận động, giảm cảm giác ở ngoại vi, thường biểu hiện cả hai bên, có tính chất đối xứng, ở gốc chi nhiều hơn ngọn chi, tổn thương có tính chất lan lên.
- Phân ly protein - tế bào trong dịch não tủy.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh, khám và lượng giá chức năng

- Nhịp tim nhanh, Huyết áp tăng hoặc giảm
- Rối loạn cảm giác: Cảm giác như kiến bò ở ngón tay, ngón chân hoặc cả hai
- Rất khó cử động mắt, khó nhai, khó nói và khó nuốt
- Yếu hoặc liệt hai chân, khó cử động hoặc liệt hai tay: liệt mềm, phản xạ gân xương giảm
- Khó thở, nếu nặng bệnh nhân có thể bị suy hô hấp
- Không có rối loạn cơ tròn: đại tiểu tiện tự chủ
- Phần lớn bệnh nhân hội chứng Guillain-Barré bị liệt trong vòng 4 tuần sau khi có triệu chứng đầu tiên. Một vài trường hợp triệu chứng có thể tiến triển rất nhanh, gây liệt hoàn toàn chân, tay và cơ hô hấp trong vòng vài giờ

1.2. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Chọc dịch não tủy: phân ly đậm tế bào
- Đo điện cơ

2. Chẩn đoán xác định: Dựa vào lâm sàng và xét nghiệm dịch não tủy

3. Chẩn đoán nguyên nhân

Chưa rõ ràng. Giả thiết là cơ thể miễn dịch hoặc dị ứng.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Tập càng sớm càng tốt ngay sau khi qua giai đoạn cấp tính
- Phòng ngừa thương tật thứ phát

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

- Chăm sóc và phục hồi chức năng hô hấp
- Tập vận động theo thang điểm thử cơ
- Tập hoạt động trị liệu chức năng sinh hoạt hàng ngày
- Sử dụng dụng cụ trợ giúp (dụng cụ chỉnh hình, nạng, thanh song song, khung tập đi, dụng cụ hỗ trợ sinh hoạt hàng ngày...)

3. Các điều trị khác

3.1. Về hồi sức

Cần chú ý ba nguy cơ chính:

- Liệt vận động lan tỏa: loét đè ép, tắc mạch phổi, viêm phổi.
- Liệt hô hấp, tử vong nhanh.
- Rối loạn thần kinh thực vật, thần kinh tự chủ.

Xử trí:

- Thông khí nhân tạo: qua nội khí quản, qua canule mở khí quản, thở máy, hút đờm rãi
- Vận động trị liệu: vỗ rung, tập vận động khớp, xoa bóp.
- Khám phổi, Xquang thường xuyên: phát hiện viêm phổi, xẹp phổi.
- Tập thở khi cơ hô hấp có dấu hiệu hồi phục.
- Dinh dưỡng: phải đảm bảo calo khoảng 2000 kcalo/ ngày.
- Điều trị: Hạ Natri máu, hội chứng ADH.

3.2. Điều trị đặc hiệu

- Lọc huyết tương: nên thực hiện sớm, nhưng giá thành đắt,
 - + 2 lần / mỗi 48 giờ: chưa có liệt vận động chân.
 - + 4 lần / mỗi 48 giờ: có liệt vận động chân.
- + Chống chỉ định: bệnh nhân có biến chứng nhiễm trùng, không có đường vào.
- Corticoid: không có hiệu quả rõ ràng.
- Các globulin miễn dịch (Ig) 0.4 g/kg/ngày x 5 ngày.
 - + Chống chỉ định: Suy thận, dị ứng.
 - + Đắt tiền.
 - + Có thể vẫn thất bại, đặc biệt là điều trị muộn.
- Điều trị nguyên nhân vi rút: khó vì chưa xác định được rõ loại vi rút nào.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Theo dõi và phòng ngừa tái phát.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VEO CỔ CẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

Veo cổ cấp là một dạng đặc biệt của hội chứng cổ cục bộ, được xác định bởi sự bất thường của đầu không cân xứng so với vai do tăng trương lực cơ một bên cổ, gáy. Bệnh do nhiều nguyên nhân gây nên, thường sau một lao động nặng, mệt mỏi, căng thẳng, lạnh hay tư thế cột sống cổ sai lệch kéo dài. Hay gặp ở độ tuổi trẻ thường khởi phát đột ngột, có thể tự khỏi sau vài ngày nhưng rất dễ tái phát.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

Bệnh nhân xuất hiện đau có đột ngột không? mức độ đau như thế nào? đau tại chỗ hay đau lan lên đầu hoặc xuống vai? đau khi vận động, khi nghỉ ngơi... Có hạn chế vận động cột sống cổ, chóng mặt, có rối loạn giấc ngủ không?

1.2. Khám và lượng giá chức năng

Khám cột sống cổ: Hình dáng biến đổi, đầu bị lệch vẹo sang một bên ở tư thế chống đau cố định.

Cơ cạnh cột sống cổ, cơ vùng vai co cứng, có điểm đau chói tại vùng cơ co cứng. Hạn chế vận động cột sống cổ nhiều. Test kéo giãn cột sống cổ thấy giảm đau.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

X Quang cột sống cổ thường quy các tư thế thẳng, nghiêng, chéch 3/4: Có giá trị loại trừ các nguyên nhân khác như sự bất thường về xương.

Chụp MRI khi muốn chẩn đoán phân biệt những bệnh lý thuộc tổ chức phần mềm hoặc những bệnh lý khác

2. Chẩn đoán phân biệt

- Thoái hóa đốt sống, cột sống cổ
- Chấn thương vùng cột sống cổ gây tổn thương xương và đĩa đệm
- Ung thư xương nguyên phát hoặc di căn..

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Giảm đau, giảm co rút co cứng cơ.
- Phục hồi tầm vận động cột sống cổ
- Phục hồi các hoạt động chức năng hàng ngày

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

2.1. Điều trị bằng nhiệt vùng vai gáy: Có thể chọn một trong các phương pháp nhiệt sau: Hồng ngoại, đắp paraffin hoặc bùn khoáng, từ trường nhiệt

2.2. Điện phân dẫn thuốc chống viêm giảm đau như Natrisalicylat 3% đặt tại vùng cột sống cổ.

2.3. Điện xung: Các dòng giảm đau cấp như TENS, Diadinamic...

2.4. Siêu âm hoặc siêu âm dẫn thuốc chống viêm giảm đau dòng xung dọc vùng cơ hai bên cạnh cột sống.

2.5. Kéo giãn cột sống cổ ngắt quãng hoặc liên tục.

2.6. Xoa bóp vùng vai gáy: Rất có hiệu quả trong điều trị, có tác dụng giảm đau nhanh

2.7. Tập luyện: Đặc biệt quan trọng trong điều trị cũng như phòng tái phát. Các bài tập theo tầm vận động cột sống cổ, vai tay. Điều chỉnh tư thế cột sống cổ khi làm việc, trong sinh hoạt để tránh gập hoặc quá uốn kéo dài. Các bài tập được thực hiện khi đang điều trị và sau điều trị

3. Các điều trị hỗ trợ khác

3.1. Thuốc

3.1.1. Acetaminophen (paracetamol) 500mg X 4 viên/ngày. Có thể kết hợp với codeine (Efferalgan codeine) hoặc tramadon (Ultracet) tuy nhiên chỉ nên dùng ngắn ngày

3.1.2. Chống viêm giảm đau không steroid (NSAID): Dùng liều thấp, ngắn ngày. Cần trọng khi dùng cho bệnh nhân lớn tuổi, có tiền sử bệnh lý đường tiêu hóa, tim mạch hoặc suy thận mạn. Có thể uống hay bôi ngoài da.

3.1.3. Thuốc giãn cơ: Myonal viên 50mg hoặc Mydocalm 150 mg X 3 viên ngày chia 3 lần.

3.2. Điều chỉnh chế độ ăn hợp lý, giữ ấm vùng cổ vai gáy nhất là vào mùa đông. Nghỉ ngơi tránh tư thế vận động đột ngột đối với cột sống cổ. Không nằm gối đầu cao...

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Các chỉ số theo dõi: Tình trạng đau, vận động cột sống cổ, các bài tập vận động cột sống cổ, các hoạt động thực hiện chức năng sinh hoạt hàng ngày của người bệnh.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TIỂU TIỆN KHÔNG TỰ CHỦ

I. ĐẠI CƯƠNG

Tiểu tiện không tự chủ là một chứng bệnh của bất cứ hiện tượng rỉ tiểu nào mà bệnh nhân không kiểm soát được. Trong từng bối cảnh, tiểu tiện không tự chủ nên được mô tả kỹ hơn theo các tác nhân gây bệnh như: số lần đi tiểu, mức độ rỉ tiểu, tình trạng tiểu gấp, cũng như tác động của nó về mặt xã hội và chất lượng cuộc sống (ICS -2002). Có 3 thể tiểu không tự chủ:

- Tiểu tiện không tự chủ khi gắng sức
- Tiểu tiện không tự chủ cấp
- Tiểu tiện không tự chủ thể hỗn hợp

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Hỏi tiền sử (đái tháo đường, tiền sử ngoại khoa, tiền sử đái dầm, tiền sử sản khoa, nhiễm khuẩn tiết niệu v.v.)
- Triệu chứng đầu tiên xuất hiện từ khi nào, xuất hiện như thế nào: cấp tính hay từ từ, liên tục hay từng đợt, tăng giảm khi nào, đi tiểu bao nhiêu lần trong ngày (theo ICS bình thường ngày đi tiểu dưới 8 lần, đêm không quá 2 lần)
- Các phương pháp đã được điều trị, các thuốc đã dùng để điều trị chứng bệnh khác (thuốc tim mạch, thuốc tiểu đường v.v.) mà làm nặng thêm triệu chứng của tiểu tiện không tự chủ
- Có hút thuốc lá không, thường xuyên uống rượu không, uống cà phê hoặc các nước có ca phê in không, hay có thường ăn thức ăn cay, chua ngọt không.

1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Khám âm hộ, âm đạo (khám khung chậu, kiểm tra nhóm cơ nâng hậu môn)
- Khám bộ phận sinh dục ngoài nếu là bệnh nhân nam giới
- Khám sọ vùng đáy chậu, bụng xem có vết mổ hay tổn thương cũ là nguyên nhân gây tiểu không tự chủ
- Tìm dấu hiệu sa sinh dục (nghiệm pháp Bethoux)
- Khám khi bàng quang đầy (rỉ tiểu khi ho và nghiệm pháp Monney)
- Khám thần kinh (cảm giác vùng đáy chậu, khám các phản xạ hậu môn, phản xạ đùi bùi ở nam giới, phản xạ hành hang ở nam, phản xạ âm vật ở nữ, co thắt chủ động cơ thắt hậu môn)

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng:

- Pad test: đánh giá lượng nước tiểu do rỉ tiểu bằng cách cân bím của bệnh nhân trước và sau làm xét. Có thể làm xét 1 giờ hoặc 24-48 giờ, tuy nhiên trên lâm sàng thường sử dụng xét 1 giờ. Nghiệm pháp được coi là dương tính khi cân bím trước và sau đeo bím chênh lệch lớn hơn 1 gram
- Đo dòng niệu đồ, đo dòng niệu chức năng theo thời gian, kiểm tra đánh giá cơ bàng quang và sự kháng trở đường ra khi đi tiểu
- Đo áp lực bàng quang kết hợp ghi điện cơ đáy chậu: đánh giá cảm giác bàng quang, độ giãn nở bàng quang, hoạt động của bàng quang, cơ thắt
- Nhật ký đi tiểu: ghi lại thời gian đi tiểu, thể tích nước tiểu, số lần tiểu không kiểm soát, số bím được dùng và các thông tin khác như lượng nước uống vào, mức độ tiểu cấp, mức độ rỉ tiểu.
- Phân tích nước tiểu: kiểm tra dấu hiệu nhiễm khuẩn, và các bất thường khác
- Đo lượng nước tiểu tồn dư: bằng cách thông tiểu hoặc siêu âm sau khi bệnh nhân đã tự đi tiểu chủ động, đánh giá xem có cản trở đường tiết niệu dưới hoặc có vấn đề về thần kinh chi phối hay tại cơ bàng quang
- Siêu âm khung chậu, X quang bàng quang với thuốc cản quang, nội soi bàng quang, xét nghiệm máu

2. Chẩn đoán xác định: dựa vào lâm sàng, cận lâm sàng và niệu động học

3. Chẩn đoán phân biệt

- Nhiễm khuẩn tiết niệu
- Rối loạn đi tiểu do thói quen, yếu tố tâm lý

4. Chẩn đoán nguyên nhân

Tiểu tiện không tự chủ không phải là bệnh, mà là triệu chứng. Một số thức ăn, đồ uống và thuốc có thể là nguyên nhân gây tiểu không tự chủ.

- Rượu: có tác dụng kích thích bàng quang và khiến đi tiểu, có thể làm xuất hiện cảm giác buồn tiểu cấp
- Uống nước quá nhiều: uống nước nhiều trong thời gian ngắn làm tăng lượng nước tiểu trong bàng quang và đi tiểu nhiều lần
- Cà phê: là chất kích thích bàng quang nên nó gây ra cảm giác muốn tiểu gấp
- Kích thích bàng quang: các chất có ga, chè, cà phê có hoặc không có ca phê in, đường, thức ăn chua có thể làm tăng kích thích bàng quang
- Thuốc: thuốc tim mạch, thuốc hạ huyết áp, thuốc giảm đau, thuốc giãn cơ và một số thuốc khác có thể làm kích thích bàng quang

- Nhiễm khuẩn tiết niệu: làm kích thích bàng quang, nguyên nhân làm tăng tình trạng tiểu gấp, đây là dấu hiệu của nhiễm khuẩn tiết niệu, ngoài ra còn các dấu hiệu khác như tiểu rát, tiểu rất, tiểu buốt.
- Táo bón: trực tràng là khu vực gần bàng quang và phân bố thần kinh giống với hệ tiết niệu dưới, khi táo bón ứ phân ở trực tràng cũng tác động đến thần kinh kích thích và tăng số lần đi tiểu. thêm vào đó, táo bón đôi khi cũng làm bàng quang có xu hướng được làm trống và dẫn đến tiểu nhiều lần
- Mang thai và sinh đẻ: phụ nữ mang thai có thể dẫn đến tiểu không tự chủ do thay đổi hóc môn và tăng trọng lượng và kích thước của tử cung. Thêm vào đó cuộc đẻ làm yếu cơ cần thiết cho kiểm soát bàng quang. Sự thay đổi xảy ra khi sinh em bé có thể làm tổn thương thần kinh kiểm soát bàng quang và các mô ảnh hưởng đến đáy chậu. Sa sinh dục làm bàng quang, tử cung, trực tràng hoặc ruột non có thể bị đẩy xuống thò ra khỏi âm đạo
- Thay đổi do tuổi tác: sự lão hóa cơ bàng quang ở người già dẫn tới giảm khả năng chứa bàng quang và bàng quang tăng hoạt. Nguy cơ bàng quang tăng hoạt nếu có bệnh lý mạch máu. Việc ngừng hút thuốc, điều trị tăng huyết áp, tránh béo phì có thể cải thiện triệu chứng bàng quang tăng hoạt
- Cắt tử cung: bàng quang và tử cung liên quan chặt chẽ với nhau và được hỗ trợ bởi nhiều cơ, dây chằng. bất kỳ một can thiệp ngoại khoa nào ví dụ như cắt tử cung có thể làm tổn thương các cơ đáy chậu điều này dẫn đến rỉ tiểu
- Viêm tuyến tiền liệt, phì đại tuyến tiền liệt lành tính
- Rối loạn thần kinh: bệnh xơ cứng rải rác, bệnh parkinson, tai biến mạch máu não, u não hoặc tổn thương tủy sống có thể làm tổn thương hệ thần kinh chi phối kiểm soát bàng quang, làm rối loạn tiểu tiện

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Điều trị tiểu tiện không tự chủ phụ thuộc vào loại rỉ tiểu, mức độ và nguyên nhân gây bệnh
- Thường phải phối hợp nhiều phương pháp để điều trị
- Đầu tiên điều trị không xâm lấn, cố gắng thay đổi hành vi, phục hồi chức năng và các biện pháp khác khi các phương pháp này thất bại

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

2.1. Thay đổi hành vi: thay đổi hành vi, lối sống sẽ cho kết quả tốt trong một số trường hợp tiểu tiện không tự chủ

2.2. Tập luyện bàng quang: có thể điều trị đơn độc hoặc phối hợp với các phương pháp khác như kích thích điện và thay đổi hành vi. Tập bàng quang được chỉ định tốt cho kiểm soát rỉ tiểu gấp, khi bệnh nhân có cảm giác tiểu gấp.

2.3. Tập cơ đáy chậu (bài tập Kegel): làm khỏe nhóm cơ thắt niệu đạo, cơ đáy chậu, nhóm cơ nâng giúp kiểm soát đi tiểu, có thể tiến hành bài tập thường xuyên mọi lúc mọi nơi

2.4. Kích thích điện: điện cực được đưa vào trong trực tràng hoặc âm đạo để kích thích, có hiệu quả tốt làm mạnh nhóm cơ đáy chậu góp phần cải thiện rỉ tiểu gắng sức và rỉ tiểu cấp, nhưng đòi hỏi thời gian điều trị kéo dài nhiều tháng và kết hợp với nhiều phương pháp khác nhau như tập cơ đáy chậu, thay đổi hành vi.

2.5. Phản hồi sinh học (Biofeedback)

3. Các điều trị khác

3.1. Điều trị thuốc: để đem lại hiệu quả tối ưu thuốc được dùng phối hợp với thay đổi hành vi bệnh nhân: kháng cholinergic, Estrogen cục bộ, Imipramin (Tofranil)

3.2. Phương pháp khác: Tiêm Botulinum toxine nhóm A (BoNT/A) vào thành bàng quang điều trị chứng bàng quang tăng hoạt; kích thích thần kinh

3.3. Các điều trị hỗ trợ khác: mổ treo dải băng bàng phương pháp TVT, TOT, treo cổ bàng quang, cơ thắt niệu đạo nhân tạo (cơ thắt Scott)

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Các chỉ số cần theo dõi: nhật ký đi tiểu 3 ngày, các chỉ số niệu động học (khi cần thiết)
- Thăm dò Niệu động học, chẩn đoán hình ảnh, các kết quả xét nghiệm máu và nước tiểu
- Thời gian tái khám theo định kỳ: 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 1 năm tùy theo giai đoạn điều trị và mức độ đáp ứng của bệnh

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GỠ XƯƠNG ĐÒN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy xương đòn là mất sự toàn vẹn của xương đòn do chấn thương trực tiếp hoặc gián tiếp gây đau và hạn chế vận động.
- Phục hồi chức năng gãy xương đòn là áp dụng các kỹ thuật vật lý trị liệu, vận động trị liệu, thuốc để thúc đẩy quá trình liền xương, các chức năng liên quan của xương đòn và phòng tránh các biến chứng (teo cơ, cứng khớp vai...)

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Tình huống xảy ra chấn thương?
- Thời gian bị chấn thương đến thời điểm hiện tại?
- Các biện pháp đã can thiệp, xử trí?
- Hỏi bệnh nhân có đau chói tại nơi gãy không?
- Có đau, hạn chế vận động các khớp vai khi vận động không?

1.2. Khám lâm sàng

- Cơ năng: Đau chói điểm gãy, tay lành đờ tay đau, đầu nghiêng về xương bị gãy.
- Thực thể: Chỗ xương bị gãy gồ lên, vai hạ thấp xuống và kéo vào trong, đoạn cùng - vai - ức bị ngắn hơn bên lành. Nếu nắn kỹ có dấu hiệu bập bênh của đầu xương. Mất động tác dạng khớp dạng khớp vai. Đánh giá cơ lực, tầm vận động khớp háng và các tổn thương thần kinh, mạch máu khác nếu có.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

Chụp X-quang xương đòn để xác định và kiểm tra vị trí gãy và độ di lệch của xương.

2. Chẩn đoán xác định

Chụp X-quang xương đòn xác định chẩn đoán

3. Chẩn đoán phân biệt

- Với các chấn thương phần mềm, không có tổn thương xương
- Trật/ bán trật khớp vai

4. Chẩn đoán nguyên nhân

Gãy do: chấn thương, loãng xương, lao xương, ung thư xương...

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị và phục hồi chức năng

Cố định tốt điểm gãy, không vận động khớp vai bên gãy giai đoạn cấp

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

2.1. Giai đoạn bất động

- Mục đích là cải thiện tuần hoàn, duy trì lực cơ ở các khớp tự do, chống teo cơ do bất động.
- Tuần 1-2: ngay sau khi cố định bằng băng số 8 cần vận động tập ngay
 - + Tập chủ động cử động gập duỗi ngón tay
 - + Tập chủ động gập duỗi cổ tay, khuỷu tay, cử động sấp ngửa cẳng tay.
 - + Tập chủ động các cử động của cột sống cổ
 - + Co cơ tĩnh nhẹ nhàng ở vùng đai vai
- Tuần 3-4: Tập như tuần 1-2, tập thêm động tác dạng cánh tay có tác dụng tạo sức ép vào đầu xương làm liền xương nhanh

2.2. Giai đoạn sau bất động

- Mục đích là làm giảm đau, giảm co thắt cơ vùng đai vai, gia tăng sức mạnh, tầm vận động và chức năng sinh hoạt của khớp vai.
- Nhiệt trị liệu: chườm ấm vào các cơ vùng cổ gáy bằng paraffin hoặc hồng ngoại
- Xoa bóp các cơ bị co cứng ở vùng cổ vai
- Tập mạnh các cơ vùng đai vai nhưng phải tùy theo lực cơ của người bệnh, có thể tập chủ động có trợ giúp, chủ động hoặc có đề kháng
- Tập chủ động trợ giúp hoặc tự trợ giúp bằng giàn treo, ròng rọc, tay kỹ thuật viên để gia tăng tầm vận động khớp vai
- Hướng dẫn chương trình tập tại nhà: bò tường trong tư thế gập và dạng vai, dùng tay lành trợ giúp tay đau thực hiện các cử động của khớp vai
- Hoạt động trị liệu: bện thừng, bắt bóng, ném bóng...

3. Thuốc

- Các thuốc giảm đau Paracetamol
- Các thuốc tái tạo xương: Calcitonin, Biphosphonat, Calcium...
- Các thuốc giảm đau thần kinh: Gabapentin, Pregabalin

III. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Tình trạng ổ gãy: đau, sưng nề, di lệch, biến dạng...
- Phản ứng của người bệnh trong quá trình tập luyện: thái độ hợp tác, sự tiến bộ...
- Tình trạng chung toàn thân.
- Tái khám sau 3 tháng, 6 tháng, một năm hoặc khi có bất kỳ sự cố nào trong sinh hoạt.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG THOÁI HÓA KHỚP

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thoái hóa khớp là bệnh thoái hóa loạn dưỡng của khớp, biểu hiện sớm nhất ở sụn khớp sau đó có biến đổi ở bề mặt khớp và hình thành các gai xương, khe khớp hẹp cuối cùng dẫn đến biến dạng khớp. Đây là một bệnh tiến triển chậm nhưng gây tổn thương toàn bộ khớp. Viêm màng hoạt dịch là biểu hiện thứ phát do những biến đổi thoái hóa của sụn khớp.
- Thoái hóa khớp là bệnh mạn tính, xảy ra ở mọi chủng tộc, mọi thành phần của xã hội, ở tất cả các nước. Thống kê của WHO (2005) trong 0,3 - 0,5% dân số bị bệnh lý khớp thì hơn 20% bị thoái hóa khớp. Ở Mỹ trên 21 triệu người bị thoái hóa khớp trong đó 80% người trên 55 tuổi, > 50% người trên 65 tuổi và 100% người trên 70 tuổi có biểu hiện thoái hóa khớp trên phim chụp XQ ít nhất 1 khớp. Ở Pháp thoái hóa khớp chiếm 28% bệnh lý xương khớp. Việt Nam bệnh nhân bị thoái hóa khớp chiếm 10,41% các bệnh về xương khớp.
- Trước 45 tuổi tỷ lệ nam nữ bị bệnh ngang nhau, sau 45 tuổi phụ nữ bị nhiều hơn nam giới (1,5-2/1). Có nhiều nguyên nhân, thường gặp nhất là hậu quả của quá trình tích tuổi và sự chịu lực tác động thường xuyên lên khớp

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh: Đau thường xuất hiện sớm ở các khớp lớn đặc biệt là các khớp chịu lực với tính chất đau âm ỉ, có thể có những cơn đau cấp ở khớp, đau tăng khi vận động, giảm khi nghỉ và về đêm, đau có thể diễn biến từng đợt hay kéo dài liên tục.

1.2. Khám lâm sàng và lượng giá chức năng

- Dấu hiệu “phá rĩ khớp”: cứng khớp buổi sáng kéo dài dưới 30 phút, bệnh nhân phải vận động một lúc cử động mới trở lại bình thường
- Tiếng động bất thường khi cử động khớp: lạo xạo, lục cục, lắc rắc..., hạn chế vận động ở các khớp tổn thương. Giới hạn vận động do gai xương, do mặt sụn không trơn nhẵn, hoặc co cứng cơ cạnh khớp. Kẹt khớp khi cử động có thể là do vỡ sụn chêm, bong các mảnh sụn vào trong ổ khớp.
- Biến dạng các khớp, lệch trục khớp, chồi xương quanh khớp.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu không có hội chứng viêm

- Dịch khớp thường không màu, trong, độ nhớt bình thường hoặc giảm nhẹ, protein và tế bào thấp.
- X Quang quy ước: hẹp khe khớp, đặc xương dưới sụn, chồi xương, gai xương.

2. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán dựa trên triệu chứng lâm sàng tại chỗ, XQ và xét nghiệm máu có bilan viêm âm tính, các dấu hiệu toàn thân thường bình thường. Thường chẩn đoán thoái hóa khớp là chẩn đoán loại trừ vì hình ảnh XQ luôn tồn tại ở người lớn tuổi nhưng đau khớp có thể là triệu chứng của rất nhiều bệnh.

Tiêu chuẩn chẩn đoán Hội thấp khớp học Hoa kỳ ACR 1991 cho thoái hóa khớp gối:

Lâm sàng, XQ, xét nghiệm

- 1 Đau khớp
2. Gai xương ở rìa khớp
3. Dịch khớp là dịch thoái hóa
4. Tuổi > 40
5. Cứng khớp dưới 30 phút
6. Lạo xạo khi cử động

Chẩn đoán xác định khi có 1,2 hoặc 1,3,5,6 hoặc 1,4,5,6

Lâm sàng đơn thuần

1. Đau khớp
2. Lạo xạo khi cử động
3. Cứng khớp dưới 30 phút
4. Tuổi trên 38
5. Sờ thấy phì đại xương

Chẩn đoán xác định khi có 1,2,3,4 hoặc 1,2,5 hoặc 1,4,5.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm khớp dạng thấp thể một khớp hay thể nhiều khớp
- Viêm cột sống dính khớp
- Bệnh Gút.

4. Chẩn đoán nguyên nhân: do quá trình tích tuổi hay do chấn thương

khớp.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

Thoái hóa khớp gây đau và biến đổi cấu trúc khớp dẫn đến tàn phế làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, là gánh nặng cho kinh tế gia đình và xã hội

Thoái hóa khớp nếu được chẩn đoán và điều trị sớm có thể làm chậm sự phát triển của bệnh, giảm triệu chứng đau đớn, duy trì khả năng vận động, cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Nguyên tắc điều trị và phục hồi chức năng:

- Làm giảm triệu chứng đau.
- Duy trì chức năng của các khớp.
- Hạn chế hay làm chậm quá trình hủy khớp.
- Nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân

3.2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

2.1. Vật lý trị liệu

- Sóng ngắn có tác dụng tạo nhiệt nóng ở trong sâu, tăng cường chuyển hóa, chống phù nề, chống viêm giảm đau.
- Dòng xung điện có tác dụng kích thích thần kinh cơ, giảm đau, tăng cường chuyển hóa, làm tăng cường dẫn truyền thần kinh.
- Siêu âm làm mềm tổ chức tổn thương xơ sẹo trong sâu, chống viêm, giảm đau, tăng cường chuyển hóa, tăng tái tạo tổ chức.

2.2. Vận động trị liệu

- Vận động chủ động có trợ giúp cho khớp đau để duy trì tầm độ khớp, tập mạnh cơ và chống co rút cơ quanh khớp với nguyên tắc không gây tăng áp lực cho khớp đã và đang bị đau.
- Đạp xe: là hình thức tập luyện hiệu quả giúp kích thích các nhóm cơ lớn ở chân với mức độ tải trên khớp thấp. Các dữ liệu cho thấy đây là hình thức tập luyện phù hợp nhất giúp tăng sức mạnh cơ duy trì vận động khớp trong thoái hóa khớp gối, hông. Tuy nhiên vị trí của yên xe nên được điều chỉnh sao cho khi duỗi gối hết mức, gối gập góc từ 0 - 15 độ.
- Đi bộ: An toàn cho hầu hết bệnh nhân, dễ thực hiện, không tốn chi phí, cải thiện sức khỏe, giảm đau và chống trầm cảm. Nhưng không phù hợp với thoái hóa khớp nặng ở các vị trí hông, gối và mắt cá chân.
- Bơi lội sẽ rất tốt cho khớp thoái hóa vì ít áp lực lên các khớp, duy trì độ mềm dẻo của cơ quanh khớp, giảm sưng đau khớp.

2.3. Bảo vệ khớp: Giảm tải trọng trên khớp bằng các loại đai, nẹp, gậy, nạng hỗ trợ, hướng dẫn thực hiện tư thế tốt trong sinh hoạt và lao động

3. Thuốc

Thuốc điều trị triệu chứng

- Thuốc kháng viêm không steroid
- Thuốc giảm đau thông thường
- Corticoid nội khớp

Thuốc chống thoái hóa khớp tác dụng chậm

- Glucosamin Sulphat

- Diacerin
- Chondroitin sulphat
- Acid Hyaluronic nội khớp

4. Các điều trị khác

4.1. Điều trị ngoại khoa

Rửa khớp lấy bỏ mảnh sụn bong, cắt bỏ sụn chêm bị tổn thương, gọt dũa bề mặt không đều của sụn xương, sửa chữa trực khớp, thay khớp.

4.2. Chế độ dinh dưỡng

Ăn chế độ ăn đủ dinh dưỡng, cân đối giữa đạm, chất béo, khoáng chất và vitamin. Trứng, sữa, mật ong là những thực phẩm tốt cho người bị thoái hóa khớp cũng như người cao tuổi. Khi bị thoái hóa khớp nên ăn những thức ăn giàu can xi, giảm tinh bột, giảm đường nhất là các loại đường hấp thu trực tiếp như mía, bánh kẹo, nước ngọt... Nên ăn nhiều các loại rau củ hơn là cơm. Thay đạm động vật bằng đạm thực vật dễ tiêu như đậu nành, đậu đũa, đậu cove, nấm...

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Giúp bệnh nhân hiểu quá trình của bệnh và hậu quả của nó.
- Giáo dục bệnh nhân cách kiểm soát bệnh.
- Kiểm soát cơn đau.
- Duy trì và cải thiện chức năng sinh hoạt vận động, làm chậm tiến trình thoái khớp

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG XƠ CỘT BÊN TEO CƠ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh xơ cột bên teo cơ (amyotrophic lateral sclerosis - ALS) được Jean-Martin Charcot mô tả lần đầu tiên vào năm 1869 (còn gọi là bệnh Charcot). Tuy nhiên bệnh được biết rộng rãi với tên gọi là bệnh Lou Gehrig, sau cái chết vì bệnh này của cầu thủ bóng chày chuyên nghiệp nổi tiếng năm 1941. Đây là một bệnh thoái hóa thần kinh vận động, tiến triển mạn tính ngày càng nặng dần với đặc điểm lâm sàng chủ yếu là: teo cơ, rung giật các sợi cơ và kèm theo hội chứng bệnh lý bó tháp, do tổn thương các neuron vận động dưới kết hợp với tổn thương neuron vận động trên, không giảm hoặc mất cảm giác.

- Tỷ lệ người mắc bệnh xơ cột bên teo cơ trên thế giới khoảng 1,4 - 3 người trên 100.000 dân số. Bệnh xuất hiện rải rác, gặp ở nam giới nhiều gấp 2 lần nữ giới, tuổi xuất hiện nhiều nhất ở khoảng từ 40 - 59, tuy nhiên bệnh có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, 5-10% trường hợp là do di truyền từ cha hay mẹ.

- Bệnh xơ cột bên teo cơ cuối cùng dẫn đến tử vong do yếu liệt các cơ hô hấp, các biến chứng hô hấp (viêm phổi do hít...) hoặc các biến chứng khác do bất động. Mặc dù bệnh là không thể đảo ngược, tuy nhiên phục hồi chức năng và điều trị sớm có thể kéo dài chất lượng cuộc sống có ích, do vậy việc chẩn đoán sớm là quan trọng đối với bệnh nhân và gia đình.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Khu trú vào khai thác các triệu chứng yếu cơ và các triệu chứng kèm theo, tính chất khởi phát và diễn tiến nặng dần, cần thiết hỏi thêm về tiền sử gia đình.

- Các triệu chứng tổn thương hành não: đầu tiên nhận thấy bệnh nhân nói một số từ khó hoặc nuốt nghẹn trong bữa ăn...

1.2. Khám lâm sàng và lượng giá chức năng

Khám vận động: Các triệu chứng của tổn thương neuron vận động trên và dưới

* Triệu chứng tổn thương neuron vận động trên

- Yếu hay liệt chi (yếu ưu thế động tác gập chi trên và duỗi ở chi dưới)

- Tăng trương lực cơ kiểu tháp

- Tăng phản xạ gân cơ

- Phản xạ bệnh lý tháp

- Mất phản xạ da bụng

- Có thể biểu hiện teo cơ mức độ nhẹ

* Triệu chứng của tổn thương neuron vận động dưới

- Yếu hay liệt chi
- Giảm trương lực cơ
- Giảm hay mất phản xạ gân cơ
- Không có phản xạ bệnh lý tháp
- Không mất phản xạ da bụng
- Teo cơ mức độ rõ ràng
- Rung giật bó cơ

* Ảnh hưởng trên các chi gây yếu chi trên hay chi dưới, rối loạn chức năng vận động vùng miệng-hầu gây loạn vận ngôn, loạn nuốt. Khi bệnh tiến triển hơn có thể bệnh nhân khó khăn khi nhai, nhịp thở ngắn, khó nuốt nước bọt, ho yếu và rung giật bó cơ lưỡi, teo mô cơ lưỡi, teo cơ các chi trên và dưới, các triệu chứng thường có đặc tính ít đối xứng.

Khám cảm giác

- Không bao giờ có giảm cảm giác hoặc mất cảm giác
- Trường hợp nổi bật với các rối loạn cảm giác thì cần phải tìm nguyên nhân bệnh lý khác gây yếu cơ, hoặc một bệnh lý khác kèm theo.

Các triệu chứng khác

- Hội chứng hành não hoặc hội chứng liệt giả hành não: Khi bệnh tiến triển nặng, xuất hiện triệu chứng tổn thương nhân dây thần kinh XII, IX và X hoặc hội chứng liệt giả hành não. Biểu hiện tổn thương dây IX, X là bệnh nhân nói ngọng, nuốt nghẹn, sặc, màn hầu sa thấp, lưỡi teo nhả nhúm, vận động lưỡi rất hạn chế không thè dài lưỡi ra ngoài được, vì vậy nhai và nuốt vô cùng khó khăn, những âm cần vận động lưỡi bệnh nhân nói rất khó khăn, giọng nói đơn điệu và ở mức độ nặng bệnh nhân không phát âm được, hàm dưới trễ xuống, miệng không ngậm kín được, nước dãi luôn chảy ra và khi nhai rơi cả cơm ra ngoài. Khi tổn thương lên nhân dây vận động dây V ở cầu não thì xuất hiện teo các cơ nhai và giảm sức nhai.
- Ở giai đoạn cuối của bệnh có biểu hiện khó thở do yếu các cơ hô hấp (cơ ngực, cơ liên sườn và cơ hoành), nhịp tim chậm, có thể ngất và ngừng thở, ngừng tim do tổn thương nhân dây thực vật của dây X.
- Không có các dấu hiệu rối loạn hệ thần kinh thực vật, rối loạn cơ vòng, rối loạn liên quan thị giác
- Có thể thấy biểu hiện rối loạn tâm thần như thay đổi cảm xúc, dễ khóc, cười vô cớ, giảm sút trí nhớ nặng.

1.3. Các xét nghiệm cận lâm sàng

Không có xét nghiệm đặc hiệu nào giúp chẩn đoán xác định bệnh xơ cột bên teo cơ. Những xét nghiệm chủ yếu giúp loại trừ các bệnh khác.

- Các xét nghiệm thường quy
 - + Công thức máu, Điện giải đồ, Creatinin, Transaminase, Đường huyết...không thấy thay đổi gì rõ, có thể có biểu hiện rối loạn chuyển hóa pyruvat.
 - + Xét nghiệm nước tiểu: Có thể thấy tăng bài tiết creatinin và giảm creatinin trong nước tiểu.
- Các xét nghiệm hỗ trợ chẩn đoán
 - + Dịch não tủy: Trong hầu hết trường hợp xét nghiệm dịch não tủy thấy bình thường, số ít trường hợp có biểu hiện tăng nhẹ protein.
 - Điện cơ (EMG): cung cấp bằng chứng xác định chẩn đoán và góp phần loại trừ các bệnh lý khác với các biểu hiện lâm sàng gần tương tự, trong trường hợp không bằng chứng điện cơ rõ ràng, có thể lặp lại sau 6 tháng.
 - + Biểu hiện trên điện cơ kim mất phân bố thần kinh cấp hay mạn tính ít nhất ở 3 trong các vị trí vùng sọ, cổ, ngực, thắt lưng-cùng. Khi không có cơ xuất hiện điện thế rung sợi cơ, khi có cơ tối đa điện cơ có biểu hiện giảm số lượng đơn vị vận động, tăng biên độ và kéo dài bước sóng điện thế đơn vị vận động.
 - + Đo tốc độ dẫn truyền giúp ích để phân biệt một số bệnh lý khác biểu hiện gần tương tự như bệnh thần kinh cảm giác, bệnh thần kinh vận động đa ổ
- Sinh thiết cơ:

Sinh thiết cơ có hình ảnh teo các sợi cơ giống như teo cơ do các bệnh thần kinh ngoại vi khác, với biểu hiện: teo, thoái hóa các sợi cơ trong một bó cơ các sợi cơ đều bị thoái hóa, không xen kẽ sợi cơ bình thường, nhưng có bó cơ không bị thoái hóa xen kẽ lẫn bó cơ bị thoái hóa. Không có rối loạn đáng kể cấu trúc của sợi cơ, không xen lẫn các tổ chức xơ và mỡ vào các cơ.

 - Một số xét nghiệm thực hiện khi lâm sàng biểu hiện gần tương tự
 - + MRI góp phần loại trừ các bệnh lý gây tổn thương não hay tủy sống. Chụp MRI có thể thấy tăng tín hiệu ở tủy sống và thân não (hình ảnh T2), teo thùy trán não.
 - + Các xét nghiệm về sinh hóa bao gồm chức năng tuyến giáp, Creatine kinase, định lượng nồng độ Vitamin B12, gang mai thần kinh, định lượng kháng thể kháng thụ thể Acetylcholin cần thiết thực hiện

2. Chẩn đoán xác định

- * Chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào bệnh cảnh lâm sàng: yếu và teo cơ, rung giật các bó sợi, có hội chứng noron vận động trên, quá trình tiến triển nặng có hội chứng hành não, không giảm hoặc mất cảm giác. Kết hợp với điện cơ và sinh thiết cơ để chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác có teo cơ.
- * Chẩn đoán xác định dựa theo tiêu chuẩn El Escorial sửa đổi

- Chẩn đoán xác định dựa trên lâm sàng: Triệu chứng tổn thương noron vận động trên và dưới tại 3 vị trí khác nhau
- Chẩn đoán xác định dựa trên lâm sàng và xét nghiệm hỗ trợ:
 - + Triệu chứng tổn thương noron vận động trên và, hoặc dưới ở 1 vị trí, đồng thời bệnh nhân có hiện diện gen đột biến gây bệnh
 - + Triệu chứng tổn thương noron vận động trên và dưới ở 2 vị trí, kèm theo triệu chứng do tổn thương noron vận động trên phải ở trên triệu chứng do tổn thương noron vận động dưới
- Chẩn đoán nhiều khả năng dựa trên lâm sàng và xét nghiệm hỗ trợ: Triệu chứng tổn thương noron vận động trên ít nhất 1 vị trí, và triệu chứng do tổn thương noron vận động dưới ít nhất 2 vị trí trên EMG
- Chẩn đoán các thể lâm sàng:

Có thể chia các thể lâm sàng dựa vào cách khởi phát bệnh như: thể khởi phát teo cơ kiểu Aran - Duchenne, thể bại nửa người, thể bại hai chi dưới, thể hành não, thể di truyền gia đình

3. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh lý cơ tiên phát (như bệnh loạn dưỡng cơ tiến triển)
- Các bệnh lý khác của tủy sống và não như: xơ não tủy rải rác, liệt cứng hai chân gia đình, viêm sừng trước tủy sống mạn tính tiến triển, thoái hóa cột sống có chèn ép các rễ thần kinh cổ, hốc tủy, thiếu năng tuần hoàn não hệ động mạch sống nền, u tủy cổ và giang mai thần kinh....
- Một số bệnh lý biểu hiện lâm sàng gần tương tự, mà các triệu chứng nổi bật là yếu cơ như bệnh dây thần kinh vận động đa ổ (Multifocal motor neuropathy), tổn thương rễ hoặc dây thần kinh ngoại biên, biểu hiện triệu chứng thần kinh trong bệnh lý tuyến giáp, thiếu vitamin B12, bệnh nhược cơ, bệnh cơ...
- Tai biến mạch não hoặc chấn thương sọ não

4. Chẩn đoán nguyên nhân

Cơ chế bệnh sinh chưa biết rõ, tuy nhiên một số có liên quan đến đột biến gen, 5-10% trường hợp có tính chất gia đình. Một vài nghiên cứu chỉ ra rằng xơ cứng cột bên teo cơ có các cơ chế sinh học chung với bệnh Alzheimer, Parkinson và các bệnh thoái hóa thần kinh khác.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

Nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân với điều trị triệu chứng, tập phục hồi chức năng, chăm sóc bệnh nhân

2. Điều trị đặc hiệu

- Thuốc đối vận Glutamate:

Riluzole (thuốc chính thức được FDA Hoa Kỳ chấp thuận sử dụng): liều 100mg chia 2 lần/ngày, nên sử dụng sớm khi đã có chẩn đoán xác định, điều trị trong 18 tháng, kéo dài thời gian sống của bệnh nhân thêm vài tháng đặc biệt là với bệnh nhân đã có triệu chứng liệt hầu họng (ăn nghẹn, uống sặc), tuy nhiên hiệu quả rất hạn chế

Khi dùng loại thuốc này phải theo dõi chức năng gan thường xuyên vì thuốc có thể gây tổn thương gan.

- Sử dụng tế bào gốc điều trị bệnh còn trong giai đoạn nghiên cứu

3. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

3.1. Vật lý trị liệu

- Hướng dẫn cho bệnh nhân và người chăm sóc các bài tập kéo giãn và tập theo tầm vận động (ROM) hàng ngày.

- Hướng dẫn bệnh nhân, người nhà các phương pháp di chuyển an toàn, hiệu quả và không tốn nhiều năng lượng.

- Các bài tập tăng sức mạnh cơ và tăng sức bền cơ, nên được thực hiện ở dưới mức tối đa của cơ mà không làm yếu cơ và chỉ nên chỉ định cho những bệnh nhân tiến triển chậm. Bài tập với cường độ vừa phải và chuyên biệt cho mỗi bệnh nhân

- Kỹ thuật viên cần tiên lượng trước nhu cầu của bệnh nhân và sử dụng các dụng cụ trợ giúp (nẹp AFO, nẹp KAFO...) và xe lăn đúng thời điểm.

3.2. Hoạt động trị liệu

- Hướng dẫn cho bệnh nhân và người chăm sóc các kỹ thuật bảo tồn năng lượng.

- Các dụng cụ trợ giúp thích nghi nên được chỉ định sớm và phù hợp với các nhu cầu tiến triển của bệnh nhân.

3.3. Ngôn ngữ trị liệu

- Kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu dạy bệnh nhân bị tổn thương hành não cách làm chậm lời nói và phóng đại phát âm để giúp người chăm sóc hiểu. Đối với bệnh nhân suy hô hấp, kỹ thuật viên có thể dạy từng câu để bệnh nhân đỡ mệt.

- Các bài tập làm mạnh lưỡi dưới hàm và các bài tập cơ hoành để giúp cải thiện phát âm và phát ra tiếng.

- Nếu như bệnh nhân và người chăm sóc đã có sẵn kiểu giao tiếp của riêng họ (ví dụ: cử chỉ), nên khuyến khích họ tiếp tục sử dụng chúng có hiệu quả.

- Chỉ định các dụng cụ trợ giúp giao tiếp như bảng giao tiếp, chữ viết hoặc công nghệ trợ giúp vi tính.

- Ở bệnh nhân khó nuốt do tổn thương hành não, kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu tiến hành đánh giá hầu họng để lượng giá các dấu hiệu lâm sàng của khó nuốt. Nội soi hầu họng là cần

thiết để xác định các vấn đề đặc biệt trong các pha nuốt khác nhau. Kỹ thuật viên hướng dẫn tập nuốt, thay đổi độ rắn, mùi vị và nhiệt độ của thức ăn để cải thiện nuốt và phòng ngừa hít dị vật.

4. Điều trị hỗ trợ: Điều trị triệu chứng nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống

- Điều trị chứng tăng chảy nước bọt (Sialorrhea): do hạn chế nuốt nước bọt một cách tự nhiên, sử dụng Amitriptyline liều 25-50mg, ngày uống 2-3 lần hoặc các thuốc kích thích thần kinh trung ương (như Methylphenidate)

- Điều trị co cứng cơ: sử dụng Baclofen liều uống có thể đến 80mg/ngày, có thể sử dụng Dantrolene, Tizanidin, Benzodiazepine, Clonidine. Trường hợp co cứng nặng, toàn thể gây đau đớn hoặc giảm chức năng nhiều, dùng thuốc uống như trên không có hiệu quả hoặc dung nạp kém với liều cao, cân nhắc cấy bơm ngoài màng cứng Baclofen. Co cứng nặng hạn chế trong một số nhóm cơ đặc hiệu có thể điều trị bằng phong bế thần kinh hoặc tiêm vận động bằng phenol hoặc botulinum toxin.

- Điều trị chứng rung giật bó cơ: Ở những bệnh nhân có triệu chứng rung giật nặng, benzodiazepine có thể có hiệu quả.

- Điều trị đau:

- + Đau có thể do co thắt cơ, co rút hoặc các cơ chế sinh cơ học của khớp bị biến đổi. Điều trị đầu tiên là thuốc acetaminophen và các thuốc nhóm NSAID.

- + Trong một vài trường hợp đau do nguồn gốc thần kinh: thuốc chống động kinh và thuốc chống trầm cảm 3 vòng cũng được chỉ định cho dạng đau này

- Chăm sóc hô hấp: phần lớn bệnh nhân tử vong có liên quan đến tình trạng biến chứng trên hệ hô hấp do yếu cơ hô hấp hoặc cơ hầu họng trầm trọng

- + Thông khí cơ học kéo dài thì cần thiết mở khí quản, hút đờm dãi.

- + Hô hấp hỗ trợ (như thông khí áp lực dương ngắt quãng không xâm nhập, thông khí áp lực ổ bụng ngắt quãng...)

- + Thở Oxy

- + Cần đo dung tích sống khi thăm khám trong trường hợp yếu các cơ hô hấp

- Chứng trầm cảm, lo âu và mất ngủ:

- + Việc nhận biết sớm các rối loạn tâm lý là quan trọng, cho phép can thiệp phù hợp để trợ giúp cho bệnh nhân và người chăm sóc. Các thuốc chống trầm cảm nhóm ức chế chọn lọc tái hấp thu Serotonin (SSRIs) thường được sử dụng nhiều nhất, Thuốc chống trầm cảm 3 vòng được sử dụng như là lựa chọn thứ hai.

- + Tâm lý trị liệu: Có thể riêng rẽ hoặc phối hợp với thuốc

- Dinh dưỡng

Trường hợp yếu các cơ vùng hầu họng làm cho bệnh nhân ăn uống kém, dẫn tới giảm cân, suy dinh dưỡng, vì thế cần được khuyến khích sử dụng các thực phẩm giàu calori, thực phẩm mềm, nếu là những thức ăn đặc thì nên làm lỏng bằng cách bổ sung thêm nước trước khi nuốt, khi loạn nuốt cần đặt sonde mũi-dạ dày nuôi ăn, xem xét mở nội soi dạ dày qua da khi tình trạng bệnh nhân rối loạn nuốt kéo dài.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Hẹn bệnh nhân tái khám khoảng cách mỗi 3 tháng, lịch tái khám có thể ngắn hơn khi tình trạng bệnh tiến triển nhanh hơn, trong đợt tái khám đánh giá tình trạng hô hấp, các triệu chứng khác như chứng chảy nước bọt quá mức, co cứng cơ, chứng thay đổi cảm xúc, tình trạng dinh dưỡng qua đó xem xét tư vấn mở nội soi dạ dày qua da để nuôi ăn

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CƠ CỨNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Theo Lance (1980) “Co cứng là sự tăng lên của trương lực cơ phụ thuộc vào tốc độ kéo giãn kèm theo sự phóng đại của các phản xạ gân xương do cung phản xạ cơ bị kích thích quá mức, co cứng là một thành phần nằm trong hội chứng tế bào thần kinh vận động trên”

Co cứng (Spasticity) là biểu hiện thường gặp của các tổn thương thần kinh trung ương (hội chứng bó tháp, hội chứng tế bào thần kinh vận động trên) như: Tai biến mạch máu não, u não, chấn thương sọ não, xơ cứng rải rác, chấn thương tủy sống... Co cứng kết hợp với yếu liệt cơ và mất các cử động chọn lọc tinh vi là những yếu tố quan trọng gây giảm hoặc mất chức năng của bệnh nhân. Co cứng có thể ảnh hưởng đến các vận động tự chủ ở những bệnh nhân liệt không hoàn toàn. Ngoài ra co cứng gây khó khăn cho bệnh nhân thực hiện các hoạt động tự chăm sóc hàng ngày như: ăn uống, mặc quần áo, vệ sinh cá nhân, tắm rửa... Co cứng còn gây khó chịu hoặc đau đớn và là nguyên nhân chính gây co rút biến dạng, mất chức năng và tàn tật sau này.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Ở những bệnh nhân mới xuất hiện co cứng, khai thác bệnh sử đầy đủ có thể giúp loại trừ các nguyên nhân gây tăng trương lực cơ có thể điều trị được.
- Ở những bệnh nhân bị một tổn thương thần kinh từ trước, khai thác bệnh sử để loại trừ bất kỳ yếu tố nào gây tăng co cứng (ví dụ: thay đổi thuốc, các kích thích xấu, tăng áp lực nội sọ...)

1.2. Khám và lượng giá chức năng

Co cứng rất khó để lượng giá, tuy nhiên lâm sàng hay sử dụng các thang điểm sau:

- Thang điểm Ashworth cải biên (Modified Ashworth Scale -MAS): từ 0-4

Độ 0	Trương lực cơ bình thường
Độ 1	Trương lực cơ tăng nhẹ, biểu hiện lực cản nhẹ ở cuối tầm vận động khi gấp/duỗi, dạng/ khép, hoặc sắp/ ngửa đoạn chi thể
Độ 1+	Trương lực cơ tăng, biểu hiện lực cản nhẹ và sức cản nửa cuối tầm vận động chi thể
Độ 2	Trương lực cơ tăng rõ ràng hơn trong suốt toàn bộ tầm vận động, tuy nhiên đoạn chi thể vẫn có thể vận động được dễ dàng
Độ 3	Trương lực cơ tăng mạnh, vận động thụ động đoạn chi thể khó khăn
Độ 4	Đoạn chi thể bị cố định cứng đờ ở tư thế gấp hoặc duỗi (gấp, duỗi, khép hoặc dạng...). Vận động thụ động là không thể được (co rút)

- Thang điểm Tardieu

- Thang điểm đánh giá mẫu dáng đi
- Đo tầm vận động thụ động và chủ động các khớp
- Thang điểm co thắt cơ:

Không co thắt	0 điểm
Xuất hiện khi bị kích thích hoặc ít hơn 1 co thắt/ngày	1
1 - 5 co thắt / ngày	2
6 - 9 co thắt / ngày	3
Trên 10 co thắt / ngày	4

- Các thang điểm chức năng như FIM - Functional Independence Measure hoặc Gross Motor Function Measure cũng có giá trị, mặc dù chúng không đo lường co cứng trực tiếp

- Các thang điểm đánh giá đau

* Các mẫu co cứng và các triệu chứng lâm sàng

- Các dấu hiệu lâm sàng báo trước

Co cứng có thể tăng giảm, xuất hiện ở những thời điểm khác nhau liên quan đến thời điểm bị chấn thương hoặc xuất hiện bệnh.

Các cơ liên quan có thể xuất hiện rung giật tự phát hoặc rung giật khi kích thích, cũng như phản xạ gân xương tăng lên.

- Các mẫu gập ở chi trên: Thường thấy ở bệnh nhân bại não, tai biến mạch não hoặc chấn thương sọ não

+ Vai khép và xoay trong

+ Gập cổ tay và khuỷu

+ Sấp cẳng tay

+ Gập các ngón tay và khép ngón cái

Các cơ điển hình liên quan đến mẫu co cứng gập chi trên và là mục tiêu điều trị: Cơ ngực to, cơ lưng to, cơ tròn to, cơ nhị đầu cánh tay, cơ cánh tay quay, cơ cánh tay trước, cơ sấp tròn, cơ sấp vuông, cơ gập cổ tay quay và gập cổ tay trụ, cơ gập chung sâu và gập chung nông các ngón tay, cơ khép ngón cái.

- Các mẫu gập ở chi dưới: Thường thấy ở bệnh nhân bại não, xơ cứng rải rác, chấn thương sọ não hoặc tai biến mạch não

+ Háng khép và gập

+ Gập gối

+ Gập cổ chân mặt gan chân hoặc bàn chân nghiêng trong (equinovarus)

Các cơ điển hình có liên quan đến mẫu co cứng gấp chi dưới và là mục tiêu điều trị: Cơ khép lớn, cơ thắt lưng chậu, cơ nhị đầu đùi (bó phía trong thường hơn bó phía ngoài), cơ chày sau, cơ dẹt, cơ sinh đôi

- Các mẫu duỗi thường thấy ở bệnh nhân chấn thương sọ não:

- + Gối duỗi hoặc gấp
- + Bàn chân thuổng và/hoặc cổ chân xoay ngoài (valgus)
- + Ngón chân cái gấp mặt mu chân hoặc gấp ngón chân quá mức

Các cơ liên quan đến mẫu co cứng duỗi và là mục tiêu điều trị: Cơ tứ đầu đùi, cơ nhị đầu đùi trong, cơ sinh đôi, cơ chày sau, cơ duỗi dài ngón chân cái, các cơ gấp ngón chân, cơ mác bên dài

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng:

- Các xét nghiệm thường quy (ví dụ: công thức máu, cấy nước tiểu, dịch não tủy) có thể giúp loại trừ nguyên nhân nhiễm trùng
- Chụp XQuang thường quy giúp loại trừ các vấn đề như đại tràng ứ phân hoặc gãy xương kín đáo... gây tăng co cứng
- Các thăm dò hình ảnh (MRI, CT Scan) vùng đầu, cổ và cột sống
- Các thăm dò như điện cơ để xác định tốc độ dẫn truyền thần kinh
- Các xét nghiệm giúp cho nghiên cứu định lượng như điện cơ bề mặt, phản xạ H, phản xạ rung, sóng F, đáp ứng phản xạ cơ gấp và kích thích từ/điện qua sọ.

2. Chẩn đoán xác định: Dựa vào lâm sàng

3. Chẩn đoán phân biệt

Mặc dù thực tế là co cứng có thể xuất hiện đồng thời với các biểu hiện khác, cần phân biệt co cứng với các biểu hiện sau:

- Cứng đờ: Sức cản vận động không tự chủ, không phụ thuộc tốc độ, cả hai chiều
- Co giật do động kinh
- Loạn trương lực cơ: những co cơ không tự chủ gây xoắn vặn, tư thế bất thường
- Cử động múa vờn (athetoid movement)
- Múa giật (Chorea)
- Múa vung (Ballisms)
- Run (tremor): Cử động lắc, không tự chủ, có nhịp điệu lặp đi lặp lại, không tự hết

2.4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Các nguyên nhân tổn thương thần kinh trung ương (hội chứng tế bào thần kinh vận động trên) bao gồm:

- + Tai biến mạch máu não
- + Tủy sống bị chèn ép hoặc tổn thương
- + U tủy sống, viêm tủy
- + U não
- + Não úng thủy
- + Chấn thương sọ não
- + Xơ cứng rải rác
- + Xơ cột bên teo cơ
- + Bại não
- + Viêm não.....

- Các yếu tố có thể làm gia tăng một cơ cứng có từ trước bao gồm:

- + Nhiễm trùng (ví dụ: viêm tai, nhiễm trùng tiết niệu, viêm phổi)
- + Loét do đè ép
- + Các kích thích xấu (ví dụ: móng mọc quặp, gãy xương kín đáo...)
- + Huyết khối tĩnh mạch sâu
- + Bàn quang quá căng
- + Đại tràng ứ phân, táo bón
- + Thời tiết lạnh
- + Mệt mỏi, căng thẳng
- + Cơ động kinh
- + Tư thế xấu

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

1.1. Nguyên tắc

- Trước khi PHCN và điều trị cơ cứng, phải tìm kiếm và điều trị những tổn thương kích thích có hại như: loét da, huyết khối tĩnh mạch sâu, u phân, nhiễm khuẩn tiết niệu, quần áo giày dép hoặc nẹp chỉnh hình không phù hợp... Hướng dẫn bệnh nhân và người nhà cách nhận biết và phòng tránh các kích thích có hại đó.

- Điều trị co cứng nên bắt đầu bằng các phương pháp đơn giản, tác dụng có thể đảo ngược, ít tác dụng phụ, sau đó đến những phương pháp phức tạp hơn. Phối hợp các biện pháp can thiệp điều trị.
- Khi điều trị một cơ co cứng, phải lượng giá tác động của các nhóm cơ đối vận.
- Điều trị co cứng phải tránh làm cho hoạt động chức năng của bệnh nhân giảm đi.
- Chỉ điều trị chuyên biệt khi:
 - + Co cứng gây ảnh hưởng đến chức năng: như ảnh hưởng đến việc đặt tư thế bệnh nhân, khi vận động, khi thực hiện các hoạt động chăm sóc hàng ngày (ADL), chăm sóc vệ sinh cá nhân...
 - + Co cứng có thể dẫn đến những biến chứng nặng như: loét, đau, co rút, biến dạng khớp...

1.2. Mục tiêu

- Cải thiện chức năng liên quan đến các hoạt động chăm sóc hàng ngày, di chuyển, chăm sóc dễ dàng, tạo thuận cho giấc ngủ, thẩm mỹ và sự độc lập chức năng nói chung
- Phòng ngừa các biến chứng như: biến dạng cơ xương khớp, loét do đè ép...
- Giảm đau
- Cho phép kéo giãn các cơ bị rút ngắn, làm mạnh các cơ đối vận và lắp đặt dụng cụ chỉnh trực phù hợp

2. Điều trị dự phòng

- Xác định các yếu tố kích thích có hại: loét do đè ép, nhiễm trùng (bàn quang, móng chân, phần mềm, da...), huyết khối tĩnh mạch sâu, táo bón, bàn quang quá căng, mệt mỏi, cảm lạnh... và giải quyết chúng.
- Đặt tư thế tốt cho bệnh nhân khi nằm và ngồi.

3. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

Các kỹ thuật cơ bản

- Kích thích điện chức năng.
- Phản hồi ngược sinh học (Biofeedback)
- Rung gân
- Lạnh trị liệu
- Các phương pháp nhiệt nóng
- Đặt tư thế đúng để làm giảm các mẫu đồng vận - ví dụ, ngồi trên xe lăn hoặc tư thế đúng trên giường
- Tập mạnh các nhóm cơ đối vận

- Kéo giãn
- Thủy trị liệu
- Xoa bóp

Các kỹ thuật thần kinh vận động

- Kỹ thuật Bobath: kỹ thuật ức chế co cứng, hiện đang áp dụng rộng rãi ở Việt Nam
- Các kỹ thuật vận động khác (Kabat, Brunnstrom...) và các kỹ thuật vận động - cảm giác (Rood, Perfetti...)

* **Dụng cụ chỉnh trực (Orthosis):** Nẹp/nẹp chỉnh hình chi trên và chi dưới, cứng hoặc mềm, giúp giữ một chi ở tư thế chức năng, giảm đau và phòng biến dạng

* **Bó bột chu kỳ hoặc bó bột** ức chế ở cổ chân, gối, ngón tay, cổ tay và khuỷu

4. Các điều trị khác

Các thuốc đường uống

- Baclofen (Lioresal)
- Diazepam (Valium)
- Dantrolene (Dantrium)
- Tizanidine (Zanaflex)
- Clonidine (catapres)

Các phương pháp điều trị tại chỗ

- Phong bế thần kinh bằng Phenol 5%:
- Tiêm Botulinum toxine nhóm A hoặc B
- Điều trị phối hợp Botulinum toxin và Phenol cùng nhau để làm tăng hiệu quả và giảm liều lượng, cũng như giảm tác dụng phụ khi tiêm nhiều cơ.

Can thiệp ngoại khoa

- Bơm Baclofen nội tủy (Baclofen intrathecal)
- Phẫu thuật cắt chọn lọc rễ sau
- Phẫu thuật DREZ (Dorsal Root Entry Zonotomy- Phẫu thuật vùng đi vào của rễ sau)
- Phẫu thuật cắt thần kinh chọn lọc
- Phẫu thuật tủy/cắt cột tủy
- Phẫu thuật chỉnh hình cắt gân/chuyển gân/kéo dài gân/cắt xương

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Ghi chép hồ sơ về sự đáp ứng với điều trị.

- Do sự dung nạp có thể xảy ra với thuốc, liều thuốc uống nên được điều chỉnh thường xuyên.
- Kiểm tra định kỳ các dụng cụ cấy (bơm Baclofen, máy kích thích..)
- Đánh giá nếp chỉnh hình hoặc các dụng cụ giữ tư thế.
- Trẻ em co cứng nên được thường xuyên theo dõi sự xuất hiện các biến dạng xương khớp và các bất thường khác, do sự phát triển nhanh của trẻ có thể gây nên co rút vĩnh viễn, vẹo cột sống hoặc mất chức năng.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HỘI CHỨNG ĐAU PHỨC HỢP KHU VỰC

I. ĐẠI CƯƠNG

Hiệp hội đau quốc tế (IASP) chia hội chứng đau phức hợp khu vực (Complex regional pain syndrome - CRPS) thành 2 nhóm được đặt tên là CRPS nhóm I (Loạn dưỡng giao cảm phản xạ - RSD) và CRPS nhóm II (đau bỏng buốt - causalgia). CRPS nhóm I (RSD) thường xảy ra sau một chấn thương ở chi không kèm tổn thương dây thần kinh. CRPS nhóm II (đau bỏng buốt), thường xảy ra sau chấn thương dây thần kinh.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Tiền sử chấn thương chi trên hoặc chi dưới
- Đau: Đau có ở hơn 90% trường hợp, đau nhiều lên hoặc nặng lên sau khi tập luyện chi bệnh. Đau tự phát hoặc khi bị kích thích, có thể bao gồm loạn cảm (phản ứng đau với một kích thích thường không gây đau) và/hoặc tăng cảm giác đau (phản ứng quá mức với một kích thích thường chỉ gây đau nhẹ). Đau không tương xứng với bệnh khởi phát (ví dụ: đau dữ dội hàng năm sau một bong gân cổ chân).

Đau theo khu vực, không hạn chế trong vùng chi phối của một dây thần kinh ngoại biên đơn độc.

1.2. Khám lâm sàng và lượng giá chức năng

- Các bất thường về mạch máu là những triệu chứng đặc trưng của RSD/CRPS nhóm I. Diễn hình, bệnh nhân CRPS nhóm I có chi bị tổn thương sưng nề, ấm nóng, giãn mạch ở giai đoạn sớm và co mạch, chi lạnh, nhợt ở giai đoạn muộn.
- Biến đổi chức năng vận động: Các triệu chứng vận động bất thường hay gặp trên lâm sàng nhất trong RSD bao gồm: không có khả năng khởi đầu một cử động, yếu, run, co thắt cơ (spasm), loạn trương lực cơ ở chi bệnh.
- Biến đổi chức năng cảm giác: bao gồm giảm cảm giác (hypoesthesia), tăng cảm giác (hyperesthesia), loạn cảm, hoặc cảm giác phân ly (trong các trường hợp hiếm)
- Rối loạn chức năng tâm thần: bao gồm lo lắng và/hoặc trầm cảm.
- Tăng tiết mồ hôi có thể thấy trong hơn 50% trường hợp (với da ấm hoặc lạnh)
- Các thay đổi loạn dưỡng có thể xuất hiện ở da, mô dưới da, cơ và xương.

Diễn biến: Diễn hình, CRPS nhóm I chia thành 3 giai đoạn

- Giai đoạn cấp: thường là nóng, sưng nề trong 2-3 tháng
- Giai đoạn loạn dưỡng: vận mạch không ổn định trong vòng vài tháng
- Giai đoạn teo: thường có chi lạnh với những thay đổi teo cơ

Các giai đoạn này có thể thay đổi và thường không tách rời rõ ràng

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng:

- Không có xét nghiệm đặc hiệu, một số xét nghiệm có giá trị chẩn đoán loại trừ
- Xét nghiệm máu thường quy, cũng như các xét nghiệm khác để phát hiện các nguyên nhân khởi phát.
- Chẩn đoán hình ảnh:
 - + Chụp XQ: có hình ảnh mất chất khoáng lốm đốm xung quanh khớp trong vòng 3-6 tuần. Có thể thấy loãng xương lan rộng.
 - + Chụp cắt lớp xương 3 pha
 - + Laser Doppler: là phương pháp đơn giản, nhanh, không chảy máu, không đau để nghiên cứu chức năng tự động theo khu vực.
- Các thăm dò khác:
 - + Đo nhiệt độ da: bằng (1) cảm nhận tiếp xúc (2) nhiệt kế bề mặt (3) nhiệt kế hồng ngoại. Tăng nhiệt độ da trong giai đoạn sớm trong RSD. Giảm nhiệt độ da trong giai đoạn muộn hơn
 - + Các xét thăm dò chức năng bài tiết mồ hôi.
 - + Các thăm dò điện chẩn đoán: điện cơ đồ (EMG) và đo tốc độ dẫn truyền thần kinh (NCS) để xác định tổn thương dây thần kinh kèm theo (CRPS nhóm II).
 - + Xét định lượng cảm giác (quantitative sensory testing-QST): để lượng giá ngưỡng cảm giác một cách khách quan.

2. Chẩn đoán xác định

- Hình ảnh lâm sàng điển hình của CRPS bao gồm đau không tương xứng ở một bên chi, đau tự phát, tăng cảm đau, suy giảm chức năng vận động.
- Các dấu hiệu có thể có ở chi trên hoặc chi dưới, nhưng thường gặp nhiều hơn ở chi trên.
- Có bằng chứng của rối loạn điều hòa tự động (ví dụ: phù nề, thay đổi dòng máu, tăng tiết mồ hôi)

3. Chẩn đoán phân biệt: Chẩn đoán bị loại trừ nếu như có bệnh khác giải thích cho mức độ đau và rối loạn chức năng như:

- Chấn thương
- Bệnh lý thoái hóa đĩa đệm cột sống thắt lưng
- Chấn thương và viêm gân Asin
- Viêm dính bao khớp
- Bong gân cổ chân

- Chấn thương dây chằng chéo trước, dây chằng chéo sau hoặc dây chằng bên trong và bên ngoài khớp gối
- Viêm dây thần kinh cánh tay
- Hội chứng đau mãn tính
- Hội chứng khoang
- Bệnh lý đám rối thắt lưng cùng do tiểu đường
- Bệnh lý thần kinh do tiểu đường
- Hội chứng dải chày chày
- Bệnh lý thần kinh do thiếu máu đơn dây
- Chấn thương sụn chêm khớp gối
- Viêm đa dây thần kinh
- Bệnh lý đám rối cánh tay hoặc đám rối thắt lưng cùng do phẫu thuật tạo hình
- Hội chứng sau bại liệt (postpolio)
- Bệnh lý đám rối cánh tay hoặc đám rối thắt lưng cùng do chiếu tia xạ
- Bệnh lý chóp xoay khớp vai
- Hẹp ống sống thắt lưng và đau cách hồi do nguyên nhân thần kinh
- Hội chứng lỗ thoát lồng ngực
- Chấn thương đám rối cánh tay

2.4. Chẩn đoán nguyên nhân

Nhiều nguyên nhân dẫn đến RSD bao gồm:

- Chấn thương (ví dụ: bong gân, trật khớp, gãy xương, phẫu thuật, bỏng, chấn thương va đập)
- Các nguyên nhân thần kinh (ví dụ: đột quỵ, ung thư, rối loạn tự)
- Nhiễm trùng Herpes zoster
- Nhồi máu cơ tim
- Nguyên nhân cơ xương khớp (ví dụ: chấn thương chóp xoay vai)
- Các nguyên nhân ác tính
- Tự phát/vô căn

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Việc xác định sớm và can thiệp sớm là quan trọng để đạt được kết quả điều trị tốt nhất, phòng ngừa bệnh lan rộng và tiến triển sang giai đoạn mãn tính (là giai đoạn khó điều trị khó hơn).
- Điều trị nên tập trung đầu tiên vào bảo tồn chức năng.
- Phát hiện các bệnh lý ẩn bên dưới (ví dụ: gãy xương, bong gân, bệnh lý rễ thần kinh...) và xác định phương pháp điều trị đặc hiệu phù hợp.
- Phối hợp phục hồi chức năng, thuốc giảm đau và phong bế hệ giao cảm.

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

2.1. Vật lý trị liệu (PT)

- Kiểm soát nghiêm ngặt bệnh nhân trong việc chuyển từ tỷ đè trọng lượng nhẹ sang chịu trọng lượng chủ động mạnh do việc phân tán cảm giác từ từ giúp tăng kích thích cảm giác, dẫn đến quá trình biến đổi và sắp đặt lại trong hệ TKTW để bình thường hóa cảm giác.
- Mục tiêu là tăng sức mạnh và độ mềm dẻo một cách từ từ, bắt đầu với các bài tập trượt nhẹ các khớp.
- Phối hợp với Hoạt động trị liệu đóng một vai trò quan trọng trong việc bảo tồn chức năng.
- Kỹ thuật viên Vật lý trị liệu điều chỉnh chương trình tập luyện để phù hợp cho nhu cầu và mục tiêu của từng bệnh nhân. Giúp bệnh nhân tự tin và thoải mái hơn
- Bệnh nhân RSD có thể có hội chứng đau cân cơ. Điều trị đau cân cơ với các phương pháp và kỹ thuật Vật lý trị liệu như xoa bóp, siêu âm, điện trị liệu....

2.2. Hoạt động trị liệu (OT)

- Kỹ thuật viên hoạt động trị liệu phải chủ động đánh giá ban đầu và thực hiện các kỹ thuật phân ly cảm giác cho bệnh nhân
- Hướng dẫn chương trình hoạt động trị liệu tập tăng sức ép cho bệnh nhân CRPS:
 - + Những bài tập nén và kéo dẫn để kích thích lên chi bị bệnh mà không cử động khớp.
 - + Kỹ thuật chà xát (sử dụng một bàn chải) và tỷ đè trọng lượng tăng dần lên các khớp trong quá trình chà xát.
 - + Kỹ thuật mang vác (carrying). Bệnh nhân được hướng dẫn mang một vật nặng (cái túi) ở bên chi bệnh suốt cả ngày.
- Kỹ thuật viên hoạt động trị liệu hướng dẫn bệnh nhân sử dụng chi bệnh trong các hoạt động sống hàng ngày (ADL).
- Hướng dẫn chương trình tập luyện tại nhà. Bệnh nhân cũng có thể sử dụng các kỹ thuật phân ly cảm giác (vd: chà xát trên da, xoa bóp, gõ vỗ, rung) để làm giảm cảm giác và giảm đau.

2.3. Liệu pháp vui chơi giải trí (recreational therapy)

- Liệu pháp giải trí có thể giúp bệnh nhân đau mãn tính tham gia vào các hoạt động thư giãn để làm giảm đau. Bệnh nhân tìm lại niềm vui và hoạt động xã hội đã bị mất trước đây hoặc các hoạt động giải trí mới.

- Bệnh nhân đau mãn tính thường bị trầm cảm. Liệu pháp giải trí có thể đóng vai trò quan trọng trong quá trình điều trị trầm cảm và cho phép bệnh nhân trở nên chủ động hơn.

2.4. Liệu pháp nghề nghiệp (vocational therapy) cũng được khuyến cáo và thực hiện sớm cho những bệnh nhân phù hợp. Liệu pháp nghề nghiệp có thể giúp bệnh nhân tìm lại khả năng làm việc và mục tiêu là bệnh nhân có thể quay trở lại công việc có thu nhập.

2.5. Điều trị vật lý khác

- Kích thích điện thần kinh qua da (TENS) có thể làm giảm đau khi bệnh chỉ hạn chế ở vùng chi phối của một dây thần kinh lớn.

- Siêu âm trị liệu

- Túi chườm nóng

3. Các điều trị khác

3.1. Điều trị nội khoa

- Vitamin C làm giảm tỷ lệ mắc CRPS sau gãy cổ tay. Liều khuyến nghị hàng ngày là 500 mg trong vòng 50 ngày.

- Cải thiện đau và mật độ xương sau truyền tĩnh mạch Pamidronate, Alendronate hoặc Clodronate.

- Thuốc giảm đau nhóm Opioid: Tramadol liều cao có thể cho hiệu quả giảm đau an toàn trong đau thần kinh bao gồm loạn cảm

- Thuốc giảm đau các giảm đau không Opioid (ví dụ: NSAIDs, acetaminophen)

- Thuốc chống trầm cảm: Nhóm chống trầm cảm 3 vòng (Amitriptyline, Imipramine, Doxepin, Clomipramine, Nortriptyline). Nhóm chống trầm cảm loại ức chế chọn lọc tái hấp thu serotonin (Paroxetine, Fluoxetine, Sertraline, Escitalopram). Nhóm các chống trầm cảm khác (Nefazodone, Venlafaxine, Duloxetine, Bupropion...)

- Thuốc chống co giật: như pregabalin, carbamazepine, phenytoin, sodium valproate, clonazepam, topiramate...

- Các thuốc giảm đau lân cận

+ N-methyl- D-aspartate (NMDA) - đối vận receptor, bao gồm ketamine và dextromethorphan, có thể là thuốc đồng giảm đau tiềm tàng khi sử dụng phối hợp với opioid.

+ Benzodiazepine, baclofen và tizanidine có thể giúp làm giảm co thắt và giúp làm giảm đau

+ Miếng dán Lidoderm 5% đôi khi có ích làm giảm loạn cảm và làm giảm đau.

+ Mặc dù chưa được FDA chuẩn y cho chỉ định này, Botulinum toxin có thể được cân nhắc trong loạn trương lực cơ ở những bệnh nhân RSD.

3.2. Can thiệp ngoại khoa

- Phong bế giao cảm qua da
- Phong bế Bier (phong bế khu vực bằng đường tĩnh mạch) bằng Guanethidine, bretylinum, reserpine, lidocaine và ketorolac
- Phong bế khoang ngoài màng cứng kết hợp với phong bế đám rối cánh tay
- Kích thích cột tủy sau (dorsal column stimulator) có thể làm giảm đau khu trú ở chi.
- Truyền khoang màng cứng:
 - + Bơm Baclofen: có thể có ích trong điều trị loạn trương lực cơ ở bệnh nhân
 - + Bơm Morphin: được cân nhắc để điều trị đau mãn tính do nguyên nhân lạnh tính
 - + Cắt thần kinh giao cảm (sympathectomy)
 - + Bằng sóng điện trường cao tần hoặc áp lạnh (cryoprobe)
 - + Phẫu thuật cắt giao cảm nội soi vùng cổ ngực là một can thiệp ít xâm nhập có hiệu quả cho RSD chi trên
 - + hủy giao cảm bằng hóa chất
- Cắt cụt: trong các trường hợp đau khó điều trị hoặc nhiễm trùng tái phát hoặc nhằm để cải thiện chức năng còn lại.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Theo dõi các biến chứng như: Phù nề mạn tính (đôi khi là phù bạch huyết mạn tính), nhiễm trùng tái phát mạn tính và loét kháng với điều trị, da chuyển màu nâu, xám hoặc biến màu, trầm cảm và các rối loạn tâm thần khác.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG ĐAU XƠ CƠ (FIBROMYALGIA)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Fibromyalgia (đau xơ cơ) là tình trạng đau mạn tính trong cơ, dây chằng, gân và các tổ chức phần mềm của cơ thể, tuy nhiên bệnh nhân không có các tổn thương thực thể tại cơ xương khớp.
- Bệnh gặp đa số ở phụ nữ, đặc biệt lứa tuổi từ 35 - 55. Rất ít gặp ở nam giới, trẻ em và người lớn tuổi. Bệnh xuất hiện đơn thuần hoặc đi kèm với các bệnh lý khác. Tỷ lệ mắc bệnh khoảng 1-3% dân số
- Triệu chứng nổi bật nhất là đau và nhạy cảm với các kích thích gây đau dù nơi xuất hiện đau không có dấu hiệu viêm hay nhiễm trùng. Đau tại gân, cơ hoặc phần mềm quanh khớp, có thể đối xứng hai bên. Các vị trí thường gặp là cổ, mông, vai, lưng trên và ngực... Cảm giác đau sâu trong cơ, đau co thắt, đau như cắt hoặc đau rát bỏng. Khi kích thích vào các điểm nhạy cảm (điểm đau - tender point) có thể làm lan tỏa cơn đau.
- Đau xơ cơ thường đi kèm với cảm giác mệt mỏi, mất ngủ hoặc trầm cảm. 90% trường hợp có rối loạn giấc ngủ, đặc biệt là giấc ngủ sâu, 50% bệnh nhân có biểu hiện rối loạn tâm lý; kém tập trung, hay quên, dễ bị kích thích, lo lắng và buồn rầu... nên dễ chẩn đoán nhầm bệnh đau sợi cơ với bệnh trầm cảm. Các triệu chứng khác bao gồm đau đầu mạn tính, dị cảm, tê cứng một vùng của cơ thể, hội chứng đại tràng kích thích, hội chứng trào ngược dạ dày, kích thích bàng quang...
- Các triệu chứng khác: hội chứng tiền mãn kinh, đau ngực, nhạy cảm quá mức với ánh sáng, tiếng ồn, các thuốc điều trị.
- Các yếu tố thuận lợi gây khởi phát và tiến triển như thay đổi thời tiết, tình trạng nhiễm khuẩn, thay đổi hormone (mãn kinh), stress, trầm cảm...
- Nguyên nhân gây bệnh chưa được biết rõ. Tuy nhiên các nghiên cứu cho thấy có sự gia tăng chất P và suy giảm hàm lượng Serotonin trong máu bệnh nhân, cùng với nó là những bất thường về nhận cảm đau do giảm ngưỡng đau hoặc tăng mẫn cảm với các kích thích ngoại vi hoặc các thay đổi chức năng hệ thần kinh trung ương

Có một số giả thuyết đưa ra như sau:

- + Yếu tố di truyền: vai trò của gen trong quyết định quá trình nhận cảm và xử lý các thông tin về đau, tuy nhiên cho đến nay những gen này chưa được xác định.
- + Các rối loạn giấc ngủ, thay đổi nội tiết tố, rối loạn chuyển hóa, chấn thương, bệnh lý mạn tính, các rối loạn tâm lý, stress... và sự mất cân bằng sinh có ảnh hưởng đến quá trình nhận cảm đau của bệnh nhân và hầu hết các nhà nghiên cứu tin rằng bệnh lý đau xơ cơ xảy ra là do kết hợp từ nhiều nguyên nhân và yếu tố nguy cơ nói trên.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

Chẩn đoán hoàn toàn dựa vào hỏi bệnh và trực tiếp thăm khám bệnh nhân cũng như các xét nghiệm giúp loại trừ các bệnh khác gây triệu chứng tương tự.

1.1. Hỏi bệnh

Để nhận biết bệnh nhân có triệu chứng đau lan tỏa và mạn tính, đồng thời loại trừ bước đầu các bệnh lý cơ xương khớp hoặc thần kinh khác.

- Các đặc điểm về đau: thời gian xuất hiện, vị trí đau, mức độ đau, các yếu tố làm tăng đau và giảm đau.
- Các triệu chứng toàn thân khác: sốt, gầy sút cân, mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ...
- Tiền sử mắc các bệnh khác: viêm nhiễm, chấn thương, sau phẫu thuật, viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp, loãng xương, bệnh cơ, tổn thương thần kinh, bệnh lý tâm thần khác như trầm cảm, stress, hoang tưởng...
- Các thông tin về gia đình, hoàn cảnh sống, điều kiện kinh tế - xã hội...

1.2. Khám và lượng giá chức năng: cần thăm khám toàn diện đặc biệt hệ thần kinh và cơ xương khớp, nhằm chẩn đoán phân biệt.

- Xác định các điểm đau khu trú ở cơ, dây chằng, chỗ bám gân khi ấn với lực 4kg/cm^2 . Có tổng số 18 điểm nhạy cảm đau hay gặp trong bệnh lý đau xơ cơ:
 - + Chẩm: hai bên, điểm đau ở chỗ bám cơ dưới chẩm.
 - + Đoạn dưới cột sống cổ: hai bên, điểm đau ở mặt trước C5-C7.
 - + Cơ thang: hai bên, điểm đau ở giữa bờ trên.
 - + Cơ trên gai: hai bên, điểm đau ở nguyên ủy, trên gai xương vai, gần bờ trên.
 - + Xương sườn 2: hai bên, điểm đau ở chỗ nối tiếp sườn - sườn xương sườn 2.
 - + Mặt trên mỏm trên lồi cầu: hai bên, điểm đau cách mỏm trên lồi cầu 2cm.
 - + Mông: hai bên, điểm đau ở 1/4 trên ngoài mông, ở nếp trước cơ.
 - + Mấu chuyền lớn: hai bên, điểm đau ở sau phần lồi mấu chuyền.
 - + Đầu gối: hai bên, điểm đau ở phần giữa tổ chức mỡ gần khe khớp.
- Thăm khám tại chỗ không thấy dấu hiệu tổn thương thực thể.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Chỉ định xét nghiệm máu thường quy, men cơ (CPK, LDH), Phosphatase kiềm, chức năng tuyến giáp, định lượng Calcium máu... để loại trừ các bệnh như suy giáp, bệnh lý tuyến cận giáp, viêm đa cơ, và các bệnh lý nhiễm trùng khác...
- Chỉ định các phương pháp chẩn đoán hình ảnh: nhằm phân biệt với các bệnh lý xương khớp khác.

2. Chẩn đoán xác định

Theo tiêu chuẩn chẩn đoán đau xơ cơ của Hội Thấp khớp học của Mỹ (ACR) 1990: bao gồm 2 tiêu chuẩn sau:

- Đau lan tỏa kéo dài trên 3 tháng:

- + Đau cả hai bên phải và trái.
- + Đau cả phần thân trên và dưới.
- + Đau cột sống.

- Có 11/18 điểm đau (tender point) khi ấn với lực 4 kg/cm²

3. Chẩn đoán nguyên nhân: Qua thăm khám và hỏi bệnh chỉ có thể dự đoán các yếu tố thuận lợi.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Mục tiêu: kiểm soát đau, giảm các triệu chứng, cải thiện chức năng, nâng cao chất lượng cuộc sống.

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Chương trình điều trị và PHCN được thiết kế theo cá nhân. Điều trị thành công khi bệnh nhân hiểu rõ được bệnh tật, giảm stress, cải thiện giấc ngủ, giảm đau và sử dụng thuốc hợp lý.
- Đa trị liệu bao gồm kết hợp các biện pháp dùng thuốc và không dùng thuốc như Vật lý trị liệu, can thiệp thay đổi nhận thức - hành vi, tập luyện vận động thể dục, tâm lý trị liệu, y học cổ truyền...
- Đồng thời điều trị các bệnh lý kết hợp.

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

2.1. Vật lý trị liệu giúp giảm đau cho bệnh nhân:

- + Điện trị liệu: Dùng dòng điện xung, điện phân giảm đau, kích thích thần kinh qua da (TENS)
- + Nhiệt trị liệu: có thể sử dụng nhiệt nóng hoặc nhiệt lạnh
- + Siêu âm trị liệu, sóng ngắn.
- + Các kỹ thuật massage, di động khớp, di động mô mềm làm giảm cứng khớp, tăng tuần hoàn nuôi dưỡng, tạo sự thư giãn và sảng khoái, giúp giảm đau cho bệnh nhân.
- + Thủy trị liệu, tắm ngâm nước nóng có tác dụng hoạt hóa hệ thống endorphin làm giảm đau và ổn định trạng thái tâm lý cho bệnh nhân.

2.2. Vận động trị liệu: nhằm mục đích tăng cường tính linh hoạt và mềm dẻo của các cơ bắp, tăng cường sức mạnh cơ, duy trì tầm vận động khớp, đồng thời tạo sự thư giãn, thoải mái về tinh thần và thể chất cho bệnh nhân.

- + Các dạng bài tập vận động thụ động, chủ động hoặc kháng trở tăng tiến tùy theo khả năng của bệnh nhân. Nên bắt đầu các bài tập ở mức thấp và tăng dần cường độ, thời gian của các bài tập để gia tăng sức mạnh cũng như sức bền của hệ cơ xương khớp, tim mạch.
- + Các bài tập kéo giãn nhằm duy trì và tăng cường tính đàn hồi, mềm dẻo của gân cơ, dây chằng quanh khớp, tránh các sang chấn đồng thời cũng giúp giảm đau cho bệnh nhân.
- + Các bài tập thể dục, aerobic ít nhất 3 lần mỗi tuần, mỗi lần ít nhất 20-30 phút nhằm nâng cao sức khỏe, đồng thời cũng giúp bệnh nhân có giấc ngủ tốt

2.3. Hoạt động trị liệu: Cải thiện và độc lập tối đa chức năng di chuyển, các hoạt động sinh hoạt hàng ngày

3. Thuốc

Thuốc có thể giúp giảm cơn đau của bệnh và cải thiện giấc ngủ. Lựa chọn phổ biến bao gồm:

- Thuốc giảm đau: thường dùng giảm đau bậc 1 hoặc 2

Thuốc giảm đau bậc 1 nhóm Acetaminophen (Tylenol, Paracethamol): liều 1-3g/ngày, chia 2-4 lần, uống cách nhau 6-8h/lần. Hiệu quả điều trị khác nhau tùy từng bệnh nhân.

Thuốc giảm đau bậc 2 (Paracethamol kết hợp codein hoặc Tramadon): Efferalgan Codein, Ultracet ngày uống 1-4 lần, mỗi lần 1-2 viên.

Các thuốc giảm đau trung ương Opioid hiếm khi cần thiết.

- Thuốc chống trầm cảm

+ Thuốc chống trầm cảm ba vòng (tricyclic antidepressant), thường được các bác sĩ chỉ định nhằm làm giảm triệu chứng mệt mỏi, giảm đau, giảm co thắt cơ và giúp bệnh nhân có được một giấc ngủ sâu, chống lo âu có thể giúp giảm đau và mệt mỏi liên quan đến bệnh xơ cơ, giúp thúc đẩy giấc ngủ. Amitriptylin 10-75 mg/ ngày

- + Thuốc ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc liều thấp

Fluoxetine 20 mg/ ngày. Có thể kết hợp cùng với Amitriptylin đưa lại kết quả tốt.

- Thuốc chống động kinh:

+ Gabapentin (Neurontin): liều 300-2700mg/ngày, chia làm 3 lần đôi khi hữu ích trong việc giảm triệu chứng bệnh đau xơ cơ.

+ Pregabalin: đây là loại thuốc đầu tiên được sự chấp thuận của Cục Quản lý thực phẩm và dược phẩm Mỹ để điều trị bệnh đau xơ cơ.

Khởi đầu với 50 mg/ ngày và có thể tăng dần lên 300-450 mg /ngày, chia ba lần trong ngày.

- Các trị liệu khác ít sử dụng hơn như tiêm tại chỗ các thuốc giảm đau có hay không corticoid, hay các thuốc giảm đau NSAIDS...

4. Các điều trị khác

4.1. Tâm lý trị liệu: khi bệnh nhân có các sang chấn về tâm lý kèm theo, giúp giảm stress, căng thẳng.

4.2. Can thiệp thay đổi nhận thức - hành vi nhằm kiểm soát tình trạng đau mạn tính. Bệnh nhân được hướng dẫn, giáo dục, cung cấp các kiến thức hiểu biết về sinh lý đau bình thường và rối loạn, giúp họ thiết lập các mục tiêu điều trị, xây dựng chương trình tập luyện vận động cụ thể, các kỹ thuật thư giãn, giảm sự nhạy cảm, thực hành suy nghĩ tích cực.

4.3. Dinh dưỡng: Vitamin và khoáng chất bổ sung có thể giúp tăng cường hệ thống miễn dịch giúp cung cấp năng lượng. Nên hạn chế rượu bia, thuốc lá và chất kích thích.

4.4. Các biện pháp trị liệu khác như châm cứu, thôi miên, thiền cũng có tác dụng trong một số trường hợp.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Cần theo dõi và tái khám thường xuyên nhằm đánh giá kết quả điều trị, xem xét tác dụng phụ của thuốc, lựa chọn thuốc hợp lý, chương trình Phục hồi chức năng thích hợp.

VIÊM HỌNG – AMIĐAN CẤP

1. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng viêm cấp niêm mạc ở họng - amidan trong đó có lớp liên bào, có tuyến nhầy, có nang lympho, các nang này có thể ở rải rác hoặc tập trung từng khối.

2. NGUYÊN NHÂN

Đa số trường hợp là do vi khuẩn, vài trường hợp có thể do virus

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1 Triệu chứng lâm sàng:

- Viêm đỏ niêm mạc họng màn hầu, trụ trước và trụ sau Amidan, thành sau họng. Có thể có giả mạc ở họng và amidan.
- Đau rát họng, khát nước, đau mình mẩy
- Hạch viêm vùng góc hàm
- Sốt, ớn lạnh, nhức đầu

3.2 Cận lâm sàng: Bạch cầu tăng hoặc không tăng.

3.3 Các thể lâm sàng:

- Viêm họng cúm: sốt cao, sổ mũi, nhức đầu, đau cơ, sung huyết thành họng, không có hạch.
- Viêm họng do virus APC ở trẻ em: sổ mũi, viêm họng đỏ, viêm màng tiếp hợp, hạch cổ sưng.
- Viêm họng do vi trùng: họng viêm đỏ, sốt, có hoặc không có tăng bạch cầu/ màu, có hoặc không đi kèm hạch viêm vùng cổ. Các loại vi khuẩn khác hay gặp trong viêm họng: *H. influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*. Thể viêm họng nguy hiểm và hay gặp do Streptococcus β tan huyết nhóm A: viêm họng đỏ, bạch cầu tăng hoặc không tăng, sung hạch cổ, có thể dẫn tới viêm khớp và viêm cơ tim. Thực tế lâm sàng rất khó phân biệt một viêm họng có phải là do Streptococcus β tan huyết nhóm A gây ra hay không nên đứng trước một viêm họng nghi do vi trùng thì ưu tiên điều trị ngay bằng kháng sinh phổ rộng có thể tiêu diệt loại vi trùng này mà không cần làm xét nghiệm xác định.
- Viêm họng do vi trùng bạch hầu: viêm họng có giả mạc, chán ăn, sốt, khó thở, rối loạn nhịp tim, viêm cơ tim. Xét nghiệm: phết họng tìm vi trùng bạch hầu nếu nghi ngờ.
- Viêm họng tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm trùng (MNI): viêm họng đi kèm ban đỏ, ban chấm đỏ, giả mạc loét hoại tử một bên. Ngồi ra còn có thể có các triệu chứng: hạch lan tỏa, xuất huyết màn hầu, phù lưỡi gà, ban đỏ ngoài da, lách to..Xét nghiệm: huyết đồ và test MNI.

- Viêm họng mũi ở trẻ em nhỏ (viêm VA): sốt cao, co giật, nghẹt mũi, nôn, bệnh kéo dài.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1 Nội khoa:

- Viêm họng do virus: Điều trị chủ yếu là nâng đỡ, giảm triệu chứng
- Chống ho: dextromethorphan, Levodropropizine, Terpin codein, Guaifenesin, Codeinphosphat, Glyceryl Gaiacolate.
- Chống viêm: Corticoid như Methylprednisolone (Medrol 4-16mg), prednisolone; kháng viêm Non-Steroid (Etodolac, Loxoprofen, Escinum, Celecoxib, talniflumate...) hay kháng viêm dạng men (Alpha chymotrypsin, Bromelain , Trypsin, Triterpene glycosides, Alpha amylase ...)
- Long đàm, dẫn phế quản: Ambroxol, Eprazinon, N-Acetylcystein, Bromhexin, Carbocystein hay Erdosteine, Sulfogaiacol, Guaifenesin, Myrtol, salbutamol ...
- Thuốc ho thảo dược: Tragutan, Sp. Pectol, Sp. Astex, SP Zecup
- Hạ sốt và giảm đau: Paracetamol hay Paracetamol kết hợp với Tramadol, Diclofenac
- Xông họng với Melyptol + Dexacol
- Thuốc ngậm: tyrothricin benzalkonium benzocaine.
- Thuốc xịt họng: Anginovag, Hexaspray
- Kháng histamin: Thế hệ I như Clopheniramin, thế hệ II như Fexofenadin, Loratadin, Desloratadin, Desclopheniramin, Cetirizin, Acrivastine hay thế hệ III như Levocetirizin.
- Tăng sức đề kháng: Multivitamin ...
- Viêm họng do vi trùng:
Kháng sinh rất công hiệu:
+ Kháng sinh lựa chọn đầu tiên là:
 1. Penicillins, Beta-lactams (Amoxicillin + acid clavulanic, Amoxicillin + sulbactam, Sultamicillin)
 2. Cephalosporins thế hệ I- II- III (Cefalexine, Cefuroxim, Cefaclor, Cefixim, Cefadroxil, Cefpodoxim, Cefdinir, Cefditoren hay Cefetamet pivoxil)
 3. Macrolides (Azithromycin, Clarithromycin)
- + Trong vài trường hợp nặng có thể sử dụng nhóm Quinolones (Ciprofloxacin, Ofloxacin, Moxifloxacin hay Levofloxacin).
- Chống ho: dextromethorphan, Levodropropizine, Terpin codein, Guaifenesin, Codeinphosphat, Glyceryl Gaiacolate.
- Chống viêm: Corticoid như Methylprednisolone (Medrol 4-16mg), prednisolone; kháng viêm Non-Steroid (Etodolac, Loxoprofen, Escinum, Celecoxib, talniflumate...) hay kháng viêm dạng men (Alpha chymotrypsin, Bromelain , Trypsin, Triterpene glycosides, Alpha amylase ...)

- Long đàm, dẫn phế quản: Ambroxol, Eprazinon, N-Acetylcystein, Bromhexin, Carbocystein hay Erdosteine, Sulfogaiacol, Guaifenesin, Myrtol, salbutamol ...
- Thuốc ho thảo dược: Tragutan, Sp. Pectol, Sp. Astex, SP Zecup
- Hạ sốt và giảm đau: Paracetamol hay Paracetamol kết hợp với Tramadol(Philmadol), Diclofenac
- Xông họng với Melyptol + Dexacol
- Thuốc ngậm: Dorithicin, Tyrotab, Zecuf
- Thuốc xịt họng: Anginovag, Hexaspray
- Kháng histamin: Thế hệ I như Clopheniramin, thế hệ II như Fexofenadin, Loratadin, Desloratadin, Desclopheniramin, Cetirizin, Acrivastine hay thế hệ III như Levocetirizin.
- Tăng sức đề kháng: Multivitamin . . .
 - Viêm họng do vi trùng bạch hầu:
- Bệnh nhân có chỉ định nhập viện điều trị ngay khi xác định chẩn đoán là bạch hầu họng.
 - Kháng sinh sử dụng đường tĩnh mạch là:
 - 1.Penicillins, Beta-lactams (Amoxicillin+acid clavulanic, Amoxicillin + sulbactam) như Augmentin
 - 2.Cephalosporins thế hệ II- III (Cefuroxim, Cefazidime,..) như Zinacef , Fortum
 - 3.Macrolides (Clarythromycin)
- Chống ho: dextromethorphan, Levodropropizine, Terpin codein, Guaifenesin, Codeinphosphat, Glyceryl Gaiacolate.
- Chống viêm: Corticoid như Methylprednisolone, Prednisolone; kháng viêm Non-Steroid (Etodolac, Loxoprofen, Escinum, Celecoxib, talniflumate...) hay kháng viêm dạng men (Alpha chymotrypsin, Bromelain , Trypsin, Triterpene glycosides, Alpha amylase ...)
- Long đàm, dẫn phế quản: Ambroxol, Eprazinon, N-Acetylcystein, Bromhexin, Carbocystein hay Erdosteine, Sulfogaiacol, Guaifenesin, Myrtol, salbutamol ...
- Thuốc ho thảo dược: Tragutan, Sp. Pectol, Sp. Astex, SP Zecup
- Hạ sốt và giảm đau: Paracetamol hay Paracetamol kết hợp với Tramadol, Diclofenac
- Bệnh nhân bị bạch hầu họng phải được theo dõi kỹ và điều trị các biến chứng đi kèm nếu có như viêm cơ tim, nhiễm trùng huyết,...

4.2 Ngoại khoa:

- Cắt Amidan trong trường hợp viêm Amidan tái phát nhiều lần.

4.3 Phòng ngừa:

- Điều trị dự phòng với Haemophilus influenza (Broncho Vaxom)

VIÊM HỌNG MẠN TÍNH

1. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng viêm mạn tính niêm mạc ở họng - amidan trong đó có lớp liên bào, có tuyến nhầy, có nang lympho, các nang này có thể ở rải rác hoặc tập trung từng khối.

2. NGUYÊN NHÂN

- Viêm mũi xoang lâu ngày
- Viêm amidan mạn tính.
- Vẹo vách ngăn, do cuốn mũi quá phát, do polyp.
- Chất kích thích: hơi hóa học, bụi vôi, bụi xi măng, thuốc lá, rượu...

3. CHẨN ĐOÁN

3.1 Lâm sàng:

- Cảm giác khô họng, cay họng, ngứa họng, vướng họng.
- Ho, khạc, đờm hắng
- Nuốt nghẹn

3.2 Cận lâm sàng: Bạch cầu tăng hoặc không tăng.

3.3 Thử lâm sàng:

a) Viêm họng xuất tiết.

Niêm mạc họng đỏ, ướt những hạt lớn nhón ở thành sau họng, không có tia mạch máu chung

Tiết nhầy chảy dọc theo thành họng.

b) Viêm họng quá phát/ sung huyết.

Niêm mạc họng dày và đỏ.

Có nếp giả ở trụ sau

Rất nhạy cảm ở họng và dễ buồn nôn khi đè lưỡi

c) Viêm họng teo.

Niêm mạc trở nên nhẵn, mỏng, trắng bệnh có mạch máu nhỏ.

Tiết nhầy khô lại và biến thành vảy dính vào niêm mạc.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1 Nội khoa:

- *Kháng sinh chỉ được sử dụng khi có tình trạng bội nhiễm:*
 - + Kháng sinh lựa chọn đầu tiên là:
1. Penicillins, Beta-lactams (Amoxicillin + acid clavulanic, Amoxicillin +

sulbactam, Sultamicillin)

2.Cephalosporins thế hệ I- II- III (Cefalexine, Cefuroxim, Cefaclor, Cefixim, Cefadroxil, Cefpodoxim, Cefdinir, Cefditoren hay Cefetamet pivoxil)

3.Macrolides (Azithromycin)

+ Trong vài trường hợp nặng hay không đáp ứng điều trị với các nhóm kháng sinh trên có thể sử dụng nhóm Quinolones (Ciprofloxacin, Ofloxacin, Moxifloxacin hay Levofloxacin).

- Điều trị chủ yếu là triệu chứng kèm theo súc miệng bằng nước muối để điều hòa lại tình trạng viêm ở niêm mạc họng:

- Chống ho: dextromethorphan, Levodropropizine, Terpin codein, Guaifenesin, Codeinphosphat, Glyceryl Gaiacolate.
- Chống viêm: Corticoid như Methylprednisolone (Medrol 4-16mg), prednisolone; kháng viêm Non-Steroid (Etodolac, Loxoprofen, Escinum, Celecoxib, talniflumate...) hay kháng viêm dạng men (Alpha chymotrypsin, Bromelain , Trypsin, Triterpene glycosides, Alpha amylase ...)
- Long đàm, dẫn phế quản: Ambroxol, Eprazinon, N-Acetylcystein, Bromhexin, Carbocystein hay Erdosteine, Sulfogaiacol, Guaifenesin, Myrtol, salbutamol ...
- Thuốc ho thảo dược: Tragutan, Sp. Pectol, Sp. Astex, SP Zecup
- Hạ sốt và giảm đau: Paracetamol hay Paracetamol kết hợp với Tramadol(Philmadol), Diclofenac
- Xông họng với Melyptol + Dexacol
- Thuốc ngậm: Dorithicin, Tyrotab, Zecuf
- Thuốc xịt họng: Anginovag, Hexaspray
- Kháng histamin: Thế hệ I như Clopheniramin, thế hệ II như Fexofenadin, Loratadin, Desloratadin, Desclopheniramin, Cetirizin, Acrivastine hay thế hệ III như Levocetirizin.
 - Tăng sức đề kháng: Multivitamin .

- Chống trào ngược dạ dày thực quản trong trường hợp có trào ngược đi kèm:
Esomeprazole, Pantoprazole, Lanzoprazole, Rabeprazole, Omeprazole, Domperidon
Mozapide , Itopride hydrochloride, trimebutine, alginate.

4.2 Ngoại khoa:

- Cắt Amidan trong trường hợp viêm Amidan tái phát nhiều lần gây viêm họng.
- Phẫu thuật nội soi mũi xoang trong trường hợp viêm xoang nặng gây viêm họng không đáp ứng với điều trị nội khoa.

4.3 Phòng ngừa:

- Tránh ăn đồ chua cay nóng, rượu, cà phê, bia, thuốc lá,...

- Ăn tối trước khi đi ngủ 3 giờ.
 - Điều trị dự phòng với Haemophilus influenza (Broncho Vaxom).

VIÊM THANH QUẢN CẤP

1. ĐỊNH NGHĨA

Tình trạng viêm cấp niêm mạc ở thanh quản có thể khu trú ở niêm mạc hoặc lan xuống những lớp dưới, đi từ sung huyết phù nề, loét niêm mạc đến viêm cơ, hoại tử sụn...

2. NGUYÊN NHÂN:

3. CHẨN ĐOÁN

3.1 Lâm sàng:

Cảm giác khô họng, nuốt rát.

Khàn tiếng và có khi mất hẳn

Ho, ho khan, hoặc đàm trắng, màu xanh hoặc vàng.

Triệu chứng toàn thân: có thể sốt ớn lạnh, đau mình

3.2 Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: bạch cầu có thể tăng hay không tăng

- Nội soi thanh quản:

+ Niêm mạc sung huyết, phù nề, dây thanh – sụn phễu – thanh thiệt nề đỏ.

+ Xuất tiết tăng : tiết nhầy đặc đọng ở mép sau, ở thanh môn.

3.3 Thở lâm sàng:

3.3.1 Viêm thanh quản cấp ở người lớn:

a.Viêm thanh quản cấp xuất tiết thông thường:

Thường gặp vào mùa lạnh, bệnh tích lan rộng nhưng không sâu.Nam bị nhiều hơn nữ.

- Nguyên nhân : do virus.

- Triệu chứng : khô họng, nuốt rát, khàn tiếng, ho khan sau có đờm trong. Nếu viêm khí quản có đờm xanh vàng.

- Soi thanh quản : sung huyết, phù nề thanh thiệt sụn phễu, thanh thiệt, băng thanh thất. Xuất tiết nhầy đặc ở mép sau, thanh dai. Khi phát âm thanh môn hở hình thoi hay hình tam giác.

Triệu chứng bớt sau 3-4 ngày, khàn tiếng bớt chậm sau # 10 ngày.

b.Viêm thanh quản phù nề thanh quản:

- Tổ chức niêm mạc thanh quản rất lỏng lẻo, dễ bị phù nề.
- Phù nề thanh quản do viêm nhiễm: do vi trùng, virus, chấn thương, trào ngược dạ dày-thực quản.
- Viêm thanh quản do vi trùng: thường do Hemophilus influenza, Pneumococcus, Streptococcus.
- Triệu chứng: sốt, nuốt đau, khàn tiếng, nếu nặng sẽ có khó thở.
Thở nặng thường do streptococcus.
- Tổng trạng nặng: nhiễm trùng, nhiễm độc, khó thở, hạ HA, tiểu ít, nước tiểu có nhiều Albumine.
- Trường hợp nặng hay bệnh nhân khó thở sẽ có chỉ định nhập viện điều trị.

3.3.2 Viêm thanh quản cấp ở trẻ em:

a. Viêm thanh quản xuất tiết: thường không khó thở, lúc đầu ho khan, giọng khàn.
Thường gặp trong bệnh cảnh viêm mũi họng lan rộng xuống phế quản phổi do virus.

b. Viêm thanh quản khó thở : (có chỉ định nhập viện)

- Viêm thanh quản cấp hoặc co thắt :

Thở này có thể bắt đầu như viêm thanh quản xuất tiết với co thắt thanh quản về đêm.
Trẻ em 3-6 tuổi thức dậy trong đêm bởi cơn ho khan, ông ổng. Khó thở chậm thì hít vào xảy ra rất nhanh với khò khè và co kéo hõm ức. Triệu chứng rầm rộ tưởng chừng không cứu vãn nổi, nhưng thường giảm đi đôi khi trước khi bác sĩ tới hay tới trung tâm y tế.

Tái phát xảy ra 2-3 đêm sau đó. Cần tìm triệu chứng Koplik, loại viêm thanh quản này thường thấy trong bệnh Rougeole.

Trong thể này thường không sốt, khởi phát bất ngờ, rất nhanh, đôi khi kéo dài 1 giờ, tự khỏi.

- Viêm thanh quản dưới thanh môn :

Tuổi trung bình 1 đến 5 tuổi, trẻ trai thường bị hơn gái.

Thường xuất hiện khi thay đổi thời tiết.

Nguyên nhân do virus : Influenzae type A, Para influenzae, Adenovirus, Coxsackie.

Bệnh sử :

Khó thở trong bệnh cảnh viêm mũi họng cấp lành tính hoặc cúm với sốt nhẹ, ho khan, ông ổng, không khàn giọng, khó thở chậm thì hít vào chủ động và khó nhọc kèm theo co kéo hõm ức, liên sườn. Thở kêu to khò khè.

Nghe phổi có ran nổ phế quản (rất quan trọng) và khó thở hỗn hợp thể hiện viêm khí phế quản kèm theo.

Ngược lại viêm thanh quản rít, các triệu chứng nặng dần từ từ, trẻ quấy, ngày càng lo lắng, chỉ cố thở. Co kéo liên sườn, thượng vị, trẻ thở bằng cơ bụng. Trẻ mệt mỏi khó chống đỡ, co kéo yếu đi, tăng áp lực, xuất hiện buồn ngủ: là những triệu chứng xấu. Báo hiệu sự mất bù.

c.Viêm thanh quản bạch hầu : (có chỉ định nhập viện)

- Nguyên nhân do vi khuẩn Loeffler xâm nhập vào thanh quản gây phù nề thanh quản có giả mạc. Thường thứ phát sau bạch hầu ở họng.

- Triệu chứng : trẻ bị bạch hầu họng, sốt nhẹ, da tái xanh, đau họng, có hạch cổ. Sau đó ho khan, tiếng nói khàn. Khó thở khi gắng sức. Sau đó khàn tiếng và khó thở tăng, trong bệnh cảnh khó thở thanh quản điển hình, kèm theo những cơn co thắt tím tái, trợn trắng mắt. Giai đoạn muộn hơn có các triệu chứng nhiễm độc, suy hô hấp. Trẻ mệt lả người, thở nhanh nông, tiếng rít không còn mạnh nữa, co lõm cũng giảm, trẻ xanh tím tái.

- Biểu chứng : Viêm khí phế quản bạch hầu.

Phế quản phế viêm.

Sẹo hẹp thanh quản.

- Chẩn đoán : soi họng, thanh quản, phết họng tìm vi trùng bạch hầu. Nên soi khi bé còn khó thở nhẹ, bằng ống mềm. Nếu khó thở nặng thì mở khí quản rồi mới soi thanh quản.

- Chẩn đoán phân biệt :

- Viêm thanh quản rít hay bạch hầu giả hiệu
- Viêm thanh quản sỏi.
- Viêm thanh quản cúm.
- Dị vật thanh quản.

- Giang mai bẩm sinh thanh quản.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1 Nội khoa: là điều trị chủ yếu

- Với các trường hợp viêm thanh quản nặng gây khó thở như: viêm thanh quản bạch hầu
 - viêm thanh quản phù nề hay viêm thanh quản dưới thanh môn -> có chỉ định nhập viện điều trị và theo dõi tích cực:
- Không nói, giữ ẩm
- Kháng sinh dùng đường tĩnh mạch theo thứ tự ưu tiên là:
 1. Penicillins, Beta-lactams (Amoxicillin + acid clavulanic, Amoxicillin + sulbactam)
 2. Cephalosporins thế hệ II- III (Cefuroxim, Ceftizidime, ceftriaxone)
 3. Macrolides (Clarithromycin) trong trường hợp dị ứng với Penicilins
- Chống ho: dextromethorphan, Levodropropizine, Terpin codein, Guaifenesin, Codeinphosphat, Glyceryl Gaiacolate.
- Chống viêm: Corticoid như Methylprednisolone, prednisolone; kháng viêm Non-Steroid (Etodolac, Loxoprofen, Escinum, Celecoxib, talniflumate...) hay kháng viêm dạng men (Alpha chymotrypsin, Bromelain, Trypsin, Triterpene glycosides, Alpha amylase ...)
- Long đàm, dẫn phế quản: Ambroxol, Eprazinon, N-Acetylcystein, Bromhexin, Carbocystein hay Erdosteine, Sulfogaiacol, Guaifenesin, Myrtol, salbutamol ...
- Hạ sốt và giảm đau: Paracetamol hay Paracetamol kết hợp với Tramadol, Diclofenac
- Tăng sức đề kháng: Multivitamin .
- Chống trào ngược dạ dày thực quản trong trường hợp có trào ngược đi kèm: Esomeprazole, Pantoprazole, Lanzoprazole, Rabeprazole, Omeprazole, Domperidon, Alginate.
- Trường hợp viêm thanh quản xuất tiết thông thường, bệnh nhân chỉ có khàn tiếng hay ho nhiều, không có triệu chứng khó thở thì có thể điều trị ngoại trú và hẹn tái khám:
- Kháng sinh thường được sử dụng theo thứ tự:
 1. Penicillins, Beta-lactams (Amoxicillin + acid clavulanic, Amoxicillin + sulbactam, Sultamicillin, ampicillin + sulbactam)
 2. Cephalosporins thế hệ II- III (Cefuroxim, Cefaclor, Cefixim, Cefadroxil, Cefpodoxim, Cefdinir, Cefditoren hay Cefetamet pivoxil)
 3. Macrolides (Azithromycin, Clarithromycin)
- Chống ho: Dextromethorphan, Levodropropizine, Terpin codein, Guaifenesin, Codeinphosphat, Glyceryl Gaiacolate.
- Chống viêm: Corticoid (Methylprednisolone, prednisolone); kháng viêm Non-Steroid (Etodolac, Loxoprofen, Escinum, Celecoxib, talniflumate...) hay kháng viêm dạng men (Alpha chymotrypsin, Bromelain, Trypsin, Triterpene glycosides, Alpha

amylase ...)

- Long đàm, dẫn phế quản: Ambroxol, Eprazinon, N-Acetylcystein, Bromhexin, Carbocystein hay Erdosteine, Sulfogaiacol, Guaifenesin, Myrtol, salbutamol ...
 - Thuốc ho thảo dược: Tragutan, Sp. Pectol, Sp. Astex, SP Zecup
 - Hạ sốt và giảm đau: Paracetamol hay Paracetamol kết hợp với Tramadol.
 - Xông họng với Melyptol + Dexacol
 - Thuốc ngậm: Dorithicin, Tyrotab.
 - Thuốc xịt họng: Anginovag, Hexaspray
 - Kháng histamin: Thế hệ I như Clopheniramin, thế hệ II như Fexofenadin, Loratadin, Desloratadin, Desclopheniramin, Cetirizin, Acrivastine, bilastine hay thế hệ III như Levo-cetirizin.
 - Tăng sức đề kháng: Multivitamin . . .
-
- Chống trào ngược dạ dày thực quản trong trường hợp có trào ngược đi kèm: Esomeprazole, Pantoprazole, Lanzoprazole, Rabeprazole, Omeprazole, Domperidon, Alginate.

3.2 Ngoại khoa:

- Phẫu thuật mở khí quản cấp cứu trong các trường hợp khó thở nặng không đáp ứng với điều trị nội khoa.

VIÊM THANH QUẢN MẠN TÍNH

1. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng viêm mạn tính ở thanh quản. Bệnh tích chủ yếu khu trú ở dây thanh : Giai đoạn đầu niêm mạc bị sung huyết, các tế bào trụ bị mất lông chuyển và biến thành tế bào dẹt. Giai đoạn thứ 2, biểu mô thoái hóa trở nên dẹt ở những nơi bị che kín và dày ở những nơi bình thường có biểu mô lát.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Lâm sàng:

- Khàn giọng kéo dài từng đợt.
- Tăng tiết nhày, nhất là buổi sáng.
- Cảm giác ngứa, khô rát.

2.2. Cận lâm sàng:

+ Nội soi thanh quản quan sát thấy:

- Tiết nhày đọng 1/3 trước và 1/3 giữa của dây thanh
- Tổn thương dây thanh

- Nhẹ: Niêm mạc dây thanh, sung huyết đỏ.
- Nặng: Quá sản dây thanh như sợi dây thừng, niêm mạc hồng, mất bóng.

2.3 Thể lâm sàng:

a. Viêm thanh quản xuất tiết thông thường :

- Khàn tiếng là triệu chứng chính.
- Soi thanh quản : tiết nhày nhiều ở thanh quản, dây thanh sung huyết đỏ, mạch máu dưới niêm mạc bị giãn hình thành những tia máu. Nặng hơn dây thanh quá sản tròn như sợi thừng, niêm mạc hồng mất bóng. Viêm lâu ngày sẽ thấy đường vân hoặc kẻ sọc trên dây thanh.

b. Viêm thanh quản quá phát :

- Có sự quá phát của biểu mô và lớp đệm dưới niêm mạc. Tế bào trụ có lông chuyển thành tế bào lát nhiều lớp.
- Triệu chứng chức năng giống như trên.
- Soi thanh quản : có thể thấy hình ảnh viêm thanh dai dày lan tỏa. Dày từng khoảng, viêm thanh quản dày đoạn sau, dày da voi liên phễu. Hai loại sau này hay liên quan tới GERD.
- Điều trị nguyên nhân trào ngược. Vi phẫu thuật thanh quản.

c. Bạch sản thanh quản hay papilome sừng :

- Bệnh tích chủ yếu là sự quả sản của các gai nhú được một lớp niêm mạc sừng hóa che phủ.
- Soi thanh quản : bệnh tích ở 1 hoặc 2 bên dây thanh, một lớp nhuyển như vôi, đây có thể là tổn thương tiền ung thư.

d. Viêm thanh quản teo :

- Thường xuất hiện sau một số bệnh viêm mũi xoang mãn tính, viêm họng teo. Nguyên nhân chủ yếu vẫn là trĩ mũi.
- Bệnh nhân thường cảm giác khô họng, khàn tiếng nhiều vào buổi sáng. Ho khạc đàm vẩy hơi thổi. Hơi thở hôi.
- Soi thanh quản : niêm mạc thanh quản đỏ, khô, có nếp nhăn, tiết nhày có vẩy khô. Dây thanh thường kém di động.

e. Viêm thanh quản nghề nghiệp :

- Gặp ở những nghề phải nói nhiều.
- 2 giai đoạn : Viêm thanh quản mãn tính quá phát.

Viêm thanh quản hạt.

f. Viêm thanh quản mãn tính ở trẻ em :

- Thường ở trẻ 5- 10 tuổi. Nguyên nhân là do viêm mũi xoang, hay do la hét nô đùa nhiều.
- Có 3 dạng : Viêm thanh quản nốt.

Viêm thanh quản hạt lúa mạch.

Viêm thanh quản teo.

g. Lao thanh quản :

- Thường thứ phát sau lao phổi, do vi trùng Kock.
- Bệnh tích chủ yếu là các nang lao, gồm có tế bào khổng lồ Langhans, tế bào bán liên và tế bào Lympho. Các nang lao này chuyển hóa và loét, có thể khu trú ở niêm mạc hay ăn sâu vào sụn và nằm trên một lớp thâm nhiễm dày. Bờ vết loét không đều và thường có nụ sùi.

- Khàn tiếng xuất hiện sớm, ho thường do bệnh tích ở phổi, khó nuốt có thể xuất hiện tùy vị trí loét. Khó thở trong giai đoạn cuối.
- Soi thanh quản có thể thấy hình ảnh sùi, loét, thâm nhiễm, nhưng dây thanh còn di động mặc dù u lan rộng. Xoang lê đọng nhiều nước bọt dơ.
- Chẩn đoán : Xquang phổi, các xét nghiệm về lao, sinh thiết.

4. ĐIỀU TRỊ:

4.1 Nội khoa:

- *Kháng sinh chỉ sử dụng khi có bội nhiễm đi kèm:*

1.Penicillins, Beta-lactams (Amoxicillin+acid clavulanic, Sultamicillin, Amoxicillin+sulbactam)

2.Cephalosporins thế hệ II- III (Cefuroxim, Cefaclor, Cefixim, Cefadroxil, Cefpodoxim, Cefdinir, Cefditoren hay Cefetamet pivoxil)

3.Macrolides (Azithromycin, Clarithromycin)

- *Trường hợp Lao Thanh Quản thì kháng sinh sẽ được sử dụng theo phác đồ lao.*
- *Điều trị chủ yếu của viêm thanh quản mạn tính là nâng đỡ và hồi phục giọng nói:*

- Không nói, giữ ẩm cổ
- Chống ho: Atussin, Leprozin, Terpin codein, Dumiha, Toplexil, Actifed, Codeinphosphat ...
- Chống viêm: Corticoid như Methylprednisolone (Medrol 4-16mg); kháng viêm Non-Steroid (Etodolac, Loxoprofen, Escinum, Celecoxib, talniflumate...) hay kháng viêm dạng men (Alpha chymotrypsin, Bromelain , Trypsin, Triterpene glycosides, Alpha amylase ...)
- Long đàm, dẫn phế quản: Ambroxol, Eprazinon, N-Acetylcystein, Bromhexin, Carbocystein hay Erdosteine, Sulfogaiacol, Guaifenesin, Myrtol, salbutamol ...
- Thuốc ho thảo dược: Tragutan, Sp. Pectol, Sp. Astex, SP Zecup
- Hạ sốt và giảm đau: Paracetamol hay Paracetamol kết hợp với Tramadol(Philmadol), Diclofenac
- Xông họng với Melyptol + Dexacol
- Thuốc ngậm: Dorithicin, Tyrotab, Zecuf

- Thuốc xịt họng: Anginovag, Hexaspray
- Kháng histamin: Thế hệ I như Clopheniramin, thế hệ II như Fexofenadin, Loratadin, Desloratadin, Desclopheniramin, Cetirizin, Acrivastine hay thế hệ III như Levocetirizin.
- Tăng sức đề kháng: Multivitamin .
- Chống trào ngược dạ dày thực quản trong trường hợp có trào ngược đi kèm: Esomeprazole, Pantoprazole, Lanzoprazole, Rabeprazole, Omeprazole, Domperidon, Mozapide hay Gaviscon.
- Luyện giọng.
-

4.2 Điều trị nguyên nhân:

- Điều trị ổ viêm nhiễm ở : Mũi, xoang, họng

4.3 Điều trị ngoại khoa:

- Sinh thiết dây thanh khi nghi ngờ tổn thương Lao hay Ung thư thanh quản để có hướng điều trị tốt nhất.

4.4 Phòng ngừa:

- Tránh: hơi hóa chất, bụi
- Nói ít, nói nhỏ, ngưng ca hát.

BỆNH APTƠ

1. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng viêm loét của niêm mạc miệng

2. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân của bệnh còn chưa rõ, có thể do virus. Yếu tố khởi phát thường là: viêm nhiễm, kinh nguyệt, thai nghén.

3. CHẨN ĐOÁN

Bệnh bắt đầu bằng một điểm đỏ ở niêm mạc miệng (môi, má, lưỡi) và biến thành mụn nước. Sau mấy giờ mụn nước vỡ ra và để lại một vết loét nông hình tròn hoặc hình trứng, to bằng hạt gạo, đáy vàng. Chung quanh có một vòng đỏ bao vây.

Bệnh kéo dài trong bốn năm ngày rồi có thể tự khỏi.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1 Nội khoa: là điều trị chủ yếu

- + Bôi vết loét với Sachogel – ngày 3 - 4 lần
- + Vitamin PP, Vitamin C
- + Trường hợp bội nhiễm:
 - Có thể sử dụng các nhóm kháng sinh: Penicillins, Beta-lactams, Cephalosporins thế hệ I-II- III, Macrolides , Quinolones.
 - Chống viêm: Corticoid như Methylprednisolone, prednisolone; kháng viêm Non-Steroid (Etodolac, Loxoprofen, Escinum, Celecoxib, talniflumate...) hay kháng viêm dạng men (Alpha chymotrypsin, Bromelain , Trypsin, Triterpene glycosides, Alpha amylase ...)
 - Hạ sốt và giảm đau: Paracetamol hay Paracetamol kết hợp với Tramadol.
 - Xông họng với Melyptol + Dexacol
 - Kháng histamin: Thế hệ I như Clopheniramin, thế hệ II như Fexofenadin, Loratadin, Desloratadin, Desclopheniramin, Cetirizin, Ebastine, Acrivastine, bilastine hay thế hệ III như Levo-cetirizin.
 - Tăng sức đề kháng: Multivitamin .
 - Chống trào ngược dạ dày thực quản trong trường hợp có trào ngược đi kèm: Esomeprazole, Pantoprazole, Lanzoprazole, Rabeprazole, Omeprazole, Domperidon hay Mozapide.
 - Trong trường hợp có nấm miệng phối hợp thì sử dụng thêm Nystatin 500.000UI
 - Súc họng với Orifar

VIÊM THANH THIẾT CẤP

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm thanh thiết cấp là tình trạng viêm phù nề của thanh thiết có hay không có đi kèm với viêm họng thanh quản. Đây là một cấp cứu y khoa vì có thể dẫn đến tử vong nếu không được điều trị kịp thời.

2. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân thường do nhiễm trùng (vi khuẩn *Haemophilus influenzae* type B, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus parainfluenzae*, virus thủy đậu, virus herpes simplex type 1, *Staphylococcus aureus* ...), do nhiệt, dị ứng,...

3. CHẨN ĐOÁN

3.1 Lâm sàng:

- Viêm thanh thiết thường xảy ra cấp tính nhưng cũng có thể diễn tiến trong vài giờ đến vài ngày. Triệu chứng thường thấy nhất: đau họng, khàn giọng, nói khó, sốt, nuốt đau, nhịp tim nhanh, khó thở.
- Trẻ em bị viêm thanh thiết: trẻ sốt, khó nuốt, nuốt đau, chảy nước bọt, khàn tiếng, thở rít, bé luôn ngồi chồm tới trước và nhanh chóng đưa đến khó thở

3.2 Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: bạch cầu thường tăng.
- Soi thanh quản gián tiếp hoặc trực tiếp : phù nề đỏ mọng thanh thiết che lấp thanh môn (Cẩn thận đối với trẻ nhỏ có thể gây khó thở do co thắt)
- X quang cổ nghiêng hình ảnh ngón tay cái (Thumb sign) do sưng to thanh thiết.

4. ĐIỀU TRỊ

- Nếu bệnh nhân khó thở -> có chỉ định nhập viện điều trị

4.1 Nội khoa:

- Kháng sinh rất hiệu quả trong bệnh lý này:
- Kháng sinh lựa chọn đầu tiên là:
 1. Penicillins, Beta-lactams (*Amoxicillin*+acid clavulanic, *Sultamicillin*, *Amoxicillin*+*sulbactam*)
 2. Cephalosporins thế hệ II- III (*Cefuroxim*, *Cefaclor*, *Cefixim*, *Cefadroxil*, *Cefpodoxim*, *Cefdinir*, *Cefditoren* hay *Cefetamet pivoxil*)
 3. Macrolides (*Azithromycin*)
- + Trong vài trường hợp nặng hay không đáp ứng điều trị với các nhóm kháng sinh trên có thể sử dụng nhóm Quinolones (*Ciprofloxacin*, *Ofloxacin*, *Moxifloxacin* hay *Levofloxacin*).
- Chống viêm: Corticoid như *Methylprednisolone* , *prednisolone*
- Long đàm: *Ambroxol*, *Eprazinon*, *N-Acetylcystein*, *Bromhexin* hay *Erdosteine*
- Hạ sốt và giảm đau: *Paracetamol* hay *Paracetamol* kết hợp với *Tramadol*.

- Xông họng với Melyptol + Dexacol
- Thuốc ngậm: Dorithicin, Tyrotab, Zecuf
- Thuốc xịt họng: Anginovag, Hexaspray
- Kháng histamin: Thế hệ I như Clopheniramin, thế hệ II như Fexofenadin, Loratadin, Desloratadin, Desclopheniramin, Cetirizin, Acrivastine hay thế hệ III như Levocetirizin.
- Tăng sức đề kháng: MgB6, Multivitamin . . .
- Chống trào ngược dạ dày thực quản trong trường hợp có trào ngược đi kèm: Esomeprazole, Pantoprazole, Lanzoprazole, Rabeprazole, Omeprazole, Domperidon, Mozapide, Alginate.

4.2 Ngoại khoa:

- Bệnh nhân khó thở nhiều không đáp ứng với điều trị nội khoa, hay tình trạng khó thở cấp do thanh thiệt quá phù nề-> có chỉ định mở khí quản cấp cứu.

VIÊM MŨI CẤP

1. ĐỊNH NGHĨA

Là quá trình viêm cấp xảy ra tại mũi làm niêm mạc mũi sung huyết

2. NGUYÊN NHÂN

Viêm mũi cấp tính có thể do siêu vi, vi trùng, do môi trường ô nhiễm, bụi khói, hóa chất, do lạnh, hoặc có thể sau khi bị tổn thương niêm mạc mũi do dị vật, chấn thương...

3. CHẨN ĐOÁN

3.1 Chẩn đoán xác định: dựa vào triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

3.1.1 Lâm sàng:

Cơ năng	Thực thể
Sốt nhẹ	Niêm mạc mũi sung huyết
Ngứa mũi	Cuốn mũi cương tụ
Hắt hơi	Mũi xuất tiết
Chảy mũi	
Nghẹt mũi	
Nhức đầu	
Mệt mỏi	

3.1.2 Cận lâm sàng:

- Công thức máu: bạch cầu có thể tăng
- XQ các xoang đều sáng

4. ĐIỀU TRỊ - TIỀN LƯỢNG

4.1 Điều trị nội khoa

Toàn thân	Tại chỗ
- Chống viêm:	- Xông mũi
+ Kháng viêm men:	Dexamethasone +

○ Alphachymotrypsin 21μk ○ Promelain trypsin + Steroids (Methylprednisolone; prednisolone) + Non-steroids ✓ Escinum ✓ Etodolac ✓ Loxoprofen ✓ Piroxicam ✓ Ibuprofen ✓ Diclofenac - Kháng Histamin: + Cetirizine + Loratadin + Fexofenadine + Desloratadin + Levocetirizine + Ebastin + Rupatadine + Itametazine + Ebastine + Kháng Histamin có tác dụng phụ gây ngủ như Chlopheniramin hoặc Dexclopheniramin ít sử dụng cho người lớn - Nếu bệnh nhân có bệnh hen kèm theo, có thể sử dụng thêm: singulair, montiget, plitaz, sinarest... và thuốc giãn phế quản salbutamol - Giảm đau: + Paracetamol + Paracetamol + tramadol chỉ dùng trong 5 ngày - Chống sung huyết mũi:	Melyptol trong 5 ngày - Xịt mũi với nước biển sâu

+ Pseudoephedrine 1v x 2 lần/ngày, cẩn thận những BN có bệnh lý tim mạch. + Tại chỗ: xylometazoline hoặc naphthazolin (chú ý không dung quá 7 ngày và không sử dụng ở người có bệnh lý tim mạch hay huyết áp).	

Dùng kháng sinh nếu bạch cầu tăng > 10000 hoặc bệnh kéo dài ≥ 5 ngày bằng một trong những loại sau:

- Amox + A.Clavulanic.
- Amox + sulbactam
- Cephalosporin I
 - + Cephadroxil
 - + Cefalexine
- Cephalosporin II
 - + Cefuroxim
 - + Cefaclor
- Cephalosporin III
 - + Cefixim
 - + Cefditoren
 - + Cefdinir
 - + Cepodoxim
- Các nhóm khác
 - + Sultamicillin
 - + Macrolid
 - + Quinolone

5. BIẾN CHỨNG

Viêm mũi cấp nếu không điều trị có thể dẫn đến viêm mũi mạn, viêm xoang

6. PHÒNG NGỪA

Tránh những yếu tố có thể là nguyên nhân như đã kể trên như: giữ ấm cơ thể, tránh lạnh bụi khói và hóa chất, mang khẩu trang khi đi đường, không dùng tay hoặc dụng cụ ngoáy mũi.

VIÊM MŨI MẠN **(VIÊM MŨI SUNG HUYẾT, VIÊM MŨI XUẤT TIẾT,** **VIÊM MŨI PHÙ NẸ)**

1. ĐỊNH NGHĨA

Là quá trình viêm xảy ra tại niêm mạc mũi kéo dài trên 2 tuần hoặc tái đi tái lại nhiều lần.

2. NGUYÊN NHÂN

Viêm mũi mạn tính có thể do siêu vi, vi trùng, do môi trường ô nhiễm, bụi khói, hóa chất,...hoặc do rối loạn điều khiển chức năng điều hòa trương lực các mạch máu trong mũi.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1 Chẩn đoán xác định

3.1.1 Lâm sàng

Cơ năng	Thực thể
Nghẹt mũi	Niêm mạc mũi sung huyết
Chảy mũi đặc vàng, xanh	Cuốn mũi dưới quá phát
Ho dai dẳng	Mũi xuất tiết nhầy đục

3.1.2 Cận lâm sàng

- XQ các xoang có phản ứng phù nề niêm mạc nhẹ

4. ĐIỀU TRỊ - TIỀN LƯỢNG

4.1. Viêm mũi quá phát

Là quá trình viêm tại niêm mạc mũi kéo dài, niêm mạc mũi sung huyết tái diễn

Triệu chứng nghẹt mũi là chính, có thể ho.

Khám thấy niêm mạc mũi sung huyết, cuốn mũi quá phát, xuất tiết nhầy.

Toàn thân	Tại chỗ
- Chống viêm	- Xông mũi

+ Alphachymotrypsin 21µk + Promelain trypsin + Steroids prednisolone, methylprednisolone + Non-steroids ✓ Escinum ✓ Etodolac ✓ Loxoprofen ✓ Piroxicam ✓ Ibuprofen ✓ Diclofenac - Kháng Histamin + Cetirizine + Loratadin + Fexofenadine + Desloratadin + Levocetirizine + Ebastin + Rupatadine + Itametazine + Bilastine + Kháng Histamin có tác dụng phụ gây ngủ như Chlopheniramin hoặc Dexclopheniramin ít sử dụng cho người lớn - Chống sung huyết mũi: + Pseudoephedrine 1v x 2 lần/ngày, cẩn thận những BN có bệnh lý tim mạch - Steroids xịt mũi: có thể sử dụng 1 trong những loại sau: + Budesonide + Fluticasone	- Dexamethesone + - Melyptol trong 5 ngày - Xịt mũi với nước biển sâu - Xịt mũi xoang spray

+ mometasone + Pixocortol pivalate + Beclomethasone	

Nếu điều trị nội khoa không hiệu quả thì có thể chỉ định phẫu thuật

- Cobblation cuốn dưới
- Cắt bán phần cuốn dưới
- Đốt cuốn mũi dưới

4.2. Viêm mũi xuất tiết

Là tình trạng viêm mũi tái phát nhiều lần làm các tuyến tiết nhầy phát triển quá mức

Nghẹt mũi, sổ mũi, ho

Niêm mạc mũi đỏ sậm, xuất tiết nhầy

Toàn thân	Tại chỗ
- Chống viêm + Alphachymotrypsin 21µk + Promelain trypsin (Protase) + Steroids methylprednisolone; prednisolone + Non-steroids ✓ Escinum ✓ Etodolac ✓ Loxoprofen ✓ Piroxicam ✓ Ibuprofen ✓ Diclofenac - Kháng Histamin + Cetirizine + Loratadin + Fexofenadine + Desloratadin	- Xông mũi - Dexamethasone + - Melyptol trong 5 ngày - Xịt mũi với nước biển sâu - Xịt mũi xoang spray - Xịt mũi Noal

+ Levocetirizine + Ebastin + Rupatadine + Itametazine + Bilastine + Kháng Histamin có tác dụng phụ gây ngủ như Chlopheniramin hoặc Dexclopheniramin ít sử dụng cho người lớn - Chống sung huyết mũi: + Pseudoephedrine 1v x 2 lần/ngày, cẩn thận những BN có bệnh lý tim mạch - Steroids xịt mũi: có thể sử dụng 1 trong những loại sau + Budesonide + Fluticasone + Mometasone + Beclomethasone + Tixocortol pivalate	

Dùng kháng sinh nếu có bội nhiễm bằng một trong những loại sau:

- Amox + A.Clavulaviv
- Amox + sulbactam
- Cephalosporin I
 - + Cefadroxil
 - + Cefalexine
- Cephalosporin II
 - + Cefuroxim
 - + Cefaclor
- Cephalosporin III
 - + Cefixim

- + Cefditoren
- + Cepodoxim
- + Cefdinir
- Các nhóm khác
 - + Sultamicillin
 - + Macrolid
 - + Quinolone

4.3. Viêm mũi teo (Ozena, viêm mũi vảy)

Là quá trình viêm tại niêm mạc mũi kéo dài và nặng tại một số cơ địa làm teo niêm mạc mũi

Triệu chứng:

- Nghẹt mũi, xì mũi vàng xanh lẫn vảy mũi
- Khám thấy sàn mũi có vảy mù, cuốn dưới đỏ, đầu cuốn giữa có vảy nâu. Càng về sau bệnh nhân thấy càng nghẹt mũi, giảm khứu giác, trong khi những người xung quanh lại ngửi thấy mùi hôi thối, xì ra thấy vảy mù vàng xanh đôi khi thấy nhớt đầu
- Nội soi lấy hết vảy mũi thấy niêm mạc nhợt nhạt, hốc mũi rộng, niêm mạc mũi teo dính vào xương

Điều trị:

- Phương pháp điều trị chính là rửa mũi bằng nước muối sinh lý: epticol hay natricloride 9 ‰, xisat, Sterimar, Humer hoặc Sinomarin hoặc Biosalin hoặc Rinorin. Có thể dùng thêm Xoangspray
- Lấy vảy mũi
- Có thể điều trị ngoại khoa làm hẹp hốc mũi bằng cách lót dưới niêm mạc vách ngăn và sàn mũi bằng sụn tự thân hoặc silicon
- Dùng kháng sinh nếu bạch cầu tăng > 10000 hoặc bệnh kéo dài ≥ 5 ngày bằng một trong những loại sau:
 - + Amox + A.Clavuclanic.
 - + Amox + sulbactam
 - + Cephalosporin I
 - ✓ Cefadroxil
 - ✓ Cefalexine

- + Cephalosporin II
 - ✓ Cefuroxim
 - ✓ Cefaclor
- + Cephalosporin III
 - ✓ Cefixim
 - ✓ Cefditoren
 - ✓ Cepodoxim
 - ✓ Cefdinir
- + Các nhóm khác
 - ✓ Sultamicillin
 - ✓ Macrolid
 - ✓ Quinolone

5. BIẾN CHỨNG

Viêm mũi mạn nếu không điều trị có thể dẫn đến viêm xoang mạn, polyp mũi

6. PHÒNG NGỪA

Tránh lạnh bụi khói và hóa chất, mang khẩu trang khi đi đường, không dùng tay hoặc dụng cụ ngoáy mũi, khi mới có triệu chứng nhẹ đi khám bác sỹ ngay để tránh chuyển thành mạn tính.

VIÊM MŨI DỊ ỨNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Là phản ứng toàn thân giữa kháng nguyên, kháng thể sinh ra hoá chất trung gian histamin và serotonin biểu hiện bằng quá trình viêm ở mũi. Khi có nhiễm trùng kèm theo gọi là viêm mũi dị ứng bội nhiễm.

2. NGUYÊN NHÂN

Bụi, phấn hoa, lông chó mèo, mạt nhà...

Thức ăn: như trứng, thịt gà, bò, hải sản, cá biển....

3. CHẨN ĐOÁN

3.1 Chẩn đoán xác định

3.1.1 Lâm sàng

VMDU quanh năm: xảy ra quanh năm

VMDU theo mùa: xảy ra theo mùa rõ rệt

Triệu chứng lâm sàng:

- Ngứa mũi, hắt hơi, chảy nước mũi trong, nghẹt mũi như là vào lúc sáng sớm hay lúc tiếp xúc với dị nguyên, khi nặng lên thì bệnh nhân thấy đỡ hơn.
- Thỉnh thoảng có nhức đầu, trong trường hợp bội nhiễm thì bệnh nhân có xì mũi đục, vàng hay xanh.
- Khám bằng đèn Clar hay nội soi mũi xoang thấy niêm mạc tái nhợt, nhiều dịch mũi trong, cuốn mũi phù nề quá phát.

3.1.2 Cận lâm sàng

- Công thức máu: bình thường, IgE trong máu tăng.
- Dịch mũi có nhiều tế bào ái toan.
- Xquang: không có gì bất thường.

3.1.3 Tiêu chuẩn chẩn đoán

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng ở trên.

Test dưới da tìm dị nguyên:

4. ĐIỀU TRỊ

4.1 Điều trị nội khoa

Điều trị nội khoa là chủ yếu.

a) Điều trị tại chỗ

Xông mũi bằng corticoide:

Rửa mũi bằng nước muối sinh lý, nước biển sâu...

Xịt mũi bằng corticoide: Tixocortol Pivalate, Fluticasone, Fluticasone furoate, Fluticasone Propionat, Budesonide, Mometasone Furoate

b) Điều trị toàn thân

Giải mẫn cảm: làm phản ứng nội bì để xác định kháng nguyên, sau đó chích giải mẫn cảm.

Điều trị triệu chứng: dùng một trong các thuốc nhóm Chlopherramine, Alimemazin, Dexchlorpherramin, Mequitazin 5mg, Cetirizin 10mg, Levocetirizin 5mg 1v/ngày, Loratadine 10mg, Desloratadin 5mg 1v ngày uống 1 lần, Fexofenadine 60mg 1v x 2 lần/ngày hoặc liều 120 mg 1v ngày 1-2 lần. Rufatadin (10 mg) người lớn 1v ngày 1 lần. Ebastin, Bilastine...

Trong trường hợp cần thiết sử dụng corticoid đường uống như: Prednisolon, Prednisolon acetat, Methylprednisolone 16 mg 1v-2v uống sáng sau ăn no, trẻ em dưới 12 tuổi sử dụng liều 4mg 1v (tối đa 1mg/kg/ngày). Sử dụng từ 7-10 ngày sau đó tùy đáp ứng có thể giảm liều nhưng không nên sử dụng quá 15 ngày.

Nếu bệnh nhân có đau dạ dày có thể sử dụng nhóm ức chế bơm Proton kèm theo Omeprazole 20 mg 1v ngày 2 lần, hoặc Pantoprazol, Raberazol 40mg, ngày 1 viên.

Hoặc thay thế corticoid bằng kháng viêm dạng men như Alphchymotrypsin 21mk 2v ngày ngâm từ 2-3 lần, Escinum: người lớn và trẻ em trên 12 tuổi 1-2 v ngày 2 lần. , BromelainTrypsin trẻ >5 tuổi:1-2v ngày 2 -3 lần.

Một số thuốc điều trị phối hợp như

Montelukast:

- >15 tuổi: liều 10mg 1 viên ngày 1 lần uống vào buổi tối.
- Từ 2t -14 tuổi: 1 viên 4mg hoặc viên 5mg ngày 1 lần uống vào buổi tối.
- Từ 6 tháng – 2 tuổi: 1 gói 4mg uống vào buổi tối.

Nhóm Thymomodulin trẻ em và người lớn 120 mg- 160 mg/ ngày sử dụng trong 5-6 tháng.

Trong trường hợp bệnh nhân viêm phù nề gây tắc nghẽn các lỗ thông xoang gây nhức đầu nhiều hoặc sốt có thể sử dụng nhóm giảm đau Paracetamol : trẻ em 20-30mg/kg chia làm 3-4 lần/ ngày. Người lớn viên 500mg 1v x 3 lần / ngày.

Kháng sinh khi có bội nhiễm, tùy từng người bệnh và mức độ nặng mà bác sỹ có thể sử dụng các nhóm kháng sinh sau :

- + Amox + A.Clavulanic
- + Amox + Sulbactam
- + Spiramycine
- + Azithromycine

- + Clindamycine
- + Cefaclor
- + Sultamicillin 1v ngày 2 lần
- + Clarithromycin : 0,25 g -0,5g ngày 2 lần.
- + Cefuroxim 0,25g-0,5g/ngày 2 lần'
- + Cefuroxim + Kali clavulanate :0,25g – 0,5g ngày 2 lần.
- + Cefixim 100mg, 200mg : 1v ngày 2 lần hoặc Cefixim 400 mg 1v ngày 1 lần.
- + Cefpodoxime 100mg, 200mg : dùng từ 1-2v ngày 2 lần.
- + Cefetamet Pivoxil
- + Cefdinir 1v ngày 2 lần.
- + Ciprofloxacin 0,5g: 1v ngày 2 lần.
- + Moxifloxacin, Levofloxacin: 1v ngày 1 lần.

5. BIẾN CHỨNG

Viêm xoang, viêm họng, viêm amidan, viêm thanh quản....

Hen suyễn

6. PHÒNG NGỪA

Hạn chế tiếp xúc với dị nguyên, nên mang khẩu trang khi ra đường, đến chỗ đông người, không đi bơi ở hồ bơi.

Tránh ăn các thức ăn mà trước đó đã từng bị dị ứng, hạn chế uống nhiều bia, rượu và các thức uống có cồn.

Giữ ấm cơ thể: hạn chế ngủ máy lạnh, tắm đêm, dầm mưa...

Tăng cường sức đề kháng cơ thể: ăn uống, nghỉ ngơi đầy đủ, không thức quá khuya, làm việc quá sức,..

7. HẠN CHẾ RỦI RO:

Trước khi kê toa hỏi tiền sử dị ứng thuốc, tăng huyết áp, đau dạ dày, tiểu đường, bệnh lý gan thận, có mang thai và cho con bú hay không.

Giải thích kỹ cho bệnh nhân những tai biến có thể gặp trong khi làm nghiệm pháp test dưới da và điều trị giải mẫn cảm.

VIÊM XOANG CẤP TÍNH (ngoại trú)

1. ĐỊNH NGHĨA

Là quá trình viêm cấp xảy ra tại niêm mạc các xoang.

2. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân thường gặp nhất là do sự nhiễm trùng từ hốc mũi vào một hoặc nhiều xoang. Cảm thường là nguyên nhân phổ biến gây viêm niêm mạc xoang, nhưng thường không có triệu chứng. Ngoài ra dị ứng cũng là yếu tố ảnh hưởng đến viêm xoang cấp.

Sinh bệnh học: virút, pneumococci, hemophilus influenza, streptococci tan huyết, staphylococci, E. coli và yếm khí ít gặp (thường do răng).

3. CHẨN ĐOÁN

3.1 Chẩn đoán xác định

3.1.1 Lâm sàng

Cơ năng	Khám	Nội soi
Sốt Nhức đầu, đau tức vùng mặt. Sổ mũi Nghẹt mũi	Niêm mạc mũi sung huyết, có xuất tiết.	Các lỗ thông xoang phù nề, xuất tiết

3.1.2 Cận lâm sàng

- Xquang, MDCT: niêm mạc xoang có phản ứng viêm như dày niêm mạc xoang hoặc mức khí dịch.
- Công thức máu: bạch cầu tăng nhẹ

4. ĐIỀU TRỊ - TIỀN LƯỢNG

4.1. Viêm xoang cấp tính nguyên nhân từ mũi

Điều trị	Thuốc
Kháng sinh (dùng 1 trong các loại sau)	- Có thể sử dụng các nhóm kháng sinh: Penicillins, Beta-lactams, Cephalosporins thế hệ I - II - III,

thường dùng liên tục trong 15 ngày	Macrolides , Quinolones. - Khi có nhiễm kỵ khí: Dùng kết hợp thêm Metronidazol
Kháng viêm	- Thuốc kháng viêm: Corticoid như: Methylprednisolone, Prednisolone; Kháng viêm Non-Steroid (Etodolac, Loxoprofen, Escinum, ...) hay kháng viêm dạng men (Alpha chymotrypsin, Bromelain , Trypsin ...)
Long đàm	- N-acetylcystein:200mg1 –3 gói / ngày - Bromhexin: 4mg –8mg: 1v-2v / ngày. - Eprazinon: 50mg 1-3v/ ngày - Ambroxol: 30mg 1-3v/ngày
Kháng histamine	- Kháng histamin: Thế hệ I như Clopheramin, thế hệ II như Fexofenadin, Loratadin, Desloratadin, Cetirizin, ebastine, bilastine, rupatadine.. hay thế hệ III như Levo-cetirizin.
Hạ sốt giảm đau	- Paracetamol hay Paracetamol kết hợp với Tramadol.
Xịt mũi	- Nước muối sinh lý: như Sterimax, humer, xisat - Corticoid tại chỗ: Fluticasone, Budesonide, Mometasone...

4.2. Viêm xoang hàm cấp tính do răng (răng 5,6,7 hàm trên):

Điều trị nhổ răng kết hợp thuốc giống như viêm xoang do mũi nhưng kèm thêm: Metronidazol hoặc Rodogyl uống trong 10 – 15 ngày.

5. BIẾN CHỨNG

5.1. Viêm mô tế bào ổ mắt, áp xe ổ mắt: giảm thị lực, mất hoặc thay đổi vận nhãn

5.2. Thần kinh: Áp xe dưới màng cứng, ngoài màng cứng, viêm màng não, áp xe não.

5.3. Răng: dò xoang răng

6. PHÒNG NGỪA

Phòng ngừa viêm xoang chủ yếu bằng vệ sinh môi trường và cơ thể khỏe mạnh.

VIÊM XOANG MẠN TÍNH (ngoại trú)

1. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng viêm tại niêm mạc mũi xoang kéo dài trên 3 tháng, tái đi tái lại nhiều lần làm phù nề, bít tắc lỗ thông xoang.

2. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân thường gặp nhất là do sự nhiễm trùng từ hốc mũi vào một hoặc nhiều xoang. Cảm thường là nguyên nhân phổ biến gây viêm niêm mạc xoang, nhưng thường không có triệu chứng. Ngoài ra dị ứng cũng là yếu tố ảnh hưởng đến viêm xoang cấp.

Sinh bệnh học: virút, pneumococci, hemophilus influenza, streptococci tan huyết, staphylococci, E. coli, và yếm khí ít gặp (thường do răng).

3. CÁC THỂ LÂM SÀNG

3.1. Viêm xoang hàm mạn tính

3.1.1. Chẩn đoán

Triệu chứng	Khám	X quang, MDCT
Nghẹt mũi Sổ mũi nhầy vàng hoặc xanh có khi kèm nhức đầu	Khe giữa phù nề, có nhầy	Mờ xoang dạng niêm mạc dày, hoặc có mức nước hơi

3.1.2. Điều trị

Điều trị	Thuốc
Kháng sinh (dùng 1 trong các loại sau) thường dùng liên tục trong 15 ngày	- Có thể sử dụng các nhóm kháng sinh: Penicillins, Beta-lactams, Cephalosporins thế hệ I - II- III, Macrolides , Quinolones. - Khi có nhiễm kỵ khí: Dùng kết hợp thêm Metronidazol
	- Thuốc kháng viêm: Corticoid như:

Kháng viêm	Methylprednisolone, Prednisolone; Kháng viêm Non-Steroid (Etodolac, Loxoprofen, Escinum, ...) hay kháng viêm dạng men (Alpha chymotrypsin, Bromelain , Trypsin ...)
Long đàm	- N-acetylcystein:200mg1 –3 gói / ngày - Bromhexin: 4mg –8mg: 1v-2v / ngày. - Eprazinon: 50mg 1-3v/ ngày - Ambroxol: 30mg 1-3v/ngày
Kháng histamine	- Kháng histamin: Thể hệ I như Clopheramin, thể hệ II như Fexofenadin, Loratadin, Desloratadin, Cetirizin, rupatadine, ebastine, bilastine hay thể hệ III như Levo-cetirizin.
Hạ sốt giảm đau	- Paracetamol hay Paracetamol kết hợp với Tramadol
Xịt mũi	- Nước muối sinh lý: như Sterimax, humer, xisat - Corticoid tại chỗ: Fluticasone, Budesonide, Mometasone.

3.2. Viêm xoang trán

3.2.1. Chẩn đoán

Triệu chứng	Khám	X quang, MDCT
Nhức đầu, chảy mũi	Khe giữa phù nề, có nhầy	Mờ xoang trán

3.2.2. Điều trị

Điều trị	Thuốc
Kháng sinh (dùng 1 trong các loại sau)	- Có thể sử dụng các nhóm kháng sinh: Penicillins, Beta-lactams, Cephalosporins thể hệ I - II- III,

thường dùng liên tục trong 15 ngày	Macrolides , Quinolones. - Khi có nhiễm kỵ khí: Dùng kết hợp thêm Metronidazol (uống hoặc chích)
Kháng viêm	- Thuốc kháng viêm: Corticoid như: Methylprednisolone, Prednisolone ; Kháng viêm Non-Steroid (Etodolac, Loxoprofen, Escinum, ...) hay kháng viêm dạng men (Alpha chymotrypsin, Bromelain , Trypsin ...)
Long đàm	- N-acetylcystein:200mg1 –3 gói / ngày - Bromhexin: 4mg –8mg: 1v-2v / ngày. - Eprazinon: 50mg 1-3v/ ngày - Ambroxol: 30mg 1-3v/ngày
Kháng histamine	- Kháng histamin: Thế hệ I như Clopheramin, thế hệ II như Fexofenadin, Loratadin, Desloratadin, Cetirizin hay thế hệ III như Levo-cetirizin.
Hạ sốt giảm đau	- Paracetamol hay Paracetamol kết hợp với Tramadol
Xịt mũi	- Nước muối sinh lý: như Sterimax, humer, xisat - Corticoid tại chỗ: Fluticasone, Budesonide, Mometasone..
Khí dung mũi	- Dexacol và Melyptol mỗi ngày

3.3. Viêm xoang sàng

3.3.1. Chẩn đoán

Triệu chứng	Khám	X quang, MDCT
- Nghẹt mũi, nhức đầu, mũi chảy, sổ mũi , nhày họng	Khe giữa , khe trên có nhày	Mờ xoang sàng

3.3.2. Điều trị

Điều trị giống như viêm xoang trán, ngoài ra còn làm thêm phương pháp Proetz

3.4. Viêm xoang bướm**3.4.1 Chẩn đoán**

Triệu chứng	Khám	X quang - MDCT
Đau đầu, mỏi gáy, mỏi vai, nhầy vướng họng, hay khịt mũi, đờ đẫn hắng	Thành họng nhày, khe trên có mủ nhày	Chủ yếu dựa vào MDCT mờ xoang bướm

3.5. Viêm xoang thoái hóa polyp**3.5.1. Chẩn đoán**

Triệu chứng	Khám	Xquang – MDCT
Nghẹt mũi ngày càng tăng Nặng đầu, mắt khướu, Sổ mũi, hắt hơi	Cuốn giữa quá phát, niêm mạc nhọt, khe giữa có polyp (trong mòng nước bóng)	Có hình ảnh polyp

3.5.2 Điều trị

- Chủ yếu là ngoại khoa.
- Phương pháp mổ tùy bệnh tích phát hiện được qua nội soi và MDCT.
- Viêm xoang hàm và sàng trước: mở khe mũi giữa và bóng sàng
- Viêm xoang sàng trước và sau: nạo sàng
- Viêm xoang trán: mở ngách trán
- Viêm xoang bướm: mở thông xoang bướm

4. BIẾN CHỨNG

- 4.1. Viêm mô tế bào ổ mắt, áp xe ổ mắt: giảm thị lực, mất hoặc thay đổi vận nhãn
- 4.2. Thần kinh: Áp xe dưới màng cứng, ngoài màng cứng, viêm màng não, áp xe não.
- 4.3. Răng: dò xoang răng
- 4.4. Viêm xương tủy: cốt tủy viêm xương trán hoặc xương hàm trên

5. PHÒNG NGỪA

Phòng ngừa viêm xoang chủ yếu bằng vệ sinh môi trường và tăng sức đề kháng cơ thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Allen DB. Systemic Effects of Intranasal Steroids. *J Allrgy Clin Immunol*
2. Anand VK, et al. Surgical Management of Adult Rhinosinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg.*
3. Bailey, CDROM
4. Bent JP, Kuhn FA. Diagnosis of allergic Fungal Sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg.*
5. Cumming, CDROM
6. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh lý Tai Mũi Họng, Hà Nội, 2013
7. Kiến thức cơ bản tai mũi họng, Harold Ludman & Patrick J. Bradley, 2013
8. Phạm Hữu Kiên Phẫu thuật nội soi mũi xoang.
9. Tai mũi họng thực hành, GS Võ Tấn, 1993
10. Tai mũi họng, Nhan Trùng Sơn, 2008
11. Phác đồ điều trị Bệnh viện Tai Mũi Họng TP HCM, 2017

NÚT BIỂU BÌ - RÁY TAI

1. ĐỊNH NGHĨA

Nút biểu bì là một bệnh lý của ống tai ngoài, được hình thành do những mảnh da chết của ống tai ngoài bong ra và kết lại thành khối.

2. NGUYÊN NHÂN

Do những mảnh biểu bì của ống tai bong ra và kết lại thành khối

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

Bệnh nhân bị nút biểu bì biểu hiện giống như triệu chứng của ráy tai:

- Nghe kém
- Û tai, cảm giác như có vật gì chèn chặt lấy tai như khi họ bịt tai, thỉnh thoảng lau tai có mùi thối hoặc nước trắng đục chảy ra cửa tai.
- Khám: nút biểu bì màu trắng vàng giống như cục giấy bản vo viên. Trong khi ráy tai có màu đen hoặc nâu.

Nút biểu bì thường bị ở một bên ống tai, chỉ có 5% số trường hợp nút biểu bì xuất hiện ở cả hai bên ống tai ngoài.

3.2 Chẩn đoán phân biệt

- Ráy tai: Ai cũng có ráy tai, ít hay nhiều, nút biểu bì thì chỉ xuất hiện khoảng 7%. Khi quan sát: cục ráy tai màu đen hoặc nâu còn nút biểu bì màu trắng vàng giống như cục giấy bản vo viên, đôi khi nút biểu bì có thể cùng phối hợp với ráy tai.

- Cholesteatoma: có thể ảnh hưởng tới tính mạng bệnh nhân do bản chất phá hủy xương đưa viêm nhiễm lan vào nội sọ. Nút biểu bì và cholesteatoma đều có màu trắng đục, thối khắm. Nút biểu bì nếu có ở những người có tiền sử viêm tai giữa thủng màng nhĩ cũng có thể tạo ra cholesteatoma khi đi qua lỗ thủng màng nhĩ vào tai giữa.

Khi nghi đến cholesteatoma chụp Xquang hay CT scan xương chũm để chẩn đoán.

3.3. Diễn tiến nút biểu bì

Nút biểu bì tồn tại lâu dài có thể gây tác hại đến ống tai: da ống tai bị mỏng hoặc loét, xương ống tai bị teo đi làm cho phần trong của ống tai mở rộng. Nút biểu bì có thể sinh ra biến chứng như viêm tai ngoài hoặc nhọt ống tai.

4. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc: phải lấy bỏ nút biểu bì, đến các cơ sở tai mũi họng để lấy mà không nên tự ý dùng tăm ngoáy tai vì rất dễ làm tổn thương da ống tai ngoài, đồng thời đẩy nút biểu bì vào sát màng nhĩ.

Trước tiên nên làm mềm nút biểu bì bằng cách nhỏ vào tai glycerin borate 3% hoặc Ray-C mỗi ngày nhỏ 2 lần, mỗi lần 3 giọt, trong 7 ngày. Sau đó lấy ra bằng móc tù hoặc hút ra.

Nếu lấy lần đầu không được do nút biểu bì cứng, nhỏ thuốc thêm 1 tuần sẽ lấy tiếp và đánh giá lại, có những trường hợp phải lấy nhiều lần. Một số trường hợp có thể phải gây tê ống tai ngoài rồi mới lấy do nút biểu bì bám chặt vào màng nhĩ làm bệnh nhân đau và không hợp tác.

Khi có viêm nhiễm ống tai ngoài, bên cạnh việc loại trừ nút biểu bì phải sử dụng kháng sinh đường uống nhóm kết hợp với thuốc nhỏ tai tại chỗ, giảm đau trong một tuần.

Nút biểu bì có thể tái phát, hàng năm bệnh nhân nên tái khám.

NẤM ỐNG TAI NGOÀI

1. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng hiện diện nấm ở ống tai ngoài, có thể nguyên phát hay thứ phát.

2. NGUYÊN NHÂN

Tác nhân: thường do *Aspergillus*, *candida*.

Nguyên nhân hay gặp nhất: dùng các dụng cụ để ngoáy tai, lấy ráy tai không sạch.

3. CHẨN ĐOÁN

Ngứa trong ống tai, ngứa tăng dần làm bệnh nhân phải ngoáy tai liên tục.

Khi nhiễm trùng nặng, thấy đau tai, đau tăng lên khi nhai hoặc ngáp.

Cảm giác đầy tức trong tai

Nghe kém hơn

Có dịch chảy ra ngoài cửa tai màu trắng, vàng, hoặc nâu bẩn.

Khi khám tai: ống tai ngoài bị bệnh được lấp đầy bởi những mảng màu xám, đen hoặc trắng.

Tiêu chuẩn chẩn đoán

- Ngứa trong ống tai
- Khi khám tai: ống tai ngoài lấp đầy bởi những mảng màu xám, đen hoặc trắng.
- Lấy bệnh tích soi tươi dưới kính để định danh nấm.

4. ĐIỀU TRỊ

Lấy sạch nấm, sau đó rửa tai với cồn boric 3% (màng nhĩ không thủng). Tiếp tục lau tai với cồn boric 3% hoặc nhỏ tai với Candibiotic trong 1- 2 tuần. Trong 1 số trường hợp có thể dùng thuốc kháng nấm đường uống

Itraconazole 200mg/ 1 ngày x 7 ngày.

NHỌT ỚNG TAI NGOÀI

1. ĐỊNH NGHĨA.

- Là một tình trạng viêm cấp của tai ngoài
- Nhọt thường nằm ở vị trí sau trên và ở 1/3 ngoài ống tai
- Những chấn thương nhẹ (ngoáy tai) hoặc eczêma, hoặc chảy mủ tai là nguyên nhân khởi phát của bệnh. Nhọt ống tai cũng hay gặp ở những thể địa suy kém hoặc ở những người đái tháo đường.

2. NGUYÊN NHÂN

Thường do Staphylococcus xâm nhập vào tuyến bã nhờn và nang lông ở ống tai ngoài.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1 Chẩn đoán xác định

3.1.1 Lâm sàng

Đau tai, đau tỏa lan ra vùng thái dương, gáy...

Đau khi há mồm, nhai hoặc khi ấn vào vành tai

Thính lực vẫn bình thường hoặc giảm nhẹ.

Soi tai nốt gờ màu đỏ hồng, chạm vào đau, da chung quanh bị phù nề, lòng ống tai bị thu hẹp, màng nhĩ khó xem được.

Một số biến chứng thường gặp:

- Viêm hạch sau tai

3.1.2 Tiêu chuẩn chẩn đoán

- Đau tai. đau khi há mồm, nhai hoặc khi ấn vào vành tai

- Soi tai nốt gờ màu đỏ hồng, chạm vào đau, da chung quanh bị phù nề, lòng ống tai bị thu hẹp, màng nhĩ khó xem được.

3.2. Chẩn đoán phân biệt:

Viêm xương chũm cấp, viêm tuyến mang tai, viêm tai xương chũm cholesteatoma gây sụp thành ống tai.

4. ĐIỀU TRỊ

* Trong giai đoạn sung nề

- Dùng kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, kháng histamine

- Nhỏ tai với kháng sinh kết hợp kháng viêm tại chỗ (Dexacol, Otofa, Otipax, polydexa, Ofloxacin, Candibiotic, Auricularum, Ciprofloxacin, Fosfomicine).

* Trong giai đoạn mưng mủ

Chích rạch nhọt ống tai, đặt 1 đoạn meche povidine 10% dẫn lưu, thay meche mỗi ngày trong 5 – 7 ngày

Kháng sinh: Có thể sử dụng 1 trong các loại sau	1.Nhóm Beta lactamase: 1.1 Penicillines Oxacillin 1.2 Penicilline dạng phối hợp - Amoxicilline+Acid Clavulanic - Amoxicilline+ Sulbactam - Ampicillin/sulbactam 1.3 Cephalosporines - Cefaclor, Cefuroxime, Cefprozil - Cefixime, Cefdinir, Cefditoren, Cefetamet, Cefpodoxime, Ceftazidine 2. Nhóm Quinolone: - Ciprofloxacin - Levofloxacin - Moxifloxacin - Sparloxacin 3. Nhóm Macrolide:

Kháng viêm: Có thể sử dụng 1 trong các loại sau	- Steroide: + Prednisolone 5mg , Methylprednisolone - Non-Steroid: + Diclofenac, Etolodac , Loxoprofen, Celecoxib - Enzyme: + Alpha chymotrypsin, Bromelain+ Trypsin , Escinum ,Alpha amylase
Giảm đau: Có thể sử dụng 1 trong các thuốc sau	- Acetaminophen - Acetaminophen + Tramadol - Acetaminophen + Ibuprofen - Floctafenine
Kháng Histamine: Có thể sử dụng 1 trong các thuốc sau	- Chlopheniramin 4mg, Dexchlorpheniramin 2mg - Loratidine, Desloratidine, bilastine - Fexofenadine - Cetirizine , Levocetirizine

VIÊM TAI GIỮA CẤP TÍNH

Có nhiều mức độ khác nhau:

Viêm tai giữa xuất tiết

Viêm tai giữa thanh dịch thường gặp ở trẻ em

Viêm tai giữa sung huyết

Viêm tai giữa mủ

1. ĐỊNH NGHĨA:

Viêm tai giữa cấp là tình trạng viêm niêm mạc tai giữa xảy ra trong khoảng 3 tuần đầu.

2. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH:

Nhiễm trùng đường hô hấp trên

Hoặc rối loạn chức năng vòi nhĩ.

- Vi khuẩn thường gặp: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenza*, *Moraxella catarrhalis*,.... Ở trẻ sơ sinh thường gặp nhất là vi khuẩn gram âm: *Escheria coli*, *enterococci*

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1 Chẩn đoán xác định

3.1.1 Lâm sàng

Cảm giác đầy tai, đau tai

Nghe kém

Ù tai, chóng mặt, mất thăng bằng

Có thể chảy mủ tai, sốt

3.1.2 Cận lâm sàng

Soi tai: màng nhĩ viêm đỏ, sung huyết, hoặc có dịch trong hòm nhĩ. Nếu không điều trị không kịp thời và đúng phương pháp sẽ dẫn tới chảy mủ (thủng nhĩ).

Thính lực đồ: nghe kém dẫn truyền

nhĩ lượng đồ: Type B hay C

3.2 Chẩn đoán phân biệt

Nhọt hay viêm ống tai ngoài (khám soi tai: nhọt hay phù nề ống tai)

4. ĐIỀU TRỊ:

4.1 Điều trị nội khoa

a. Điều trị tại chỗ:

- Rửa tai nếu có chảy mủ
- Thuốc nhỏ tai: Dexacol, Otifar, Otof, Otipax, polydexa, Ofloxacin, Candibiotic, Auricularum, ciprofloxacin, fosmicin

b. Điều trị toàn thân: -

Kháng sinh: Có thể sử dụng 1 trong các loại sau	1.Nhóm Beta lactamase: 1.1 Penicillines Oxacillin 1.2 Penicilline dạng phối hợp - Amoxicilline+Acid Clavulanic - Amoxicilline+ Sulbactam - Ampicillin/sulbactam 1.3 Cephalosporines - Cefaclor, Cefuroxime, Cefprozil - Cefixime, Cefdinir, Cefditoren, Cefetamet, Cefpodoxime, Ceftazidine 2.Nhóm Quinolone: - Ciprofloxacin - Levofloxacin - Moxifloxacin - Sparloxacin 3.Nhóm Macrolide: - Clarithromycin - Azithromycin - Spiramycin 4.Nhóm khác

Kháng viêm: Có thể sử dụng 1 trong các loại sau	- Steroid: + Prednisolone 5mg + Prednisolone acetat + Methylprednisolone - Non-Steroid: + Diclofenac + Etolodac + Loxoprofen + Celecoxid - Enzyme: + Alpha chymotrypsin + Bromelain+ Trypsin + Escinum
Giảm đau: Có thể sử dụng 1 trong các thuốc sau	- Acetaminophen - Acetaminophen + Tramadol - Acetaminophen + Ibuprofen - Floctafenine - Di-antalvic - Nếu đau tai do co thắt có thể dùng thêm: Coltramy, Decontracyl
Kháng Histamine: Có thể sử dụng 1 trong các thuốc sau	- Chlopheniramin 4mg, Dexclopheniramin 2mg - Loratidine, Desloratidine - Fexofenadine - Cetirizine , Levocetirizine -Rupatadin

4.2 Điều trị ngoại khoa

Có thể trích nhĩ

5. BIẾN CHỨNG

- Viêm tai giữa mạn tính
- Thủng màng nhĩ
- Giảm thính lực

6. PHÒNG NGỪA

- Giữ vệ sinh môi trường sống. Có biện pháp phòng tránh, bảo vệ bản thân tốt khi có những vụ dịch liên quan đến đường hô hấp.
- Điều trị triệt để các bệnh lý mũi họng khác như viêm VA, viêm mũi, viêm xoang, viêm răng miệng,..
- Luyện tập thể dục, thể thao, sử dụng các thuốc bổ tăng cường sức đề kháng của cơ thể.

VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tai giữa mạn tính là viêm tai giữa kéo dài trên 12 tuần.

2. NGUYÊN NHÂN

Rối loạn chức năng vòi nhĩ giữ vai trò chủ yếu trong cơ chế bệnh sinh.

Vi khuẩn thường gặp: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenza*, *Moraxella catarrhalis*,.... Ở trẻ sơ sinh thường gặp nhất là vi khuẩn gram âm: *Escheria coli*, *enterococci*,....

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1. Lâm sàng

a. VTG mạn tính xuất tiết

Là viêm tai xơ, không chảy nước ra ngoài tai, ít khi thủng nhĩ, còn gọi là xơ nhĩ.

Triệu chứng lâm sàng:

Điếc : tăng dần, có tính chất dẫn truyền.

Ù tai, giọng trầm.

Khám tai : màng nhĩ, đục, lõm..

b.VTG mạn tính tiết nhầy mủ

Nguyên nhân do mũi xoang, viêm (VA) kèm thêm bệnh tích ở sào bào, thượng nhĩ gây chảy mủ tai kéo dài.

- Lâm sàng :

Dịch tai vàng nhạt hoặc trong quánh, không thối.

Lỗ thủng màng nhĩ trước dưới.

Không bao giờ có cholestatoma.

c. VTG mạn tính mủ

Hay gặp, thường kèm bệnh tích xương chũm.

Lâm sàng:

Chảy mủ tai vàng hoặc xanh thối.

Điếc: kiểu dẫn truyền.

Đau: ít gặp, nhưng khi có là dấu hiệu có giá trị, đáng lưu ý.

Khám tai: lỗ thủng nguy hiểm khi ở $\frac{1}{4}$ sau trên ngoạm vào xương, thủng hoặc sùi ở màng chũm.

Đôi khi có thể thấy cholesteatoma là 1 khối mềm trắng giống bã đậu gồm những tế bào biểu mô lẫn với mỡ và cholesterol, rất nguy hiểm, có thể gây biến chứng nội sọ.

d. VTXC mạn tính

Lâm sàng

Nhức đầu

Chảy mủ tai : thối

Điếc

Khám tai : lỗ thủng góc trên sau ngoạm xương.

Thê lâm sàng:

VTXC mạn tính có lỗ dò sau tai, dò Gelle.

VTXC mạn tính có cholesteatoma : nguy hiểm, có thể có biến chứng nội sọ.

Thê diễn biến ở bệnh nhân lao hoặc giang mai.

3.2 Cận lâm sàng

- Soi tai: đánh giá màng nhĩ(vị trí lỗ thủng, sự di động, màu sắc, túi co lõm,...) và tính chất mủ ở tai

- Cây dịch tai: xác định vi khuẩn gây bệnh và kháng sinh đồ
- X- quang Schuller: tìm hình ảnh mờ thông bào chũm
- CT- scan xương thái dương
- Thính lực đồ: đánh giá sức nghe

4. ĐIỀU TRỊ

4.1 Điều trị nội khoa

a. Điều trị tại chỗ:

- Chăm sóc tai

- Thuốc nhỏ tai: Dexacol, Otifar, Otof, Otipax, polydexa, ciplox, Ofloxacin, Candibiotic, Auricularum, Fosmicin

b. Điều trị toàn thân:

Kháng sinh:	1.Nhóm Beta lactamase:

Có thể sử dụng 1 trong các loại sau	1.1 Penicillines Oxacillin 1.2 Penicilline dạng phối hợp - Amoxicilline+Acid Clavulanic - Amoxicilline+ Sulbactam - Ampicillin/sulbactam 1.3 Cephalosporines - Cefaclor, Cefuroxime, Cefprozil - Cefixime, Cefdinir, Cefditoren, Cefetamet, Cefpodoxime, Ceftazidime 2.Nhóm Quinolone: - Ciprofloxacin - Levofloxacin - Moxifloxacin - Sparloxacin 3.Nhóm Macrolide: - Clarithromycin , fosfomicin - Azithromycin - Spiramycin 4.Nhóm khác - Clindamycin

Kháng viêm: Có thể sử dụng 1 trong các loại sau	- Steroide: + Prednisolone 5mg + Methylprednisolone - Non-Steroid: + Diclofenac + Etolodac + Loxoprofen + Celecoxib - Enzyme: + Alpha chymotrypsin + Bromelain+ Trypsin + Escin +Alpha amylase
Giảm đau: Có thể sử dụng 1 trong các thuốc sau	- Acetaminophen - Acetaminophen + Tramadol - Acetaminophen + Ibuprofen - Floctafenine - Di-antavic

Kháng Histamine: Có thể sử dụng 1 trong các thuốc sau	- Chlopheniramin 4mg, Dextropheniramin 2mg (Vaco-pola 2,...) - Loratidine (Clarityne 10mg,...), Desloratidine (Arius 5mg; ..) - Fexofenadine (Telfast 60mg, Fexalar 120mg,...) - Cetirizine (Zyrtec 10mg, ..), Levocetirizine (Xyzal; ..) -Rupatadin(Rupafin 10mg,...) - Actified
Thuốc nhỏ tai	Dexacol, Otifa, Otipax, polydexa, Ofloxacin, Candibiotic, Auricularum, Ciprofloxacin, Fosfomicin

4.2 Điều trị ngoại khoa

- Trích rạch màng nhĩ / đặt ống thông nhĩ Diabolo có thể kèm nạo VA
- Phẫu thuật:
 - + Phẫu thuật phục hồi: vá nhĩ đơn thuần và/ hoặc kèm mở sào bào
 - + Phẫu thuật tiết căn xương chũm: 2 phương pháp: giữ nguyên thành sau ống tai hoặc hạ thấp thành sau ống tai

Thuốc sau phẫu thuật:

Kháng sinh: + Có thể sử dụng 1 trong các loại sau: + Có thể phối hợp thêm Gentamycine 0,08g -Trẻ em: 20mg/10kg/ngày (TB) -Người lớn: 1-2 ống/ngày (TB)	-Amoxicilline + a.clavulanic: +Trẻ em: 30mg/kg x 2-4lần/ngày +Người lớn: 1g x 2-4 lần/ngày -Cefuroxime +Trẻ em: 30 – 100mg/kg/ngày +Người lớn: 0,75g x 2–3 lần / ngày -Cefotaxime) +Trẻ em: 50 -150 mg/kg/ngày +Người lớn: 1 g x 2-3 lần /ngày -Ceftazidime hoặc Ceftriaxone +Trẻ em: 25-150mg/kg/ngày + Người lớn: 1g -2g x 2-3lần / ngày -Vancomycine 1g -Imipenem + Cilastatin 500mg+500mg -Meropenem (Meronem inj 1g)
Kháng viêm: Có thể sử dụng một trong các thuốc sau	-Steroid: có thể sử dụng dạng tiêm trong 3-5 ngày đầu sau đó chuyển sang dạng uống và giảm liều dần : +Methylprednisolone Trẻ em: 1-2mg/kg/ngày Người lớn: 1ống x 1-3lần/ngày

	+ Prednisolone 5mg + Methylprednisolone Non-Steroid: + Diclofenac + Etolodac + Loxoprofen Enzyme: + alpha chymotrypsin + Bromelain+ Trypsin + Escinum + +Alpha amylase
<i>Giảm đau:</i> Có thể sử dụng 1 trong các thuốc sau	-Paracetamol: 30 -40mg/kg/ngày, có thể sử dụng dưới dạng: + Paracetamol 10mg/ml x 100ml (TTM) Acetaminophen (Paracetamol; Acemol; Panadol; Efferalgan ; Dafalgan;...) 30 - 40 mg/kg/24giờ Acetaminophen + Tramadol: 1v x 2 lần/ 24 giờ/ tối đa 5 ngày Acetaminophen + Ibuprofen Floctafenine : 1v x 2 lần/ 24 giờ Di-antalvic: 1v X 3-4lần/24 giờ
<i>Kháng Histamine:</i> Có thể sử dụng 1 trong các thuốc sau	Chlopheniramin 4mg, Dextropheniramin 2mg Loratidine, Desloratidine Fexofenadine Cetirizine , Levocetirizine -Rupatadin
<i>Chống nôn ói:</i>	Metoclopramide : 1 ống x 1 -2 lần/ngày

Chăm sóc sau mổ:

Ngày 1 - 2	Thay băng ngoài, lau Betadine vết mổ - Không cần băng kín vết mổ.
Ngày 3 – 4	Nếu mèche trong tai khô: không cần xử trí Nếu có dịch tiết, hút qua mèche trong tai (dùng ống hút nhỏ, hút nhẹ) - Nếu vết mổ lành tốt (Không cắt chỉ): có thể xuất viện (Nhà TPHCM)
Ngày 5	Cắt chỉ vết mổ, rút mèche tai và xuất viện (trường hợp chưa cắt chỉ được vào ngày thứ 5, bệnh nhân tái khám theo hẹn và cắt chỉ tại phòng soi tai)

Chăm sóc sau xuất viện:

Cấp toa thuốc uống 7 ngày

Kháng sinh: Có thể sử dụng 1 trong các loại sau	1. Nhóm Beta lactamase: 1.1 Penicillines Oxacillin 1.2 Penicilline dạng phối hợp - Amoxicilline+Acid Clavulanic - Amoxicilline+ Sulbactam - Ampicillin/sulbactam 1.3 Cephalosporines - Cefaclor, Cefuroxime, Cefprozil -Cefixime,Cefdinir,Cefditoren,Cefetamet,Cefpodoxime, 2. Nhóm Quinolone: - Ciprofloxacin - Levofloxacin - Moxifloxacin - Sparloxacin 3. Nhóm Macrolide: - Clarithromycin - Azithromycin - Spiramycin 4. Nhóm khác

Kháng viêm: Có thể sử dụng 1 trong các loại sau	Steroide: Prednisolone 5mg , Methylprednisolone Non-Steroid: Diclofenac, Etolodac , Loxoprofen, Celecoxib Enzyme: Alpha chymotrypsin, Bromelain+ Trypsin, Escinum, Alpha amylase
Giảm đau: Có thể sử dụng 1 trong các thuốc sau	Acetaminophen 30 - 40 mg/kg/24giờ Acetaminophen + Tramadol: 1v x 2 lần/ 24 giờ/ tối đa 5 ngày Acetaminophen + Ibuprofen Floctafenine : 1v x 2 lần/ 24 giờ Di-antalvic: 1v X 3-4lần/24 giờ
Kháng Histamine: Có thể sử dụng 1 trong các thuốc sau	Chlopheniramin 4mg, Dexclopheniramin 2mg Loratidine, Desloratidine Fexofenadine Cetirizine ,Levocetirizine -Rupatadin

Tái khám tại Phòng nội soi Tai

Tuần 1: (sau xuất viện)

Đánh giá (bằng KHV hoặc nội soi tai ghi hình)

Vết mổ

Ống tai ngoài / tai phẫu thuật

Cấp toa

Tuần 3 – 4:

Đánh giá ống tai ngoài (bằng KHV hoặc nội soi tai ghi hình)

Cấp toa

Tuần 5:

Đánh giá (bằng KHV hoặc nội soi tai ghi hình):

+ Làm sạch ống tai ngoài: lấy hết gelfoam ống tai ngoài dưới KHV

+ Đánh giá màng nhĩ

Cấp toa

Tuần 10 – 12:

- Soi tai ghi hình → Màng nhĩ đóng kín không nhiễm trùng → đo thính lực đồ, hẹn theo dõi đánh giá sau : 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng

Màng nhĩ đóng chưa kín hoặc có dấu hiệu nhiễm trùng → xử trí phù hợp từng trường hợp

Ghi chú:

- Gelfoam ống tai ngoài khô → cấp toa và hẹn tái khám

Gelfoam ướt, tai ngoài có dịch viêm → hút khô dịch qua ống tai ngoài và hẹn tái khám ngắn ngày

Chăm sóc sau phẫu thuật khoét rộng đá chũm – sào bào thương nhĩ hỡ

Phẫu thuật khoét rộng đá chũm thì 1, thì 2 làm phẫu thuật chỉnh hình tai giữa: áp dụng đối với những bệnh nhân đã phẫu thuật khoét rộng đá chũm.

Thuốc

Kháng sinh: + Có thể sử dụng 1 trong các loại sau: + Có thể phối hợp thêm Getamycine 0,08g -Trẻ em: 20mg/10kg/ngày (TB) -Người lớn: 1-2 ống/ngày (TB)	-Amox+ a.clavulanic1g: +Trẻ em: 30mg/kg x 2-4lần/ngày +Người lớn: 1g x 2-4 lần/ngày -Cefuroxime +Trẻ em: 30 – 100mg/kg/ngày +Người lớn: 0,75g x 2–3 lần / ngày -Cefotaxime +Trẻ em: 50 -150 mg/kg/ngày +Người lớn: 1 g x 2-3 lần /ngày -Ceftazidime hoặc Ceftriaxone +Trẻ em: 25-150mg/kg/ngày + Người lớn: 1g -2g x 2-3lần / ngày -Cefoperazone +Trẻ em: 25-150mg/kg/ngày

	+ Người lớn: 1g -2g x 2-3lần / ngày -Vancomycine 1g -Imipenem + Cilastatin 500mg+500mg(Tienam Via 500mg 1s*) -Meropenem (Meronem inj 1g)
Kháng viêm: Có thể sử dụng một trong các thuốc sau	Steroid: có thể sử dụng dạng tiêm trong 3-5 ngày đầu sau đó chuyển sang dạng uống và giảm liều dần : - Methylprednisolone (Solumedrol 40mg) Trẻ em: 1-2mg/kg/ngày Người lớn: 1 ống x 1-3lần/ngày - Prednisolone 5mg - Methylprednisolone Non-Steroid: - Diclofenac - Etolodac (dolchis;) - Loxoprofen(Japrolox,..) Enzyme: - alpha chymotrypsin - Bromelain+ Trypsin (Protase,..) - Escinum (Aesin; Edvexin ..) - alpha amylase
Giảm đau:	Paracetamol: 30 -40mg/kg/ngày, có thể sử dụng dưới dạng: Paracetamol 10mg/ml x 100ml (TTM) Acetaminophen 30 - 40 mg/kg/24giờ Acetaminophen + Tramadol: 1v x 2 lần/ 24 giờ/ tối đa 5 ngày Acetaminophen + Ibuprofen Floctafenine : 1v x 2 lần/ 24 giờ Di-antalvic: lv X 3-4lần/24 giờ
Kháng Histamine:	Chlopheniramin 4mg, Dexclopheniramin 2mg Loratidine, Desloratidine Fexofenadine Cetirizine , Levocetirizine Rupatadin
Chống nôn ói:	Metoclopramide: 1 ống x 1 -2 lần/ngày

Chăm sóc sau mổ:Ngày 1:

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn
- Dấu hiệu liệt VII ngoại biên
- Thay băng ngoài.

Ngày 2: Rút mèche tai (toàn bộ nếu có thể được)

Ngày 3 – Ngày 4:

- Thay băng
- Kiểm tra tình trạng hố mổ:
- Hút dịch hố mổ nhẹ bằng ống hút khẩu kính nhỏ
- Nhỏ tai (Ciplox, Dexacol, polydexa, Otifa...)
- Có thể đặt 1 đoạn mèche ngăn vào hố mổ và thay mèche mỗi ngày

Ngày 5: Cắt chỉ vết mổ và xuất viện (trường hợp chưa cắt chỉ được vào ngày thứ 5, BN tái khám theo hẹn và cắt chỉ tại phòng soi tai)

5. BIẾN CHỨNG

5.1 Trong xương thái dương:

- Viêm tai giữa mạn tính
- Thủng màng nhĩ
- Giảm thính lực
- Túi co lõm
- Viêm tai xương chũm có cholesteatoma
- Viêm tai giữa xơ dính
- Xơ nhĩ
- Dính hay gián đoạn chuỗi xương con
- Viêm xương đá
- Viêm mê nhĩ
- U hạt cholesterol

5.2 Nhiễm trùng trong sọ

- Viêm màng não do tai
- Tụ mủ dưới màng cứng
- Apxe não, tiểu não
- Viêm tắc xoang tĩnh mạch bên
- Não thủy thủng do tai

6. PHÒNG NGỪA

- Giữ vệ sinh môi trường sống. Có biện pháp phòng tránh, bảo vệ bản thân tốt khi có những vụ dịch liên quan đến đường hô hấp.
- Điều trị triệt để các bệnh lý mũi họng khác như viêm VA, viêm mũi, viêm xoang, viêm răng miệng,..
- Luyện tập thể dục, thể thao, sử dụng các thuốc bổ tăng cường sức đề kháng của cơ thể

HỆP ống TAI NGOÀI MẮC PHẢI

1. ĐỊNH NGHĨA:

Là tình trạng sẹo hẹp ống tai ngoài, cửa tai gây bít tắc ống tai ngoài (không phải do hẹp ống tai ngoài bẩm sinh)

2. NGUYÊN NHÂN:

- Chấn thương vỡ xương nhĩ, rách da ống tai ngoài, rách vành tai, cửa tai
- Sau phẫu thuật nắn xương nhĩ, khoét rỗng đá chũm có chĩnh hình ống tai vành tai
- Sau phẫu thuật gây mất, rách da vùng cửa tai, ống tai
- Bệnh nhân chấn thương rách ống tai - vành tai được khâu vết thương không phù hợp, khâu lệch cửa tai - ống tai -> sẹo hẹp ống tai ngoài

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1 Lâm sàng:

Ống tai hẹp 1 phần hay hẹp hoàn toàn, không ngoáy tai được

Đau tai, ù tai, nghe kém.

Nếu để lâu ngày có thể ứ đọng chất biểu bì bên trong sẹo hẹp, dẫn đến hình thành cholesteatoma, phá hủy xương ống tai ngoài, lan vào tai giữa, tai trong.

3.2 Cận lâm sàng:

Nội soi tai: sẹo hẹp bít 1 phần hay bít hoàn toàn ống tai ngoài

CT scan: hình ảnh sẹo hẹp bít 1 phần, hay bít hoàn toàn ống tai ngoài. Ngoài ra có thể đánh giá sự phá hủy các cấu trúc bên trong tai nếu có hình thành cholesteatoma.

Có thể chụp MRI trong trường hợp cần phân biệt u bướu

Thính lực đồ: thường có nghe kém dẫn truyền bên tai bệnh

Xét nghiệm khác: công thức máu, chức năng gan, thận, mỡ máu, XQ phổi, ECG...

3.3 Chẩn đoán phân biệt:

U ống tai ngoài: u xương, u sợi sinh xương, u bã đậu cửa tai, ung thư tai...

Polype ống tai ngoài, nút ráy tai cứng

Hẹp ống tai ngoài bẩm sinh

Chấn thương trật khớp thái dương hàm ra sau

4. ĐIỀU TRỊ - TIỀN LƯỢNG:

4.1 Nội khoa: trường hợp hẹp ống tai 1 phần, có thể dẫn lưu được thì không cần phẫu thuật.

a. Điều trị tại chỗ:

Thuốc nhỏ tai: Dexacol, Otifar, Otofa, Otipax, polydexa, ciplox, Ofloxacin, Candibiotic, Auricularum, Foscin

Làm vệ sinh tai, hút rửa tai thường xuyên, giúp tai thông thoáng tránh nhiễm trùng.

b. Điều trị toàn thân

Thuốc kháng sinh:

- Amoxiciline + Acid Clavulanic (Augmentin, Klamentin, Curam Quick, Klamex...)
- Cephalosporin thế hệ I, II, III (Cefaclor, Cefuroxime, Cefixime, Cefdinir, Cefpodoxime...)
- Nhóm Quinolone (Ciprofloxacin, Levofloxacin, Moxifloxacin...)
- Nhóm Macrolid (Clarithromycine, Azithromycin, Roxithromycine, Spiramycine)
- Nhóm Lincosamid (Clindamycin)

Kháng viêm:

- Steroid: Prednisone, Prednisolone, Prednisolone acetat, Methyl prednisolon...
- Non – steroid: Diclofenac, Ibuprofen, Piroxicam, Loxoprofen...
- Dạng men: Alpha chymotrypsine, Aescin, Serratiopeptidase ...

Giảm đau: Paracetamol, Di – antalvic, Tramadol, Floctafenin (Idarac)....

Kháng histamine: Chlopheniramin, Cetirizine, Loratadine, Fexofenadine, Levocetirizine, Desloratadine....

4.2 Ngoại khoa: phẫu thuật cắt bỏ sẹo hẹp, chỉnh hình ống tai của tai (trường hợp hẹp ống tai hoàn toàn, không dẫn lưu được)

Sơ lược kỹ thuật phẫu thuật:

Gây mê nội khí quản

Rạch da theo đường sau tai hay trong tai tùy trường hợp sẹo hẹp ống tai nhiều hay ít.

Cắt lọc sẹo hẹp. Làm sạch ống tai, đánh giá màng nhĩ

Có thể mài bớt 1 phần ngoài thành sau ống tai để làm rộng ống tai.

Chỉnh hình ống tai – cửa tai.

Có thể ghép da mỏng nếu mất da ống tai ngoài nhiều

Đặt ống nong.

Trường hợp có cholesteatoma phá hủy xương ống tai, tai giữa, tai trong, có thể phải khoét rỗng đá chũm, chỉnh hình ống tai – vành tai.

Thuốc sau mổ:

Kháng sinh:

- Augmentin 1g:
 - o Trẻ em: 30mg/kg x 2-4 lần/ngày
 - o Người lớn: 1g x 2-4 lần/ngày
- Cefuroxime (Axetine 0,75g; Zinacef 0,75g)
 - o Trẻ em: 30 – 100mg/kg/ngày
 - o Người lớn: 0,75gr x 2–3 lần / ngày
- Cefotaxime (Shintaxime 1g ; Opetaxime 1g)
 - o Trẻ em: 50 -150 mg/kg/ngày
 - o Người lớn: 1 g x 2-3 lần /ngày
- Ceftazidime (Fortum 1g) hoặc Ceftriaxone
 - o Trẻ em: 25-150mg/kg/ngày
 - o Người lớn: 1g -2g x 2-3 lần / ngày
- Vancomycine 1g

Kháng viêm:

- Steroid:
 - o Methylprednisolone (Solumedrol 40mg)
 - Trẻ em: 1-2mg/kg/ngày
 - Người lớn: 1lọ x 1-3lần/ngày
 - o Prednisolone 5mg
- Non-Steroid:
 - o Diclofenac 50mg 1v x 2-3 lần/ ngày
 - o Ibuprofen 400mg 1v x 2-3 lần/ ngày
 - o Meloxicam 7,5 mg 1v x2 lần/ ngày

Giảm đau:

- Paracetamol 1 g 1 chai x1-2 lần/ ngày.
- Paracetamol 500mg 1v x 2-3 lần/ ngày.
- Di-antalvic 1v x 3-4 lần/ ngày.
- Tramadol 1v x2-3 lần/ ngày tối đa 5 ngày.

Kháng histamine: Chlopheniramin, Cetirizine, Loratadine, Fexofenadine...

Chăm sóc hậu phẫu:

- Lúc nằm viện:
 - o Thay băng, chăm sóc vết mổ mỗi ngày
 - o Hút rửa tai qua ống nong nếu chảy dịch nhiều
 - o Hạn chế ăn nhai mạnh, không ngáp hay hay miệng lớn.
 - o Xuất viện sau 5-7 ngày, không rút ống nong.
- Lịch hẹn tái khám:
 - o Hẹn bệnh nhân tái khám mỗi tuần đến khi tình trạng viêm ống tai ngoài ổn định
 - o Khi tình trạng viêm ống tai ngoài ổn định, hẹn tái khám 1- 3 tháng.
 - o Tái khám ngay khi ống nong sẹp hẹp bị tụt ra ngoài
 - o Hút rửa tai mỗi tuần

- Thay ống nong nếu cần
- Cắt lọc mô viêm (nếu có)
- Bệnh nhân có thể đeo ống nong từ 6 – 12 tháng (đến khi sẹ hẹp ổn định)

BIẾN CHỨNG:

- **Biến chứng gần:**
- Chảy máu vết mổ
- Nhiễm trùng vết mổ, viêm sụn vành tai
- Biến chứng do cholesteatoma phá hủy nhiều cấu trúc quan trọng ở tai giữa, tai trong.
- **Biến chứng xa:** rút ống nong, tái hẹp sau phẫu thuật thường xảy ra (do đó cần theo dõi kỹ, tái khám đúng theo hẹn)

5. PHÒNG NGỪA:

Đội mũ bảo hiểm có phần bảo vệ tai và hàm để hạn chế chấn thương tai, hàm

Không móc, ngoáy tai, lấy ráy tai bằng dụng cụ cứng, thô bạo gây sang chấn cho tai.

Khi bị chấn thương có chảy máu tai, rách vành tai, ống tai cần đến chuyên khoa tai mũi họng khám để được xử trí đúng cách.

Tái khám đúng theo lịch hẹn của bác sĩ để được chăm sóc đúng cách, hạn chế tái phát sẹ hẹp.

CHÀM ÓNG TAI NGOÀI

(ECZEMA)

1. ĐỊNH NGHĨA.

Thường gặp ở trẻ nhỏ, ở nếp sau tai và cửa tai ngoài, chàm có thể cấp tính hay mãn tính, bệnh thường gặp ở nếp sau tai và cửa ống tai ngoài, thương tổn có thể lan rộng toàn bộ da ống tai và thậm chí cả màng nhĩ.

Thường xảy ra trên người có cơ địa dị ứng, kích thích cục bộ .

Chàm cấp tính làm tổn thương bề mặt của da, chàm mạn tính tổn thương sâu hơn.

Chàm khô hay gặp ở người lớn và chàm ướt gặp ở trẻ nhỏ.

2. NGUYÊN NHÂN

Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân: như tiểu đường, gout.. hay do kích thích da tại chỗ như mũ tai, chảy thường xuyên hay ứ đọng mũ lâu. Chàm từ ống tai lan ra vành tai.

Do dị ứng, chàm có thể từ đầu, cổ lan đến vành tai và ống tai ngoài.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào triệu chứng và tiền sử bệnh.

Chàm cấp tính: da vùng tai ngoài sưng huyết, dày, song nề, rỉ dịch keo, dịch này khô lại thành vảy vàng, mịn như cám, biểu hiện giống viêm ống tai ngoài lan tỏa, có thể gây nhọt ống tai ngoài.

Chàm mạn tính: thường khu trú bệnh thường gặp ở nếp sau tai và cửa ống tai ngoài, thương tổn có thể lan rộng toàn bộ da ống tai. Triệu chứng ngứa nán, bệnh cảm thấy ngứa tai và thường ngoáy tai. Biểu bì mịn như cám bong vảy và có thể kết lại thành nút biểu bì. Da khô và dày. Bệnh kéo dài và thỉnh thoảng có đợt cấp tính.

Da vùng tai ngoài ngứa, mẩn đỏ, mọc các mụn phỏng nhỏ chứa dịch nhầy trong. Các mụn phỏng vỡ thành các vảy màu nâu, mỏng phủ lên trên.

Nếu chàm khô: da ngứa, mẩn đỏ, dày lên, cũng có những mảnh biểu bì nhỏ đục hoặc xám nổi thành vảy dễ bong ra.

Do ngứa nên trẻ thường hay gãi gây xây xước dễ bị nhiễm khuẩn tạo thành chàm nhiễm khuẩn với những mụn loét nhỏ, nóng, có mủ, trên bề mặt có vảy nâu cứng có thể gây viêm tấy rộng cả tổ chức dưới da vùng sau tai, thái dương.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

Chàm cấp tính cần chẩn đoán phân biệt với dị ứng thuốc nhỏ tai, viêm ống tai lan tỏa bội nhiễm.

4. ĐIỀU TRỊ

Chăm sóc tại chỗ	- Rửa tai (nếu ống tai có tiết dịch mủ) - Bôi nitrat bạc 5% - Nếu bội nhiễm vi khuẩn → Bôi xanh methylene - Nhỏ thuốc tai có steroids (candibiotic,...)
Kháng sinh có thể sử dụng 1 trong cả nhóm sau	1.Nhóm Beta lactamase: 1.1 Penicillines Oxacillin 1.2 Penicilline dạng phối hợp - Amoxicilline+Acid Clavulanic - Amoxicilline+ Sulbactam - Ampicillin/sulbactam 1.3 Cephalosporines - Cefaclor, Cefuroxime, Cefprozil - Cefixime, Cefdinir, Cefditoren, Cefetamet, Cefpodoxime, Ceftazidine 2.Nhóm Quinolone: - Ciprofloxacin - Levofloxacin - Moxifloxacin - Sparloxacin 3.Nhóm Macrolide: - Clarithromycin - Azithromycin - Spiramycin 4.Nhóm khác - Lindamycin
Kháng viêm	- Steroide: Prednisolone 5mg, Methylprednisolone - Non-Steroid: Diclofenac, Etolodac, Loxoprofen, Celecoxib - Enzyme: Alpha chymotrypsin, Bromelain+ Trypsin, Escinum, Alpha amylase
Giảm đau	- Acetaminophen - Acetaminophen + Tramadol - Acetaminophen + Ibuprofen

	- Floctafenine - Di-antalvic
Kháng histamin	- Chlopheniramin 4mg, Dexclopheniramin 2mg - Loratidine, Desloratidine - Fexofenadine , bilastine - Cetirizine , Levocetirizine - Rupatadin
Tăng cường sức đề kháng, bổ sung vitamin	B Complex C, vitamin PP, Vitamin C, vitamin B1-B6-B12

5. PHÒNG NGỪA

Không sử dụng vật sắc nhọn, chưa được sát khuẩn ngoáy ống tai ngoài

Khi có dị vật trong ống tai hoặc ráy tai phải đến cơ sở y tế để lấy và vệ sinh

Không tự động xử trí những vết trầy xước xảy ra trên bề mặt da vành tai

VIÊM SỤN VÀNH TAI (Bệnh tai ngoài nhiễm trùng)

1. ĐỊNH NGHĨA

Là một tình trạng nhiễm trùng của sụn. Bệnh có thể xuất hiện sau quá trình điều trị không phù hợp những trường hợp như: viêm ống tai ngoài cấp, viêm mô tế bào tai ngoài, sau tai nạn có tổn thương loa tai, sau phẫu thuật hoặc sau xỏ lỗ tai xuyên sụn.

2. NGUYÊN NHÂN

Có thể do tụ mủ, dịch vành tai, sau sang chấn (gây xước) hay sau chấn thương (đụng, đập).

Thường gặp nhất là *Pseudomonas*, tụ cầu

3. CHẨN ĐOÁN

Ban đầu chỉ thấy ngứa rát, hơi đau nơi bị sâu sát (thường ở phần trên vành tai) sau đó biểu hiện nóng, sưng, đỏ

Khi viêm tấy thành mủ đau tăng, sưng ngày càng tăng, sờ nóng, làm mất các nếp sụn ở vành tai.

Viêm sụn hoại tử: đau dữ dội, sưng tấy căng mọng lan rộng cả một phần của vành tai làm mất các hố và nếp của vành tai, cả mặt trước lẫn mặt sau vành tai.

Nếu không được xử trí tốt sụn bị hoại tử, sưng tấy hoá mủ và vỡ mủ làm cho vành tai bị co rúm ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1 Tại chỗ

Khi mới viêm tấy da vành tai, chiếu tia hồng ngoại, chườm nóng, sát khuẩn vết xước bằng Betadine

Để chống viêm, hoại tử sụn có thể chấm nitrat bạc, axit boric, đặt bắc tắm Betadine hay kháng sinh tại chỗ

Cần theo dõi sát diễn biến của bệnh, dùng kháng sinh đầy đủ, tránh hoại tử sụn gây hẹp co rúm vành tai.

Khi tai viêm mủ, hoại tử sụn: phải trích rạch rộng tháo mủ, nạo bỏ hết các mảnh sụn hoại tử và tạo hình da vành tai

4.2 Toàn thân

Kháng sinh	Nhóm Fluoroquinolones ☐ Ciprofloxacin 500mg x 2 lần/ngày uống ☐ Hoặc Levofloxacin 500mg x 1 lần/ngày uống ☐ Hoặc Moxifloxacin 500mg x 1 lần/ngày uống
Chống viêm, chống phù nề: steroids	☐ Methylprednisolone 16mg 1- 2v/ ngày ☐ Prednisone hoặc Prednisolone acetat (liều lượng 20 - 40 mg/ngày)
Giảm đau	- Acetaminophen - Acetaminophen + Tramadol - Acetaminophen + Ibuprofen - Floctafenine ☐ - Di-antalvic

Trong trường hợp nặng, bệnh nhân đau nhiều, vành tai sưng, đỏ, có mủ, đục vào rất đau, có khi đỏ lan ra cả vùng xung quanh tai thì cần phải nhập viện điều trị

Kháng sinh	Nhóm Fluoroquinolones ☐ Ciprofloxacin 200mg X 2 lần/ngày truyền TM ☐ Phối hợp với nhóm Amikacin (Amikay 250mg, tiêm bắp), liều lượng 250mg/2ml X 2-3 lần/ngày ☐ Nếu nghi ngờ nhiễm vi khuẩn kỵ khí, có thể phối hợp với Metronidazole, liều lượng 15mg/kg/ngày (chai Metronidazole 500mg/100ml truyền TM) ☐ Hoặc sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
Chống viêm, chống phù nề	☐ Methylprednisolone (solumedrol 40mg), liều lượng 40-80mg/ngày
Giảm đau	- Acetaminophen - Acetaminophen + Tramadol - Acetaminophen + Ibuprofen - Floctafenine - Di-antalvic

TỤ DỊCH VÀNH TAI

1. ĐỊNH NGHĨA

Là một tình trạng tích tụ máu vùng vành tai, sinh ra sau chấn thương đụng dập.

Cơ chế chấn thương là do đứt mạch máu màng sụn làm máu chảy ra và tụ lại giữa lớp sụn và màng sụn làm tách lớp màng sụn ra khỏi sụn. Nếu tổn thương không được điều trị sớm, khối máu tụ sẽ chèn ép làm viêm hoại tử sụn vành tai gây biến chứng vành tai hình bông cải.

2. ĐIỀU TRỊ

1. Chọc hút lấy máu tụ bằng kim hoặc rạch lấy máu tụ. Chỉ định chọc hút khi:

- ☐ Khối máu tụ lớn, làm mất các gờ, rãnh vùng vành tai, sờ có cảm giác phập phều
- ☐ Không có chống chỉ định về bệnh lý nội khoa (huyết học, nội tiết,...)
- ☐ Bệnh nhân đồng ý bằng ép, hợp tác trong điều trị và tái khám đúng hẹn

2. Phòng ngừa khối máu tụ tái lập

- ☐ Phương pháp không xâm lấn: Dùng những miếng bông gòn và gạc ép chặt vào vùng khối máu tụ, trước và sau tai; hoặc có thể dùng kẹp mũi của vận động viên bơi lội để kẹp sau khi chọc hút; hoặc có thể ép tụ dịch bằng nam châm tại chỗ.
- ☐ Phương pháp xâm lấn: dùng chỉ khâu ép xuyên qua các lớp của loa tai có lót gạc đệm.

3. Thuốc

Kháng sinh	Nhóm Fluoroquinolones: ☐ Ciprofloxacin (ciprobay, opecipro...), ☐ Hoặc Levofloxacin, Moxifloxacin... Nhóm amoxicillin + clavulanate, Amoxicilline + sulbactam Nhóm Cephalosporin thế hệ 2, 3: - Cefaclor, Cefuroxime, Cefprozil - Cefixime, Cefdinir, Cefditoren, Cefetamet, Cefpodoxime, Ceftazidim
Chống viêm, chống ph nề: steroids	☐ Methylprednisolone 16mg 1- 2v/ ngày ☐ Prednisone hoặc Prednisolone acetat (liều lượng 20 - 40 mg/ngày)

Giảm đau	- Acetaminophen - Acetaminophen + Tramadol - Acetaminophen + Ibuprofen - Floctafenine - Di-antalvic

VIÊM ống TAI NGOÀI (BỆNH TAI NGOÀI NHIỄM TRÙNG)

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm OTN là một tình trạng nhiễm trùng của OTN do tổn thương da ống tai.

Phân loại

- ☐ Viêm ống tai ngoài cấp: khi nhiệt độ và độ ẩm trong ống tai tăng lên làm tổn thương hàng rào bảo vệ da ống tai, vi khuẩn xâm nhập -> gây bệnh.
- ☐ Viêm ống tai ngoài bán cấp và viêm ống tai ngoài mạn: khi điều trị không đầy đủ, da ống tai trở nên khô, tróc vảy giống trong bệnh eczema, có khi tăng sản da làm ống tai dày lên làm bít ống tai.

2. YẾU TỐ THUẬN LỢI:

- ☐ Môi trường ẩm và ấm
- ☐ Hẹp ống tai ngoài, nút ráy tai...
- ☐ Đeo máy trợ thính, nút tai.
- ☐ Chấn thương ống tai ngoài do ngoáy tai, lấy ráy tai bằng dụng cụ không phù hợp hay thô bạo
- ☐ Bơi lội

3. CHẨN ĐOÁN

Chia làm 3 giai đoạn

Giai đoạn 1: Ngứa tai, thường xuất hiện sau khi BN dùng tăm bông ngoáy tai, hoặc dùng đồ móc tai.

Giai đoạn 2: Viêm cấp

Nhẹ: ngứa tai, đau tai nhẹ, da ống tai đỏ, phù nề nhẹ.

Vừa: ngứa tai, đau tai nhiều hơn, da ống tai đỏ, phù nề nhiều, tiết dịch trong.

Nặng: tai rất đau, đôi khi lan ra vùng quanh tai, làm ống tai hẹp, chảy mủ tai, xuất hiện hạch cổ.

Giai đoạn 3: Viêm mạn

Đau tai ít, ngứa tai nhiều và kéo dài, da ống tai bắt đầu dày lên, tróc vảy.

4. ĐIỀU TRỊ

- 1 Làm sạch ống tai thường xuyên
- 2 Sử dụng kháng sinh phù hợp
- 3 Điều trị chống viêm và giảm đau
- 4 Phòng ngừa tái phát

Giai đoạn 1:

- Làm sạch ống tai
- Thuốc: Lau tai bằng cồn boric 3%

Giai đoạn 2:

Nhẹ:

- ☐ Làm sạch ống tai
- ☐ Thuốc

Thuốc nhỏ tai	Dexacol, Otifar, Otofa, Otipax, polydexa, ciplox, Ofloxacin, Candibiotic, Auricularum, Fosmicin, Ray-C

Vừa:

Đặt miếng meche nhỏ vào ống tai, nhỏ thuốc kháng sinh lên miếng meche, rút sau 2 ngày nếu tình trạng phù nề không giảm có thể đặt lại miếng meche khác.

Thuốc giảm đau: Acetaminophen 500mg x 3-4 lần/ ngày hoặc NSAID

Nặng:

Đặt meche và nhỏ thuốc kháng sinh như trên

Thuốc

Kháng sinh	1.Nhóm Beta lactamase: 1.1 Penicillines Oxacillin 1.2 Penicilline dạng phối hợp - Amoxicilline+Acid Clavulanic - Amoxicilline+ Sulbactam - Ampicillin/sulbactam 1.3 Cephalosporines - Cefaclor, Cefuroxime, Cefprozil -Cefixime,Cefdinir,Cefditoren,Cefetamet,Cefpodoxime, Ceftazidi 2. Nhóm Quinolone: - Ciprofloxacin - Levofloxacin - Moxifloxacin - Sparloxacin 3. Nhóm Macrolide: - Clarithromycin - Azithromycin - Spiramycin 4. Nhóm khác ☐ Clindamycin
Chống viêm, chống phù nề: steroids	☐ Methylprednisolone 16mg 1- 2v/ ngày ☐ Prednisolone hoặc Prednisolone acetat (liều lượng 20 - 40

	mg/ngày)
Giảm đau	Acetaminophen - Acetaminophen + Tramadol - Acetaminophen + Ibuprofen - Floctafenine - Di-antalvic - Nêu đau tai do co thắt có thể dùng thêm: Coltramyl, Decontracyl
Giai đoạn 3:	
Thuốc nhỏ tai	Dexacol, Otifar, Otofa, Otipax, polydexa, ciplox, Ofloxacin, Candibiotic, Auricularum, Foscin, RAY-C, cồn Boric
Thuốc bôi tai	■ Triamcinolone 0,25% dạng pomate, ■ thoa ống tai ngày 2 lần

5. PHÒNG NGỪA

1. Tránh sử dụng những dụng cụ: đồ móc tai, tăm bông,...
2. Dùng nút tai khi bơi, tắm (nếu nước để lọt vào tai thì lắc nhẹ đầu, nghiêng đầu cho nước chảy ra, lau cửa tai, vành tai bằng khăn sạch)
3. Nếu BN vẫn bị tái đi tái lại thì sử dụng thuốc nhỏ tai có tính acid, hoặc cồn

ZONA TAI

(Viêm OTN do siêu vi)

1.ĐỊNH NGHĨA

Zona tai hay còn gọi là hội chứng Ramsay Hunt là do nhiễm virus varicella zoster thứ phát (nhiễm nguyên phát gọi là bệnh thủy đậu) xảy ra tại hạch gối.

2.NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân làm tái kích hoạt virus varicella zoster vẫn chưa rõ ràng, tuy nhiên tình trạng suy giảm MD khi lớn tuổi, nhiễm HIV hoặc điều trị thuốc ức chế MD đều có liên quan đến bệnh.

3.CHẨN ĐOÁN

Triệu chứng sớm: triệu chứng cảm cúm (khoảng 2 ngày)

- ☐ Sốt
- ☐ Nóng rát 1 bên tai
- ☐ Nhức đầu

Triệu chứng:

- ☐ Mụn nước xuất hiện ở gờ đối luân, hố thùy, thành sau ống tai ngoài.
- ☐ Tổn thương mụn nước khác với herpes, có viền đỏ xung quanh, khi lành để lại sẹo
- ☐ Liệt mặt có nhiều mức độ từ nhẹ đến nặng

Thẻ lâm sàng

1. Thẻ không đầy đủ:

- ☐ Đau tai, nổi mụn nước
- ☐ Không liệt mặt

2. Thẻ tổn thương TK VIII: thêm triệu chứng

- ☐ Nghe kém
- ☐ Ò tai
- ☐ Chóng mặt

3. Thẻ tổn thương dây V: thêm triệu chứng

- ☐ Tổn thương niêm mạc phần trên amidan, đau nửa mặt

4.ĐIỀU TRỊ

Kháng virus (Có thể sử dụng 1 trong những nhóm sau)	☐ Acyclovir (zovirax): 800mg × 5 lần/ngày × 7ngày ☐ hoặc Famcyclovir (Famvir): 500-700mg × 3 lần/ngày × 7 ngày ☐ hoặc Valacyclovir (valtrex): 1g × 3 lần/ngày × 7ngày
Giảm đau (Có thể sử dụng 1 trong nhiều nhóm sau)	☐ acetaminophen (panadol, efferalgan,...), liều lượng 500mg × 3-4 lần/ngày ☐ hoặc Amitriptyline (apo-amitriptyline), liều 25mg × 3 lần/ngày
Kháng viêm steroids	☐ Methylprednisolone (Medrol 4mg, 16mg) ☐ hoặc prednisolone (prednisone 5mg) ☐ Liều lượng 60mg/ngày × 4 ngày ☐ Giảm liều dần ☐ Thời gian điều trị 10 – 14 ngày.

Trong trường hợp những vết loét do mụn nước vỡ ra để lại có dấu hiệu nhiễm trùng, có thể sử dụng thêm kháng sinh

Kháng sinh (Có thể sử dụng 1 trong những nhóm sau)	1.Nhóm Beta lactamase: 1.1 Penicillines Oxacillin 1.2 Penicilline dạng phối hợp - Amoxicilline+Acid Clavulanic - Amoxicilline+ Sulbactam - Ampicillin/sulbactam 1.3 Cephalosporines - Cefaclor, Cefuroxime, Cefprozil - Cefixime,Cefdinir,Cefditoren,Cefetamet,Cefpodoxime, Ceftazidine 2.Nhóm Quinolone: - Ciprofloxacin - Levofloxacin - Moxifloxacin - Sparloxacin 3.Nhóm Macrolide: - Clarithromycin - Azithromycin - Spiramycin 4.Nhóm khác - Clindamycin

Trong trường hợp có liệt thần kinh VII có thể cho bệnh nhân → nhập viện.

Kháng viêm Steroids dạng tiêm tĩnh mạch	☐ methylprednisolone (Solumedrol 40mg), liều lượng 40-80mg/ngày ☐ Giảm liều dần sau đó

	☐ chuyển sang dạng uống như trên.
Bảo vệ mắt	☐ Tetracyclin, tra vào mắt trước khi ngủ và kéo mắt nhắm kín lại
Châm cứu phối hợp	

Tài liệu tham khảo:

1. Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM-1998
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2013
3. Phác đồ điều trị bệnh lý tai mũi họng- BV Tai Mũi Họng TPHCM-2017

AP-XE QUANH AMIDAN

1. Định nghĩa:

Abces quanh Amidan là sự mưng mủ của tổ chức liên kết lỏng lẻo ở bên ngoài bao Amidan.

2. Nguyên nhân:

Thường do viêm A mạn tính đợt cấp, hoặc biến chứng của răng khôn hàm dưới.

Vi khuẩn hay gặp là liên cầu.

3. Chẩn đoán:

3.1. Triệu chứng

a. Toàn thân

Sốt cao 38-39 C, tình trạng nhiễm trùng: mệt mỏi và lừ đừ.

b. Cơ năng

- Đau họng: Thường đau một bên nhiều, đau nhói lên thẩu tai nhất là khi nuốt nên người bệnh thường để hước bọt ứ đọng trong miệng hoặc rệu ra ngoài.

- Há miệng hạn chế

- Tiếng nói lúng búng và ngọt ngào như có dị vật to trong họng: “giọng ngậm hạt thị”, hơi thở hôi.

c. Thực thể

Thường gặp thể trước trên

- Họng mất cân xứng: lưỡi gà và màn hầu bị phù nề đẩy lệch sang một bên.

- Trụ trước Amidan sưng phồng, đỏ nhất là 1/3 trên. Amidan bị đẩy vào trong, xuống dưới và ra sau. Trụ sau bị che lấp. Bề mặt amidan chỉ hơi sung huyết, đôi lúc có ít xuất tiết.

- Hạch góc hàm có thể sưng to và đau.

- Chọc dò thấy có mủ (áp xe) hoặc chỉ có ít xuất tiết không có mủ (viêm tấy).

3.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm tấy quanh amidan.

- Áp xe thành sau họng.

- Áp xe thành bên họng.

4. Điều trị:

4.1. Điều trị nội

- Kháng sinh: dùng kháng sinh phổ rộng (Beta-lactams; Cephalosporins thế hệ II,III), Macrolides hay Quinolones kết hợp thêm Metronidazole nếu nghi ngờ có vi trùng kỵ khí.

- Chống viêm loại Steroid, Non-steroid hoặc enzyme (Alphachymotrypsin)
- Giảm đau: Paracetamol

4.2. Điều trị ngoại:

- Rửa dẫn lưu ổ mủ, đặt mèche dẫn lưu.
- Cắt Amidan sau 3 tháng.

5. Biến chứng:

- Viêm phù nề thanh quản,
- Viêm hạch dưới góc hàm,
- Áp xe thành bên họng,
- Nhiễm trùng huyết hoặc tổn thương động mạch cảnh trong

6. Phòng ngừa:

- Nâng cao mức sống, tăng sức đề kháng của cơ thể, bảo vệ môi trường trong sạch.
- Phòng hộ lao động tốt. Bỏ thuốc lá và rượu. Vệ sinh răng miệng tốt,...
- Khi bị viêm họng, viêm amidan phải điều trị sớm và triệt để để tránh các biến chứng.

VIÊM THANH QUẢN CẤP Ở TRẺ EM

1. Định nghĩa:

Là tình trạng viêm cấp ở thanh thiệt, sụn phễu, thanh thiệt, dây thanh, niêm mạc hạ thanh môn, có thể kể cả khí quản.

1.1. Thể lâm sàng

Viêm thanh thiệt cấp (supraglottitis hay Epiglottitis)

Viêm thanh khí quản co rít (spasmodic laryngotracheitis)

1.2. Dịch tễ

Tuổi: 2-6 tuổi

Mùa: lạnh hoặc khi giao mùa

Khởi phát đột ngột

Vệ sinh dinh dưỡng kém

2. Nguyên nhân:

- Do viêm đường hô hấp trên từ siêu vi, vi trùng, nấm.
- Tiếp xúc môi trường ô nhiễm, hóa chất.
- Chấn thương vùng thanh quản.

3. Chẩn đoán:

3.1. Lâm sàng:

- Khó nuốt: bỏ ăn, chảy nước miếng
- Khàn tiếng: có thể nhẹ đến mất tiếng
- Khó thở: kiểu thanh quản (xem khó thở thanh quản)
- Các triệu chứng khác có thể không đầy đủ: sốt cao, viêm họng mãn, ho (ông ổng), thở có tiếng rít.
- Lưu ý khi khám
 - Không cố gắng đè lưỡi.
 - Nên thực hiện soi thanh quản ở phòng mổ.

3.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Hen phế quản (thể viêm thanh quản co rít)
- Viêm màng não (thể viêm thanh thiệt cấp)

4. Điều trị:

Kháng sinh	- Beta-lactams - Cephalosporins thế hệ I,II,III , Macrolides - Quinolones
Kháng viêm	-Corticoid (Dexamethasone, Prednison, Depersolone,

	Solumedrol) 0,5-1,5mg/Kg/ngày - Chích hoặc uống
Hạ sốt	Paracetamol, tùy theo bệnh nhi có thể uống hoặc nhét hậu môn: -<3tháng : 40 mg/ngày -1-2 tuổi: 80-120 mg/ngày -3-6 tuổi : 160-320 mg/ngày
An thần	Diazepam 5mg
Chăm sóc	-Lau mát -Nằm đầu cao thở Oxy -Khó thở nặng, có thể nằm phòng chăm sóc đặc biệt và mở khí quản.

5. Biến chứng:

- Viêm xơ hóa thanh quản,
- Áp xe thành bên họng,
- Nhiễm trùng huyết

6. Phòng ngừa:

- Nâng cao mức sống, tăng sức đề kháng của cơ thể, bảo vệ môi trường trong sạch.
- Phòng hộ lao động tốt. Bỏ thuốc lá và rượu. Vệ sinh răng miệng tốt.,...
- Khi bị viêm họng, viêm amidan phải điều trị sớm và triệt để để tránh các biến chứng.

LIỆT DÂY THANH

1. Định nghĩa:

Liệt dây thanh là hiện tượng thanh quản không đảm nhiệm được chức năng nói, thở và bảo vệ đường thở ở các mức độ khác nhau, do nhiều nguyên nhân gây ra.

2. Nguyên nhân:

- Tổn thương dây thanh sau phẫu thuật. Phẫu thuật ở cổ hoặc phần trên của ngực có thể gây tổn thương thần kinh như: phẫu thuật tuyến giáp, thực quản, cổ và ngực.
- Vết thương cổ và ngực do tai nạn giao thông, đạn,...
- Tai biến mạch máu não: gây rối loạn cung cấp máu cho não, gây tổn thương một phần dẫn truyền tín hiệu thần kinh xuống thanh quản.
- U: có thể ác tính hay lành tính, gây chèn ép cơ, sụn và thần kinh chi phối thanh quản gây liệt.
- Nhiễm trùng, nhiễm độc: nhiễm độc chì, nhiễm độc các độc tố của vi khuẩn, virus nặng như cúm, bạch hầu, thương hàn...
- Bệnh lý thần kinh: như bệnh Parkinson, thường chỉ gây yếu, ít khi gây liệt.

3. Chẩn đoán

3.1. Lâm sàng:

- Khó thở
- Khàn tiếng
- Thở có tiếng rít, khò khè
- Giảm hoặc mất cường độ âm thanh
- Sặc hoặc ho khi nuốt thức ăn đồ uống
- Thở nhanh khi nói

3.2. Cận lâm sàng:

- Nội soi thanh quản: cho hình ảnh liệt dây thanh tư thế mở, trung gian hay khép.
- CT hay MRI sọ não, cổ và ngực: giúp xác định nguyên nhân gây liệt.

4. Điều trị:

Điều trị liệt dây thanh gồm điều trị nguyên nhân, luyện giọng và phẫu thuật

4.1. Điều trị nguyên nhân: điều trị các nguyên nhân gây liệt dây thanh

- Điều trị tai biến mạch máu não
- Điều trị các khối u nếu có ở não, vùng cổ và vùng ngực
- Điều trị các chấn thương vùng cổ, ngực.
- Điều trị nhiễm trùng, nhiễm độc
- Điều trị bệnh lý thần kinh

4.2. Luyện giọng

- Giúp bệnh nhân phát âm đúng cách, tăng cường sức mạnh của dây thanh, tăng cường khả năng thở trong khi nói, ngăn chặn sự căng cơ xung quanh phần dây thanh bị liệt và bảo vệ đường thở trong khi nuốt.

4.3. Điều trị phẫu thuật

Nếu dây thanh không thể phục hồi được thì phẫu thuật có thể cải thiện được khả năng nuốt, nói và thở.

- Tiêm chất làm đầy: khi dây thanh bị teo nhỏ, tạo khe hở khi phát âm. Chất làm đầy có thể là: mỡ tự thân, collagen.
- Phẫu thuật tạo hình: trong trường hợp liệt tư thế mở.
- Cắt bán phần dây thanh, có hay không có kèm cắt sụn phễu một bên: trong trường hợp liệt tư thế khép.
- Mở khí quản: cấp cứu khi có khó thở nhiều.

a. PHẪU THUẬT CẮT DÂY THANH - SỤN PHỄU 1 BÊN BẰNG LASER:

Nhằm cải thiện tốt đường thở và giảm ảnh hưởng chất lượng giọng nói của bệnh nhân.

1. Chăm sóc sau phẫu thuật:

- Cho bệnh nhân nằm đầu nghiêng
- Chăm sóc cấp I theo dõi khó thở: M, HA, nhịp thở.
- Nếu bệnh nhân có mở khí quản, cho đeo canule cửa sổ và bịt canule ngay sau mổ, thở qua đường tự nhiên, nếu sau 48 giờ không khó thở sẽ rút canule.

2. Sử dụng thuốc:

- Kháng sinh (dùng một trong các loại) :
 - Beta-lactams
 - Cephalosporins thế hệ I,II,III
 - Macrolides

- Quinolones

Sử dụng đường uống. Trong trường hợp có kèm theo các nhiễm trùng khác làm cho tình trạng bệnh nặng hơn có thể thay thế bằng kháng sinh chích.

- Kháng viêm:

* Steroid có thể sử dụng dạng tiêm trong 2-3 ngày đầu sau đó chuyển sang dạng uống và giảm liều dần:

- MaziPredone (Depersolone 0,03g): 1-2mg/kg/ ngày (Tiêm tĩnh mạch): 1 ống x 1-3 lần/ngày
- Methylprednisolone (Solumedrol 40mg) 1-2mg/kg/ ngày (tiêm tĩnh mạch): 1 ống x 1-3 lần/ngày
- Prednisolone 5mg: 1-2mg/kg/ ngày (uống)

* Non-Steroid:

- Diclofenac (Neo-pyrazone 50mg) 1v x 2-3 lần/ngày

- Long đàm (dùng một trong các loại thuốc):

- N-acetylcystein: 200mg 1 gói – 3 gói/ngày tùy theo tuổi hay cân nặng
- Bromhexin: 4mg – 8mg: 1v-2v/ngày.
- Eprazinon: 50mg 1-3v/ngày
- Ambroxol: 30 mg 1-3 v/ ngày

- Giảm đau: có thể dùng một trong các thuốc sau:

- Paracetamol: 30 – 40mg/Kg/ngày, có thể sử dụng dưới dạng:
- Paracetamol 10mg/ml x 100ml/ngày (TTM)

3. Theo dõi khi ra viện :

- Ghi rõ địa chỉ, số điện thoại để liên lạc nhất để liên lạc khi cần thiết.
- Dẫn dò nếu bệnh nhân khó thở nhập viện ngay.
- Tái khám định kỳ.

U LÀNH TÍNH VÙNG CẠNH HỌNG

I. ĐỊNH NGHĨA:

- Là u vùng cạnh họng, đa số lành tính (chiếm 70-80%)
- Là loại u hiếm gặp, chiếm < 1% các u vùng đầu mặt cổ.

II. NGUYÊN NHÂN: không rõ ràng

III. LÂM SÀNG

- Khối u vùng cạnh cổ hoặc thành bên họng
- Khó nuốt hay cảm giác đầy trong họng.
- Khó thở hay ngưng thở lúc ngủ.

IV. CẬN LÂM SÀNG

1. CTScan : xác định u trước trâm hay sau trâm, có thể xác định u xuất phát từ tuyến mang tai .
2. MRI: đánh giá bản chất mô mềm khối u, phân biệt rõ u và cơ và cho hình ảnh mạch máu rõ hơn. Tuy nhiên giá thành còn cao.
3. Mạch máu đồ(Angiography);

Chỉ định cho các u mạch máu, có thể kết hợp tắc mạch đối với các u có nguy cơ chảy máu nhiều trong lúc mổ.

4. Sinh thiết FNA nếu nghi ngờ u ác tính ..

V. MỘT SỐ U LÀNH TÍNH THƯỜNG GẶP:

1. U tuyến nước bọt lành tính thường :

- U đa dạng tuyến nước bọt (80-90% u tuyến nước bọt khoang cạnh họng).
- U đơn dạng tuyến nước bọt.
- Oncocytoma .
- U Warthin.

2. U thần kinh lành tính gồm:

- Neurilemoma(Schwannoma) thường gặp nhất.

- Paraganglioma.

- Neurofibroma.

3. Các dạng khác như: phình mạch, dị dạng động tĩnh mạch, nang khe mang, hemangioma,...

VI. ĐIỀU TRỊ

NỘI KHOA: khi u vùng cạnh họng bị nhiễm trùng

- Kháng sinh: 1 trong các loại sau

Amoxiciline + Axit Clavulanic: 50-90 mg/kg chia 2;

Amoxicilline + Sulbactam : 50 -90 mg/kg chia 2

Ampicilline 1g + sulbactam 0.5g: 1,5-3g x 3-4 lần/ngày

hoặc Ceftriaxone 1g: 50-100mg/kg chia 2; hoặc Ceftazidime 1g: 50-100mg/kg chia 2 ;
Cefoperazone 1g: 50-100mg/kg chia 2

- Kháng viêm: Methylprednisolone 40mg: 0,5-1mg/kg/ngày

PHẪU THUẬT:

là điều trị chủ yếu của UCH, chọn đường mổ phụ thuộc vào vị trí, kích thước, sự liên quan đến mạch máu lớn và sự nghi ngờ ác tính.

- Đường vào trong họng: u nhỏ, lành tính nằm trong họng miệng.

- Đường vào ở cổ: đối với các u sau trâm.

- Đường vào ở cổ xuyên tuyến mang tai: đối với u xuất phát từ thùy sâu tuyến mang tai.

VII. CÁC BIẾN CHỨNG SAU PT

- Chảy máu.
- Nhiễm trùng.
- Liệt dây thần kinh sọ.
- Chảy dịch não tủy.

90mg/kg chia 2

- Prednisone: 0,5-1mg/kg/ ngày

Nếu nặng thì dùng đường tiêm:

- Kháng sinh: 1 trong các loại sau

Amoxiciline + Axit Clavulanic: 50-90 mg/kg chia 2

Ceftriaxone 1g: 50-100mg/kg chia 2; hoặc Ceftazidime 1g: 50-100mg/kg chia 2

Cefpoperazone 1g: 50 – 100mg/kg chia 2

- Kháng viêm: methylprednisolone 40mg: 0,5-1mg/kg/ngày

PHẪU THUẬT: soi treo hạ họng thanh quản cắt u

VI. CÁC BIẾN CHỨNG SAU PT

- Chảy máu.
- Nhiễm trùng.

U NANG GIÁP LƯỖI (MÓNG)

I. ĐỊNH NGHĨA:

Là u lành tính vùng giữa cổ nằm giữa xương móng và sụn giáp

II. NGUYÊN NHÂN:

Do ống giáp lưỡi không tiêu đi hoặc chỉ tiêu một phần, phần còn lại là mầm của dị dạng tạo thành nang hoặc dò ống giáp lưỡi.

III. LÂM SÀNG

Khối u nằm giữa xương móng và sụn giáp, hình tròn hoặc bầu dục, di động lên xuống theo xương móng khi nuốt.

Khối u có thể bị viêm, sưng đỏ hoặc vỡ mủ để lại lỗ dò chảy dịch.

IV. CẬN LÂM SÀNG

1. Siêu âm vùng cổ
2. Chụp Ctscan vùng cổ
3. Chụp X quang đường dò có cản quang nếu có lỗ dò

V. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

- Hạch cổ: hạch dưới cằm thường nằm cao hơn và trước hơn
- U bã đậu: nằm nông hơn
- Tuyến giáp lạc chỗ phân biệt nhờ siêu âm và chụp đồng vị phóng xạ tuyến

VI. ĐIỀU TRỊ

NỘI KHOA: khi u nang giáp lưỡi bị nhiễm trùng

Nếu nhẹ thì dùng đường uống:

- Amoxiciline + Axit Clavulanic: 50-90 mg/kg chia 2: hoặc Cefuroxime: 30-90mg/kg chia 2

- Prednisone: 0,5-1mg/kg/ ngày

Nếu nặng thì dùng đường tiêm:

- Kháng sinh: 1 trong các loại sau

Amoxiciline + Axit Clavulanic: 50-90 mg/kg chia 2 hoặc Ceftriaxone 1g: 50-100mg/kg chia 2; hoặc Ceftazidime 1g: 50-100mg/kg chia 2 ; hoặc Cefpoperazone 1g: 50 – 100mg/kg chia 2

- Kháng viêm: methylprednisolone 40mg: 0,5-1mg/kg/ngày

PHẪU THUẬT:

Phẫu thuật Sistrunk lấy trọn đường dò và 1/3 giữa thân xương móng

VII. CÁC BIẾN CHỨNG SAU PT

- Chảy máu.
- Nhiễm trùng.

UNG THƯ THANH QUẢN

1. ĐỊNH NGHĨA

Ung thư thanh quản là những u thanh quản ác tính xuất phát từ thanh quản.

Đây là ung thư thường gặp, đứng thứ 3 trong các ung thư vùng đầu mặt cổ

Hay gặp ở nam giới, tuổi từ 45 - 70.

2. NGUYÊN NHÂN

Không rõ, có một số yếu tố nguy cơ cao:

- Hút thuốc lá
- Uống rượu
- Nhiễm HPV
- Tiếp xúc tia xạ, hóa chất...

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1 Lâm sàng: có thể gặp 1 hoặc nhiều triệu chứng sau:

- Khàn tiếng / mất tiếng: ngày càng tăng dần, không đáp ứng điều trị nội khoa, có thể có giọng cứng như gỗ
- Nuốt khó, nuốt đau, nuốt vướng
- Khó thở thanh quản: xuất hiện từ từ, tăng dần, có thể nặng lên đột ngột khi có các đợt viêm nhiễm cấp tính đường hô hấp
- Nuốt sặc
- Khạc đàm có lẫn máu
- Mệt mỏi, sụt cân, ăn uống kém
- Suy nhược
- Đau, khó chịu vùng cổ
- Hôi miệng
- Khạc ra các khối mô
- Khỏi u, hạch vùng cổ
- Đau lan lên tai

3.1.2 Cận lâm sàng:

- Nội soi thanh quản: : giúp xác định vị trí và đánh giá kích thước u

- CTscan hay MRI: đánh giá vị trí, kích thước u và độ xâm lấn các cơ quan lân cận
- Siêu âm cổ: để đánh giá hạch di căn
- GPB: giúp chẩn đoán xác định
- XNTP

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Lao thanh quản
- U nhú thanh quản
- Giang mai thanh quản

XẾP LOẠI TMN

Xếp loại T

- T1: u giới hạn ở một vùng thanh quản và dây thanh di động bình thường
- T2: u xâm lấn qua vùng khác của thanh quản, dây thanh di động bình thường hoặc giảm nhẹ
- T3: u xâm lấn qua vùng khác của thanh quản, nhưng chưa ra khỏi thanh quản, dây thanh bất động
- T4: u xâm lấn các cơ quan xung quanh

Xếp loại N

- No: không di căn hạch
- N1: xâm lấn 1 hạch cùng bên ung thư, đường kính hạch ≤ 3 cm
- N2a: xâm lấn 1 hạch cùng bên ung thư, đường kính hạch 3-6 cm
- N2b: xâm lấn nhiều hạch cùng bên ung thư, đường kính hạch ≤ 6 cm
- N2c: xâm lấn hạch đối diện hoặc cả hai bên, đường kính hạch ≤ 6 cm
- N3: có ít nhất 1 hạch bị xâm lấn, đường kính > 6 cm

Xếp loại M

- Mo: không có di căn xa
- M1: có di căn xa
- Mx: chưa xác định có di căn xa

Xếp loại giai đoạn ung thư theo UICC

- Giai đoạn 1: T1NoMo
- Giai đoạn 2: T2NoMo
- Giai đoạn 3: T3NoMo hoặc T1T2T3N1Mo
- Giai đoạn 4: T4NoMo hoặc tất cả T N2N3Mo hoặc tất cả T tất cả N M1.

4. ĐIỀU TRỊ - TIỀN LƯỢNG:

4.1 Nội khoa:

Dùng corticoid nếu có khó thở nhẹ (xem bài khó thở thanh quản)

4.2 Ngoại khoa:

Nếu có khó thở thanh quản IIA trở lên, xem xét việc mổ cấp cứu Mở khí quản + sinh thiết u

Nếu tình trạng ổn định và có GPB (+), điều trị tiếp theo tùy theo giai đoạn và tổng trạng bệnh nhân mà có thể phẫu thuật, xạ trị hay phối hợp cả hai.

- Giai đoạn 1: có thể phẫu thuật hay xạ trị đơn thuần
- Giai đoạn 2: phẫu thuật cắt bán phần thanh quản, kết hợp xạ trị sau phẫu thuật
- Giai đoạn 3,4: phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần ± nạo vét hạch cổ ± kết hợp xạ trị sau phẫu thuật.

5. BIẾN CHỨNG:

- Biến chứng sớm:
 - + chảy máu
 - + nhiễm trùng vết mổ
 - + tràn khí dưới da
 - + dò họng ra da
- Biến chứng muộn:
 - + sẹo hẹp thanh quản
 - + mô hạt viêm thanh khí quản
 - + dính mép trước
 - + tái phát u

1. PHÒNG NGỪA:

- Cầm máu kỹ lúc mổ
- Tuân thủ các nguyên tắc vô trùng
- Sử dụng canule MKQ có bóng sau mổ

A. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SAU CẮT THANH QUẢN BÁN PHẦN

1. ĐỊNH NGHĨA

- Cắt bỏ 1 phần thanh quản.
- Bảo tồn chức năng hô hấp và phát âm.

2. BIẾN CHỨNG

2.1. Ngay sau mổ

- Chảy máu: cổ sưng phồng, ống dẫn lưu ra nhiều máu đỏ tươi, mạch tăng, huyết áp giảm.
- Khó thở: nghẹt canule, viêm phổi do tắc nghẽn.
- Nhiễm trùng vết mổ.
- Nuốt sặc.

2.2. Khi về nhà

- Nuốt sặc.
- Khó thở.
- Viêm phổi do sặc.

3. CHĂM SÓC

3.1. Nằm viện

1. Canule: bệnh nhân thở qua canule có cửa sổ ngay sau mổ.

- Cột dây cố định canule vừa đủ chặt và thắt nút khóa.
- Hút đàm nhớt thường xuyên:
 - Dùng ống mềm hút qua canule.
 - Thời gian mỗi lần hút không quá 20 giây.
 - Số lần hút tùy thuộc xuất tiết nhiều hay ít.
 - Áp lực máy hút: 80 - 100mmHg (100 -150cm H₂O)
 - Nhỏ nước muối sinh lý, hoặc các loại thuốc làm lỏng đàm nhớt (α chymotrypsine, Mistabron...) để tránh khô đặc đàm nhớt.
- Thay rửa nòng trong cửa canule ít nhất 2 lần/ ngày.
- Rút canule
 - Nội soi thanh quản ống mềm kiểm tra: thanh môn, hạ thanh môn thông, rộng.
 - Người bệnh thở thông qua đường tự nhiên (bịt canule có cửa sổ 2-3 ngày, người bệnh thở thông qua đường mũi)
 - Thường là vào ngày 10-15 sau phẫu thuật.

2. Ống dẫn lưu:

- Đảm bảo áp lực dẫn lưu là áp lực âm và kín.
- Không để tắt dẫn lưu.
- Theo dõi dịch chảy ra dẫn lưu mỗi ngày về số lượng, màu sắc, tính chất:
 - Ra máu đỏ tươi, ngày càng tăng, cổ sung phồng: mở lại vết mổ cầm máu.
 - Ra dịch nhầy, bọt: theo dõi dò họng
 - + Nếu ít: băng ép vùng cổ và theo dõi.
 - + Nếu nhiều: mở lại vết mổ đóng dò họng.
- Rút ống dẫn lưu khi lượng dịch ra < 5ml/ngày.

3. Dinh dưỡng và chăm sóc Tube Levin:

- Người bệnh được nuôi ăn qua Tube Levin ít nhất là 10 ngày đầu bằng các chất dinh dưỡng: sữa, súp đảm bảo năng lượng 30-40 kcal/kg/ngày:
 - Chia làm 6-8 bữa/ngày.
 - 150-300 ml/bữa.
- CỤ thể (bảng 1):
- N8 – N9 sau mổ: cho bệnh nhân tập nuốt nước bọt, nếu không sặc và không dò (uống Blue Méthylène, chụp đường dò có cản quang) thì có thể rút Tube Levin vào N10.
- Chế độ dinh dưỡng sau rút Tube Levin: (bảng2)

4. Thay băng:

- Luôn đảm bảo nguyên tắc vô trùng.
- Sát trùng vết mổ bằng Betadine.
- Băng ép vùng cổ trong 48 – 72 giờ.
- Cắt chỉ vết mổ sau 7 ngày.

5. Thuốc:

- Kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, long đàm, chống trào ngược.

Kháng sinh có thể sử dụng 1 trong các loại sau: - Có thể phối hợp thêm Getamycine 0,08g: 1-2 ống/ngày - Có thể phối hợp thêm với Metronidazol (Servizol 0,5g/100ml): 1 chai x 2-3 lần/24giờ.	- Beta-lactams - Cephalosporins thế hệ I,II,III - Macrolides - Quinolones
Kháng viêm: Có thể sử dụng một trong các thuốc sau	- Steroid: có thể sử dụng dạng tiêm trong 3-5 ngày đầu sau đó chuyển sang dạng uống và giảm liều dần + Mezipredone (Depersolone 0,03g) 1ống x 1-3 lần/ ngày + Methylprednisolone (Solumedrol 40mg) 1ốngx 1-3 lần/ngày + Prednisolone 5mg - Enzyme: + Serratiopeptidase (Garzen 10mg): 1-2v x 2,3 lần /ngày + Alphachymotrypsin
Giảm đau : Có thể sử dụng một trong các thuốc sau	- Paracetamol: 30-40mg/kg/ngày, có thể sử dụng dưới dạng: + Perfalgan 10mg/ml x 100ml (TTM) + Panadol, Efferalgan, Dafalgan, Acemol
Long đàm:	• N-acetylcystein: 200mg 1gói –3 gói/ngày • Bromhexin: 4mg –8mg: 1v-2v/ngày. • Eprazinon: 50mg 1-3v/ngày • Ambroxol: 30 mg 1-3 v/ ngày
Chống trào ngược: Có thể sử dụng dạng tiêm 3-5 ngày đầu sau đó chuyển sang dạng uống	PPI: Omeprazole, Pantoprazole, Esomeprazole, Lansoprazole, Rabeprazole,...

6. Các vấn đề khác:

- Chăm sóc mũi miệng:
 - Hút dịch & nhỏ thuốc mũi, giữ gìn vệ sinh răng miệng.
- Vỗ lưng cho người bệnh mỗi buổi sáng để tránh ứ đọng đàm nhớt.
- Cân nặng bệnh nhân mỗi ngày.

- Kiểm tra điện giải mỗi 3 ngày.
- + Khi xuất viện: hướng dẫn bệnh nhân và gia đình các tự chăm sóc tại nhà.
- Nghỉ ngơi 6 tháng sau mổ:
 - Không lao động nặng, không chơi thể thao.
 - Không hoạt động gắng sức trong mọi sinh hoạt.
- Tập ho, vỗ lưng cho bệnh nhân thường xuyên, nhất là vào buổi sáng.
- Làm mạng che để tránh bụi, không khí lạnh vào đường thở.
- Nếu còn mang canule:
 - Thay nòng canule: rút nòng trong 3 lần/ngày, rửa sạch, luộc sôi, để nguội, đặt lại và khóa nòng lại.
 - Lau thuốc sát trùng (Betadine) vùng da xung quanh lỗ canule 1 lần/ngày.
- Tái khám đúng hẹn, hướng dẫn bệnh nhân luyện giọng tại khoa Thanh học.
- Tái khám ngay khi:
 - Có những triệu chứng bất ổn về tồn thân hoặc tại chỗ mổ cắt thanh quản.
 - Khó thở. Sặc khi ăn.
- Lưu ý khi nuôi dưỡng bệnh nhân qua ống sonde dạ dày:
 - Đảm bảo Tube Levin luôn đặt đúng vào dạ dày.
 - Chỉ bơm ăn cho người bệnh ở tư thế ngồi.
 - Bơm chậm 100ml qua ống trong 15 phút.
 - Tráng ống trước và sau khi cho ăn, bơm thuốc (100-200ml nước chín hoặc nước không) + nước muối sinh lý
- Từ ngày thứ 6 trở đi, có thể cho thêm nước trái cây giữa 2 lần

Bảng 1: NUÔI DƯỠNG BỆNH NHÂN QUA ỐNG SONDE DẠ DÀY.

(Trường hợp cắt bỏ thanh quản bán phần – tồn phần)

Ngày	Dịch truyền (ml)	6 giờ	9 giờ	12 giờ	15 giờ	18 giờ	21 giờ	24 giờ
N1	3000-3500	Mỏ	Mỏ	Mỏ	-	-	-	-
N2	2000-2500	-	150ml Nước đường hay coca hớt bọt	150ml sữa hay soup thịt	150ml sữa hay soup thịt	150ml sữa hay soup thịt	150ml sữa	
N3	2000	200ml sữa+1/2 gói E	200ml soup thịt	200ml soup thịt	200ml soup thịt	200ml soup thịt	200ml sữa +1/2 gói E	
N4	1000-1500	250ml sữa +1 gói	250ml soup	250ml soup	250ml soup	250ml soup	250ml sữa +1	

		E	thịt	thịt	thịt	thịt	gói E	
N5	1000	250ml sữa +1 gói E	250ml- 300ml soup thịt	250- 300ml soup thịt	250- 300ml soup thịt	250- 300ml soup thịt	250ml sữa +1 gói E	
N6 – rút ống	Ngưng dịch truyền	300ml sữa+1 gói E	300ml soup thịt	300ml soup thịt	300ml soup thịt	300ml soup thịt	250ml sữa +1 gói E	±250ml sữa+1 gói E

Bảng 2: PHÁC ĐỒ DINH DƯỠNG SAU KHI RÚT SONDE DẠ DÀY (CẮT BỎ THANH QUẢN BÁN PHẦN)

- 2 NGÀY TRƯỚC KHI RÚT SONDE DẠ DÀY: Tập nuốt nước bọt
- SAU KHI RÚT SONDE DẠ DÀY:
 - Ngày 1-Ngày 2: Nuốt sương sa (không nước)
 - Ngày 3-Ngày 4: Nếu không sặc -> Nuốt khoai tây nghiền thịt trứng, nuốt vài muỗng cà phê nước
 - Ngày 5: Nếu không sặc -> Nuốt cháo đặc, nuốt vài muỗng cà phê nước
 - Ngày 6: Nếu không sặc -> Nuốt cháo lỏng, nước.
 - Ngày 7: Nếu không sặc -> Ăn uống bình thường.
- TƯ THẾ KHI ĂN SAU RÚT SONDE DẠ DÀY:
 - Bệnh nhân ngâm một hóp nước (hay thức ăn vón cục) ở trong miệng
 - Hai tay buông lỏng, cúi gập đầu sát vào cổ, nuốt.

B. CHĂM SÓC SAU CẮT THANH QUẢN TOÀN PHẦN

1. ĐỊNH NGHĨA

- Cắt tồn bộ thanh quản.
- Bệnh nhân thở qua lỗ mở khí quản ra da.

2. BIẾN CHỨNG

2.1. Ngay sau mổ

- Chảy máu: cổ sưng phồng, ống dẫn lưu ra nhiều máu đỏ tươi, mạch tăng, huyết áp giảm.
- Khó thở: nghẹt canule, viêm phổi do tắc nghẽn.
- Nuốt sặc
- Dò họng
- Nhiễm trùng vết mổ.

2.2. Khi về nhà

- Sẹo hẹp lỗ mở khí quản ra da.
- Viêm phổi

3. CHĂM SÓC

3.1. Nằm viện

1. Canule: Rút sau mổ 48-72 giờ
2. Ống dẫn lưu: như chăm sóc cắt thanh quản bán phần
3. Dinh dưỡng và chăm sóc Tube Levin
 - Dinh dưỡng trong thời gian nuôi ăn qua Tube Levin giống như trong cắt thanh quản bán phần
 - Sau rút Tube Levin:
 - Tập nuốt nước bọt.
 - Uống nước ít -> tăng dần
 - Chế độ ăn từ lỏng -> đặc.
4. Thay băng
5. Thuốc
6. Các vấn đề khác:
 - Chăm sóc mũi, miệng:
 - Nhắc người bệnh nhổ hết nước bọt ra ngoài trong thời gian nuôi ăn bằng Tube Levin.
 - Hút dịch mũi, nhỏ thuốc mũi, giữ gìn vệ sinh răng miệng.
 - Vỗ lưng cho người bệnh mỗi buổi sáng để tránh ứ đọng đàm nhớt.
 - Cân nặng bệnh nhân mỗi ngày.
 - Kiểm tra điện giải mỗi 3 ngày
 - Giải thích với bệnh nhân các vấn đề:
 - Phải thở vĩnh viễn qua lỗ mở khí quản ra da.
 - Phải ăn qua sonde trong thời gian đầu do đã may ống họng mới.
 - Giải thích với thân nhân
 - Cần tâm lý với bệnh nhân vì họ không nói được, tuy nhiên có thể luyện giọng sau mổ.

3.2. Ra viện

- Hướng dẫn bệnh nhân và gia đình cách tự chăm sóc tại nhà
- Tái khám đúng hẹn.
- Tái khám ngay khi:
 - Có những triệu chứng bất ổn về tồn thân hoặc tại chỗ mổ cắt thanh quản.
 - Khó thở.
 - Sẹo hẹp lỗ mở khí quản ra da
- Luyện tập giọng thực quản

XXX

DÒ LUÂN NHĨ

2. ĐỊNH NGHĨA

- Đây là bệnh bẩm sinh và khá phổ biến. Mới sinh đã có lỗ dò trước và trên bình tai.
- Phần lớn dò luân nhĩ không gây triệu chứng khó chịu gì, một số có chảy dịch, viêm nhiễm hay áp xe hóa.

3. NGUYÊN NHÂN

- Do bất thường trong việc hợp nhất các u His trong quá trình phôi thai

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Chẩn đoán xác định:

- Lâm sàng:
 - Lỗ dò trước và trên bình tai trong đa số trường hợp. Một số có lỗ dò ở những vị trí khác: gờ đối luân, lỗ dò xuyên sụn ra sau tai, ...
 - Khi nhiễm trùng: sưng đỏ và đau, có bọc mủ.
 - Có thể có sẹo mổ cũ
- Cận lâm sàng:
 - Cấy mủ (nếu có)
 - Với những lỗ dò ở vị trí bất thường, đường dò liên quan đến tuyến mang tai, hoặc có sung tuyến mang tai nhiều lần nên có xét nghiệm hình ảnh học: CTscan, MRI, siêu âm
 - BN vừa có Dò luân nhĩ vừa có Dò khe mang nên được kiểm tra thận để loại trừ hội chứng khe mang – tai – thận

4.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Nhiễm trùng trước tai
- U tuyến mang tai
- Dò khe mang số 1
- Dị tật ống tai đôi
- Chấn thương
- Viêm mô tế bào từ viêm ống tai ngoài

5. ĐIỀU TRỊ - TIỀN LƯỢNG:

5.1. Nội khoa: với những dò luân nhĩ đang trong giai đoạn nhiễm trùng

- Điều trị tại chỗ: chọc hút hoặc rạch dẫn lưu mủ
- Điều trị toàn thân:

- Kháng sinh: các kháng sinh: nhóm Beta-lactams, Cephalosporine thế hệ I, II hoặc III (Ví dụ: Augmentin, Zinacef, Fortum...) , Macrolides hay Quinolones.
- Giảm đau: Paracetamol (liều tối đa: 60mg / kg / ngày)
- Kháng viêm, chống phù nề: Corticoids, Bromelain Trypsin , Serratiopeptidase, Alpha chymotrypsine

5.2. Ngoại khoa:

- mổ lấy trọn đường dò với những dò luân nhĩ ổn định, không viêm
- thay băng rửa vết mổ mỗi ngày cho đến khi xuất viện, cắt chỉ sau 7 ngày

6. BIẾN CHỨNG

- Thường gặp nhất là chảy máu và nhiễm trùng
- Nang thanh dịch
- Sẹo lồi

7. PHÒNG NGỪA:

- Cầm máu kỹ, sát trùng cẩn thận, khâu đóng đáy hố mổ tránh tạo khoảng chết
- Cố gắng lấy trọn đường dò để tránh tái phát

XXX

BỆNH LÝ NANG VÀ DÒ KHE MANG

I. ĐỊNH NGHĨA:

Là nang và dò bẩm sinh vùng cổ bên xuất phát từ xoang cổ

II. NGUYÊN NHÂN:

Trong thời kỳ phôi thai, xoang cổ được tạo nên bởi sự phát triển của cung mang II xuống phía dưới che phủ các khe mang 2,3,4 tạo thành cái hốc rỗng, rồi sau đó sẽ biến mất. Trong quá trình phát triển nếu xoang cổ không tiêu đi, nó sẽ biến thành dò hoặc u nang bên cổ..

III. LÂM SÀNG

1. Dò bên cổ:

Lỗ dò thường ở một bên, 5% có lỗ dò hai bên.

Miệng lỗ dò thường nằm bờ trước cơ ức đòn chũm.

a. Dò khe mang số 1 (dò tai cổ)

- Lỗ dò ngoài thường ở vùng cạnh hàm, gần tuyến mang tai.
- Lỗ dò trong nằm ở thành dưới ống tai ngoài.
- Đường dò ngắn, thường đi ngang qua tuyến mang tai.

b. Dò khe mang số 2

- Lỗ dò ngoài : 1/3 trên cổ
- Lỗ dò trong : cực dưới Amidan

c. Dò khe mang số 3: lỗ dò ngang sụn nhẫn

- Lỗ dò ngoài : 1/3 giữa cổ
- Lỗ dò trong : đổ vào xoang lê, thường đi qua chạc cảnh

d. Dò khe mang số 4

- Lỗ dò ngoài : 1/3 dưới cổ
- Lỗ dò trong : đổ vào khí quản

2. Nang khe mang

- Nang bên cổ xuất hiện ở người trẻ 10-30 tuổi, nam = nữ, tiến triển chậm

- Nang tròn giống hình quả trứng, ở bờ trước cơ ức đòn chũm, ngang tâm xương móng, mềm nhẵn không đau, di động dễ dàng

- Nang có thể nhiễm trùng, sưng đau, hoặc vỡ mủ để lại lỗ dò

IV. CẬN LÂM SÀNG

1. Siêu âm vùng cổ

2. Chụp Ctscan vùng cổ

3. Chụp X quang đường dò có cản quang nếu có lỗ dò

V. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

- Hạch cổ: do viêm hoặc ung thư

- U mỡ, u mạch máu, Schwannoma, u tuyến nước bọt

VI. ĐIỀU TRỊ

NỘI KHOA: khi nang hoặc dò khe mang bị nhiễm trùng

Nếu nhẹ thì dùng đường uống:

- Amoxiciline + Axit Clavulanic: 50-90 mg/kg chia 2: hoặc Cefuroxime: 30-90mg/kg chia 2

- Prednisone: 0,5-1mg/kg/ ngày

Nếu nặng thì dùng đường tiêm:

- Kháng sinh: 1 trong các loại sau

Amoxiciline + Axit Clavulanic: 50-90 mg/kg chia 2 hoặc Ceftriaxone 1g: 50-100mg/kg chia 2; hoặc Ceftazidime 1g: 50-100mg/kg chia 2 ; hoặc Cefpoperazone 1g: 50 – 100mg/kg chia 2

- Kháng viêm: methylprednisolone 40mg: 0,5-1mg/kg/ngày

PHẪU THUẬT:

Phẫu thuật lấy nang hoặc dò khe mang

Nếu không lấy hết đường dò thì tỷ lệ tái phát cao

VII. CÁC BIẾN CHỨNG SAU PT

- Chảy máu.
- Nhiễm trùng.
- Tổn thương dây TK VII(PT lấy dò khe mang số 1)

PAPILLOMA THANH QUẢN

1. ĐỊNH NGHĨA

U nhú thanh quản, còn gọi là bướu gai thanh quản hay papilôm thanh quản là một trong những khối u lành tính thường gặp ở thanh quản.

Bệnh có thể gặp ở người lớn và trẻ em với tỉ lệ 2/3 là trẻ em.

2. NGUYÊN NHÂN: Nguyên nhân sinh bệnh u nhú là loại siêu vi HPV (Humanpapilomavirus), chủ yếu là tít 6 và 11

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1 Chẩn đoán xác định:

3.1.1 Lâm sàng:

- khàn tiếng
- khó thở
- thở rít, thở khò khè
- Ở người lớn, u có khả năng trở thành ác tính nhưng ít gây bít tắc đường thở và phát triển thường có tính chất khu trú.
- Ở trẻ em, u tuy ít có khả năng trở thành ác tính nhưng lại phát triển nhanh và ồ ạt tại vùng thanh quản dễ gây bít tắc đường thở đưa đến tử vong và có khả năng lan xuống đường hô hấp dưới như khí quản, phế quản, thậm chí đến tận nhu mô phổi

3.1.2 Cận lâm sàng:

- Nội soi thanh quản: cho hình ảnh papilloma thanh quản, giúp thấy vị trí và mức độ mọc của papilloma.
- X quang ngực, nhất là CT scan, hoặc MRI vùng ngực: rất cần thiết khi xác định papilloma lan khí phế quản và phổi

3.2 Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm thanh quản
- Liệt dây thanh
- Các u lành khác của thanh quản
- Ung thư thanh quản
- Lao thanh quản

4. ĐIỀU TRỊ - TIÊN LƯỢNG:

4.1 Nội khoa:

- Điều trị nội khoa hỗ trợ nhằm tác động trên hệ thống miễn dịch của cơ thể hoặc tác động trên siêu vi HPV để làm biến mất u nhú, ngăn chặn sự tái phát hoặc ít nhất kéo dài thời gian giữa hai lần tái phát.

- Thông thường, để bảo đảm đạt kết quả cao nhất, người ta thường phối hợp một phương pháp điều trị phẫu thuật với một phương pháp điều trị hỗ trợ hoặc phối hợp cùng lúc nhiều phương pháp điều trị

4.2 Ngoại khoa: nội soi cắt hút

- Gây mê toàn thân đặt nội khí quản với ống kích thước nhỏ. Nếu bệnh nhân đã được mở khí quản thì gây mê qua lỗ mở khí quản. Đối với người lớn và khối u nhỏ, khu trú thì có thể gây mê tĩnh mạch. Trong trường hợp này, phẫu thuật viên phải thao tác nhanh và chính xác để tránh gây chảy máu vào lòng khí phế quản. Nếu bệnh nhân có sẹp hẹp khí quản thì đặt ống phù hợp nhưng phải bảo đảm thông khí. Nếu có u nhú ở mép sau, ống nội khí quản sẽ được đẩy lên trên để bộc lộ phẫu trường.
- Soi thanh quản treo và bộc lộ rõ phẫu trường với mép trước và hạ thanh môn. Dùng optique 0° và 30°, đường kính 4mm để quan sát rõ quá trình phẫu thuật.
- Dụng cụ hoạt động theo cách xoay chiều (oscillate) với tốc độ cao nhất là 1000rpm khi thao tác gần và trên dây thanh. Có thể điều chỉnh hỗ trợ thêm bằng bàn đạp chân. Đối với khối u lớn và xơ thì có thể tăng tốc độ lên tới 3000 rpm.
- Dụng cụ dao phải luôn được nối với ống dịch truyền treo cao (1000ml) và nối với máy hút với áp lực đủ để hút các thương tổn đã được cắt (150-180 mmHg).
- Cầm máu bằng gòn tẩm Naphtazoline. Trường hợp chảy máu nhiều có thể dùng gòn tẩm Adrenalin 1/1000.
- Lưu ý trước khi cắt hút phải lấy một mẫu mô gửi giải phẫu bệnh

CHĂM SÓC SAU MỔ:

- Cho bệnh nhân nằm đầu nghiêng.
- Theo dõi M, HA, nhịp thở, và vỗ lưng mỗi 4 giờ 1 lần.
- Nếu bệnh nhân có mở khí quản:
 - Nhỏ nước muối sinh lý vào canule 5 lần / ngày, mỗi lần 3-4 giọt
 - Hút qua Canule bằng ống mềm khi có nhiều xuất tiết.
 - Tháo và rửa nòng trong ít nhất 2 lần/ ngày
 - Thay gạc và vệ sinh quanh lỗ mở khí quản bằng dung dịch sát trùng (Betadine).
 - Kiểm tra dây cột canule mỗi ngày.
- Sử dụng thuốc:
- Kháng sinh (dùng một trong các loại):
 - Beta-lactams
 - Cephalosporins thế hệ I,II,III
 - Macrolides
 - Quinolones
- Sử dụng đường uống. Trong trường hợp có kèm theo các nhiễm trùng khác làm cho tình trạng bệnh nặng hơn có thể thay thế bằng kháng sinh chích.
- Kháng viêm:
 - Ngày thứ nhất: Depersolone: 1mg/kg /ngày(TM) hoặc Solumedrol
 - Ngày thứ 2 trở đi: Prednisolone: 1mg/kg ngày (uống)
- Long đàm (dùng một trong các loại thuốc):

- N-acetylcystein: 200mg 1gói –3 gói/ngày tùy theo tuổi hay cân nặng
- Bromhexin: 4mg –8mg: 1v-2v/ngày.
- Eprazinon: 50mg 1-3v/ngày
- Ambroxol: 30 mg 1-3 v/ ngày

Theo dõi khi ra viện:

- Ghi rõ địa chỉ, số điện thoại để liên lạc nhất để liên lạc khi cần thiết.
- Dẫn dò nếu bệnh nhân khó thở do đọng nhiều xuất tiết, gây hoặc rớt canule nhập viện ngay.
- Tái khám định kỳ:
 - Trong 2 năm đầu: mỗi 1–2 tháng một lần nếu chưa mở khí quản, mỗi 3 tháng một lần nếu đã mở khí quản.
 - Trong những năm tiếp theo: Trung bình 6 tháng một lần tùy theo mức độ lan rộng của papilloma và tuổi của bệnh nhân.

5. BIẾN CHỨNG:

- Chảy máu
- Sẹo dính thanh quản

6. PHÒNG NGỪA:

- Cầm máu kỹ lúc mổ
- Cố gắng bảo tồn niêm mạc thanh khí quản, tránh cắt phạm quá nhiều để gây sẹo dính, nhất là vùng mép trước dây thanh

XXX

SẼO HẸP THANH KHÍ QUẢN

1.ĐỊNH NGHĨA :

Sẻo hẹp thanh khí quản là tình trạng bí tắc một phần hay toàn phần thanh khí quản, có thể do bẩm sinh hay mắc phải.

2. NGUYÊN NHÂN :

2.1. Nguyên nhân bẩm sinh :

2.1.1. Bẩm sinh :

Biệt hóa không đầy đủ trong thời kỳ phôi thai, gây nên tình trạng bất thường về cấu trúc có thể ở sụn hay niêm mạc thanh khí quản, gây nên tình trạng hẹp thanh khí quản.

2.1.2. Mắc phải:

- Chấn thương thanh khí quản từ ngoài
- Chấn thương thanh khí quản từ trong : Đặt nội khí quản, phẫu thuật thanh quản,...
- Bệnh lý mãn tính vùng thanh khí quản
- U vùng thanh khí quản

2.2. Theo vị trí hẹp : hẹp phía trước, phía sau hay hoàn toàn

2.3. Theo mức độ hẹp : Phân loại Cotton-Mayer

- Độ I : <50% khẩu kính
- Độ II : 50%<< 71% khẩu kính
- Độ III : 71%<< 99% khẩu kính
- Độ IV : > 99% khẩu kính

3.TRIỆU CHỨNG :

Tùy theo vị trí hẹp và mức độ hẹp mà bệnh nhân có thể có các triệu chứng: khàn tiếng, thở rít, khó thở thanh quản, ở trẻ có tiếng khóc bất thường có thể kèm theo ho. Tuy nhiên ở trẻ nhỏ phải thăm khám kỹ để loại trừ hẹp cửa mũi sau, mềm sụn thanh khí quản.

4. CHẨN ĐOÁN

- Hỏi tiền sử bệnh
- Thăm khám lâm sàng
- Nội soi thanh khí quản ống mềm hay ống cứng

- chụp Xquang cổ thẳng – nghiêng : Có giá trị ở trẻ nhỏ
- CT Scan : rất có giá trị chẩn đoán
- MRI: Hữu ích trong khối u thanh khí quản.

4.2 CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT :

- Viêm thanh quản phù nề
- Mềm sụn thanh quản

5. ĐIỀU TRỊ

Điều trị nhằm mục đích tái tạo hình dáng, chức năng thở và phát âm. Tuy nhiên rất khó đạt mục đích này, phẫu thuật viên cần có nhiều kinh nghiệm và thời gian. Tùy theo vị trí hẹp và mức độ hẹp, cơ địa của người bệnh mà cách điều trị khác nhau:

- Trường hợp khó thở : Mở khí quản cấp cứu
- Màng WEBS, hẹp hạ thanh môn phần mô mềm độ I và II : chỉnh hình sẹo hẹp qua nội soi, cắt bỏ mô xơ chỗ hẹp (Có thể dùng laser) bôi mytomicine C, có thể phối hợp nong bằng bóng định kỳ
- Đặt mảnh ghép tự thân hay nhân tạo vào các vòng sụn khí quản hẹp. mảnh ghép tự thân thường dùng là sụn sườn, sụn vành tai, sụn giáp hay xương móng
- Cắt bỏ đoạn hẹp khí quản, nối tận tận một thì hay hai thì
- Đặt montgomery T-tube Stent, Aboulker Stent

6. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH THANH KHÍ QUẢN BAO GỒM

6.1. Kỹ thuật kín : qua đường soi thanh khí quản trực tiếp

6.2. Kỹ thuật mở :

- Đặt mảnh ghép (bằng sụn) trước và sau sụn nhẫn
- Nối tận – tận : bán phần hoặc toàn phần

Sau khi chỉnh hình có thể đặt T –tube hoặc không đặt ống dẫn (T)

6.3. Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ :

- Khám bệnh xem các kết quả xét nghiệm và nội soi trước phẫu thuật cẩn thận
- Giải thích cặn kẽ cho bệnh nhân

+ Những thuận lợi và khó khăn khi phẫu thuật

+ Tiến trình phẫu thuật đơn giản dễ hiểu

+ Những tai biến có thể xảy ra sau phẫu thuật, đặc biệt là 2 tuần đầu

+ Khả năng thành công của phẫu thuật

+ Thời gian cần thiết phải theo dõi sau phẫu thuật và sau khi rút ống thở

- Nếu có mở khí quản :
 - + Chăm sóc Canule bảo đảm sạch trong khi phẫu thuật
 - + Nâng đỡ tổng trạng
 - + Kháng sinh, kháng viêm, chống trào ngược dạ dày – thực quản (xem chăm sóc sau cắt bỏ thanh quản bán phần)
- 6.4. Các tai biến có thể gặp sau phẫu thuật
 - Nghẹt đàm
 - Chảy máu : Tại vị trí rạch da hoặc niêm mạc lòng thanh khí quản
 - Tràn khí dưới da + trung thất
 - Đứt các mối chỉ :
 - + Mảnh ghép lọt vào lòng thanh khí quản
 - + Tại vị trí nối tận – tận
 - Viêm phổi

Các tình huống này nếu không phát hiện và xử lý kịp thời sẽ gây tử vong

7. CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

7.1. Phẫu thuật nội soi

7.1.1. N1-N3

- Nằm tư thế đầu cao
- Theo dõi dấu sinh hiệu 3 lần/ ngày
- Theo dõi tình trạng khó thở thường do nghẹt đàm, phù nề chảy máu .
- Kháng sinh , kháng viêm ., long đàm , chống trào ngược dạ dày- thực quản

7.1.2. N4

- Về khoa
- Theo dõi tình trạng khó thở tiếp tục

7.1.3. N7-N8

- Xuất viện

7.2. Phẫu thuật theo đường ngoài : bệnh nhân thường có đeo Canule hoặc có đặt T-tube.

7.2.1. N1-N8 : lưu ở sẵn sóc đặc biệt

- Theo dõi sinh hiệu , nhịp thở, nhiệt độ
- Chăm sóc Canule hoặc T-tube : hút đàm + máu mỗi 15-30phút/lần – Nhỏ NaCl 0.9% vào Canule hay ống T mỗi 2giờ/lần (xem thêm chăm sóc sau mở khí quản và cắt bỏ thanh khí quản bán phần).
- Ăn qua tube Levine (xem thêm cắt bỏ thanh quản toàn phần).
- Nằm tư thế đầu cao
- Vỗ lưng ngày 4 lần cách nhau 6 giờ một lần
- Thay băng mỗi ngày – rút ống dẫn lưu N2 nếu có đặt – kháng sinh kháng viêm giảm đau chống trào ngược dạ dày thực quản (xem cắt bỏ thanh quản toàn phần)
- Kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, long đàm, chống trào ngược
-

KHÁNG SINH (1 TRONG CÁC LOẠI SAU)	CEFOTAXIME : 1G-2G/ 12GIỜ CEFUROXIM: 50 MG – 100 MG /KG/NGÀY CEFTAZIDIME : 1G – 2G / 12GIỜ CEFTRIAZONE : 20 MG – 100 MG / KG / NGÀY CEFPOPERAZONE 1G: 50 – 100MG/KG/NGÀY
KHÁNG VIÊM (1 TRONG CÁC LOẠI SAU)	STEROIDE . NON – STEROIDE ENZYME
GIẢM ĐAU (1 TRONG CÁC LOẠI SAU)	-PARACETAMOL 1G – 2G / 4 GIỜ (KHÔNG QUÁ 8G / 24 GIỜ) -PARACETAMOL : 20 MG – 30 MG / KG / NGÀY
LONG ĐÀM	ACÉTYLCYSTÉINE
CHỐNG TRÀO NGƯỢC	PPI (ỨC CHẾ BƠM PROTON) OMEPRAZOL 20 MG

Lưu ý : Có 02 tai biến gây tử vong có thể xảy ra trong thời kỳ này

- Nghẹt toàn bộ ống T tube do đàm máu
- Đứt một chỉ tại vị trí tận – tận. Vì vậy luôn sẵn sàng dụng cụ đặt nội khí quản và dụng cụ để lấy ống T và bộc lộ hở mỗ có thể ngay tại giường

7.2.2. N8-N14

- Cắt chỉ, nằm tại khoa
- Chăm sóc Canule tiếp
- Thuốc :
 - Kháng sinh: nếu BC tăng (>10.000) hoặc bệnh >= 5 ngày (một trong các loại thuốc)
 - + Amoxicillin(clamocyl)
 - + Amoxicillin + Acidclavutanic (Augmentin, Curam, Medoclave.,)
 - + Cefadroxil (Biodroxil) 0.5g 2v x 2/ngày
 - Giảm đau
 - Perfalgan 1g : 1g-2/24giờ
 - Paracetamol 30mg-40mg/kg

7.2.3. N14

- Xuất viện, hướng dẫn bệnh nhân cách tự chăm sóc canule, hoặc Tube tại nhà
- Soi thanh quản lại sau 3 tuần

VIÊM TẮY – APXE VÙNG CỔ

1.ĐỊNH NGHĨA :

- Viêm tấy – apxe vùng cổ là tình trạng nhiễm trùng khoang giữa các lớp cân mạc vùng cổ
- Tình trạng nhiễm trùng này nếu không được giải quyết kịp thời có thể đưa đến biến chứng nặng như :apxe trung thất , chèn ép đường thở , vỡ động mạch cảnh , nhiễm trùng huyết và tử vong .

2.NGUYÊN NHÂN :

a. Viêm tấy – apxe vùng dưới xương hàm dưới

- Nhiễm trùng vùng dưới hàm . Có thể nhanh chóng lan tỏa vùng dưới lưỡi .
- Nguyên nhân thường do nhiễm trùng răng hàm , nhanh chóng lan tỏa viêm mô tế bào dưới lưỡi , dưới hàm, sàn miệng hai bên , được gọi là viêm họng Ludwig . Tiến triển nặng có thể gây chèn ép đường thở , apxe trung thất và nhiễm trùng huyết .
- Nguyên nhân khác có thể gặp là : viêm hạch cổ , viêm tuyến dưới hàm , viêm mô tế bào vùng cổ vô căn , ...

b. Viêm tấy - apxe khoang cạnh hầu

- Nhiễm trùng khoang cạnh hầu . Có thể diễn tiến đến vùng bó cảnh và khoang sau hầu .
- Nguyên nhân : viêm nhiễm từ vùng đáy lưỡi , hạch lympho , quanh amidan , tuyến dưới hàm , răng hàm , tuyến mang tai , tuyến giáp .

c. Viêm tấy – apxe khoang sau hầu

- Nhiễm trùng khoang sau hầu . Có thể diễn tiến lan tỏa đến trung thất .
- Nguyên nhân : viêm nhiễm do dị vật (thường gặp nhất là ở xương cá) , dò vùng cổ , viêm hạch cổ , sang chấn sau soi thực quản .

d. Viêm – apxe vùng tuyến mang tai

- Nhiễm trùng giữa bờ nông và sâu tuyến mang tai . Có thể diễn tiến lan tỏa đến khoang sau hầu , bó cảnh , trung thất .
- Nguyên nhân : viêm tuyến mang tai .

3.CHẨN ĐOÁN :

3.1 LÂM SÀNG :

- Sưng , nóng ,đỏ đau vùng cổ bị viêm tấy . Dấu phập phều khi diễn tiến apxe hóa
- Vẻ mặt mệt mỏi, sốt , môi khô , lưỡi đỏ , khó ăn uống ...
- Đau tức vùng ngực , khó thở , chảy máu ồ ạt khi có biến chứng apxe trung thất , chèn ép đường thở hoặc vỡ động mạch cảnh .

3.2 CẬN LÂM SÀNG

- X quang : ít có giá trị , trừ trường hợp phát hiện dị vật vùng cổ cản quang (sau hóc xương) hoặc hình ảnh apxe trung thất .
- CT scan : rất có giá trị chẩn đoán , giúp đánh giá mức độ apxe , vị trí và tìm nguyên nhân.
- Xét nghiệm máu :
 - . Bạch cầu tăng cao do tình trạng nhiễm trùng .
 - . Đường máu cao : có thể gặp , nhất là trong viêm họng Ludwig
 - . Suy giảm miễn dịch : HIV, suy thận ,...

3.3 Tiêu chuẩn chẩn đoán : Sưng nóng đỏ đau vùng cổ + hình ảnh CT Scan ổ apxe vùng cổ

4. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT :

- Viêm tấy cơ vùng cổ
- Viêm tấy hạch vùng cổ

5. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị nội khoa :

4.1.1. Kháng sinh :

- Loại kháng sinh có tác dụng toàn thân , phổ rộng loại uống hoặc tiêm : nhóm Beta – Lactams , Cephalosporime thế hệ I , II hoặc III (Ví dụ Augmentin , Zinacef , Fortum ...)
- Phối hợp Metronidazole truyền tĩnh mạch nếu nghi ngờ có vi khuẩn yếm khí .

4.1.2 . Giảm đau : paracétamol (liều tối đa 60 mg / kg/ ngày)

4.1.3 Kháng viêm , chống phù nề :

- . Serratiopeptidase , Alpha Chymotrypsine : 1-2 viên x 3 lần / ngày .
- . Nếu phù nề nhiều có thể sử dụng corticoide dạng tĩnh mạch (Solumedrol 40mg, Depersolon 30mg, ...) hoặc dạng uống (methyl prednisolone : 4-48 mg / ngày, prednisone, ...)

4.2. Điều trị ngoại khoa:

- Dẫn lưu apxe đường trong miệng hoặc đường ngoài.
- Cố gắng tìm dị vật nếu nguyên nhân gây apxe là do dị vật
- Nếu nguyên nhân gây apxe là do các loại dò vùng cổ thì phải dẫn bệnh nhân tái khám, tìm nguyên nhân và mổ lấy đường dò triệt để, tránh tái phát.

U XƠ VÒM MŨI HỌNG

1. ĐỊNH NGHĨA:

U xơ vòm là một u lành tính xuất phát từ vòm mũi họng, giàu mạch máu hay gặp ở trẻ em nam tuổi dậy thì 15 - 20 tuổi, thường phải điều trị bằng phẫu thuật.

Về vi thể gồm có các tế bào xơ trưởng thành với những bó sợi chắc và nhiều mạch máu đi tới làm thành lưới mạch phong phú.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1 Triệu chứng lâm sàng :

U xơ phát triển chậm, lúc đầu chỉ gây ngạt mũi một bên, tăng dần, sau khối u phát triển to ra lấp kín lỗ mũi sau gây ngạt tất cả hai bên, nói giọng mũi kín, luôn có ứ đọng mũi nhầy trong hốc mũi.

Chảy máu mũi: lúc đầu thỉnh thoảng mới chảy máu, chảy ít, tự cầm. Sau ngày càng tăng, một vài ngày chảy một lần, lượng chảy cũng nhiều hơn, kéo dài hơn gây thiếu máu mạn tính, thể trạng xanh, yếu đi. Ngoài ra thường có ù tai, nghe kém thể truyền âm do khối u che lấp vòi Eustachi.

Soi mũi trước: khối u có thể tràn lấp các hốc mũi hay chỉ chiếm một phần phía sau hoặc sàn mũi, u nhẵn như polyp mũi, nhưng căng, trắng đục và mật độ chắc hơn polyp.

Soi mũi sau: u lấn vào che lấp lỗ mũi sau hay đã lan vào vòm mũi họng, che lấp một phần hay cả cả hai lỗ mũi sau. Khi quá to có thể che lấp cả vòi Eustachi và đẩy màn hầu phòng lên.

Sờ vòm bằng ngón tay thấy mật độ khối u chắc, hay có dính máu đầu ngón tay.

2.2 Chẩn đoán xác định u xơ vòm dựa vào kết hợp nội soi vòm và CT-Scan

3. BIẾN CHỨNG:

U xơ tuy là u lành tính nhưng nếu để phát triển tự nhiên sẽ gây ảnh hưởng lớn:

Làm sập hàm ếch, tiêu xương hàm trên.

Phát triển vào hố chân bướm hàm gây ảnh hưởng đến nhai.

Qua xoang sàng vào ổ mắt, đẩy lùi nhãn cầu hoặc qua xoang sàng, bướm phát triển vào nội sọ, những tiến triển trên thường gặp trong u xơ vòm thành bên thể Sébilleau.

4. ĐIỀU TRỊ: chủ yếu là phẫu thuật

- Nếu u nhỏ có thể lấy qua đường nội soi mũi xoang, trong trường hợp u lớn cần lấy qua đường cạnh mũi.

- Đa số bệnh nhân cần phải được chụp DSA và tắc mạch trước phẫu thuật để kiểm soát chảy máu.
- Trong thời gian hậu phẫu phải theo dõi sát tình trạng chảy máu, mạch huyết áp, nếu Hct<25% phải truyền máu bồi hân.
- Hậu phẫu: Kháng sinh, thuốc chống phù nề, thuốc giảm đau bằng đường tiêm chích.

Điều trị	Thuốc
Kháng sinh (dùng 1 trong các loại sau)	- Beta-lactams - Cephalosporins thế hệ I,II,III - Macrolides - Quinolones
Kháng viêm (Chọn 1 khi không chống chỉ định) dùng trong 3-5 ngày	+ Methyl Prednisolone (Solumedrol) 40mg: 1-2 lọ/ngày (sáng) -Sau đó dùng kháng viêm dạng men: Alphachymotrypsine (α 21 μ K) : 2v x 2-3 lần/ngày
Kháng Histamine	- Thế hệ I như Clopheramin - Thế hệ II như Fexofenadin, Loratadin, Desloratadin, Cetirizin - Thế hệ III như Levo-cetirizin.
Giảm đau (chích)	Paracetamol (Panadol, Efferalgan) 0,5g 1v x 2 lần/ngày trong 3 ngày

- Nâng tổng trạng bằng truyền dịch nếu cần thiết.
- Nhỏ nước muối sinh lý vào mèche mũi.
- Rút mèche mũi sau (ngày 3).
- Ngày thứ 4 rút mèche mũi trước (tại phòng mổ nếu cần).
- Thay băng vết mổ hằng ngày và cắt chỉ vết khâu ngồi da vào ngày thứ 7.
- Sau khi rút hết mèche cho bệnh nhân nội soi mũi xoang để đánh giá phẫu thuật. Tiếp tục cho bệnh nhân nhỏ nước mũi trong nhiều tuần để hạn chế việc hình thành các vảy mũi.
- Bệnh nhân cần được theo dõi và thăm thường xuyên 2 tuần/lần trong tháng đầu tiên và mỗi 2 tháng /lần trong 2 năm đầu để có thể sớm phát hiện u tái phát.
- Tránh táo bón.
- Lưu ý: kiểm tra chức năng gan, thận trước khi cho thuốc

XXX

ÁP XE VÁCH NGĂN

1. ĐỊNH NGHĨA: là tình trạng vách ngăn bị nhiễm trùng tạo mủ ứ đọng bên trong lòng vách ngăn làm phồng vách ngăn.

2. NGUYÊN NHÂN: thường do nhiễm trùng sau chấn thương vách ngăn, phẫu thuật vách ngăn hoặc do nguyên phát.

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1 Chẩn đoán xác định:

3.1.1 Triệu chứng lâm sàng

- **Triệu chứng toàn thân:** bệnh nhân mệt mỏi, sốt cao, nhức đầu...
- **Triệu chứng tại chỗ:** đau nhức trong mũi, nghẹt mũi...
- **Thăm khám:** qua đèn clar hay nội soi mũi xoang thấy niêm mạc vách ngăn viêm đỏ, vách ngăn phồng che kín hốc mũi...

3.1.2 Cận lâm sàng: CT scan: giúp xác định chẩn đoán và tìm các nguyên nhân gây áp xe như sau chấn thương, tìm mảnh xương chết

3.1.3 Tiêu chuẩn chẩn đoán: Bệnh nhân có sưng đau, nghẹt mũi, sốt nhức đầu, nội soi mũi xoang thấy vách ngăn phồng, niêm mạc viêm đỏ, chọc hút vách ngăn ra mủ vàng hay xanh (có thể làm KSD).

3.2 Chẩn đoán phân biệt:

- Tụ máu vách ngăn: bệnh nhân có tiền căn chấn thương, hay sau phẫu thuật, có nghẹt mũi, căng mũi nhưng đau nhức ít hơn. Ít có triệu chứng nhiễm trùng toàn thân như sốt, mệt mỏi Chọc hút ra máu đông, không phải mủ.
- Sa màng não: Khối phồng diễn tiến chậm, bệnh nhân chỉ cảm thấy nghẹt mũi ngày càng tăng, không có triệu chứng nhiễm trùng. Nội soi thấy vách ngăn phồng, niêm mạc trơn láng không sung huyết. Những trường hợp này nên chỉ định chụp CT trước giúp chẩn đoán loại trừ.

4. ĐIỀU TRỊ:

4.1 Điều trị nội khoa

4.1.1 Điều trị tại chỗ: Dẫn lưu mủ tại phòng thay băng hay ở phòng mổ.

- Dùng dao số 18 rạch 1 hoặc 2 đường dưới chân vách ngăn song song với sàn mũi lệch nhau (tránh thủng vách ngăn)
- Dùng meche betadin rửa thấm thấu trong lòng vách ngăn
- Tán merocel 2 bên hay meche

4.1.2 Điều trị toàn thân:

4.1.2.1 Kháng sinh: loại chính (theo kết quả KSD), trong trường hợp chưa có kết quả có thể sử dụng các loại thuốc sau:

- Amoxiciline + acid clavulanic (1g) 1 lọ ngày 2 lần (TM)
- Ceftazidime (1g) 1 lọ ngày 2 lần (TM), Ceftriaxone (1g) 1g x 2-3 lần/ ngày.
- Metronidazole 500mg/100ml 1 chai TTM ngày 2 lần 30 giọt/ phút hay Flagyl 250 mg 2v x2 uống.
- Nếu bệnh nhân dị ứng với nhóm Penicilline có thể thay thế bằng nhóm Quinolone hay Clindamycine (TTM)

4.1.2.2 Kháng viêm: Corticoid (Methylprednisolone 40 mg) 1-2 lọ (TTM) ngày 1-2 lần. Trong trường hợp bệnh nhân có chống chỉ định sử dụng corticoid có thể thay thế bằng kháng viêm dạng men như Alphachymotrypsin 21mk 2v ngày ngâm từ 2-3 lần

4.1.2.3 Giảm đau: Paracetamol (500mg) 1v ngày 3 lần, nếu bệnh nhân có men gan cao, hay dị ứng nhóm paracetamol có thể sử dụng Floctafenin 1v ngày uống 2 lần. Nếu bệnh nhân chỉ có men gan cao nên sử dụng Paracetamol (325mg) + Ibuprofen (200mg): 1v ngày uống 2 lần.

4.1.2.4 Một số kháng dị ứng như Cetirizin 10 mg 1v uống, Desloratadin, Dexchlorphenamin, Chlorphenamin 4 mg ngày uống 1v vào buổi tối. Raputadin 10mg 1v ngày uống 1 lần.

4.2 Điều trị ngoại khoa:

- Khi bệnh nhân áp xe vách ngăn mà có mảnh xương chết hay chọc hút tại phòng thay băng không hiệu quả, bệnh nhân được dẫn lưu áp xe dưới phòng mổ qua gây mê toàn thân.
- Mê nội khí quản
- Optic 0 độ
- Dùng dao số 18 rạch 1 hoặc 2 đường dưới chân vách ngăn song song với sàn mũi lệch nhau (tránh thủng vách ngăn). Hút sạch mủ, lấy bỏ các mảnh xương chết.
- Dùng meche betadin rửa thẩm thấu trong lòng vách ngăn.
- Tấn merocele 2 bên hốc mũi hay meche
- Hút họng sạch.

- Qui trình chăm sóc:
 - + Bệnh nhân được xử dụng kháng sinh chích tối thiểu 7 ngày.
 - + N5: rút merocele hay meche
 - + N6: nội soi mũi xoang.

5. BIẾN CHỨNG:

- Nhiễm trùng huyết
- Hoại tử vách ngăn.
- Thủng vách ngăn

6. PHÒNG NGỪA:

- Không dùng tay ngoáy mũi, không nặn mụn phần tiền đình mũi
- Người bị tiểu đường dễ bị bệnh này nên uống thuốc, ăn uống đúng và tái khám đầy đủ.
- Khi chấn thương có nghẹt mũi phải đến tái khám ngay.
- Phẫu thuật viên mổ vách ngăn phải đảm bảo các thao tác kỹ thuật.

7. NGĂN NGỪA RỦI RO

- Trước khi chọc hút mũi phải xét nghiệm máu kiểm tra CTM, đường huyết, chức năng gan thận...
- Hỏi tiền sử dị ứng thuốc hay không
- Giải thích rõ ràng các bước tiến hành điều trị như chọc hút tại phòng tiểu phẫu, phòng NSMX hay phòng mổ

VỆO VÁCH NGĂN

1. ĐỊNH NGHĨA

Vẹo vách ngăn rất thường gặp (80%), xảy ra khi vách ngăn mũi bị lệch về một bên.

2. NGUYÊN NHÂN

Chấn thương: thường gặp nhất.

Bất thường bẩm sinh: do sức ép lên mũi lúc sanh.

Liên quan đến bệnh rối loạn gen của mô liên kết: như hội chứng Marfan và hội chứng Ehlers-Danlos.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1 Chẩn đoán xác định:

3.1.1 Lâm sàng

3.1.1.1 Triệu chứng cơ năng

- Thường xuyên nghẹt mũi một hoặc hai bên
- Chảy máu mũi tái phát
- Nhiễm trùng mũi xoang tái phát
- Đau nhức mặt, nhức đầu
- Ngủ ngáy (ở trẻ em)

3.1.1.2 Triệu chứng thực thể

Qua khám dưới đèn Clar và banh mũi hoặc qua nội soi mũi xoang, có thể gặp nhiều loại vẹo vách ngăn, có thể chia làm 3 loại:

- Vẹo theo chiều dọc (khớp sụn-xương), tạo mào vách ngăn ở bên vẹo và có rãnh ở bên còn lại.
- Vẹo dọc và gấp góc ở phía trước làm vách ngăn lồi ra ở một bên mũi (vẹo hình chữ S).
- Vẹo do sụp lõm xuống, tạo thành một chỗ phình ít hay nhiều (vẹo hình chữ C).

3.1.2 Cận lâm sàng: CT scan: giúp xác định chẩn đoán

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị nội khoa

Đa số trường hợp vẹo vách ngăn được cơ thể thích nghi. Nếu không có triệu chứng thì không cần phẫu thuật.

4.2. Điều trị ngoại khoa

a. Phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn: khi vẹo vách ngăn gây rối loạn chức năng, làm ảnh hưởng đến sự thông khí của xoang và tai.

Chú ý, phẫu thuật vách ngăn không nên thực hiện trên bệnh nhân dưới 18 tuổi do sự phát triển của xương vách ngăn mũi ở lứa tuổi này thường chưa hoàn chỉnh

b. Chăm sóc sau phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn

- Theo dõi sinh hiệu M, HA, T⁰, 4 lần/ngày đầu.
- Theo dõi tình trạng chảy máu:
 - + Rỉ ít qua mèche mũi trước, theo dõi nằm đầu cao, chườm lạnh.
 - + Chảy xuống thành sau họng khiến bệnh nhân khạc nhổ nhiều, nhét thêm mèche mũi trước. Nếu cần có thể rút ra nhét lại.
 - + Theo dõi tụt mèche xuống họng:
 - ✓ Nếu dài thì cắt bỏ bớt
 - ✓ Nếu ngắn thì dùng ngón tay đẩy mèche lên.
 - ✓ Nếu tụt mèche làm chảy máu nhiều thì rút mèche ra hết, đặt lại mèche mới.
- Hậu phẫu :
 - + Ngày 1-2: nhỏ nước muối sinh lý liên tục vào mèche.
 - + Ngày 2 đến ngày 3: rút hết mèche mũi từ từ, nếu thấy chảy máu nhiều thì ngưng rút, rút tiếp ngày mai.

c. Thuốc sau mổ :

Kháng sinh: có thể sử dụng các loại thuốc sau:

- Amoxicilline + acid clavulanic (1g) 1 lọ ngày 2 lần (TM)
- Ceftazidime (1g) 1 lọ ngày 2 lần (TM), Ceftriaxone (1g) 1g x 2-3 lần/ ngày.
- Cefpoperazone 1g: 50 – 100mg/kg chia 2
- Nếu bệnh nhân dị ứng với nhóm Penicilline có thể thay thế bằng nhóm Quinolone hay Clindamycine (TTM)

Kháng viêm:

- Corticoid (Methylprednisolone 40 mg) 1-2 lọ (TTM) ngày 1-2 lần. Trong trường hợp bệnh nhân có chống chỉ định sử dụng corticoid có thể thay thế bằng kháng viêm dạng men như Alphachymotrypsin 21mk 2v ngày ngâm từ 2-3 lần

Giảm đau:

- Paracetamol (500mg) 1v ngày 3 lần, nếu bệnh nhân có men gan cao, hay dị ứng nhóm paracetamol có thể sử dụng Floctafenin 1v ngày uống 2 lần. Nếu bệnh

nhân chỉ có men gan cao nên sử dụng Paracetamol (325mg)+ Ibuprofen (200mg): 1v ngày uống 2 lần.

- Một số kháng dị ứng như Cetirizin 10 mg 1v uống, Desloratadin, Dexchlorphenamin, Chlorphenamin 4 mg ngày uống 1v vào buổi tối. Raputadin 10mg 1v ngày uống 1 lần.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng đối với trường hợp vẹo vách ngăn đơn thuần: Kháng sinh tiêm mạch như trên nhưng chỉ dùng 1 liều trước mổ # 1 giờ và 1 lần sau mổ # 1 giờ. Sau đó không dùng kháng sinh nữa, các thuốc khác tương tự như trên.
- Theo dõi: Mỗi ngày trong tuần đầu để hút sạch máu đông và vảy. Mỗi tuần trong 1 tháng để tránh sẹo dính.
- Lưu ý: kiểm tra chức năng gan, thận trước khi cho thuốc

5.BIẾN CHỨNG:

- Hoại tử vách ngăn.
- Thủng vách ngăn

VIÊM MŨI XOANG CẤP TÍNH

1. ĐỊNH NGHĨA

Là quá trình viêm cấp xảy ra tại niêm mạc các xoang.

2. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân thường gặp nhất là do sự nhiễm trùng từ hốc mũi vào một hoặc nhiều xoang. Cảm thường là nguyên nhân phổ biến gây viêm niêm mạc xoang, nhưng thường không có triệu chứng. Ngoài ra dị ứng cũng là yếu tố ảnh hưởng đến viêm xoang cấp.

Sinh bệnh học: virút, pneumococci, hemophilus influenza, streptococci tan huyết, staphylococci, E. coli, và yếm khí ít gặp (thường do răng).

3. CHẨN ĐOÁN

3.1 Chẩn đoán xác định

3.1.1 Lâm sàng

Cơ năng	Khám	Nội soi
-Sốt	Niêm mạc mũi sung huyết, có xuất tiết.	Khe mũi giữa: có nhầy hoặc mủ
-Nhức đầu, đau tức vùng mặt.		Khe mũi trên: có nhầy hoặc mủ
- Chảy mũi		

3.1.2 Cận lâm sàng

- Xquang: niêm mạc xoang có phản ứng viêm như dày niêm mạc xoang hoặc mức khí dịch.
- Công thức máu: bạch cầu tăng nhẹ

3.1.3 Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Các triệu chứng lâm sàng như trên kéo dài trên 10 ngày kể từ khi khởi phát hay các triệu chứng diễn tiến xấu hơn trong vòng 10 ngày kể từ khi khởi phát.

3.2 Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt với 1 số bệnh lý: Wegener granuloma, xơ nang, hội chứng Kartagener, hội chứng Wiskott Aldrich.

4. ĐIỀU TRỊ**4.1 Viêm xoang nguyên nhân từ mũi**

Điều trị	Thuốc
Kháng sinh (dùng 1 trong các loại sau) Thường dùng trong 15 ngày	+Amoxicillin + Acid Clavulanic: loại 625mg 1v x2-3 lần/ngày hay 1g/ viên: 1vx 2 lần/ ngày +Amoxicilin + sulbactam: 1v x2-3 lần /ngày + sultamicilin 1v x 2 – 3 lần/ngày +Cefuroxim 500mg+Clavulanat 125mg:1v x 2 lần /ngày + Cephalosporin II, III: • Cephalosporin II: Cefaclor 0,5g, Cefuroxim 0,5g • CephalosporinIII: Cefixim, Cefpodoxim, Cefdinir, Cefetamet pivoxil, cefoperazone + Nếu dị ứng nhóm Penicilline: • Macrolid: Rovamycine 3 MUI, Clarithromycine 500mg, Azithromycine • Clindamycin • Quinolone: Ciprofloxacin, Levofloxacin, Moxifloxacin + Khi có nhiễm kỵ khí: + Metronidazol (uống hoặc chích) Flagyl 0,25g 2v x2 / ngày, hoặc 500mg/100ml x2/ ngày
Kháng viêm	+ Chống viêm 1 loại enzym: Alphachymotrypsine hoặc Serratiopeptidase 2v x2 lần/ngày trong 5 ngày, Protase, Aesin hoặc Edvexin 40mg + NSAID (kháng viêm non steroids): Etodolac 200mg, Loxoprofen 60 mg,Piroxicam 20mg, Paracetamol + Ibuprofen,Talniflumate 370mg,Clonixin 125mg + Steroids

Kháng Histamine	+ Cetirizine 10mg lv/ngày hoặc Loratadine 10mg. Hoặc Fexofenadine 60mg lv x2 lần/ngày, hay Pheramine 4mg lv x2 lần/ngày, Lecocetirizine, Desloratidin 5mg 1v/ngày, Ebastin 10 mg, Rupafin 10mg
Giảm đau	+ Tylenol 650 mg, Paracetamol 0,5g lvx2 lần/ngày trong 3 ngày, hoặc Acetaminophen 325mg+ Tramadol 32.5mg + Tramadol 32.5mg
Rửa mũi	+ NaCL 0.9% hay ưu trương.

4.2 Viêm xoang hàm do răng (răng 5,6,7 hàm trên)

- Điều trị: khám chuyên khoa răng hàm mặt + điều trị viêm xoang

Điều trị	Thuốc
Kháng sinh (dùng 1 trong các loại sau) Thường dùng trong 15 ngày	+ Giống như trên, nhưng kèm thêm Metronidazol như Flagyl 0,5g lvx4 trong 10 ngày, hoặc Rodogyl lv x4 trong 10 ngày
Kháng viêm	+ Chống viêm loại enzym: Alphachymotrypsine + NSAID (kháng viêm non steroids) + Steroids
Giảm đau	+ Acetaminophen: - 30 - 40mg/kg/24giờ có thể sử dụng dưới dạng: • Paracetamol 10mg/ml x100ml (TTM)
Rửa mũi	NaCL 0.9% hay ưu trương.

5. BIẾN CHỨNG

- Mắt: viêm màng tiếp hợp, viêm túi lệ, viêm tấy hoặc abscess ổ mắt, viêm thần kinh thị hậu nhãn cầu.

- Biến chứng nội sọ: cốt tủy viêm xương sọ, viêm màng não, abscess não, viêm tắc tĩnh mạch hang.
- Viêm tai giữa, viêm họng, viêm thanh quản phế quản.
- Viêm thận, viêm khớp.

6. PHÒNG NGỪA

- Chẩn đoán sớm và dùng kháng sinh đúng , kịp thời sẽ tránh biến chứng xảy ra

VIÊM MŨI XOANG MẠN TÍNH**1. ĐỊNH NGHĨA**

Là tình trạng viêm tại niêm mạc mũi xoang kéo dài trên 3 tháng, tái đi tái lại nhiều lần làm phù nề, bít tắc lỗ thông xoang.

2. NGUYÊN NHÂN

- Nhiễm trùng
- Dị ứng
- Nấm
- Chấn thương
- Khối u

3. CHẨN ĐOÁN**3.1 Chẩn đoán xác định****3.1.1 Lâm sàng****Viêm xoang hàm mãn**

Triệu chứng	Khám	X- quang
- Nghẹt mũi - Sổ mũi nhày vàng hoặc xanh có khi kèm nhức đầu	Khe giữa phù nề, có nhày.	Mờ xoang dạng niêm mạc dày, hoặc có mực nước hơi

Viêm xoang trán

Triệu chứng	Khám	X- quang, CT Scan
Nhức đầu, chảy mũi	Khe giữa phù nề, có nhày	Mờ xoang trán

Viêm xoang sàng

Triệu chứng	Khám	X- quang, CT Scan

-Nghẹt mũi -Nhức đầu -Mỏi gáy -Sổ mũi -Nhày họng	Khe giữa và khe trên có nhày.	Mờ xoang sang

Viêm xoang bướm

Triệu chứng	Khám	X - quang	CT scan
-Đau đầu -Mỏi gáy, mỏi vai -Nhày vương họng, hay khịt mũi, đờng hắng	Thành họng nhày, khe trên có mủ nhày	Khó xác định.	Mờ xoang bướm

Viêm xoang thoái hóa polype

Triệu chứng	Khám
- Nghẹt mũi ngày càng tăng - Nặng đầu - Mất khứu - Sổ mũi - Hắt hơi	Cuốn giữa quá phát, niêm mạc nhợt. Khe giữa có polype (trong, mọng nước, bóng, nhẵn).

3.1.2 Cận lâm sàng

- X-quang: phim Blondeau-Hirtz thấy hình ảnh mờ xoang
- CT scan: Đánh giá chính xác tình trạng viêm các xoang, góp phần tiên lượng khả năng điều trị, đánh giá bệnh, cũng như phát hiện nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ đi kèm.

3.1.3 Tiêu chuẩn chẩn đoán (theo EPOS 2012)

- Viêm mũi xoang mạn tính được chẩn đoán khi có ít nhất 1 trong 2 triệu chứng nghẹt mũi hay chảy mũi / chảy đàm xuống họng kèm theo:
+ Đau mặt

- + Giảm hay mất mùi
- + Nội soi có các hình ảnh
 - ✓ Polyp mũi
 - ✓ Nhầy đục khe giữa
 - ✓ Niêm mạc phù nề, thoái hóa khe giữa
- + Thay đổi trên CT-scan: thay đổi niêm mạc ở phức hợp lỗ thông hay niêm mạc xoang

3.2 Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt với: polyp mũi, u nhú ngược mũi xoang, các loại u khác của hốc mũi và xoang.....

4. ĐIỀU TRỊ

4.1 Điều trị nội khoa

- Thời gian điều trị viêm xoang mạn tính tối thiểu là 4 tuần, sau mỗi 2 tuần, bệnh nhân cần được nội soi mũi xoang để đánh giá đáp ứng điều trị (mũi bớt nhầy đục, khe giữa không còn mủ....)
- Sau 4 tuần nên kiểm tra XQ lần 2 (trong trường hợp viêm xoang hàm và xoang sàng) tùy theo tình trạng đáp ứng mà chúng ta sẽ ngưng thuốc hay kéo dài thời gian điều trị thêm 1- 2 tuần nữa)
- CT Scan là tiêu chuẩn vàng để đánh giá xoang trước và sau điều trị.
- Sau thời gian trên mà các xoang vẫn còn viêm thì xem như điều trị nội khoa không hiệu quả, cần tiến hành phẫu thuật.

Toàn thân	Tại chỗ
- Chống viêm loạienzym: Alphachymotrypsine, hoặc Bromelain, trypsin (Protase), Escinum (Aesin, Edvexin)+ Non Steroid (Shunorac, Dolchis...), Steroid (Prednisolone, Methypred) trong 5 ngày -Kháng Histamin:Cetirizine 10mg 1v/ngày + Levocetirizin 5mg 1v/ ngày+ Hoặc Loratadine 10mg + Desloratadin 5mg 1v/ ngày Hoặc Fexofenadine 60mg 1v x2 lần/ngày hay	- Xông mũi: Dexacol và melyptol trong 5 ngày. -Có thể tăng sức đề kháng với Upsa C 1g ngày 1 v uống vào buổi sáng - Trong trường hợp BN nghẹt mũi nhiều có thể sử dụng Otrivin 0,1 % nhỏ mũi ngày 2 lần. hoặc dạng

Pheramine 4mg lv - Giảm đau và hạ sốt với Paracetamol: 30-40mg/kg/ngày: + Paracetamol 10mg/ml x 100ml (TTM)	xịt mỗi lần từ 1-2 nhát xịt mỗi bên (không sử dụng quá 14 ngày)

Dùng kháng sinh: nếu BC tăng (> 10.000) hoặc bệnh ≥ 5 ngày bằng: (một trong các loại thuốc)

- Amoxicillin (Clamoxyl) 0,5g x2 lần/ngày
- Amox + A.Clavu (Augmentin, Curam, Moxiclav): 0,625g x2-3 lần/ngày.
- Cefadroxil (Biodroxil): 0,5g 2v x2 lần /ngày
- Cefuroxim (Zinnat, Zinmax...) 0,25g x2 ,3lần /ngày
- Cefaclor (Ceclor) 0,25g hoặc 0,375g 1v x2 lần /ngày
- Cefdinir (Topdinir 300mg, Tenadinir, Aldinir...) 1v x 2lần/ ngày
- Hoặc nhóm Cefetamet pivoxil(Cetamet, Dazzidime,..)
- Hoặc nhóm Clarithromycine:Caricin 0,5 g, Rexlar 0,5 g, Macrolacin hay Remeclar 0,5g: 1v x 2 lần ngày.

4.2. Điều trị ngoại khoa

4.2.1 Phương pháp mổ: tùy bệnh tích phát hiện được qua nội soi và CT scan

- Viêm xoang hàm và sàng trước: mở khe mũi giữa và bóng sàng
- Viêm xoang sàng trước và sau: nạo sàng
- Viêm xoang trán: mở ngách trán
- Viêm xoang bướm: mở thông xoang bướm.

4.2.2 Chăm sóc sau phẫu thuật nội soi mũi xoang

- Phẫu thuật nội soi mũi xoang gồm có: mở khe giữa, kiểm tra xoang hàm và bóng sàng, mở xoang sàng trước, kiểm tra xoang sàng sau, nạo sàng toàn bộ, mổ xoang bướm, cắt polyp mũi ... Trong thời gian hậu phẫu phải theo dõi sát tình trạng bệnh nhân: chảy máu, M, T⁰, HA 3 lần/ngày đầu. Nếu Hct<25% phải truyền máu ngay.

- Hậu phẫu: Dùng kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, kháng Histamin.
- + Kháng sinh: có thể dùng một trong các loại sau :
 - ✓ Amoxicilline + acid clavulanic (1g) 1 lọ ngày 2 lần (TM)
 - ✓ Ceftazidime (1g) 1 lọ ngày 2 lần (TM), Ceftriaxone (1g) 1g x 2-3 lần/ ngày.
 - ✓ Metronidazole 500mg/100ml 1 chai TTM ngày 2 lần 30 giọt/ phút hay Flagyl 250 mg 2v x2 uống
 - ✓ Nếu bệnh nhân dị ứng với nhóm Penicilline có thể thay thế bằng nhóm Quinolone hay Clindamycine (TTM)
- + Kháng viêm: Corticoid (Methylprednisolone 40 mg) 1-2 lọ (TTM) ngày 1-2 lần. Trong trường hợp bệnh nhân có chống chỉ định sử dụng corticoid có thể thay thế bằng kháng viêm dạng men như Alphachymotrypsin 21mk 2v ngày ngâm từ 2-3 lần
- + Giảm đau: Paracetamol 1g truyền TM 100g/ph, Paracetamol (500mg) 1v ngày 3 lần, nếu bệnh nhân có men gan cao, hay dị ứng nhóm paracetamol có thể sử dụng Floctafenin 1v ngày uống 2 lần. Nếu bệnh nhân chỉ có men gan cao nên sử dụng Paracetamol (325mg)+ Ibufrofen (200mg): 1v ngày uống 2 lần.
- + Một số kháng dị ứng như Cetirizin 10 mg 1v uống, Desloratadin , Dexchlorphenamin, Chlorphenamin 4 mg ngày uống 1v vào buổi tối. Raputadin 10mg 1v ngày uống 1 lần.
- Nhỏ nước muối sinh lý liên tục vào mèche mũi 4 lần/ngày.
- Nâng đỡ tổng trạng bằng dịch truyền khi cần thiết.
- Chú ý theo dõi tình trạng nhức đầu, cổ cứng (dấu màng não), chảy máu
- Ngày thứ 2 rút mèche mũi từ từ, nếu chảy máu nhiều thì ngưng rút, để ngày sau rút tiếp. Cho thêm thuốc cầm máu khi cần (Dicynone 0,5g 1v x 2-3lần/ngày, Cyclonamine 0, 25g:1-2 ống / ngày-Adona 25mg 1-2 ống x 2 tiêm tĩnh mạch /ngày).
- Sau khi rút hết mèche mũi, cho bệnh nhân nội soi mũi xoang lại, để hút máu đông và lấy vảy trong các góc vách mũi xoang.

- Theo dõi cho bệnh nhân tái khám thường xuyên 2 tuần/lần trong tháng đầu tiên. Sau đó 1 tháng 1 lần/2 tháng kể và 3 tháng /1lần trong những tháng sau, cho đến 1 năm để phát hiện bệnh tái phát.
- Lưu ý: kiểm tra chức năng gan, thận trước khi cho thuốc

5. BIẾN CHỨNG

- Mắt: viêm màng tiếp hợp, viêm túi lệ, viêm tấy hoặc abscess ổ mắt, viêm thần kinh thị hậu nhãn cầu.
- Biến chứng nội sọ: cốt tủy viêm xương sọ, viêm màng não, abscess não, viêm tắc tĩnh mạch hang.

6. DỰ PHÒNG

- Nghỉ ngơi ,uống nhiều nước, giữ ấm
- Vệ sinh môi trường , vệ sinh mũi thường xuyên
- Tránh nhiễm trùng hô hấp trên

U NHÚ ĐẢO NGƯỢC VÙNG MŨI XOANG

1. ĐỊNH NGHĨA

U nhú đảo ngược (IP - Inverted Papilloma) là một bệnh hiếm gặp. Là một loại u lành tính với các đặc điểm sau.

Ba tính chất đặc trưng của u là:

- + Khuynh hướng dễ tái phát
- + Khả năng hủy, ăn mòn các mô lân cận
- + Có xu hướng kết hợp với u ác tính.

Vì những tính chất này có nhiều tranh luận, nên có nhiều phương pháp điều trị khác nhau. Do đó cần phải có phương pháp điều trị, quản lý bệnh đúng đắn, phù hợp với vị trí và bản chất của khối u.

2. NGUYÊN NHÂN

Căn nguyên bệnh chưa rõ ràng. Sự viêm nhiễm, dị ứng, thuốc lá, sự tiếp xúc hoá chất đã được coi là có ý nghĩa. Vài nghiên cứu gần đây cho thấy vai trò của HPV (Human Papilloma Virus), đây là là loại Papilloma virus gây bệnh ở người, tuy nhiên cơ chế sinh bệnh của nó vẫn còn chưa sáng tỏ và vẫn còn đang được nghiên cứu thêm.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1 Chẩn đoán xác định

3.1.1 Lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng

- Nghẹt mũi: Đa số là nghẹt mũi, nghẹt mũi ngày càng gia tăng, nghẹt một bên từ ít đến trung bình, hoặc bị nghẹt hoàn toàn một bên. Khi u lan rộng quá cửa mũi sau vào trong hầu mũi gây nên tắc nghẽn hoàn toàn hai bên bởi u nhú đảo ngược làm tắc hoàn toàn hầu mũi.
- Chảy nước mũi
- Đau, căng vùng mặt chiếm 30% bệnh nhân
- Chảy máu mũi được ghi nhận ở 17% bệnh nhân
- Mất ngủ, nhức đầu vùng trán ở 14% bệnh nhân
- Chảy nước mắt 7% bệnh nhân

b. Triệu chứng thực thể

- Qua nội soi mũi xoang có thể xác định rõ khối u nhú đảo ngược mũi xoang thường ở 1 bên mũi với sang thương có nguồn gốc trên một vùng rộng, có vẻ không đều, bờ, thường chảy máu khi đụng vào. Nó có màu xám hơi đỏ và có thể bít hoàn toàn mũi xoang, trải rộng từ tiền đình mũi đến hầu mũi.

3.1.2 Cận lâm sàng

- Nội soi mũi xoang: đại thể khối u có nhiều thùy, bề mặt có nhú, màu xám, bờ, dễ chảy máu.
- Giải phẫu bệnh (GPB): tất cả các bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là u nhú đảo ngược mũi xoang trước phẫu thuật qua nội soi mũi xoang bám sinh thiết và kiểm chứng lại sau phẫu thuật.
- Chẩn đoán hình ảnh:
 - CT Scan có cản quang nên được chụp để đánh giá độ lan rộng của sang thương trước mổ. Tuy nhiên, CT Scan không phân biệt được mô viêm và mô tân sinh cũng như hình ảnh dịch ứ đọng, mà phải nhờ đến MRI
 - MRI có thể phát hiện sớm sự lan rộng vào nội sọ, hốc mắt.

Tuy nhiên cả CT Scan lẫn MRI đều không phải là công cụ chẩn đoán chính xác để phân biệt một u tân tạo mũi xoang là lành hay ác tính, đặc biệt khi không có sự phá hủy xương.

3.1.3 Tiêu chuẩn chẩn đoán: chẩn đoán xác định dựa vào kết quả GPB

3.2 Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với: polyp mũi, các loại u khác trong hốc mũi như carcinoma, lymphoma, sarcoma, u sợi thần kinh.....

4. ĐIỀU TRỊ:

4.1 Điều trị nội khoa: Không điều trị nội, chỉ điều trị phẫu thuật lấy khối u.

4.2 Điều trị ngoại khoa: U nhú đảo ngược mũi xoang phải nhập viện, phẫu thuật lấy toàn bộ khối u.

4.2.1 Phẫu thuật

Những đường mổ trực tiếp (đường mổ ngoài mũi) như:

- Đường trên cung mày (Jacques)
- Đường cạnh mũi (Moure)

- Đường Sébileau - Lothrop
- Phẫu thuật Rouge-Denker
- Phẫu thuật Caldwell-Luc
- De-gloving
- Bi-coronal
- Phẫu thuật Medial-maxillectomy

Ưu điểm và nhược điểm của đường mổ trực tiếp:

- Ưu điểm:
 - + Phẫu trường rộng, giải quyết được bệnh tích xâm lấn nhiều xung quanh.
 - + Thực hiện được ở những nơi chưa triển khai được phẫu thuật nội soi mũi xoang
- Nhược điểm
 - + Không đạt được tính thẩm mỹ, có sẹo vùng mặt
 - + Không bảo tồn được khung xương, niêm mạc còn bình thường
 - + Hẹp cửa mũi (với đường mổ cạnh mũi)
 - + Dính do co kéo ở khớp mắt trong, gây chảy nước mắt sống
 - + Tổn thương gây tắc ống lệ tị
 - + Mất máu khá nhiều khi tiếp cận khối u
 - + Khó khăn khi phẫu thuật lại nếu u tái phát

Bảng phân loại giai đoạn u nhú đảo ngược theo hệ thống Swab và loại phẫu thuật

Phân loại giai đoạn Swab		Loại phẫu thuật trong nghiên cứu
T1	U ở trong hốc mũi, có thể liên quan đến một thành của hốc mũi, nhưng không xâm lấn đến các xoang hay ngoài mũi thấy trên nội soi hay CT	Khối u có chân bám ở vách ngăn, các cuốn mũi: cắt trọn khối u, đốt rộng niêm mạc xung quanh chân bám của u
T2	U giới hạn một phần thành trong và trên của xoang hàm có hay không có liên quan đến xoang sàng thấy trên nội soi và CT	- Khối u có chân bám ở khe trên : mở ngách bướm sàng lấy trọn u, mài niêm mạc sát xương ở quanh chân bám -

		Khối u có chân bám ở ngách sàng hàm: dùng kỹ thuật mổ nội soi chức năng mở khe giữa và nạo sàng cùng với lấy bỏ khối u - Khối u xâm lấn vào ngách xoang trán, xoang bướm: mở ngách trán, mở xoang bướm lấy khối u
T3	U liên quan đến thành ngoài, dưới, trước và sau của xoang hàm, xoang bướm, xoang trán, có hay không có liên quan đến xoang sàng thấy trên nội soi và CT	- Khối u xuất phát từ xoang hàm, xoang sàng, vách mũi xoang ta có PT cắt xương hàm trên ở giữa tối thiểu (mini medial maxillectomy)...
T4	Sự lan rộng của khối u ra ngoài hốc mũi và các xoang cạnh mũi (ví dụ: ổ mắt, mũi hầu, màng não, mô mềm ở mũi mặt)	- Khối u xâm lấn vào ổ mắt, nền sọ, liên quan nhiều đến xoang trán, mô mềm ở mũi mặt: không phẫu thuật

Sau phẫu thuật:

- Bệnh tích được gửi đến bộ môn GPB Khoa Y - ĐHYD TP.HCM xác định lại kết quả bởi chẩn đoán GPB
- Bệnh tích được gửi đến Bộ Môn Vi Sinh Trường ĐHYD TP.HCM để xét nghiệm phân tích tìm HPV qua PCR
- Tái khám định kỳ qua nội soi, theo dõi sự tái phát: về các vấn đề như sẹo xơ mũi xoang, dính mũi xoang, viêm mũi teo sau phẫu thuật..., đặc biệt là tình trạng tái phát sau mổ cũng như sự kết hợp u ác tính.
 - + Hàng tuần trong một tháng
 - + Hàng tháng trong 6 tháng
 - + Mỗi 3 tháng trong 5 năm

4.2.2 Chăm sóc sau phẫu thuật lấy u nhú

- Trong thời gian hậu phẫu phải theo dõi sát tình trạng chảy máu, mạch huyết áp.
- Ngày thứ 1 đến ngày thứ 5 sau mổ lấy u:
 - + Kháng sinh, thuốc chống phù nề, thuốc giảm đau bằng đường tiêm chích.
 - + Nâng tổng trạng bằng truyền dịch nếu cần thiết.
 - + Nhỏ nước muối sinh lý vào mèche mũi.

Kháng sinh (dùng 1 trong các loại sau)	+ Aminoglycoside (Amikaye 500mg) 15mg/kg (Tiêm bắp) 1 liều trong ngày duy nhất + Cefotaxim (Opetaxim, Shintaxime): lg x 2-3 lần / ngày (Tiêm tĩnh mạch) + Amoxicillin + Acid Clavulanic (Augmentin, Curam, Moxiclav) lg x 2-4 lần/ngày (Tiêm tĩnh mạch) + Cefuroxim (Zinacef, Axetine): 0,75g x 2-3 lần/ngày (Tiêm tĩnh mạch hoặc Tiêm bắp) + Ceftriaxone (Opeceftri) lg: 1-3 lần/ngày (Tiêm tĩnh mạch hoặc Tiêm bắp) + Clindamycine (Dalacin C) 600mg: 2-3 lần/ngày (Tiêm tĩnh mạch hoặc Tiêm bắp)
Kháng viêm (khi không chống chỉ định) dùng trong 3-5 ngày	+ Methyl Prednisolone (Solumedrol) 40mg 1-2 lọ/ngày (sáng) + Sau đó dùng kháng viêm dạng men: Alphachymotrypsine: 2v x 2-3 lần / ngày
Kháng Histamine	+ Cetirizine 10mg (Zyrtec.) Levocetirizine (xyzal, sp levohistin) 1v/ngày hoặc Loratadine (Clarityne,)

	hoặc Fexofenadine (Allerfast, fexalar) 60mg lv x 2 lần/ngày, desloratadin, ebastin, rubafin(rupatadin), alimemazin
Giảm đau (chích) hoặc uống	Acetaminophen: - 30 - 40mg/kg/24giờ có thể sử dụng dưới dạng: + Perfalgan 10mg/ml x 100ml (Truyền tĩnh mạch) + Efferalgan 0,5g lv x 2 lần/ngày trong 3 ngày. Acetaminophen 325mg + Tramadol 32.5mg (Philmadol), Etodolac (Dolchis 200mg), Loxoprofen (Japrolox 60 mg), Piroxicam (Brexin 20mg), Paracetamol + Ibuprofen (Alaxan)
Thuốc cầm máu	+ Adona 25mg 2-4 ống/ ngày + Vitamin K1 10mg 2-4 ống / ngày + Transamine 250mg (2 ống/lần hoặc 1 ống x 2)

- Ngày thứ 4: rút mèche mũi (tại phòng mổ nếu cần), trong khi rút phải nhỏ nước muối thường xuyên vào mèche và rút mèche thận trọng, tỉ mỉ.
- Thay băng vết mổ hằng ngày và cắt chỉ vết khâu ngoài da vào ngày thứ 7.
- Sau khi rút hết mèche cho bệnh nhân nội soi mũi xoang để được đánh giá phẫu thuật. Tiếp tục cho bệnh nhân nhỏ nước mũi để tránh sẹo xơ dính.
- Bệnh nhân cần được theo dõi và thăm khám thường xuyên 2 tuần/1 lần trong tháng đầu tiên và mỗi 2 tháng/1 lần trong 2 năm đầu để có thể sớm phát hiện u tái phát. Các vảy mũi được thường xuyên làm sạch trong 1 năm đầu nếu không có xạ trị và trong suốt đời nếu có xạ trị phối hợp với phẫu thuật.
- Lưu ý: kiểm tra chức năng gan

5. BIẾN CHỨNG

- Thoái hóa ác tính
- Phá hủy các cấu trúc xương trong mũi
- Xâm lấn ổ mắt
- Xâm lấn sàn sọ

6. PHÒNG NGỪA TÁI PHÁT

Tái khám thường xuyên theo hẹn tại phòng soi mũi xoang

U NHẢY MŨI XOANG (MUCOCELE)

1. ĐỊNH NGHĨA

U nhầy là tổn thương dạng nang, nằm trong một hoặc nhiều xoang mặt, chủ yếu ở vùng sàng trán. u nhầy tiến triển chậm, là hậu quả của sự ứ tắc chất tiết của niêm mạc xoang, bào mòn thành xương, đẩy các cơ quan lân cận, gây ra những biến dạng vùng mặt thậm chí chèn ép ổ mắt, thần kinh thị, sọ não...

2. NGUYÊN NHÂN

Hiện chưa rõ, các yếu tố được nêu tên là:

- Tắc lỗ thông mũi xoang do dị hình hay do viêm
- Sang chấn do chấn thương hay sau phẫu thuật xoang

Vị trí:

- Thường nhất là vùng sàng trán, xoang trán, xoang hàm, xoang sàng và u nhầy xoang bướm rất hiếm gặp

3. CHẨN ĐOÁN

3.1 Chẩn đoán xác định

3.1.1 Lâm sàng : Thay đổi tùy thuộc vào vị trí u nhầy

- Lồi mắt thường gặp nhất: 88-90%, song thị, sung phòng góc trên trong hốc mắt, không đau ấn mềm ,
- Mờ mắt thường do u nhầy xoang sàng sau hay xoang bướm
- Nghẹt mũi
- Chảy mũi

3.1.2 Cận lâm sàng

- CT Scanner là tiêu chuẩn vàng giúp chẩn đoán chính xác, kích thước và vị trí xâm lấn (mờ đồng nhất bên trong lòng xoang, vôi hóa dạng vỏ trứng ở thành của u nhầy, bào mòn xương...)
- MRI: để xác định mối liên quan giữa u nhầy với cấu trúc mô mềm lân cận, đặc biệt với thần kinh thị hoặc phân biệt với các u tân sinh mô mềm khác.
- Giải phẫu bệnh: biểu mô hô hấp với vách nang là biểu mô trụ lông chuyển giả tầng 1 lớp

3.2 Chẩn đoán phân biệt: các khối u khác

4. ĐIỀU TRỊ - TIÊN LƯỢNG

4.1 Nội khoa: không hiệu quả.

4.2 Ngoại khoa: Chủ yếu là phẫu thuật qua đường nội soi mũi xoang.

4.2.1 Các đường tiếp cận: tùy thuộc vào vị trí u nhầy, ta có đường mổ phù hợp.

- U nhầy sang trán: mở khe giữa nạo sàng ngách trán tạo đường rộng vào mở vỏ bao, hút sạch dịch trong u.
- U nhầy xoang sang: nạo sang đến tiếp cận u và mở rộng vỏ bao.
- U nhầy xoang hàm: mở móm móc, mở rộng lỗ thông xoang hàm, mở vỏ bao (thường kết hợp thêm mở khe dưới để dẫn lưu theo trọng lực).
- U nhầy xoang bướm: mở rộng lỗ thông xoang bướm để dẫn lưu.

4.2.2 Quy trình điều trị - chăm sóc:

Điều trị nội trú

- Kháng sinh: thường sử dụng Ceftriaxone 1-2 g * 2 lần hoặc Amoxicilline + A.clavulanic lg (tiêm tĩnh mạch) 5 ngày.
- Kháng viêm: corticoid (Methylprednisolone 40 mg) 1-2 lọ (tiêm tĩnh mạch)
- Giảm đau: Paracetamol 0,5g lv x 3 lần/ ngày.
- Sau mổ: ngày thứ 3 rút merocel, ngày thứ 4 nội soi mũi xoang kiểm, ngày thứ 5 xuất viện

Điều trị ngoại trú: giống như bệnh nhân phẫu thuật nội soi mũi xoang

- Tuần thứ 1,2
- 2 tuần soi kiểm tra 1 lần trong 2 lần.
- 1 tháng soi kiểm tra 1 lần trong 2 lần

4.2.3 Tiên lượng

- Tỷ lệ tái phát thay đổi nhiều theo các tài liệu khác nhau, thường ít hơn 10%.
- Triệu chứng mờ mắt thường cải thiện tốt.
- Tiên lượng xấu ở những u nhầy xoang sàng, xoang bướm có chèn ép thần kinh, hoặc những u nhầy mũ nhiễm trùng do điều trị trễ.

5. BIẾN CHỨNG

- Nếu u nhầy không phát hiện kịp thời, tùy thuộc vào vị trí khối u sẽ có những biến chứng nặng như mù mắt, u xâm lấn sọ não, hoặc thần kinh số 3,4,5,6

6. PHÒNG NGỪA

- Cần phát hiện sớm bệnh lý u nhầy qua chụp CT scan, đặc biệt ở những trường hợp chỉ có triệu chứng về mắt đơn thuần
- Khi phẫu thuật nội soi mũi xoang phải cho bệnh nhân tái khám định kỳ theo dõi sự bít tắc lỗ thông xoang gây u nhầy

U XƯƠNG XOANG TRÁN

1. ĐỊNH NGHĨA

Là u xương nằm trong xoang trán, đây là khối u lành tính thường được phát hiện ở tuổi 30-40.

2. NGUYÊN NHÂN

U xương xoang trán thường được phát hiện tình cờ khi chụp XQ hoặc CTSCAN, phần lớn là không có triệu chứng, nếu u quá lớn hoặc nằm ngay vị trí lỗ thông xoang trán gây bít tắc đường dẫn lưu mới gây ra triệu chứng.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1.Chẩn đoán xác định: Dựa vào triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

3.1.1 Lâm sàng

Cơ năng	Thực thể
Nhức đầu là triệu chứng chính Sổ mũi nghẹt mũi khi có viêm xoang trán đi kèm do u gây tắc nghẽn Lòi mắt song thị khi u xâm lấn vào hốc mắt	Khe giữa phù nề, có thể có nhầy khi có viêm xoang trán đi kèm

3.1.2.Cận lâm sàng

- Nội soi mũi xoang thường không phát hiện bất thường, trừ khi có viêm xoang trán do u gây tắc nghẽn sẽ thấy có nhầy đục, phù nề khe giữa
- XQ: hình ảnh u xương nằm trong xoang trán
- CTSCAN: hình ảnh rõ nét giúp xác định vị trí, kích thước u và định hướng cho phẫu thuật
- Giải phẫu bệnh: u xương lành tính

3.2.Chẩn đoán phân biệt: Các u khác như u sợi sinh xương.....

4. ĐIỀU TRỊ

4.1.Nội khoa: Không cần điều trị nếu u xương nhỏ < 1cm, không gây tắc nghẽn.

4.2.Ngoại khoa: Phẫu thuật lấy u xương khi kích thước > 1cm, nhức đầu không đáp ứng điều trị nội khoa hoặc u xương gây tắc nghẽn vách trán

4.1.2 Sơ lược kỹ thuật: Đường vào phẫu thuật dựa vào CTSCAN:

- Với các u xương nằm trong xoang trán: phẫu thuật lấy u xương qua đường Jacques
- Với các u xương nằm ở ngách trán: phẫu thuật lấy u xương qua nội soi, nếu cần có thể phối hợp đường Jacques
- Với các u xương xâm lấn ổ mắt: mổ phối hợp chuyên khoa mắt

4.1.3 Quy trình điều trị - Chăm sóc hậu phẫu:

- Theo dõi sát tình trạng chảy máu, tri giác, sinh hiệu 4 lần/ ngày đầu
- Hậu phẫu: dùng kháng sinh kháng viêm tiêm trong 3 ngày, kháng Histamin và giảm đau có thể dùng dạng uống

Kháng sinh (Dùng 1 trong các loại)	- Amox + Clavu (Augmentin) 1g x 2-4 lần/ngày (TMC). - Cefuroxim (Zinacef) 0.75g x 2-3 lần/ngày (TMC) - Ceftriaxone 1g x 1-3 lần/ngày (TMC) - Clindamycine (Dalacin C) 600 mg x 2-3 lần/ngày (TMC)
Kháng viêm (chọn 1 khi không chống chỉ định) dùng trong 3-5 ngày	- Methylprednisolone (Solumedrol) 40mg x 1-2 lợ/ngày (sáng) - Alphachymotrypsine 21μK 2v x 2-3 lần/ngày
Kháng Histamin	- Chlorpheniramine (Clopheniramine) 4mg 1v/ngày - Cetirizine (zyrtec, cetrin) 10mg 1v/ngày
Giảm đau	- Acetaminophen: 30-40mg/kg/24 giờ - Paracetamol 10mg/ml x 100ml (TTM) - Idarac 1v x 3 lần/ngày

- Ngày 4 trở đi có thể cho kháng sinh giảm đau và kháng histamin đường uống
- Nhỏ nước muối sinh lý liên tục vào meche mũi 5 lần/ngày.
- Rút meche, merocel vào ngày thứ 2 hoặc 3.
- Cắt chỉ vết mổ ngày 6 hoặc 7 nếu phẫu thuật có đi đường Jacques

- Tái khám thường xuyên 2 tuần/lần trong tháng đầu, 3 tháng/lần trong 1 năm
- Kiểm tra chức năng gan thận trước khi cho thuốc

5. BIẾN CHỨNG

Có thể xảy ra khi phẫu thuật lấy u xương xoang trán

- Tồn thương não – màng não.
- Chảy dịch não tủy
- Tồn thương ổ mắt nếu khối u nằm sát ổ mắt
- Chảy máu sau phẫu thuật (tai biến chung của các phẫu thuật nội soi mũi xoang).

U NANG SÀN MŨI

1. ĐỊNH NGHĨA

U nang sàn mũi là u nang không liên quan với răng nằm trong vùng rãnh lợi môi và ở mặt trước xoang hàm.

2. NGUYÊN NHÂN

Chưa rõ nguyên nhân

3. CHẨN ĐOÁN

3.1 Chẩn đoán xác định

3.1.1 Lâm sàng:

Cơ năng	Thực thể
- Sưng nề vùng má - Nghẹt mũi cùng bên với u nang - Đau khi u nang bị nhiễm trùng	- U nang sưng nề làm hẹp cửa mũi trước cùng bên

3.1.2 Cận lâm sàng:

- Nội soi mũi xoang: hẹp cửa mũi trước do u nang sưng nề
- CT Scan: hình ảnh u nang nằm ở sàn mũi, vùng mặt trước xoang hàm
- Giải phẫu bệnh: nang biểu mô lành tính

3.2 Chẩn đoán phân biệt: viêm mô tế bào vùng tiền đình mũi, u tiền đình mũi

4. ĐIỀU TRỊ

4.1 Điều trị nội khoa: chỉ định nếu u nang đang nhiễm trùng, khi hết nhiễm trùng sẽ tiến hành phẫu thuật

4.2 Điều trị ngoại khoa: là chủ yếu

4.2.1 Phương pháp phẫu thuật: là lấy trọn u nang qua đường rãnh lợi môi.

4.2.2 Quy trình chăm sóc hậu phẫu:

- Theo dõi sát tình trạng chảy máu, tình trạng mất tri giác M, HA, T°, 4 lần/ngày đầu.
- Hậu phẫu: dung kháng sinh, kháng viêm đường chích trong 3 ngày. Giảm đau,

kháng Histamin có thể dùng đường uống. Ngày 4 trở đi, có thể cho thuốc kháng sinh, giảm đau, kháng histamin đường uống.

Kháng sinh (Dùng 1 trong các loại)	- Amox + Clavu (Augmentin) 1g x 2-4 lần/ngày (TMC) hoặc amox + sulbactam 1,5g x 2 lần/ngày - Cefuroxim (Zinacef) 0.75g x 2-3 lần/ngày (TMC) - Ceftriaxone 1g x 1-3 lần/ngày (TMC) - Clindamycine (Dalacin C) 600 mg x 2-3 lần/ngày (TTM) pha 200ml Glucose 5% TTM 60 giọt/phút.
Kháng viêm (chọn 1 khi không chống chỉ định) dùng trong 3-5 ngày	- Methyl prednisolone (Solumedrol) 40mg x 1-2 lợ/ngày (sáng) - Alphachymotrypsine 21μK 2v x 2-3 lần/ngày
Kháng Histamin	- Chlorpheniramine (Clopheniramine) 4mg 1v/ngày - Cetirizine (zyrtec, cetrin) 10mg 1v/ngày
Giảm đau	- Acetaminophen: 30-40mg/kg/24 giờ - Paracetamol 10mg/ml x 100ml (TTM) - Idarac 1v x 3 lần/ngày

- Nhỏ nước muối sinh lý liên tục vào mèche mũi 5 lần/ngày.
- Rút meche mũi + meche rãnh lợi môi vào N2 hoặc N3.
- Nếu bệnh nhân ổn có thể cho xuất viện vào N4 hoặc N5.
- Tái khám thường xuyên 2 tuần/lần trong tháng đầu tiên. Sau đó 3 tháng/ lần trong 1 năm.
- Lưu ý: Kiểm tra chức năng gan thận trước khi cho thuốc

4.2.3 Tiên lượng: tốt, ít tái phát

5. BIẾN CHỨNG : ít gặp

UNG THƯ MŨI XOANG

1. ĐỊNH NGHĨA

Ung thư mũi xoang: là bệnh lý ác tính ở vùng mũi xoang. Chiếm khoảng 1% U ác tính toàn thân và khoảng 3% của đường hô hấp trên.

Tỷ lệ: nam gấp 2 lần nữ.

Độ tuổi: thường 50 -70 tuổi

2. NGUYÊN NHÂN:

Có sự gia tăng tỷ lệ một vài loại u ác tính mũi xoang ở những người tiếp xúc với khói công nghiệp và gỗ công nghiệp.

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1 Chẩn đoán xác định

3.1.1 Lâm sàng

a. Cơ năng

Có thể có những hội chứng sau:

- Hội chứng mũi xoang: nghẹt mũi, chảy mũi, giảm khứu.
- Hội chứng mắt: (thường gặp trong trường hợp U xâm lấn ổ mắt) song thị, giảm thị lực, lồi mắt.
- Hội chứng răng miệng: trong trường hợp tổn thương xoang hàm hay sàn mũi: đau răng, loét khẩu cái.
- Hội chứng mặt: phù nề, biến dạng mặt, đau mặt kiểu dây V.
- Hội chứng thần kinh: trong trường hợp u xâm lấn màng não: biểu hiện của viêm màng não, áp xe não, hoặc xâm lấn vào thùy trán.

b. Thực thể

- Qua nội soi mũi xoang có thể thấy khối u bề mặt sần sùi, dễ chảy máu.
- Khám dấu hiệu tổn thương thần kinh sọ như: dây II, III, IV, V1, V2 và VI.

3.1.2 Cận lâm sàng

- CT-Scan là cần thiết. U có đặc điểm: ranh giới ít nhiều rõ ràng, bắt thuốc cản quang, có vùng hoại tử, hủy xương, cần đánh giá xâm lấn ổ mắt, nội sọ, hố dưới thái dương.
- MRI: bổ trợ thêm cho CT-scan, đánh giá chi tiết hơn sự xâm lấn các cơ quan lân cận.
- Chụp DSA: trong trường hợp dự định phẫu thuật khối u bao quanh động mạch cảnh và các khối u lan đến xoang bướm và nền sọ, cũng như khối u mạch máu. Có thể tắc mạch chọn lọc nếu cần thiết.
- CT-Scan bụng ngực để tìm di căn xa, hoặc có thể là PET-CT.
- Sinh thiết - GPB: Giải phẫu bệnh là tiêu chuẩn chẩn đoán xác định. Trong đó K biểu mô vảy chiếm tỉ lệ cao nhất (70 %)

3.2 Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm xoang mạn tính
- U lành tính của xoang : u nhầy, u xương, u sụn, u xơ
- Đau dây V
- Viêm xoang do nấm
- Ung thư lợi

4. ĐIỀU TRỊ

- ❖ Tại khoa mũi xoang bv TMH hiện nay chủ yếu chẩn đoán chính xác bệnh (có thể bệnh được bám sinh thiết tại phòng soi hoặc phòng mổ tùy tình trạng khối u), sau đó sẽ chuyển đến tuyến chuyên khoa hơn (BV Ung Bướu hoặc Bv Chợ Rẫy).
- ❖ Ung thư mũi xoang được điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật rộng lấy bỏ toàn bộ khối u có phối hợp hay không phối hợp với xạ trị hay hóa trị tùy theo loại ung thư và mức độ xâm lấn.

4.1 Phẫu thuật :

Xoang hàm :

- Cắt phần dưới trong xương hàm trên
- Cắt phần trong xương hàm trên
- Cắt toàn bộ xương hàm trên

Xoang sàng- bướm – trán :

- Cắt qua đường ngoài
- Cắt xoang sàng qua đường sọ mặt
- Cắt sọ mặt mở rộng

4.2 Xạ trị**4.3 Hóa trị****4.4 Chăm sóc bệnh nhân sau bấm sinh thiết**

- Nếu bệnh nhân được bấm sinh thiết tại phòng soi (với điều kiện khối u dễ bấm, tiên lượng ít chảy máu) → sau đó cho về hẹn ngày có kết quả GPB. (cấp toa ngoại trú)
- Nếu bệnh được bấm sinh thiết tại phòng mổ: có thể dùng kháng sinh đường tĩnh mạch hoặc uống tùy tình trạng

Điều trị	Thuốc
Kháng sinh (dùng 1 trong các loại sau)	- Cefotaxim: 1g- 2g x 3 lần TM/ngày (hay TB) - Ceftazidime: 1g-2g x 2-3 lần/ngày - Ceftriaxone - Amoxicillin - Acid Clavulanic 1g : 1 lọ x 2 lần/ngày (TMC)
Kháng viêm (Chọn 1 khi không chống chỉ định) dùng trong 3-5 ngày	- Corticoid: + Methyl prednisolone (Solumedrol) 40mg 1-2 lọ/ngày (sáng) (TM chậm) + Corticoid uống (medrol, medexa 16mg, prednisolone, solupred.) - Sau đó dùng kháng viêm dạng men:
Kháng Histamine	Nhóm 1: Chlorpheramin 4mg (1v x 1-2 lần/ngày), alimemazin Nhóm 2: Cetirizine 10mg, Levocetirizine 1v/ngày hoặc Loratadine hoặc Fexofenadine 60mg lv x 2 lần/ngày, Desloratadin, hoặc Ebastin, rubafin.

Giảm đau	- Acetaminophen: 30 - 40 mg/kg/24giờ có thể sử dụng dưới dạng: + Perfalgan 10mg/ml x 100ml (TTM) + Panadol, Efferalgan, Dafalgan, Acemol (uống) 0,5g 1v x 3 lần/ngày - Non-steroid: Etodolac (Dolchis 200mg), Loxoprofen (Japrolox 60 mg), Piroxicam (Brexin 20mg), Paracetamol + Ibuprofen (Alaxan)
Thuốc cầm máu	- Tranexamic acid (Transamine 250mg hoặc sesilen 250mg tiêm mạch 1 – 2 ống x 1-2 lần hoặc Cammic 0,5g 1v x 2 uống)

*** Trường hợp đặc biệt bác sĩ đã nghi ngờ rõ ung thư mà kết quả sinh thiết lần 1 không rõ ràng có thể sẽ được hội chẩn bấm lần 2 thậm chí lần 3. Nếu lần 3 vẫn không cho kết quả có thể hội chẩn Chuyên khoa Ung Bướu

4.5 Chăm sóc sau phẫu thuật ung thư mũi xoang theo đường ngoài

- Đường cạnh mũi là đường thường được chọn để lấy trọn khối u. Trong thời gian hậu phẫu phải theo dõi sát tình trạng chảy máu, mạch huyết áp, nếu Hct < 25% phải truyền máu.
- Phải theo dõi các dấu hiệu của rách màng não (chảy dịch não tủy qua mũi, dấu hiệu viêm màng não) để có thể chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời (bằng nội khoa hoặc bằng phẫu thuật)

5. BIẾN CHỨNG

- Nếu không điều trị, bệnh tiến triển theo từng đợt, có thể lan rộng thâm nhiễm các cơ quan lân cận : xương hàm, hốc mắt, khẩu cái , tổn thương có thể bội nhiễm, chảy máu, suy kiệt hoặc muộn hơn có thể di căn xa (phổi hoặc xương)
- Đối với Ung thư xoang trán : đến muộn có thể chết do viêm màng não hoặc thâm nhiễm vào não

6. PHÒNG NGỪA

- Tránh các yếu tố nguy cơ: tiếp xúc với khói công nghiệp và gỗ công nghiệp.
- Có lối sống lành mạnh, vệ sinh môi trường.
- Khám và điều trị ngay khi có triệu chứng nghi ngờ.

U TUYẾN YÊN

1. ĐỊNH NGHĨA

U tuyến yên là khối u vùng tuyến yên mà khi phát triển lớn có thể chèn ép thân kinh thị, xoang tĩnh mạch hang, động mạch cảnh trong, các dây thần kinh sọ III, IV, V, VI, to hơn sẽ gây tăng áp lực nội sọ.

Phân loại:

- Theo kích thước: đường kính < 2cm: u nhỏ

> 2cm: u lớn

- Theo chức năng:

+ U lành tuyến không ảnh hưởng đến nội tiết của bệnh nhân.

+ U ảnh hưởng đến chức năng nội tiết: corticotrophic adenoma, somatotrophic adenoma, thyrotrophic adenoma, gonadotrophic adenoma, prolactinoma (lactotrophic adenoma).

U tuyến yên chiếm 10 – 15 % các u nội sọ

2. NGUYÊN NHÂN

Giống như các loại u não khác, cho đến nay, nguyên nhân của u tuyến yên vẫn chưa được chứng minh rõ ràng

3. CHẨN ĐOÁN

3.1 Chẩn đoán xác định:

3.1.1 Lâm sàng

**Do kích thích u*

- Nhức đầu
- Giảm thị lực 1 hay 2 mắt,
- Liệt vận nhãn, nhìn đôi, sụp mi
- Lan vào xoang bướm: có thể dò DNT tự nhiên

**Do rối loạn chức năng nội tiết*

- U giảm sinh hormone:

- + Người lớn tăng tỉ lệ bệnh tim mạch, béo phì, giảm sức cơ, giảm khả năng hoạt động, tăng cholesterol; trẻ lớn giảm chiều cao, giảm tỉ lệ tăng trưởng; trẻ nhỏ hạ đường huyết
- + Đàn ông giảm ham muốn và bất lực, tinh hoàn co nhỏ; đàn bà giảm ham muốn và giao hợp khó, đau; teo ngực; trẻ lớn: chậm hay không có dậy thì thật sự
- + Cảm giác yếu mệt, tăng cân, thiếu năng lượng, kém chịu lạnh, táo bón
- + Thiếu Corticotrophin: sụt cân, thiếu năng lượng, yếu mệt, khi nặng có thể là cấp cứu nội khoa
- + Suy tòn bộ tuyến yên: shock, hôn mê, tử vong

- **U sinh nhiều hormone:**

- + **Prolactin:** đàn bà mất kinh, tiết sữa, khó thụ tinh; đàn ông giảm ham muốn, bất lực, hiếm khi tiết sữa
- + **Hormone tăng trưởng:** trẻ con, thanh thiếu niên bị chứng khổng lồ; người trưởng thành bị acromegaly: bàn tay, chân to rộng ra, các ngón tay, chân dày, mặt thô, trán dô, hàm nhô ra, thay đổi giọng nói, rậm lông. 20% ca bị tiểu đường. Biến chứng tim; yếu ớt do bệnh cơ; hội chứng ống cổ tay; hẹp ống sống thắt lưng gây hội chứng tương tự xơ cứng cột bên teo cơ; polyps đại tràng
- + **Corticotrophin:** gây bệnh Cushing: tăng cân, centripetal (hướng tâm) obesity, mặt tròn như trăng, rạn da (violet striae), dễ bầm tím, bệnh cơ đầu gối, thay đổi tâm thần, tăng huyết áp động mạch, tiểu đường, đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp, xẹp xương

3.1.2 Cận lâm sàng

- MRI
- CT scan (lấy đĩa DI- COM)
- Khám mắt, thị lực, thị trường
- XN nội tiết
- Ion đồ

3.2 Chẩn đoán phân biệt:

- U sọ hầu, nang Rathke, u màng não, u sợi thần kinh..

4. ĐIỀU TRỊ - TIỀN LƯỢNG

4.1 Nội khoa:

Điều trị bằng thuốc đối với loại u nhỏ, chưa gây triệu chứng, u tiết prolactine- theo chỉ định của bác sĩ nội tiết

4.2 Ngoại khoa

4.2.1 Chỉ định:

- U lớn > 2cm
- U nhỏ < 2cm có triệu chứng
- Đột quy u tuyến yên

4.2.2 Phẫu thuật:

- Giải thích cho bệnh nhân về tình trạng bệnh, về các biến chứng có thể có khi phẫu thuật như mù, viêm màng não, chảy máu mũi... về nguy cơ rối loạn nước, điện giải, gây đái tháo nhạt có thể dẫn đến tử vong khi PT u ngay trong thời kỳ hậu phẫu N1-N7.
- Phẫu thuật lấy u qua nội soi xoang bướm: tìm lỗ thông tự nhiên xoang bướm 2 bên, cắt bỏ một phần sau vách ngăn mũi, lấy bỏ Rostrum, mở bỏ thành trước xoang bướm 2 bên, cắt vách liên xoang bướm, mở vào hố yên, lấy u tuyến yên gửi GPB. Đặt Surgicel hay Spongel kết hợp bơm gel Stamberger vào hố mổ.
- Thuốc sau mổ

Kháng sinh (1 trong các loại sau)(trong 7 ngày)	- Cefotaxim 1g- 2g x 3 lần TM/ngày (hay TB) - Ceftazidine 1g-2g x 2-3 lần/ngày - Ceftriaxone 1g x 3 lần/ngày
Phối hợp với	- Aminoglycoside (Amikaye, Selemycine) 500mg 2 lọ/ 250ml Glucose 5% TTM 60 giọt/phút – liều duy nhất trong ngày
Sau đó chuyển kháng	- Amoxicillin-Acid Clavulanic 1g : 1 viên x 2 lần/

sinh uống)(trong 3 ngày)	ngày

Kháng viêm (khi không chống chỉ định) sau đó giảm liều dần tùy chỉ định của BSCK nội tiết và tùy tình trạng bệnh nhân.	-N1-2: Hydrocortisone 100mg (TM) mỗi 8 giờ/ ngày -N3-4: Hydrocortisone 100mg (TM): 1 lọ (8 giờ) – ½ lọ (20 giờ) -N5-6: Prednisone 5mg (uống): 2 viên (8 giờ) – 1 viên (20 giờ) -N7: Prednisone 5mg (uống): 2 viên (8 giờ) -N8: Prednisone 5mg (uống): 1 viên (8 giờ) -N9: ngưng Prednisone. Thử lại cortisol máu
Kháng Histamin (chọn 1)	+ Cetirizine 10mg 1v/ngày, hoặc Loratadine (Clarityne, Alertin) 1v/ngày, hoặc Fexofenadine 60mg 1v x2 lần/ngày
Giảm đau	- Paracetamol 1gTTM 1 hoặc 2 ngày đầu. - Uống N3 tới N7 tùy tình trạng bệnh

- Hướng dẫn bệnh nhân tránh táo bón, tránh ho, tránh xì mũi vì làm tăng áp lực trong hốc mũi và nội sọ.
- Theo dõi đái tháo nhạt: ghi nhận tổng nước nhập và xuất hàng ngày trong vòng 2 tuần sau PT. Nếu lượng nước xuất > 200ml/ giờ trong 3 giờ liên hoặc > 500ml/ 1 giờ hoặc > 4.5-5 l/ngày => báo ngay cho BSCK nội tiết.
- Theo dõi ion đồ trước mổ, sau mổ và hàng ngày trong vòng 2 tuần sau PT.
- Trong thời gian hậu phẫu phải theo dõi sát sinh hiệu, tri giác, thị lực và các dấu màng não (nhức đầu, buồn nôn, cổ gượng, Kernig(+)...) để phát hiện và xử lý kịp thời tình trạng chảy máu, viêm màng não, mù.
- **Theo dõi suy thượng thận cấp: hạ huyết áp, sốt cao, đau bụng...**
 - + **Lấy máu tĩnh mạch thử Cortisol**
 - + **Hydrocortisone 100mg (TM) – mỗi 8 giờ (ngay sau khi lấy máu, không cần đợi kết quả cortisol máu)**
- **Tái khám nội soi sau xuất viện 1 tuần , sau đó hện soi sau 2 tuần, 1 tháng, 2 tháng, 3 tháng, 6 tháng, mỗi năm trong 3 năm.**
- XN nội tiết: theo chỉ định của BS nội tiết

- Khám mắt: sau xuất viện 1 tuần, 3 tháng
- MRI sau xuất viện 3 tháng, mỗi năm

5. BIẾN CHỨNG

- Dò dịch não tủy
- Tổn thương thần kinh thị
- Tổn thương ĐM cảnh
- Viêm màng não – Viêm não

KHUYẾT HỖ SÀN SỌ VÀ THOÁT VỊ MÀNG NÃO

1. ĐỊNH NGHĨA

Khuyết sàn sọ là tình sàn sọ bị khuyết có thể do bẩm sinh, sau chấn thương hay do thầy thuốc gây ra (qua phẫu thuật xoang).

2. NGUYÊN NHÂN

- Dạng bẩm sinh: thường kèm thoát vị màng não
- Dạng chấn thương hay do thầy thuốc gây ra: thường kèm chảy dịch não tủy (DNT) ra mũi.
- Dò DNT sau chấn thương (2% các chấn thương đầu)(Milfort 1997):
 - + Dò DNT có thể xảy ra ngay lập tức sau chấn thương
 - + Dò DNT muộn – 5 ngày, thậm chí nhiều tuần hay nhiều-tháng
 - + Dò DNT tái phát
- 50% - 85 % dò DNT xảy ra trong vòng 48 giờ sau chấn thương sẽ hết tự nhiên
- Tuy nhiên, việc tự nhiên hết dò DNT không đảm bảo rằng chỗ rách màng cứng đã lành chắc chắn
- Dò DNT tái phát xảy ra sau 3 đến 19 tháng

3. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định dò DNT:

- Beta-2 transferrin trong dịch mũi
- Glucose: / dịch mũi = 2/3 glucose máu
- Dấu hiệu khăn tay
- MRI: kỹ thuật rất nhạy để định vị chỗ dò DNT
- CT lát cắt mỏng, CT độ phân giải cao , CT cisternography ưu việt hơn MRI trong việc chỉ ra chỗ khuyết xương

4. ĐIỀU TRỊ

4.1 Điều trị bảo tồn: 8 ngày – 4 hay 6 tuần (50-85% dò / 48 giờ tự lành)

4.2 Điều trị nội khoa bao gồm :

- Tránh các hoạt động làm tăng áp lực nội sọ (ho, nhảy mũi và táo bón)

- Kháng sinh dự phòng
- Nghi ngơi tại giường – nằm đầu cao

4.3 Điều trị ngoại khoa

Chỉ định phẫu thuật:

- Dò DNT tự nhiên
- Dò DNT do PT mũi xoang
- Dò DNT không đáp ứng với điều trị bảo tồn.
- Dò DNT muộn sau chấn thương.
- Dò DNT tái phát.
- Dò DNT có viêm màng não.

PHẪU THUẬT: Phương pháp đóng lỗ dò:

- Underlay: (khuyết xương > 1cm): vật liệu đóng chỗ dò được đặt giữa sọ và màng cứng. Không được dùng mảnh ghép có niêm mạc lót vào trong vì sẽ gây mucocoele.
- Overlay: (khuyết xương < 1cm): vật liệu đóng lỗ dò được đặt bên ngoài sọ, áp vào chỗ khuyết xương.
- Bath plug”: dùng mỡ bụng tạo thành nút chặn 2 bên lỗ dò
- Phẫu thuật đa số qua nội soi: cột, cắt thoát vị màng não (nếu có), vá chỗ khuyết hở sán sọ bằng niêm cốt mạc vách ngăn mũi, cuốn mũi, mỡ bụng, mỡ dải tai và đặt bác tẩm kháng sinh vào mũi.

4.4 Chăm sóc hậu phẫu

- Trong thời gian hậu phẫu phải theo dõi sát sinh hiệu, tri giác và các dấu màng não (nhức đầu, buồn nôn, nôn, cổ gượng, Kernig(+)...) để phát hiện và xử lý kịp thời tình trạng chảy máu, viêm màng não.
- Kháng sinh, thuốc chống phù nề, thuốc giảm đau bằng đường tiêm chích.

Điều trị	Thuốc
Kháng sinh (dùng 1 trong các loại sau) Dùng 10 ngày	+ Cefotaxim (1g 2lọ x 3 lần (TM)/ ngày + Ceftazidime 1g: 1-2lọ x2-3 lần/ngày + Ceftriaxone (1g: 1 lọ x 3 lần/ngày
Phối hợp	+Aminoglycoside 500mg 2 lọ/ 250ml Glucose 5% (TTM) 60 giọt/ pht - liều duy nhất trong ngày

Kháng viêm (Chọn 1 khi không chống chỉ định) dùng trong 5 ngày	+Methyl Prednisolone 40mg 2 lọ (TM)/ngày (sáng) x 7 ngày + Alpha chymotrypsin 21μK: 2v x 3 lần/ ngày x 10 ngày
Kháng Histamine	+ Cetirizine 10mg) 1v/ngày, hoặc Loratadine 1v/ngày, hoặc Fexofenadine 60mg 1v x 2 lần/ngày
Giảm đau	- Paracetamol 1g TTM 1 hoặc 2 ngày đầu. - Uống N3 tới N7 tùy tình trạng bệnh Paracetamol 0,5g 1v x 3 lần/ngày

- Hướng dẫn bệnh nhân tránh táo bón, tránh ho
- Ngày thứ 7-10: rút dần bắc mũi. Trong khi rút phải nhỏ nước muối thường xuyên vào mèche + rút mèche thận trọng, tỉ mỉ.
- Sau khi rút bắc mũi: dặn bệnh nhân không hỉ mũi, không nhỏ nước muối tiếp.
- Ngày 14: nội soi mũi xoang kiểm tra, có thể hút nhầy + máu đông cũ ở sàn mũi
- BN cần được theo dõi và thăm khám thường xuyên:
 - + 2 tuần/lần trong tháng đầu tiên
 - + 2 tháng/lần trong 6 tháng kế
 - + 3 tháng/lần trong 6 tháng tiếp theo
 - + 6 tháng/lần trong năm sau

5. BIẾN CHỨNG

Các biến chứng có thể xảy ra sau mổ

- Viêm màng não – Viêm não
- Lỗ dò không kín
- Sẹo dính hố mổ

CHẢY MÁU MŨI

1. ĐỊNH NGHĨA

Chảy máu mũi là tất cả các trường hợp chảy máu từ mũi, vòm , xuống họng hoặc ra mũi trước.

2. NGUYÊN NHÂN

- Khối u: hốc mũi, xoang cạnh mũi hay vòm.
- Nhiễm trùng mũi.
- Các bệnh xuất huyết.
- Chấn thương vùng mặt.
- Cao huyết áp.
- Chảy máu mũi vô căn.
- Sau phẫu thuật nội soi mũi xoang

3. CHẨN ĐOÁN

3.1 Lâm sàng

Chảy máu ra trước mũi hoặc khám thành sau họng thấy có dòng máu đỏ tươi chảy xuống

3.2 Cận lâm sàng

- Công thức máu, Hematocrit, Tiểu cầu, TS, TC. Xét nghiệm đông máu toàn bộ.
- X quang, nội soi mũi xoang, xác định vị trí và cầm máu.
- CT scan, DSA nếu cần.

4. ĐIỀU TRỊ:

4.1 Điều trị nội khoa

4.1.1 Điều trị tại chỗ

- Chảy máu mũi mức độ nhẹ và tự cầm: nội soi nếu có điểm chảy hoặc nốt giãn mạch ở vị trí thuận lợi có thể đốt điện tại phòng soi cho về .
- Chảy máu mũi từng đợt tự cầm nhưng tái đi tái lại nhiều lần + soi không thấy điểm chảy rõ ràng có thể nhập viện và kiểm tra dưới gây mê.
- Chảy máu mũi mức độ vừa: (thành dòng từ 50ml—» 150ml).

- + Hút mũi, tìm điểm chảy máu.
- + Đặt bắc (mèche) mũi trước.
- + Hoặc đốt điện cầm máu dưới nội soi mũi xoang (có thể tại phòng soi hặc phòng mổ tùy tình trạng và vị trí chảy máu).
- Chảy máu mũi mức độ nặng
- Nhét bắc mũi trước hoặc mũi sau.
- Phẫu thuật đốt động mạch bướm khẩu cái qua nội soi, hoặc phẫu thuật thắt động mạch hàm trong
- Phẫu thuật thắt động mạch sàng hoặc động mạch cảnh ngoài tùy theo hệ động mạch bị tổn thương.

4.1.2 Điều trị toàn thân và theo dõi

- Theo dõi tổng trạng, nằm đầu nghiêng.
- Hồi sức: Truyền dịch, truyền máu nếu cần.
- Thuốc:
 - + **Kháng sinh** đường uống hoặc tĩnh mạch khi đã nhét bắc mũi, có thể dùng một trong các kháng sinh nhóm sau: Beta-lactams; Macrolides; Cephalosporins thế hệ I,II,III; nhóm thuốc khác (Clindamycin, Metronidazole, Lincomycin)

Kháng sinh (đường tĩnh mạch) Dùng 1 trong những loại sau:	- Ceftazidine 1g – 2g X2-3 lần/ngày - Ceftriaxone 1g x 3 lần/ngày - Amoxicillin+Acid Clavulanic 1g x2-4 lần/ngày (Tiêm tĩnh mạch) - Cefuroxim: 0,75g x2-3 lần/ngày (Tiêm tĩnh mạch hoặc Tiêm Bắp ▪ Khi dị ứng với nhóm Penicillin: + Clindamycine (Dalacin) 300mg X 3 lần/ ngày (Truyền tĩnh mạch) + Ciprofloxacin (Ciprobay) 0,5g X 2 lần/ngày

Kháng sinh (đường uống)	+ Amoxicillin: • Amoxicillin 0,5g: 2v X 2 lần/ngày • Amox + A.Clavuclanic 0,625g: lv X2-3 lần/ngày + Cephalosporin I, II, III: • Cephalosporin II: Cefaclor ; Cefuroxim 0,25g: lv X 2 lần/ngày; Cefuroxim 500mg+Clavuanat 125 • Cephalosporin III: Cefixim, Cefpodoxim, Cefdinir; Cefetamet pivoxil + Nếu dị ứng nhóm Penicilline: • Macrolid (spiraamycine 3 MUI (1v x 2 lần/ngày); Clarithromycine 500mg (1v x2 lần/ngày) • Clindamycin (Clindamycine C 300mg (1v x 2 lần/ ngày • Quinolone: Ciprofloxacin , Levofloxacin, Moxifloxacin

+ **Kháng histamine:**

Nhóm 1: Chlorpheramin 4mg (1v x 1-2 lần/ngày), alimemazin

Nhóm 2: Cetirizine 10mg, Levocetirizine 1v/ngày hoặc Loratadine hoặc

Fexofenadine 60mg lv x 2 lần/ngày, desloratadin, hoặc Ebastin, rupatadine.

+ **Giảm đau (uống hoặc chích):** Acetaminophen: - 30 - 40mg/kg/24giờ có thể sử dụng dưới dạng:

✓ Paracetamol 10mg/ml x 100ml (Truyền tĩnh mạch)

✓ Paracetamol 0,5g lv x 2 lần/ngày trong 3 ngày.

✓ Acetaminophen 325mg + Tramadol 32.5mg (Philmadol).

+ **Thuốc cầm máu** (tiêm tĩnh mạch hoặc uống): Tranexamic acid tiêm mạch 1 – 2 ống x 1-2 lần

- + **An thần** (cần nhắc trong trường hợp thật sự cần thiết và không có chống chỉ định):

Diazepam

- + **Các bệnh toàn thân:** Cho bệnh nhân khám và điều trị chuyên khoa các bệnh toàn thân gây ra chảy máu mũi như: cao huyết áp, bệnh lý đông cầm máu, bệnh lý gan...

4.2 Điều trị ngoại khoa

4.2.1 Các kỹ thuật điều trị ngoại khoa các nguyên nhân chảy máu mũi:

- Nội soi kiểm tra đốt điện cầm máu dưới gây mê
- Thất động mạch bướm khẩu cái
- Nếu chảy máu từ u mạch máu: thường cắt đốt qua nội soi

4.2.2 Quy trình chăm sóc:

- **Điều trị nội trú:**
 - + Sau đốt điện cầm máu bệnh nhân nằm viện từ 3- 5 ngày
 - + Những bệnh nhân có Hct giảm < 27%, sau khi truyền máu phải thử lại Hct > 29% mới được xuất viện
- **Điều trị ngoại trú**
 - + Sau 1 tuần bệnh nhân được tái khám tại phòng nội soi mũi xoang.
 - + Đối với bệnh nhân có u mạch máu sẽ phải tiếp tục tái khám 1 tháng 1 lần trong 3 tháng đầu tiên, sau đó mỗi 3 tháng, 6 tháng.

5. PHÒNG NGỪA:

- Không được uống bia rượu
- Bỏ thói quen ngoáy mũi
- Phải điều trị các toàn thân liên quan đến chức năng đông cầm máu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Allen DB. Systemic Effects of Intranasal Steroids. *J Allrgy Clin Immunol*
2. Anand VK, et al. Surgical Management of Adult Rhinosinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg.*
3. Bailey, CDROM
4. Bent JP, Kuhn FA. Diagnosis of allergic Fungal Sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg.*
5. Cumming, CDROM
6. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh lý Tai Mũi Họng, Bộ Y Tế, 2013
7. Kiến thức cơ bản tai mũi họng, Harold Ludman & Patrick J. Bradley, 2013
8. Phạm Hữu Kiên Phẫu thuật nội soi mũi xoang.
9. Tai mũi họng thực hành, GS Võ Tấn, 1993
10. Tai mũi họng, Nhan Trùng Sơn, 2008

VIÊM XƯƠNG CHŨM CẤP

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm xương chũm cấp là tình trạng viêm các thông bào xương chũm trong xương thái dương.

Tình trạng này luôn kèm theo một viêm tai giữa cấp và có thể là một bước tiến triển nặng hơn của một viêm tai giữa mạn.

2. NGUYÊN NHÂN :

Thường do các loại vi trùng: Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae và Streptococci nhóm A. Ngoài ra có thể còn do: Pseudomonas aeruginosa, vi trùng gram âm và kỵ khí.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định:

3.1.1. Lâm sàng:

- Triệu chứng bệnh thay đổi theo tuổi và giai đoạn bệnh, có thể gặp
- Màng nhĩ viêm đỏ, phồng, có hình ảnh vú bò
- Chảy mủ tai
- Sốt: có thể sốt cao hoặc không cao
- Đau: đau, sưng nề, viêm tấy đỏ sau tai, đẩy vành tai ra trước, có dấu phập phều sau tai.
- Nghe kém
- Toàn thân: ăn kém, mệt mỏi, bứt rứt hoặc quấy khóc
- Một số biến chứng có thể gặp nếu không điều trị kịp thời:
- Viêm xoang tĩnh mạch Sigma do huyết khối
- Viêm màng não
- Áp-xe ngoài màng cứng
- Viêm xương lan rộng, áp-xe các phần của xương đá và các tổ chức lân cận
- Liệt dây VII, rối loạn tiền đình.

3.1.2 Cận lâm sàng:

- Soi tai kính hiển vi: tình trạng viêm tai giữa
- X-quang Schuller: có thể có mờ thông bào chũm
- Công thức máu: Bạch cầu/ máu tăng do tình trạng nhiễm trùng

4. ĐIỀU TRỊ - TIỀN LƯỢNG:

Điều trị nội hay ngoại khoa tùy vào triệu chứng, diễn tiến bệnh, sự nhạy cảm lâm sàng của người bác sĩ để cho một quyết định đúng và kịp thời.

4.1. Điều trị nội khoa

Kháng sinh mạnh, phổ rộng:

Ceftazidime: 30-100mg/kg/ngày (TM), chia 2-3 lần

Kháng viêm

Steroid: có thể sử dụng dạng tiêm trong 3-5 ngày đầu sau đó chuyển sang dạng uống và giảm liều dần:

- Methylprednisolone
- Trẻ em: 1-2mg /kg/ngày
- Methylprednisolone 4-16mg, Prednisolone 5mg

Giảm đau hạ sốt: Paracetamol

4.2. Điều trị ngoại khoa

Mở sào bào dẫn lưu mủ và làm sạch mô viêm, tạo sự thông thương giữa tai giữa và các tế bào chũm.

Sau mổ nhất thiết phải đặt meche dẫn lưu, rút meche sau vài ngày khi vết mổ không còn tiết dịch

XỚP XƠ TAI

1. ĐỊNH NGHĨA

Xốp xơ tai là tình trạng tổn thương ở bao xương mê đạo và xương con gây nên diếc tiến triển do sự cứng từ từ xương bàn đạp vào cửa sổ bầu dục.

2. NGUYÊN NHÂN.

Do rối loạn quá trình chuyển hóa xương nguyên phát của bao tai và xương con, gây nên cứng khớp đạp tiền đình, cho đến nay nguyên nhân chưa rõ ràng và nhiều tác giả cho rằng có 1 số yếu tố liên quan:

Thuyết di truyền, nội tiết, chuyển hóa, tác nhân nội tiết, mạch máu, nhiễm trùng, thuyết Ruedi, và gần đây người ta cho rằng làm bệnh lý tự miễn.

2.1. Vị trí ổ xốp xơ tai

Thường gặp ở vùng cửa sổ bầu dục, cực trước vùng khớp bàn đạp tiền đình.

Có thể gặp: ụ nhô, ống Fallope, lòng bao xương mê đạo.

Hiếm gặp ở vùng cửa sổ tròn.

2.2. Dịch tế học

Yếu tố gia đình và di truyền (bệnh có tính chất di truyền gen trội qua trung gian nhiễm sắc thể thường không hoàn toàn).

Liên quan thai kỳ.

Thường gặp ở lứa tuổi 15 - 45.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định: dựa vào triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

3.1.1. Lâm sàng

90% không có biểu hiện lâm sàng..

10% biểu hiện lâm sàng:

Nghe kém:

80% diếc dẫn truyền cổ điển, thể tai giữa.

5% diếc tiếp nhận đơn thuần, type tai trong.

Diếc tiến triển từ từ, lúc đầu 1 tai sau đó có thể ở cả 2 tai.

Triệu chứng kèm theo

Bàng thính, ù tai, rối loạn tiền đình nhẹ.

Khám tai: màng nhĩ bình thường

3.1.2. Cận lâm sàng

Đo sức nghe đơn giản

Tam chứng cổ điển:

- Thời gian dẫn truyền xương tăng.

- Rinne (-)
- Ngưỡng nghe tối thiểu tăng.

Nghiệm pháp Gellé (-)

Đo sức nghe đơn âm và đo sức nghe tiếng nói.

Nhĩ lượng đồ: Áp lực hòm nhĩ bình thường.

Phản xạ cơ xương bàn đạp (-)

CT scan: Có thể thấy dấu hiệu “Double rings sign” nhưng rất hiếm.

3.2 . Chẩn đoán phân biệt

- Gián đoạn chuỗi xương con.
- Cổ định xương bàn đạp bẩm sinh.
- Rối loạn sinh xương
- Cứng khớp đầu xương búa
- Bệnh Paget

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị nội khoa

Nhằm làm chậm sự tiến triển của bệnh xốp xơ tai (không cải thiện được điếc)

Chỉ định trong những trường hợp chống chỉ định phẫu thuật.

Thuốc: Sodium-Fluoride: 1v 25mg/ngày trong 1 tháng.

4.2. Phẫu thuật.

- Phẫu thuật có thể lay động xương bàn đạp, tạo cửa sổ ống bán khuyên hay thay thế xương bàn đạp.
- Phương pháp thay thế xương bàn đạp bằng prothese thường được lựa chọn, prothese có thể là Teflon, Titanium, vật liệu tự thân, gốm sinh học. Hiện tại BV Tai Mũi Họng sử dụng prostheses: Causse Loop Piston Fluoroplastic – CLP.
- “Dự trữ ốc tai + biểu hiện mê đạo hóa” là yếu tố tiên lượng rất quan trọng cho kết quả phẫu thuật.
- Ngày nay thường phẫu thuật Stapedectomy

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

+ Chức năng nghe:

Nghe kém > 30dB.

Rinne (-) (2 trong 3 tần số hội thoại)

Khả năng phân biệt tiếng nói tốt.

+ Tuổi:

Tốt nhất là ở người lớn tuổi

< 20 tuổi dễ bị bí tắc cửa sổ sau mổ.

Trẻ em: cấu trúc giải phẫu còn thay đổi dễ bị rối loạn vôi, viêm tai giữa

+ Nghề nghiệp và điều kiện sống: tránh ồn.

Kỹ thuật:

+ Tạo Protheses:

Trụ dẫn được làm bằng thép không gỉ:

Dài # 3 – 4mm

Uốn cong thành móc ở 1 đầu

Đầu kia buộc 1 mẫu mỡ tự thân

+ *Đường rạch*: thường rạch da đường trong ống tai hình chữ U từ 6 – 12 giờ, cách khung nhĩ # 5mm

+ Bộc lộ vùng cửa sổ bầu dục: thấy rõ:

Ngành xuống xương đe.

Khớp đe đập, gân cơ bàn đập

Xương bàn đập.

+ Giải phóng cấu trúc trên bàn đập.

+ Tạo cửa sổ mê đạo.

+ Đặt Prothèse:

Trụ dẫn ôm vào cạnh xuống xương đe

Mảnh ghép (mỡ): Đặt lên cửa sổ mê đạo đã mở.

+ *Kiểm tra sự di động của hệ thống* (chạm vào xương búa → Prosthesis di động.)

+ *Phủ lại vật da ống tai và màng nhĩ*

5. CHĂM SÓC HẬU PHẪU

Bệnh nhân nằm đầu cao (Fowler) trong phòng hoàn toàn yên tĩnh.

Hạn chế nghe bên tai vừa mổ.

Tránh xì mũi mạnh.

Thay băng, chăm sóc vết mổ mỗi ngày.

5.1. Theo dõi và điều trị các biến chứng

Chấn thương thừng nhĩ: rối loạn vị giác.

Liệt thần kinh VII ngoại biên:

Thường xuất hiện 10 ngày đầu

Hồi phục từ từ với Corticoide liều cao

Nếu nặng: mổ giải áp dây VII

Thủng màng nhĩ, viêm tai giữa, viêm mê đạo: kháng sinh, kháng viêm tích cực

Dò mê đạo: mổ lại

Thuốc:

Kháng sinh: + Có thể sử dụng 1 trong các loại sau: + Có thể phối hợp thêm	-Augmentin 1g: +Trẻ em: 30mg/kg x 2-4lần/ngày +Người lớn: 1g x 2-4 lần/ngày

Getamycine 0,08g -Trẻ em: 20mg/10kg/ngày (TB) -Người lớn: 1-2 ồng/ngày (TB) (BỎ)	-Cefuroxime (Axetine 0,75g; Zinacef 0,75g) +Trẻ em: 30 – 100mg/kg/ngày +Người lớn: 0,75g x 2–3 lần / ngày -Cefotaxime (Shintaxime 1g ; Opetaxime 1g) +Trẻ em: 50 -150 mg/kg/ngày +Người lớn: 1 g x 2-3 lần /ngày -Ceftazidime (Fortum 1g; Opeceftri 1g hoặc Ceftriaxone hay claforan 1g) +Trẻ em: 25-150mg/kg/ngày + Người lớn: 1g -2g x 2-3lần / ngày -Vancomycine 1g -Imipenem + Cilastatin 500mg+500mg(Tienam Via 500mg 1s*) -Meropenem (Meronem inj 1g)
Kháng viêm: Có thể sử dụng một trong các thuốc sau	-Steroid: có thể sử dụng dạng tiêm trong 3-5 ngày đầu sau đó chuyển sang dạng uống và giảm liều dần : +Methylprednisolone (Solumedrol 40mg) Trẻ em: 1-2mg/kg/ngày Người lớn: 1ồng x 1-3lần/ngày + Prednisolone 5mg (Solupred 20mg,5mg) + Methylprednisolone (Medrol 4mg, 16mg; ...) Non-Steroid: + Diclofenac + Etolodac + Loxoprofen + Celecoxid Enzyme: + Alpha chymotrypsin + Bromelain+ Trypsin + Escinum +Alpha amylase
Giảm đau:	-Paracetamol: 30 -40mg/kg/ngày, có thể sử dụng dưới dạng: + Perfalgan 10mg/ml x 100ml (TTM) Acetaminophen (Paracetamol; Acemol; Panadol; Efferalgan ; Dafalgan;...) 30 - 40 mg/kg/24giờ Acetaminophen + Tramadol: 1v x 2 lần/ 24 giờ/ tối đa 5 ngày

	Acetaminophen + Ibuprofen: Protamol Floctafenine (Idarac; ...): 1 v x 2 lần/ 24 giờ Di-antalvic: 1v X 3-4 lần/24 giờ
<i>Kháng Histamine:</i>	Chlopheniramin 4mg, Dextropheniramin 2mg (Polarvi,..) Loratidine (Clarityne 10mg,..), Desloratidine (Arius 5mg; ..) Fexofenadine (Telfast 60mg, Fexalar 120mg,..) Cetirizine (Zyrtec 10mg, ..), Levocetirizine (Xyzal; ..) -Rupatadin(Rupafin 10mg,..)
<i>Chống nôn ói:</i>	Metoclopramide (Primpéran 10mg): 1 ống x 1 -2 lần/ngày, thường sử dụng 1- 3 ngày sau phẫu thuật
Giảm chóng mặt (Sử dụng khi bệnh nhân có chóng mặt nhiều)	Tanganin (acetyl leucine) 500mg / 1 ống 5ml: 1 ống x -2 lần/ngày x 3- 5 ngày, khi bệnh nhân bớt chóng mặt chuyển qua uống tanganin 500mg 1 viên x 2-3 lần / ngày

Rút mèche tai khi xuất viện (sau 5 ngày)

Xuất viện vào ngày thứ 5 – 7 sau phẫu thuật.

5.2. Theo dõi sau xuất viện

Tái khám sau 1 tuần tại phòng soi tai KHV: đánh giá tình trạng ống tai, màng nhĩ

Đo kiểm tra sức nghe đơn âm sau 2 – 4 tuần

Đo kiểm tra sức nghe đơn âm tốt nhất là sau 3 tháng

UNG THƯ TAI

1. KHÁI NIỆM

Phần lớn K tai thuộc K biểu mô (Carcinoma) ở tai ngoài và tai giữa, ngoài ra có sarcoma ở tai giữa nhưng hiếm.

2. TRIỆU CHỨNG – THỂ LÂM SÀNG

2.1. Tai ngoài

Trường hợp gặp ở người có tuổi

Khởi phát u nhỏ bằng nốt ruồi ở vành tai, cứng, sần sùi dính vào sụn, dễ chảy máu. Sau đó phát triển nhanh tạo thành u sùi lan khắp vành tai, xâm nhập vào ống tai ngoài cuối cùng xâm nhập vào ống tai giữa.

2.2. Tai giữa

Thường ở người già, nam nhiều hơn nữ.

Chảy tai từ lâu, gần đây chảy nhiều mủ và máu.

Đau: ngày càng tăng dần, đau dữ dội, liên tục, đau sâu, lan khắp đầu, thuốc giảm đau thông thường không đáp ứng.

Liệt mặt ngoại biên.

Khám tai:

Mùi thối khắm lẫn máu.

Màng nhĩ bị phá thủng.

Đáy lỗ thủng có sùi chắc, dễ chảy máu.

Có thể có hạch cứng sau tai – góc hàm.

Có thể xâm nhập vào xương chũm, xuất ngoại.

Biến chứng: viêm mê nhĩ, liệt TK IX, X, XII.

2.3. Cận lâm sàng

Xquang: hình ảnh hủy xương.

GPB: đóng vai trò quan trọng, quyết định trong chẩn đoán.

2.4. Thể lâm sàng

Ung thư biểu mô (carcinoma): thường gặp ở người lớn.

Ung thư tổ chức liên kết (sarcoma): chiếm tỉ lệ ít hơn carcinoma, thường gặp ở người trẻ.

Có thể phát triển về phía xương đá, gây những triệu chứng mê nhĩ.

3. ĐIỀU TRỊ

Phối hợp đa trị liệu : phẫu thuật, xạ trị, hoá trị.

Phẫu thuật:

K tai ngoài: phẫu thuật cắt bỏ rộng khối u, có thể cắt bỏ vành tai.

K tai giữa:

+ KRĐC mở rộng, cắt bỏ ống tai ngoài + vành tai hay cắt bỏ một phần xương thái dương.

+ Tuy nhiên, nếu còn trong giai đoạn khu trú tại chỗ thì chỉ nên KRĐC mở rộng và lấy sạch bệnh tích không cần cắt bỏ ống tai ngoài - vành tai và có thể không cần xạ trị -> theo dõi.

HỘI CHỨNG MENIÈRE

1. ĐỊNH NGHĨA:

Bệnh Meniere hay sưng nước mê nhĩ là một rối loạn tai trong vô căn biểu hiện bởi 3 dấu hiệu chính: chóng mặt, ù tai và nghe kém.

Hay gặp ở tuổi trung niên, hiếm gặp ở tuổi già.

2. NGUYÊN NHÂN:

Không rõ. Hậu quả cuối cùng: tăng áp lực nội dịch làm giãn ống ốc tai, phình cầu nang, soan nang.

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1 Lâm sàng:

Bệnh xuất hiện từng cơn kịch phát, ngoài cơn, bệnh nhân gần như bình thường.

Cơn kịch phát gồm 3 dấu hiệu:

Chóng mặt: kéo dài từ vài phút đến vài giờ.

Ù tai kéo dài, ù tai tăng trước và trong khi cơn kịch bắt đầu.

Nghe kém: thường điếc tiếp nhận ở tần số thấp. Đôi khi có cảm giác đầy trong tai.

Trong cơn kịch phát có thể khám dấu hiệu động mắt.

3.2 Cận lâm sàng:

Thính lực đồ: thường điếc tiếp nhận ở tần số thấp.

Điện động nhãn đồ

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều nội nội khoa:

Chế độ ăn, sinh hoạt:

Ăn hạn chế muối, dùng thuốc lợi tiểu.

Hạn chế: rượu, bia, thuốc lá, cà phê.

Trong cơn kịch phát có thể dùng thuốc điều trị triệu chứng:

+ Thuốc trị chóng mặt:

. Acetylleucine 500mg (tanganil 500mg) 1v x 2-3 lần/ngày (u) hoặc dùng đường tiêm khi cần thiết.

. Betahistine dihydrochloride 16mg(betaserc 16mg) 1v x 3 lần/ ngày (u)

+ Thuốc an thần kinh:

. Diazepam(Valium): 5mg 1 -. 2 viên/ ngày

+ Thuốc chống buồn nôn:

. Metoclopramide (Primperan 10mg) 1 ống → 2 ống lần/ ngày(TB)

Aminoglycoside xuyên màng nhĩ

Steroid đường toàn thân hay xuyên màng nhĩ

4.2. Điều trị ngoại khoa:

- Mở túi nội dịch:
- Cắt thần kinh tiền đình
- Khoét mê nhĩ.

U CUỘN CẢNH TRONG XƯƠNG THÁI DƯƠNG

1. ĐỊNH NGHĨA

- U cuộn cảnh là u lành tính, phát triển chậm, xuất phát từ thể cảnh trong xương thái dương, thể cảnh trong xương thái dương chủ yếu ở vịnh cảnh (jugular buld) gọi là u cuộn cảnh (glomus jugulare) và hòm nhĩ (từ thần kinh Jacobson hoặc Arnold) gọi là u cuộn nhĩ (glomus Tympanicum)
- Là loại u ít gặp ở tai giữa, chiếm hàng thứ 2 của u tai giữa sau u dây VIII
- U cuộn cảnh cũng được xem là u phó hạch, ở thể hoạt động u có thể tiết ra catecholamines (thường gặp ở u cuộn cảnh)
- U chiếm tỉ lệ cao ở nữ (Nữ/nam= 6/1)

2. NGUYÊN NHÂN

Có thể liên quan đến rối loạn nhiễm sắc thể (khiếm khuyết trên Nhiễm sắc thể số 11)

3. CHẨN ĐOÁN

3.1 Lâm sàng

- Nghe kém : thường là điếc dẫn truyền, đôi khi điếc tiếp nhận hay hỗn hợp
- Ù tai chủ quan: ù tai theo nhịp đập
- Có thể: cảm giác đầy trong tai, đau tai, chóng mặt, nhức đầu. Hoặc: hay đổ mồ hôi, tim đập nhanh, tăng huyết áp không ổn định, tiêu chảy

3.2 Cận lâm sàng

- Nội soi tai: khối màu đỏ đập trong hòm nhĩ,
 - + Brown sign: u màu đỏ sẽ chuyển màu trắng nếu soi tai với áp lực dương
 - + Aquino sign: mạch chậm nếu ấn thể cảnh ở nơi chia đôi động cảnh.
- CT Scan: chú ý phần xương giữa hạ nhĩ và hố cảnh để phân biệt u cuộn nhĩ hay u cuộn cảnh
- MRI
- Chụp mạch máu và tắc mạch
- Đo Catecholamines/máu
- **Phân loại theo Ugo Fisch**
 - + A: u xuất phát từ đám rối nhĩ của ụ nhô, giới hạn trong hòm nhĩ
 - + B: u xuất phát từ thần kinh Jacobson hoặc Arnold, giới hạn ở hòm nhĩ và xương chũm.
 - + C: liên quan đến vịnh cảnh, động mạch cảnh
 - + D: liên quan cấu trúc nội sọ
- **Phân loại theo Glasscock- Jackson**
 - + U cuộn nhĩ (Glomus Tympanicum)
 - I. Giới hạn ở ụ nhô
 - II. Chiếm hoàn toàn tai giữa
 - III. Tai giữa và xương chũm
 - IV. Tai giữa, xương chũm, lan ra ống tai ngoài và có thể lan ra trước đến động mạch cảnh trong
 - + U cuộn cảnh (Glomus Jugular)

- I. Liên quan cuộn cảnh, xương chũm và tai giữa
- II. Lan đến ống tai trong, có thể lan đến nội sọ
- III. Lan đến đỉnh xương đá có thể lan đến nội sọ,
- IV. Lan đến hố thái dương có thể lan đến nội sọ,

4. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- U dây thần kinh (schwannomas): u lớn
+ Trên CT Scan: cả hai gây huỷ hố cảnh nhưng u thần kinh có bờ đều hơn so với bờ không đều của u cuộn cảnh.
- U màng não

5. ĐIỀU TRỊ

Tuỳ phân loại u

5.1 Thuyên tắc mạch trước phẫu thuật (thực hiện trước phẫu thuật 24h-48 h)

5.2 Phẫu thuật lấy u

a. u giới hạn trong tai giữa: phẫu thuật đường trong tai hoặc sau tai, có thể khoan một phần của ống tai ở hạ nhĩ để lấy u.

b. u lan đến xương chũm: kết hợp mở sào bào – thượng nhĩ, tuỳ mức độ lan của u có thể dùng kỹ thuật kín hay hở.

c. u cuộn cảnh: kết hợp TMH và phẫu thuật ngoại thần kinh.

5.3 Tia xạ: u ít nhạy với tia, chỉ làm u tạm ngừng phát triển

5.4 Biến chứng

Chảy máu

Liệt mặt, liệt thần kinh X, XI

Đột quỵ do thuyên tắc mạch

ĐIẾC ĐỘT NGỘT

1. ĐỊNH NGHĨA:

Điếc đột ngột được định nghĩa là nghe kém tiếp nhận trên 30 dB ở 3 tần số liên tiếp và khởi phát trong vòng 3 ngày.

2. NGUYÊN NHÂN: Có nhiều giả thuyết, có thể do các nhóm nguyên nhân chủ yếu:

- 2.1. Do nhiễm virus: viêm ốc tai virus (quai bị, zona, Cytomegalovirus...),
- 2.2. Do mạch máu, bệnh về máu: các bệnh lý có thể gây điếc đột ngột như cao huyết áp, bệnh tăng đông máu, bệnh Berger, đa hồng cầu, hồng cầu hình liềm...
- 2.3. Chấn thương: chấn thương sọ não kín, dò ngoại dịch, chấn thương ốc tai, chấn thương âm thanh lớn, bị điện giật, xạ trị...
- 2.4. Nhiễm độc: thuốc kháng sinh Aminozid, do rượu, thuốc lá...
- 2.5. Bệnh lý tự miễn
- 2.6. Rối loạn chuyển hóa: suy thận, đái tháo đường, toan hóa máu, tăng lipid máu, suy giáp...
- 2.7. Những nguyên nhân sau ốc tai: u dây thần kinh VII, VIII, u não, bệnh xơ cứng rải rác...

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1 Chẩn đoán xác định:

- 3.1.1. Lâm sàng: nặng tai, ù tai, cảm giác đầy tai, nghe kém đột ngột 1 tai hoặc 2 tai, có thể kèm theo chóng mặt, nôn ói.
- 3.1.2. Cận lâm sàng:
 - Thính lực đồ: điếc tiếp nhận ít nhất 30 dB ở 3 tần số liên tiếp ở 1 hoặc 2 tai.
 - Nhĩ lượng đồ: thường là dạng A.
 - Phản xạ cơ bàn đạp.
 - Nội soi tai: để loại trừ tình trạng viêm tai giữa cấp, mạn, viêm tai giữa thanh dịch.
 - Đo ABR, MRI, CT scan sọ não: có thể tìm các nguyên nhân như u não, màng não, u dây TK, nhồi máu não, viêm não màng não....
 - Xét nghiệm khác: công thức máu, chức năng gan, thận, bilan mỡ máu, ECG, XQ phổi...

3.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Nghe kém do viêm tai giữa thanh dịch, viêm tai giữa cấp, mạn, nút ráy tai...
- Nghe kém do hệ thần kinh trung ương: viêm màng não, viêm não, nhồi máu não, u não chèn ép, u dây VII, dây VIII...
- Nghe kém do chấn thương tai, vỡ xương thái dương.

4. ĐIỀU TRỊ - TIỀN LƯỢNG:

4.1. Điều trị nội trú theo phác đồ:

a) Điều trị tại chỗ: tiêm corticoid xuyên nhĩ

- Dexamethasone 4mg/1ml tiêm tai bệnh 0,5ml/ lần/ ngày, trong 5 ngày liên tiếp.
- Tiêu chuẩn tiêm corticoid xuyên nhĩ:
 - Bệnh nhân thỏa các tiêu chuẩn chẩn đoán điếc đột ngột và có bệnh lý nội khoa đi kèm, không thể sử dụng corticoid đường toàn thân (cao huyết áp, đái tháo đường, viêm dạ dày nặng ...)
 - Bệnh nhân thỏa các tiêu chuẩn chẩn đoán điếc đột ngột và có mức độ nghe kém nhiều (thính lực trung bình lúc nhập viện > 60dB)
 - Đồng ý tiêm corticoid xuyên nhĩ

b) Điều trị toàn thân:

- Piracetam 12g (Nootropil, Memotropil...) 1 chai truyền tĩnh mạch 1 lần/ ngày trong 10 ngày
- Flunarizine 5mg (Sibelium, Fluzinstad...) 2v/ ngày (bệnh nhân < 65 tuổi), 1v/ ngày (bệnh nhân > 65 tuổi)
- Omeprazole 20 mg 1v x 2 lần/ ngày (trường hợp có sử dụng corticoid hay có viêm dạ dày đi kèm)
- Corticoid:
 - Ngày 1,2: Methylprednisolone 40 mg (Solumedrol...) 3 lợ/ ngày TM
 - Ngày 3: Methylprednisolone 40 mg (Solumedrol...) 2 lợ/ ngày TM
 - Ngày 4,5: Methylprednisolone 40 mg (Solumedrol...) 1lợ/ ngày TM
 - Ngày 6,7: Prednisone 5mg 8v/ ngày uống
 - Ngày 8: Prednisone 5mg 4v/ ngày uống
 - Ngày 9,10: Prednisone 5mg 2v/ ngày uống
- Có thể thở oxy cao áp. Những trường hợp chống chỉ định thở oxy cao áp:
 - Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

- Tràn khí màng phổi
- Tiền căn phẫu thuật lồng ngực
- Đang có tình trạng viêm mũi xoang mãn, cấp.
- Kiểm tra thính lực, nhĩ lượng đồ, phản xạ cơ bàn đạp vào N5 và N10

4.2. Điều trị ngoại trú:

- Sau khi xuất viện, cấp toa điều trị ngoại trú, hẹn tái khám và đo thính lực đồ lại
- Thuốc hướng thần kinh:
 - Piracetam 800mg (Nootropil, Memotropil, Neuropil...) 1v x 3 uống
- Thuốc giãn mạch ngoại biên:
 - Flunarizine 5mg (Sibelium, Fluzinstad...) 2v/ ngày (bn < 65 tuổi), 1v/ngày (bn > 65 tuổi)
 - Cinnarizine 25mg (Stugeron, Phezam...) 1v x 3 uống
 - Dihydro ergotamine mesylat 3mg (Timmax...) 1v x 3 uống
 - Almitrine + Raubasine (Duxil) 1v x 2 uống
 - Trimetazidime 20 mg (Vastarel ...) 1v x 3 uống
 - Ginko biloba (Tanakan 40 mg, Tebonin 120 mg...) 1v x 2-3 uống
 - Ginko biloba + Magne B6 + Vitamin B6
 - Ginko biloba + cao lá cây táo gai, cao lá cây tía tô đất, tinh dầu vôi
- Thuốc điều trị chóng mặt:
 - Acetyllecucin 500mg (Tanganil...) 1v x 2-3 lần/ ngày
 - Betahistine (Betaserc 16mg, 24mg...) 1v x 2-3 lần/ ngày
- Thuốc điều trị các biểu hiện cơ năng của cơn lo lắng cấp tính:
 - Mange B6 (Magne B6 corbiere ...) 1v x 2-3 lần/ ngày
 - Magne B6 + men Chaccaromyces
 - Vitamin B (Synervit ...) 1v x 2-3 lần/ngày
- Thuốc kháng histamine:
 - Thế hệ I: Chlopheniramine
 - Thế hệ II: Cetirizine, Loratadine...
 - Thế hệ III: Levocetirizine, Desloratadine...
- Có thể thở oxy cao áp nếu không có chống chỉ định

5. BIẾN CHỨNG:

- Tác dụng phụ của thuốc Corticoid: viêm, loét dạ dày, tăng huyết áp, tăng đường huyết, rối loạn nhịp tim, giảm sức đề kháng, rối loạn nội tiết tố...
- Tác dụng phụ của Piracetam khi dùng liều cao: rối loạn giấc ngủ, rối loạn tâm thần (kích động, lo lắng, ảo giác...), rối loạn đông máu, mất điều hòa vận động, chóng mặt, rối loạn tiêu hóa...
- Tác dụng phụ của Flunarizine: buồn ngủ, tăng cân, tăng ngon miệng, trầm cảm (chống chỉ định trên những bệnh nhân có tiền sử trầm cảm), triệu chứng ngoại tháp...

6. PHÒNG NGỪA:

- Chủ yếu là nghỉ ngơi, thư giãn hợp lý. Tránh thức khuya, làm việc quá sức, tránh tình trạng căng thẳng, stress, có những xúc cảm quá mức (lo âu, buồn phiền, giận dữ...).
- Ăn uống, dinh dưỡng đầy đủ chất để tăng sức đề kháng của cơ thể. Hạn chế các chất kích thích: rượu bia, thuốc lá, cà phê, thức ăn nhiều dầu mỡ...
- Tránh tiếng ồn, những nơi có âm thanh lớn. Không nên đeo tai nghe thường xuyên. Nếu làm việc trong môi trường có tiếng ồn lớn thì phải có những biện pháp che chắn tai phù hợp.
- Tránh gây tổn thương cho tai: không ngoáy tai, đưa vật lạ vào tai, không thay đổi áp lực trong tai đột ngột (không hít mũi quá mạnh, không thay đổi tư thế nhanh, không nên lặn nếu không có đầy đủ thiết bị bảo hộ)

Nếu có bệnh lý nội khoa: cao huyết áp, đái tháo đường, bệnh lý tim mạch... cần uống thuốc đầy đủ, dinh dưỡng hợp lý theo hướng dẫn của bác sĩ chuyên khoa.

DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ

Dị vật đường thở là những vật rơi vào thanh khí phế quản gây ra những biến chứng nguy hiểm.

Dị vật đường thở là một cấp cứu tai mũi họng thường gặp, nếu không chẩn đoán và xử trí kịp thời dễ gây tử vong. Hay gặp ở trẻ 3 tháng - 6 tuổi.

NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP:

Hạt trái cây, viên bi, sữa bột, xương cá, răng giả, viên thuốc

CHẨN ĐOÁN:

A) Hỏi bệnh :

- Hội chứng xâm nhập
- Hoàn cảnh xảy ra
- Loại dị vật

B) Lâm Sàng

Diễn hình của dị vật đường thở là hội chứng xâm nhập. Đó là một phản xạ bảo vệ của cơ thể tìm cách tống dị vật ra ngoài (bệnh nhân khó thở, tím tái, ho sặc sụa).

Dị vật thanh quản :

- Khó thở thanh quản:
 - + Khó thở chậm
 - + Khó thở thì hít vào
 - + Khó thở có tiếng rít
- Khàn tiếng hay mất tiếng

Dị vật khí quản:

- Khó thở cả 2 thì
- Có thể tạo nên tiếng “ lật phật cờ bay”

Dị vật phế quản:

- Tức ngực, đau ngực
- Cảm giác khó thở một bên phổi

Dị vật bỏ quên:

Triệu chứng giống viêm phế quản mãn tính hoặc lao phổi.

C) Cận lâm sàng :

Tùy theo tính chất của dị vật, vị trí dị vật, bệnh nhân đến sớm hay muộn mà có các triệu chứng khác nhau như đã nêu trên.

X quang phổi thẳng nghiêng.

ĐIỀU TRỊ:

Nguyên tắc điều trị

- Hỗ trợ hô hấp
- Lấy dị vật

- Điều trị các biến chứng

1. Soi thanh- khí- phế quản:

- Gây mê tĩnh mạch sử dụng thuốc dẫn cơ
- Soi bằng ống cứng ánh sáng lạnh
- Kèm gấp dị vật các cỡ
- Ngay sau khi soi lấy được dị vật, cần phải soi lại ngay kiểm tra.
- Chú ý dùng que bông tẩm Adrenalin để cầm máu và làm co niêm mạc khí - phế quản trước và sau khi gấp dị vật

2. Điều trị và theo dõi toàn thân:

- Chảy máu trong lòng khí - phế quản: cần soi lại kiểm tra
- Khó thở
- Theo dõi biến chứng khác
- Corticoide liều cao đường tĩnh mạch
- Cephalosporin (thế hệ 3).
- Giảm đau.
- Tái khám mỗi tuần cho tới khi ổn định

3. Điều trị biến chứng

- Tràn khí dưới da: rạch, đâm kim dưới da
- Tràn khí màng phổi : dẫn lưu màng phổi
- Absces trung thất: chuyển phẫu thuật lồng ngực

4. Vấn đề mở khí quản:

Được chỉ định có khó thở thanh quản độ IIB độ III.

5. Kết luận:

- Bệnh thường gặp trẻ em hơn người lớn.
- Đây là bệnh nguy hiểm cần phải xử trí đúng lúc, kịp thời.
- Bệnh có thể phòng ngừa được, cần chú ý khi cho trẻ ăn các loại trái cây có hạt, thực phẩm có xương, không ngậm đồ vật trong khi làm việc.
- Chú ý chăm sóc bệnh nhân hôn mê hoặc ở người già mất phản xạ nuốt, nên loại bỏ răng giả trước và nên cho ăn bằng ống sonde dạ dày.

Ù TAI

1. Đại cương

- Ù tai là âm ù trong tai
- Âm không từ môi trường bên ngoài
- Phân biệt ảo thính
- Nam > nữ
- Ít gặp ở trẻ con

2. Phân loại

- Ù tai cấp
- Ù tai mạn
- Ù tai khách quan
- Ù tai chủ quan

2.1. Ù tai cấp

- Vài ngày đến vài tuần
- Nhiễm trùng tai
- Chấn thương đầu cổ
- Tiếp xúc tiếng ồn
- Một số thuốc gây độc cho tai
- Ráy tai
- Bệnh lý tim mạch, biến dưỡng

2.2. Ù tai mạn

- Kéo dài > 6 tháng
- Từ các nguyên nhân trên
- Thường kết hợp nghe kém

2.3. Ù tai khách quan

- Bất thường mạch máu
- Bất thường vòm nhĩ: hở vòm nhĩ
- Co rút các cơ tai giữa
- Tỷ lệ < 1%

2.4. Ù tai chủ quan

- Chỉ có người bệnh mới nghe âm ù
- Tổn thương tai trong: Ménière, sung nước nội dịch
- Tổn thương thần kinh ốc tai: u góc cầu tiểu não
- Tổn thương thần kinh trung ương

3. Nguyên nhân ù tai

- Lão thính: nghe kém ở người lớn tuổi.
- Tiếp xúc tiếng ồn kéo dài: tiếng ồn gây nghe kém.
- Chấn thương âm: tiếp xúc với âm cường độ cao đột ngột.
- Xơ tai: tích lũy canxi bất thường ở chuỗi xương con và ốc tai.
- Nhiễm trùng: siêu vi, vi trùng, nấm.

- Nghe kém miễn dịch.
- Bệnh lý Ménière hoặc các dạng sung nước nội dịch khác, áp lực nội dịch tai trong cao bất thường.
- Các u: u thần kinh VIII, cholesteatoma.
- Bệnh lý về gen.
- Các chất độc cho tai: kim loại nặng, các thuốc kháng sinh: aminoglycoside (gentamicin, streptomycin), valproate, quinine, cisplatin, lợi tiểu vòng (furosenide).
- Bệnh lý mạch máu: tăng huyết áp, xơ mỡ động mạch, lưu động mạch não, tai biến mạch máu não.
- Rối loạn biến dưỡng: thiếu máu, suy giáp, cường giáp, đái tháo đường.
- Chấn thương đầu cổ.

4. Cơ chế ù tai

- Tai ngoài
- Tai giữa
- Tai trong
- Thần kinh thính giác
- Thần kinh trung ương

5. Điều trị

- Phương pháp điều trị bằng âm thanh
- Máy gây ù
- Trợ thính
- Cấy ốc tai
- Cấy thân não
- Khuếch đại tai giữa
- Sử dụng prostheses
- Oxy cao áp **Điều trị đặc hiệu**
- Các thuốc chích xuyên nhĩ + Gentamicine
+ Lidocain + Corticoides
- Dịch ưu trương và giãn mạch + Lợi tiểu vòng: ménière
+ Glycerol và manitol: sung nước nội dịch + Misoprostol (prostaglandin E1)
- Benzodiazepines
+ Giảm kích hoạt thần kinh + Tác dụng > 90% ù tai trung ương
- Thuốc chống động kinh + Sodium valproate + Phenytoin
+ Carbamazepine + Tegretol: giảm kích hoạt thần kinh
- Thuốc chống co thắt
+ Baclofen
+ Primperan

- Thuốc chống trầm cảm
- Thuốc kháng cholinergic + Scopolamine
- Ginkgo biloba (tanakan)

BIẾN CHỨNG NỘI SỌ DO VIÊM TAI XƯƠNG CHŨM

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa.

Là viêm nhiễm nội sọ có nguồn gốc từ nhiễm trùng ở tai.

1.2. Nguyên nhân.

Do viêm tai giữa cấp, viêm tai xương chũm cấp và viêm tai xương chũm mạn tính chưa được phát hiện và điều trị triệt để dẫn tới tiến trình viêm bùng phát cấp tính ngoài kiểm soát và lan vào trong sọ.

Vi khuẩn gây bệnh thường gặp là *Pseudomonas*, *Staphylococcus*, *Protus*... cùng loại với vi khuẩn gây chảy tai.

1.3. Phân loại:

Viêm màng não.

Viêm tĩnh mạch bên.

Áp xe não.

Áp xe ngoài màng cứng.

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

2.1. Bệnh sử.

Có tiền căn chảy mủ tai.

Đau tai dữ dội, nghe kém tăng lên, mủ tai có mùi thối.

Ù tai, chóng mặt.

Vùng chũm sưng đỏ, đau.

2.2. Khám lâm sàng.

Tùy vào từng thể loại biến chứng mà có những đánh giá lâm sàng và cận lâm sàng khác nhau.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. VIÊM MÀNG NÃO

3.1.1. Tiêu chuẩn xác định

Tiền sử có chảy mủ tai, nay xuất hiện dấu hiệu hội viêm: Đau tai dữ dội, nghe kém tăng lên, mủ tai có mùi thối. Ù tai, chóng mặt. Vùng chũm nề đỏ, ấn đau.

Soi tai thấy nhiều mủ, có khi gợi ý cho thấy sự hiện diện của Cholesteatoma. Màng nhĩ thủng sát xương, bờ nham nhở, có dấu hiệu sụp góc sau trên.

Hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc: Sốt dai dẳng, mệt mỏi, suy kiệt, suy nhược, ăn ngủ kém.

Hội chứng viêm màng não:

Cơ năng: Tam chứng màng não bao gồm nhức đầu – nôn vọt – táo bón hoặc rối loạn tiêu hóa.

Thực thể: Cổ cứng, dấu hiệu Kernig(+), Brudzinski (+), vạch màng não(+). Bệnh nhân nằm tư thế cò súng...

Rối loạn cảm giác, rối loạn phản xạ, rối loạn tinh thần...

Dịch não tủy: Áp lực tăng, thay đổi về sinh hóa và tế bào như đạm tăng, đường giảm, bạch cầu tăng, vi trùng (+) giống vi trùng ở mũ tai.

3.1.2. Chẩn đoán phân biệt: Viêm màng não do lao, viêm màng não mô cầu...

3.1.3. Chẩn đoán hình thái: Viêm màng não hữu trùng, viêm màng não vô trùng, viêm màng não sung nước...

3.2. VIÊM TÍNH MẠCH BÊN

3.2.1. Tiêu chuẩn xác định:

Tiền sử có chảy mũ tai, nay xuất hiện dấu hiệu hội viêm

Hội chứng nhiễm trùng huyết: Sốt cao, rét run nhiều cơn trong ngày, vẻ mặt bơ phờ, môi khô, lưỡi bẩn, thở hôi.

Xét nghiệm máu: Bạch cầu tăng cao, chuyển trái.

Thăm khám: Ấn đau ở vào bờ sau xương chũm, tương ứng với bờ trước tĩnh mạch bên (Tiếng kêu Lawrence).

Nghiệm pháp Lillie Crowe (-), nghiệm pháp Queckenstedt Stookey (-) Chụp MRI thấy hình ảnh viêm tắc xoang tĩnh mạch bên.

3.2.2. Chẩn đoán phân biệt: Sốt rét (không có hội viêm, bạch cầu không tăng cao)

3.2.3. Các hình thái: Viêm quanh tĩnh mạch, viêm thành tĩnh mạch, viêm lòng tĩnh mạch và viêm tắc tĩnh mạch.

3.2.4. Biến chứng: Thường phối hợp với viêm màng não nên dễ đưa đến áp xe tiểu não và xa hơn nữa là áp xe phổi.

3.3. ÁP XE NÃO

3.3.1. Tiêu chuẩn xác định:

Có triệu chứng của viêm tai xương chũm mạn tính hội viêm.

Có tam chứng Bergmann:

- Hội chứng nhiễm trùng: Sốt vừa hoặc cao, gầy sút, suy kiệt rõ. Bạch cầu tăng cao với đa số là bạch cầu đa nhân trung tính.

- Hội chứng tăng áp lực nội sọ: Nhức đầu, nôn ói, tinh thần trì trệ, mạch chậm, phù gai thị, áp lực dịch não tủy tăng.

- Hội chứng thần kinh khu trú: Với áp xe đại não:

Liệt mặt đối bên, liệt nửa người đối bên, Babinski (+). Có biểu hiện quên tên những vật dụng quen thuộc (mất ngôn ngữ kiểu Vernicke). Có cơn động kinh nhỏ (Bravais – Jackson). Mất thị trường kiểu bán manh cùng bên do phù nề thùy chẩm.

Với áp xe tiểu não: Chóng mặt, động mắt tự phát, giảm trương lực cơ, rối loạn vận động như: vận động quá tầm, mất liên động, mất đồng vận, cố định tư thế.

Cận lâm sàng: Chụp động mạch não, Điện não đồ, Siêu âm não, Chụp não thất có cản quang, Chụp động mạch đốt sống thân nền, CT scanner, MRI đều có thể phát hiện ổ áp xe.

3.3.2. Chẩn đoán phân biệt: với lao dạng củ, viêm não – màng não và u não.

3.3.3. Chẩn đoán giai đoạn: Giai đoạn viêm não, giai đoạn hình thành áp xe, giai đoạn nang hóa quanh đám mũ hình thành vỏ bọc của áp xe.

3.4. ÁP XE NGOÀI MÀNG CỨNG

3.4.1. Tiêu chuẩn xác định: CT Scanner có hình ảnh ổ áp xe ngoài màng cứng, hoặc phát hiện ổ mũ trong khi mổ xương chũm.

3.4.2. Đặc điểm:

Vì trùng chưa xâm nhập qua màng cứng, bệnh tích nằm sát mặt ngoài của màng cứng ở hố sọ giữa và hố sọ sau. Không ảnh hưởng tới màng nhện và dịch não tủy. Thường bệnh tiến triển âm thầm, triệu chứng không rõ ràng, có khi chỉ được phát hiện trong lúc mổ.

Triệu chứng của viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm: Mờ nhạt, có thể thấy mũ tai đập theo nhịp mạch, rõ lên khi đè ép tĩnh mạch cảnh trong. Nhức đầu âm ỉ kéo dài ở phía tai bệnh. Sốt nhẹ kéo dài không rõ nguyên nhân hoặc viêm màng não tái đi tái lại...

Hội chứng tăng áp lực nội sọ: Rất hiếm thấy, chỉ rõ khi khối lượng mũ quá lớn tới mức gây chèn ép.

Không có dấu thần kinh khu trú Dịch não tủy vô trùng

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Mục đích:

Làm hết tình trạng viêm nhiễm trong sọ. Ngăn ngừa và giải quyết hiệu quả các biến chứng nguy cấp. Hạn chế tối đa các di chứng thần kinh.

4.2. Nguyên tắc:

Loại bỏ nguyên nhân đồng thời với giải quyết biến chứng.

4.3. Điều trị cụ thể:

4.3.1. Điều trị triệu chứng: Giảm đau, hạ sốt

Nâng tổng trạng: Bù nước – điện giải, truyền đạm, vitamine.

Chống phù não, chống tăng áp lực nội sọ: Thở oxy, truyền nhanh dung dịch Glucose 30% hoặc dung dịch Manitol 20%, dùng Corticoid.

4.3.2. Điều trị nguyên nhân:

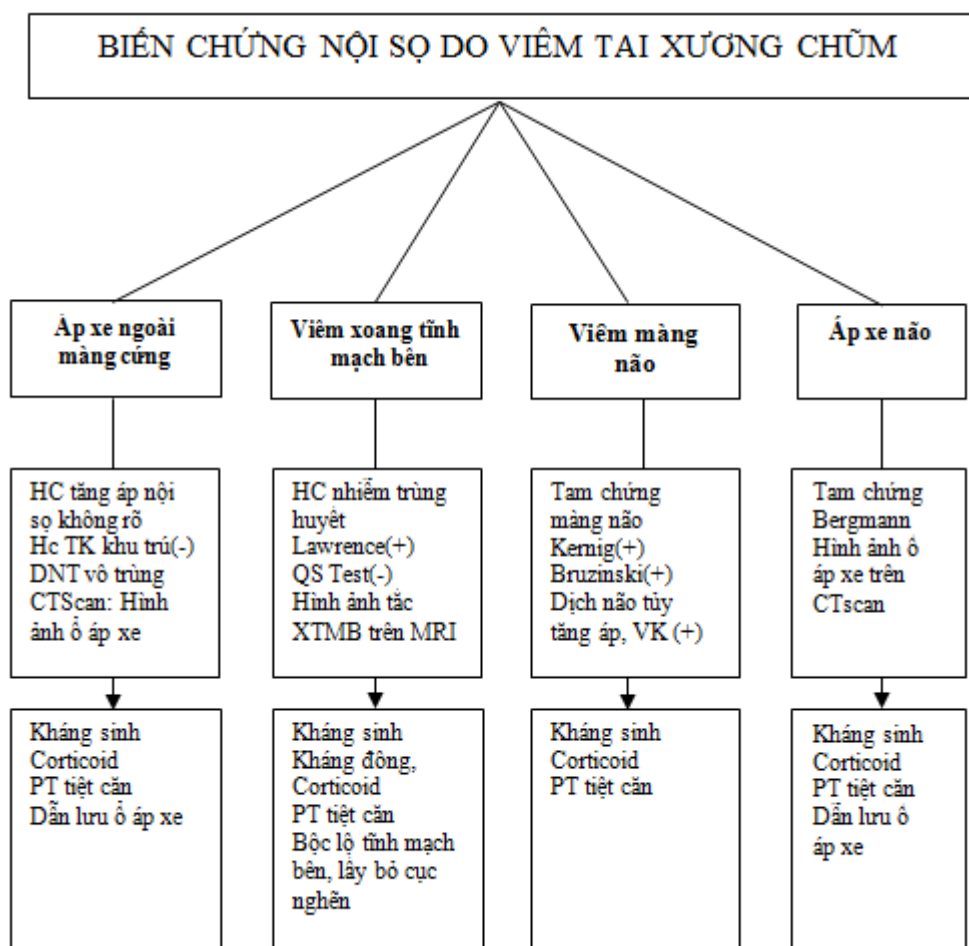
Chống nhiễm trùng: Kháng sinh liều cao và phối hợp, dùng theo đường tiêm truyền. Tốt nhất là sử dụng theo kháng sinh đồ. Điều trị theo kinh nghiệm có thể dùng: Cephalosporin thế hệ thứ 3+ Quinolone + Metronidazol

Phẫu thuật: Phẫu thuật tiết căn, bóc lộ rộng và lấy hết bệnh tích cho tới chỗ lành, hút sạch mủ, bơm rửa và dẫn lưu ổ áp xe, để hở vết mổ.

4.3.3. Điều trị tai biến

Các biến chứng nội sọ do tai nếu không được phát hiện kịp thời và điều trị triệt để, bệnh sẽ tiến triển đến giai đoạn cuối và gây tử vong do: Nhiễm trùng – nhiễm độc, suy kiệt, hôn mê hoặc tụt kẹt hạnh nhân tiểu não, vỡ áp xe vào não thất hoặc các biến chứng ở xa như áp xe phổi, áp xe dưới cơ hoành... Do đó phải: Hồi sức nội khoa tích cực, can thiệp quyết đoán, giải quyết sạch bệnh tích và dẫn lưu triệt để, phát hiện và xử trí kịp thời những biến chứng xa.

4.4. Lưu đồ xử trí



Kháng sinh phổ rộng:

Cephalosporin thế hệ thứ 3 + Quinolone + Metronidazole Hoặc dùng KS theo kháng sinh đồ

5. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

5.1. Tiêu chuẩn nhập viện

Có triệu chứng của viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm.

5.2. Theo dõi

Theo dõi diễn tiến các thể biến chứng và tai biến. Theo dõi hiệu quả của can thiệp.

5.3. Tiêu chuẩn xuất viện

Hết các triệu chứng nhiễm trùng nội sọ. Vết mổ lành tốt.

5.4. Tái khám

Tái khám thường xuyên để làm thuốc tai và theo dõi di chứng.

6. PHÒNG BỆNH

- Làm tốt công tác truyền thông giáo dục sức khỏe chuyên ngành.
- Điều trị triệt để các viêm nhiễm mũi họng.
- Phát hiện và điều trị triệt để viêm tai giữa.

GỠY XƯƠNG MŨI

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa.

Tổn thương nứt gãy xương chính mũi do chấn thương.

1.2. Nguyên nhân.

Tai nạn giao thông , tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động, ẩu đả, chấn thương thể thao...

1.3. Phân loại:

Gãy xương mũi kín

Không di lệch

Di lệch

Gãy xương mũi hở

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

2.1. Bệnh sử.

Có chấn thương vùng mũi. Sưng đau, biến dạng. Chảy máu mũi.

2.2. Khám lâm sàng.

Sưng nề, biến dạng tháp mũi. Chảy máu mũi, ngạt mũi.

Tổn thương da và mô mềm (trầy, rách, tràn khí..).

Sờ tháp mũi: Đau nhức chói, mất liên tục, lạo xạo xương . . .

Soi hốc mũi: Động máu đông, tổn thương vách ngăn (tụ máu, lệch vách ngăn, rách niêm mạc...).

2.3. Cận lâm sàng:

2.3.1. X quang mũi nghiêng. Hình ảnh gãy xương mũi

2.3.2. CT scan.

Thấy đường gãy, các mảnh di dời. Các tổn thương xương hàm mặt khác, tổn thương não phối hợp.

3. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định. Biến dạng tháp mũi Lạo xạo xương.

Chẩn đoán hình ảnh: Gãy xương mũi.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Mục đích:

Khôi phục hình dáng mũi tự nhiên, khôi phục đường thở mũi.

4.2. Nguyên tắc:

Nên can thiệp sớm, tránh để lâu quá 10 ngày dễ bị can xương xấu. Làm thuốc thường xuyên, chống dính, chống sẹo hẹp.

4.3. Điều trị cụ thể:

Gãy xương mũi kín không di lệch: Điều trị nội khoa (kháng sinh, kháng viêm, giảm đau).

Gãy xương mũi kín di lệch: Nâng chỉnh xương chính mũi, nắn chỉnh vách ngăn, lấy máu tụ vách ngăn (nếu có), nhét meche tẩm pommade tetracycline mũi trước trong 5 ngày.

Gãy xương mũi hở: Rửa sạch vết thương, lấy dị vật, khâu vết thương, sắp xếp lại xương, cố định trong.

Nắn chỉnh vách ngăn, lấy máu tụ vách ngăn (nếu có).

Nhét meche tẩm pommade tetracycline mũi trước trong 5 ngày. Điều trị nội khoa hỗ trợ:

Kháng sinh: Amoxicillin + Clavulanate 1g 1viên x 2 lần/ ngày Cefuroxim 0,5g 1viên x 2 lần / ngày

Giảm đau, kháng viêm: Meloxicam 7,5 mg 1 viên x 3 lần/ ngày

Paracetamol 0,5g 1 viên x 3 lần / ngày

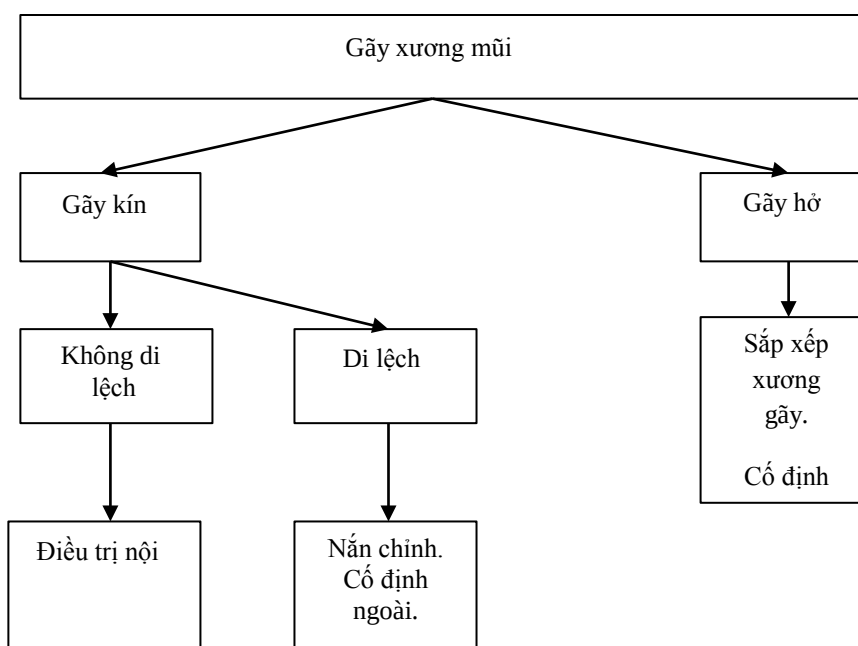
5. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

5.1 Tiêu chuẩn nhập viện: Chấn thương vùng mũi có sưng nề biến dạng tháp mũi, chảy máu mũi.

5.2 Theo dõi: Tình trạng sưng nề tại chỗ, tình trạng thông khí mũi, tình trạng chảy máu...và các dấu hiệu tổn thương sọ não kết hợp.Theo dõi hiệu quả điều trị sau nâng nắn, theo dõi thông khí mũi sau can thiệp.

5.3 Tiêu chuẩn xuất viện: Mũi hết sưng nề, tháp mũi cân đối, thở thông.

5.4 Tái khám: Tái khám sau 1 tuần, đánh giá tình trạng niêm mạc mũi, gõ dính nếu có.



CHẤN THƯƠNG HÀM MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa:

- Chấn thương hàm mặt là chấn thương làm tổn thương các cơ quan vùng hàm mặt.

1.2. Nguyên nhân:

- Khoảng 90% chấn thương hàm mặt là do tai nạn giao thông, 10%: tai nạn lao động và nguyên nhân khác.

1.3. Phân loại:

- Tất cả chấn thương hàm mặt có thể chia thành hai nhóm chính :chấn thương phần mềm và chấn thương gãy xương hàm mặt.
- Việc phân loại chấn thương hàm mặt rất cần thiết vì sẽ giúp hệ thống hóa chấn thương hàm mặt về phương diện sinh bệnh học, chẩn đoán cũng như điều trị.

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

2.1. Khám lâm sàng:

- Chủ yếu dựa vào lâm sàng.

Trong chấn thương hàm mặt, cần dựa trên hai yếu tố: loại tổn thương và vị trí tổn thương.

2.2. Cận lâm sàng:

- X-quang thường quy (hàm chéch, mặt thẳng...), CT Scanner 3D, DSA.
- Xét nghiệm tiền phẫu.

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1. Chấn thương phần mềm hàm mặt:

- Chấn thương đụng dập mô mềm: gây tổn thương mô cơ, mạch máu, thần kinh: sưng nề, tụ dịch máu, đau nhức (thường gặp ở má, cằm, mũi, trán...)
- Vết thương xây xước, lóc da vùng hàm mặt: chủ yếu tổn thương lớp da (thường gặp ở vùng má, cằm, môi, mũi, trán...)
- Vết thương rách mô phần mềm: 2 loại:
 - + Nông: rách da, mô dưới da nông.
 - + Sâu: rách da → mô dưới da sâu → cơ → lộ xương → đứt mạch máu thần kinh lớn. Nguyên nhân do va chạm với vật sắc, nhọn, lực va chạm lớn.
- Vết thương xuyên thủng: Xuyên qua nhiều lớp mô mềm.
Nguyên nhân: do vật bén nhọn, ... độ sâu vết thương tùy thuộc lực tác động.
- Vết thương bỏng.
- Vết thương do hỏa khí.

3.2. Chấn thương gãy xương hàm mặt:

3.2.1. Gãy 1/3 trên khối mặt:

- Xương trán.
- Xương thái dương.
- Bờ trên ổ mắt.

3.2.2. Gãy 1/3 giữa khối mặt (tầng giữa mặt):

- Gãy xương hàm trên Lefort I, II, III.
- Gãy dọc giữa, bên xương hàm trên.
- Gãy khối hàm gò má - cung tiếp.
- Gãy các bờ hốc mắt.
- Gãy răng và xương ổ răng hàm trên.

3.2.3. Gãy 1/3 dưới khối xương mặt (xương hàm dưới):

- Gãy vùng cằm.
- Gãy cạnh ngang.
- Gãy góc hàm.
- Gãy cạnh lên.
- Gãy lồi cầu.
- Gãy mõm vết.
- Gãy răng và xương ổ răng hàm dưới.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị:

- Tùy theo mức độ chấn thương mà có biện pháp xử trí cấp cứu kịp thời thích hợp.
- Bảo tồn tối đa các tổ chức.
- Tránh các biến chứng và tai biến trong khi điều trị.
- Luôn tôn trọng khớp cắn.

4.2. Điều trị cụ thể:

4.2.1. Xử trí chấn thương phần mềm hàm mặt:

- Khai thông đường thở: hút máu họng, mũi ..., đặt nội khí quản khi cần thiết.
- Cầm máu vết thương kịp thời nhằm giảm thiểu sự mất máu, tránh sốc cho bệnh nhân (cột động, tĩnh mạch bị đứt, băng ép vết thương).
- Chích ngừa uốn ván (SAT).
- Làm sạch vết thương:
- + Gấp dị vật kim loại, đá cát...
- + Rửa vết thương bằng dung dịch oxy già, nước muối sinh lý NaCl 9% hay dung dịch Bétadin.
- Gây tê tại chỗ, cắt lọc vết thương, khâu vết thương theo từng lớp giải phẫu → băng vết thương.
- Thuốc kháng sinh, kháng viêm, giảm đau.
- Chăm sóc vết thương hằng ngày.
- Cắt chỉ sau 5-7 ngày.

4.2.2. Cấp cứu trong gãy xương hàm mặt:

- Nhét mèche mũi sau và trước 2 bên bằng Sond Foley (gãy tầng mặt giữa).
- Khai thông đường thở (hút máu, mũi, họng).
- Đặt nội khí quản (nếu cần).
- Truyền dịch.

- Khâu vết thương (nếu có.)
- Chích SAT ngừa uốn ván.
- Truyền máu (nếu mất máu nhiều).
- Cố định tạm thời xương hàm gãy bằng cung kim loại + chỉ thép hoặc chỉ thép buộc hình tròn, số 8 hay bậc thang tùy trường hợp gãy di lệch nhiều hay ít.
- Nếu máu vẫn còn chảy rỉ rả theo đường gãy dọc sau khi nhét mèche mũi và khâu niêm mạc rách, cần phải băng ép niêm mạc khẩu cái nơi đường gãy bằng khay lấy dấu + nhét gạc chặt giữa khay và niêm mạc khẩu cái rồi cố định khay vào răng hàm trên bằng chỉ thép.
- Trường hợp gãy vụn XHD vùng cằm làm lưỡi tụt về phía sau chèn ép đường thở, cần phải cố định đầu lưỡi kéo về phía trước.

4.2.3. Phẫu thuật điều trị gãy xương:

- Chính hình xương.
- Nắn chỉnh - cố định hai hàm vào khớp cắn đúng bằng cung và cao su.
- Kết hợp xương bằng nẹp - vis.

5. THEO DÕI TÁI KHÁM

5.1. Tiêu chuẩn nhập viện:

- Tùy theo loại chấn thương và mức độ nặng nhẹ mà có các cách xử lý khác nhau.
- Các chấn thương cần phải theo dõi, phẫu thuật thì bắt buộc phải nhập viện.

5.2. Theo dõi:

- Các trường hợp chấn thương nặng, đa chấn thương.
- Sự cân đối của gương mặt.
- Tương quan khớp cắn của hai hàm ở các tư thế.

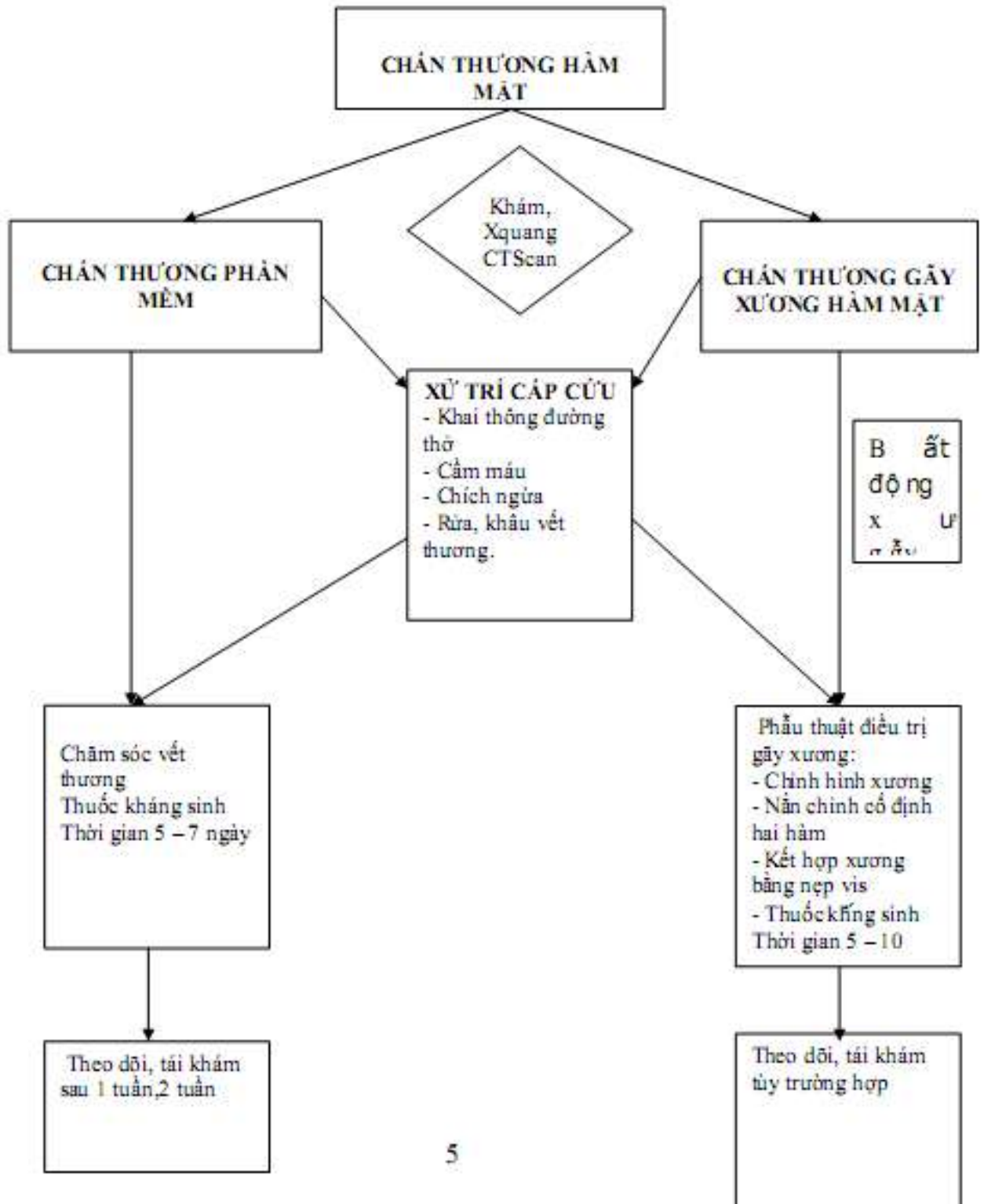
5.3. Tiêu chuẩn xuất viện:

- Hậu phẫu ổn định, không có sự nhiễm trùng vết mổ.
- Vết thương lành tốt, xương hàm mặt được bất động.
- Khớp cắn đúng.
- Xuất viện sau 5-10 ngày.

5.4. Tái khám:

- Tùy theo các trường hợp cụ thể theo dõi và tái khám sau 1 tuần, 2 tuần, 3 tuần, 1 tháng, 2 tháng, 3 tháng để đánh giá sự lành xương.
- Nếu có cố định hai hàm thì sau khi tháo cung, hướng dẫn BN tập há miệng đúng, tích cực.

LƯU ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ:



VIÊM MŨI TEO (TRĨ MŨI)

1. ĐỊNH NGHĨA

Trĩ mũi là một bệnh điển hình và hay gặp nhất của hội chứng viêm mũi teo (teo niêm mạc mũi do có bệnh viêm mũi nặng nhưng không được điều trị thích hợp và triệt để). Nguyên nhân của trĩ mũi vẫn chưa xác định rõ ràng. Người ta cho rằng, bệnh khởi nguồn có thể do sự rối loạn dinh dưỡng ở niêm mạc mũi, hậu quả từ sự rối loạn hệ thống nội tiết trong cơ thể.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định:

- Trĩ mũi thường khá điển hình với các triệu chứng sau:
 - + Hơi thở thối và tanh làm cho người xung quanh rất khó chịu.
 - + Mất ngủ: tự bệnh nhân lại không ngủ thấy mùi thối cũng như các mùi khác.
 - + Mũi teo: khi lấy hết vảy, thấy hốc mũi rộng, các cuốn mũi, kể cả cuốn mũi dưới đều bị teo đi, niêm mạc mũi nhợt, khô.
 - + Ngạt mũi: tuy hốc mũi rộng nhưng bệnh nhân lại có cảm giác ngạt mũi (đây là cảm giác ngạt giả).
- Cận lâm sàng:
 - + Nội soi mũi xoang.
 - + Chụp Xquang hoặc CT Scan mũi xoang: Để xác định có bị tổn thương vùng hốc mũi hay bị viêm mũi xoang kèm theo không.

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Giang mai mũi: có vảy cứng nhưng khó lấy, niêm mạc hay bị loét có mủ, cuốn mũi không bị teo nhỏ.
- Lao mũi: vảy mũi mỏng, nhỏ, màu vàng, không thối.

3. ĐIỀU TRỊ

2.1. Nội khoa:

- Lấy vảy mũi và rửa mũi bằng dung dịch Bôrat, Natri bicarbonat hoặc Nước muối sinh lý NaCl 0,9% loãng ấm hàng ngày.
- Bôi thuốc mỡ vitamin A, D để chống thoái hóa niêm mạc. Người bệnh phải uống vitamin A, E kéo dài.
- Chống nhiễm khuẩn: thường dung Streptomycin tại chỗ. Trong trường hợp nhiễm khuẩn vùng mũi xoang thì dung kháng sinh toàn thân như: Amoxiciline + Clavulanate (Augmentine, Curam, Klamentine...), nhóm Quinolon (Ciprofloxacin, Ofloxacin..), Cephalosporine thế hệ II, III.
- Dùng kháng viêm: Corticoid, Non-Steroid..
- Dùng Vacxin trị liệu cũng có kết quả.

2.2. Ngoại khoa: Phẫu thuật làm hẹp hốc mũi bằng cách độn mảnh nhựa Acrylic (phẫu thuật Eries) hay ghép dưới niêm mạc sụn sườn, xương mào chấu.

4. THEO DÕI VÀ DẶN DÒ BỆNH NHÂN

- Rửa mũi hằng ngày.
- Tránh bụi.

5. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Vảy mũi và nhiễm trùng mũi nặng lên.
- Có chỉ định phẫu thuật.

UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG

1. ĐẠI CƯƠNG:

1.1. Định nghĩa:

Ung thư vòm họng là một bệnh lý ác tính của biểu mô vòm mũi họng, đứng đầu trong các ung thư ở đầu cổ, đứng hàng thứ tư trong các loại ung thư nói chung. Trên thế giới, bệnh mang đặc điểm vùng miền. Nam Trung Quốc và các nước Đông Nam Á là những nơi có tỷ lệ mắc cao nhất, kế đó là các nước vùng Bắc Phi.

Bệnh tiến triển âm thầm và kín đáo, biểu hiện không đặc trưng qua những triệu chứng vay mượn của các cơ quan lân cận, do đó việc phát hiện bệnh thường là chậm trễ.

1.2. Nguyên nhân:

Nguyên nhân chưa rõ ràng, nó dường như là hậu quả của một quá trình nhiều chặng với sự kết hợp của 3 yếu tố quan trọng là EBV, chủng tộc và tác động của môi trường.

1.3. Phân loại:

Dựa trên mô bệnh học.

Ung thư hay gặp nhất ở vòm họng là ung thư biểu mô lát (90%), được WHO chia 3 loại chính:

- Keratinising squamous cell carcinoma (type 1).
- Non keratinising squamous cell carcinoma (type 2).
- Undifferentiated carcinomas (type 3) (90%).
- Ung thư rất hiếm gặp ở vòm họng (10%) bao gồm những dạng sau:
 - Adenocarcinomas and adenoid cystic carcinomas
 - Lymphomas
 - Melanomas
 - Sarcomas

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN :

2.1. Bệnh sử:

Triệu chứng sớm bao gồm:

- Đau đầu: Đau âm ỉ, lan toả ở nửa đầu bên bệnh.
- Ù tai: xu hướng ngày càng tăng.
- Nghẹt mũi: Cảm giác thở không thông ở bên cùng phía với tai ù, ngày càng tăng.
- Khịt khạc: Thấy có máu lẫn với nhày mũi.

Các triệu chứng trên giống triệu chứng cảm cúm, khác là chỉ ở một bên, diễn tiến kéo dài, ngày càng tăng và không giảm khi điều trị cảm cúm thông thường.

Triệu chứng muộn:

Những triệu chứng như đau đầu, ù tai, nghẹt mũi, ra máu mũi ngày càng nặng gây cho bệnh nhân cảm giác rất khó chịu.

2.2. Khám lâm sàng :

Nổi hạch cổ: Thường thấy ở hạch cảnh cổ cao, cùng bên với các triệu chứng trên. Hạch chắc, di động kém, không đau.

Liệt dây thần kinh sọ não: Chỉ ở bên bệnh. Gây lác mắt, nhìn đôi, tê mặt, vẹo lưỡi, muộn hơn có thể gây nuốt sặc... Đầu tiên là dây VI, tiếp theo là dây V, rồi III - IV- VI - VI gây hội chứng khe bướm, II-III-IV-V-VI gây hội chứng bướm đá, IX -X- XI- XII gây hội chứng lồng cầu - lỗ rách sau (Collet et Sicard), IX -X- XI- XII và hạch giao cảm cổ trên gây hội chứng Vilaret, liệt cả 12 dây thần kinh sọ não một bên gây hội chứng Garcin.

2.3. Cận lâm sàng:

2.3.1. Nội soi:

Tiếp cận tổn thương bằng nội soi sẽ cho nhận định rõ ràng và chính xác hơn là dùng gương gián tiếp thông thường. Hình ảnh sẽ được lưu lại. Bầm sinh thiết qua nội soi sẽ chuẩn xác và dễ dàng hơn.

2.3.2. Xét nghiệm tế bào và mô bệnh học

Chẩn đoán tế bào: Quyết vòm lấy tế bào bong tróc để làm tiêu bản phết. Chọc hút hạch cổ.

Chẩn đoán mô bệnh học: Mang tính chất quyết định. Có thể sinh thiết u qua đường mũi hoặc đường họng. Lấy mẫu mô ở ngay ranh giới của tổn thương, cần lưu ý những trường hợp u phát triển dưới niêm mạc, bầm quá nông sẽ không lấy được tổ chức u.

2.3.3. Xét nghiệm sinh hóa

Thử các phản ứng IgA/VCA; IgA/EA; IgA/EBNA trước, trong và sau điều trị để sàng lọc, đánh giá và tiên lượng.

2.3.4. Chẩn đoán hình ảnh

Chụp CT Scan đã đủ để đánh giá khối u, tùy từng trường hợp mà có thể chụp thêm MRI, PET Scan.

Siêu âm ổ bụng để tìm di căn xa vùng bụng.

Chụp xạ hình xương để tìm các ổ vi di căn sớm ở hệ thống xương.

Chụp phổi (chụp thường hoặc CT Scan) để đánh giá tình trạng tim phổi, trung thất.

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1. Tiêu chuẩn xác định : Giải phẫu bệnh lý

3.2. Chẩn đoán phân biệt : cần phân biệt với V.A, polyp mũi, u xơ vòm mũi họng...

3.3. Chẩn đoán độ nặng, giai đoạn, xếp loại TNM: UICC 2002 T (Khối u)

Tx : Không thể đánh giá được u nguyên phát TO : Không có bằng chứng của u nguyên phát Tis : Tế bào ung thư đang còn nguyên vị ở biểu mô

TI : Khối u ở 1 vị trí giải phẫu của vòm.

T2 : Khối u ở 2 vị trí giải phẫu của vòm .

T3 : Khối u lan vào hốc mũi hoặc xuống họng miệng

T4 : Khối u đã xâm lấn vào nền sọ hoặc thương tổn các dây thần kinh sọ não

N (Hạch)

Nx: Khám không thấy hạch cổ .

NO: Không có di căn hạch cổ .

NI: Hạch cổ di căn kích thước nhỏ hơn hoặc bằng 3cm

N2: Hạch cổ di căn kích thước trên 3 cm và nhỏ hơn 6cm

N2a Di căn một hạch cùng bên

N2b: Di căn nhiều hạch cùng bên

N2c: Di căn hạch hai bên hay bên đối diện

N3: Hạch cổ di căn kích thước lớn nhất trên 6 cm

M (Di căn)

MO: Không có di căn xa,

M1: Có di căn xa Phân chia giai đoạn:

GD 1 : T1 , NO , MO GD 2a : T2 , NO , MO,

GD 2b : T(1, 2a), NI, MO hoặc T2b , N(0, 1), MO GD 3 : T(1, 2), N2, MO hoặc T3,

N(0,1,2), MO GD 4a : T4, Nx, MO GD 4b : Tx ,N3, MO GD4c : Tx, Nx, M1.

4. ĐIỀU TRỊ:

4.1. Mục đích điều trị:

Giai đoạn sớm có thể điều trị triệt để bằng xạ trị.

Giai đoạn muộn phối hợp hóa xạ đồng thời.

4.2. Nguyên tắc chung:

- Chỉ định điều trị dựa vào giai đoạn bệnh, tít mô bệnh học, thể trạng chung người bệnh
- Xạ trị là phương pháp cơ bản, hóa chất và một số phương pháp khác có vai trò bổ trợ trong điều trị
- Xu hướng hiện nay là điều trị phối hợp nhiều phương pháp, trong đó phối hợp hóa xạ trị đồng thời mang lại kết quả tốt rõ rệt, nhất là với các ung thư ở giai đoạn toàn phát.

4.3. Phương pháp điều trị:

4.3.1. Xạ trị: Liều xạ chỉ định theo giai đoạn bệnh. Trung bình liều vào u nguyên phát, hạch phát hiện trên lâm sàng và phim Xquang là 65-70Gy, phân liều 2Gy/ngày, trải liều 6-7 tuần,. Liều dự phòng vào hạch cổ đạt 50 gy.

4.3.2. Hoá trị: Chỉ định phối hợp đồng thời với xạ trị hoặc bổ trợ sau xạ trị cho các giai đoạn III, IV, T₃,T₄, N₂, và một số di căn, tái phát tại chỗ của loại ung thư

Với những trường hợp tổn thương đáp ứng kém với tia xạ và ở giai đoạn lan tràn có thể phối hợp với thuốc điều trị đích Cetuximab liều 400mg/m²/tuần/đợt X 6 đợt (Có thể bổ xung thêm một số thuốc tế bào đích: nimotuzumab...)

4.3.3. Phẫu thuật: Không áp dụng phẫu thuật bóc bỏ u nguyên phát vì ít có kết quả. Phẫu thuật được chỉ định để lấy hạch cổ làm chẩn đoán gián tiếp hoặc lấy hạch còn lại sau xạ trị.

4.4. Điều trị cụ thể:

4.4.1. Ung thư giai đoạn I, II (T_{1,2}N₀M₀)

Xạ trị đơn thuần, tổng liều 65 Gy (với ung thư biểu mô không biệt hoá), 70 Gy đối với ung thư biểu mô vảy, tại hạch cổ dự phòng liều 50Gy. Phân liều 2Gy/ngày; 10Gy/tuần. Tốt nhất xạ trị theo kỹ thuật IRMT với chụp PET/CT mô phỏng.

4.3.2. Ung thư giai đoạn III, IV (T_{3,4} N_{2,3} Mo):

- Bệnh nhân có sức khỏe tốt, tuổi trẻ, có nguy cơ di căn mạnh: phối hợp đồng thời 4 đợt đa hóa chất chu kỳ 21 ngày (phác đồ CF; PC; DC; pp.).
- Bệnh nhân nhiều tuổi, sức khỏe yếu: Phối hợp đồng thời 6 đợt đơn hóa chất(Cisplatin, Palitaxel..), 1 tuần truyền 1 đợt xen kẽ với xạ trị gia tốc trải liều. xạ trị : Gia tốc theo kỹ thuật 3D, tổng liều tại u 70Gy, tại hạch (+) 65-70Gy, Hạch cổ (-) tia dự phòng liều 50Gy, phân liều 2Gy/ngày - 10Gy/tuần. Trải liều trong 7-8 tuần .

4.4.3. Các trường hợp đặc biệt:

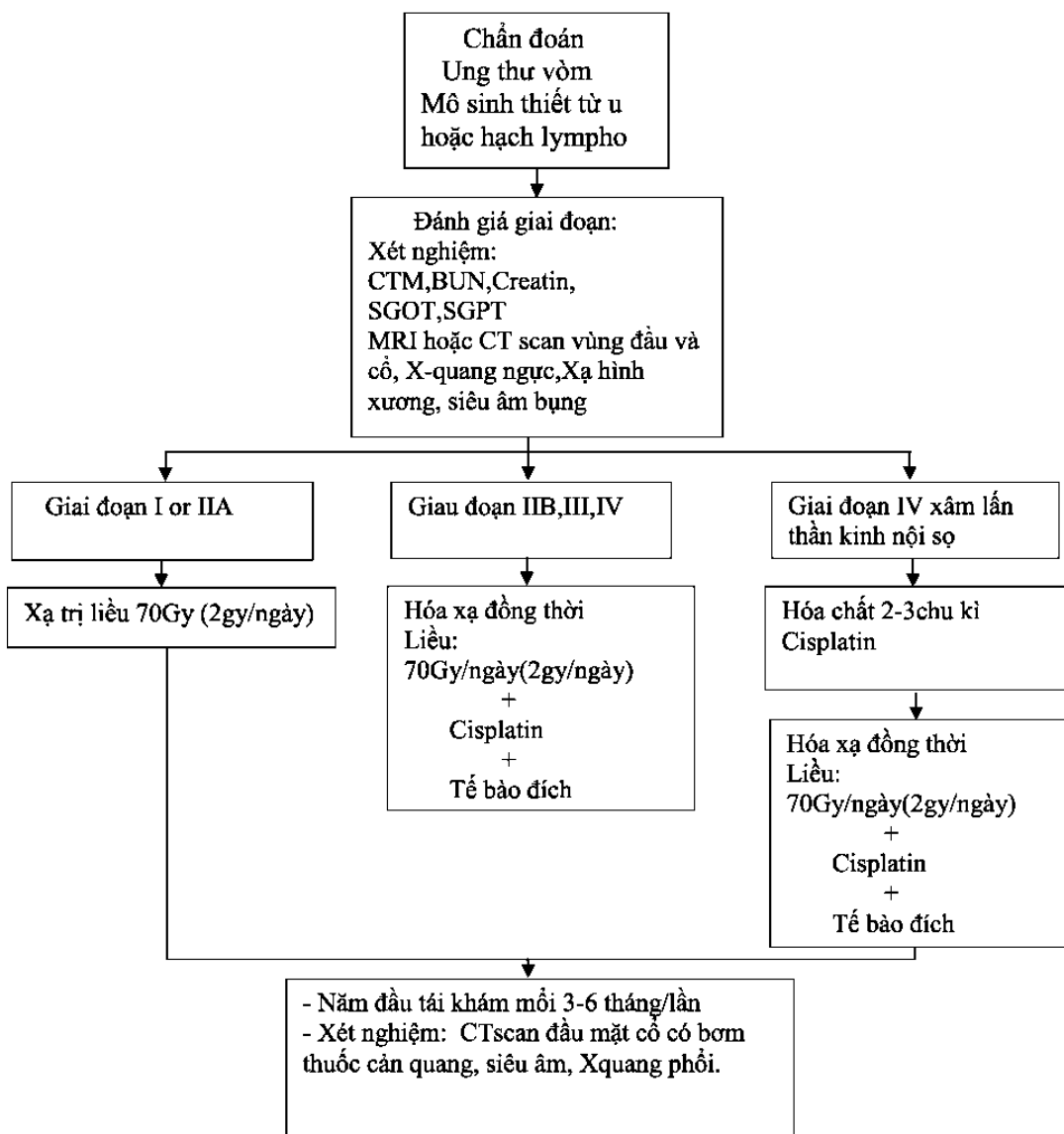
- Còn ung thư tại ổ nguyên phát (chẩn đoán qua sinh thiết). Có hai tình huống: Khối u vòm khu trú: xạ trị áp sát liều 30Gy cho **T₁,2**, 40Gy cho **T₃,4**.
- Khối u lan rộng: xét hoá trị bổ trợ bằng các phác đồ đa hóa chất.
- * Trường hợp tái phát tại u: Tồn thương khu trú: xạ trị từ xa 40Gy trải liều 2Gy/ngày kết hợp áp sát tổng liều 70Gy. Trường hợp lan rộng: phải xét khả năng hoá trị kết hợp xạ ngoài liều 70Gy. Chỉ định này chỉ được tính đến khi tái phát sau điều trị ít nhất phải trên 6 tháng.

MỘT SỐ PHÁC ĐỒ HÓA CHẤT THAM KHẢO

Hoá trị đơn hóa chất:

Cisplatin 40mg/m² X 6 đợt truyền tĩnh mạch, 1 đợt /tuần

- Paclitaxel 30mg/m² truyền ngày 1-5; ngày 29-33 hoặc 175mg/m² ngày 1 TM trong 3h; chu kỳ 3 tuần.x 4 chu kỳ
 - Docetaxel 100 mg/m² TM trong 1h; chu kỳ 3 tuần X 4 chu kỳ Hoả trị đa hóa chất:
1. Phác đồ CF: Cisplatin - 5FU: Cisplatin 100mg/m² TM ngày 1; 5FU 1000mg/m² TM ngày 1-5;Chu kỳ 3- 4 tuần.x 4-6 chu kỳ
 2. Phác đồ PC: Paclitaxel - Carboplatin: Paclitaxel 135 mg/m² TM ngày 1; Carboplatin AUC-2 ngày **1-4**; chu kỳ 6 tuần. X 4-6 chu kỳ
 3. Phác đồ PP: Paclitaxel - Cisplatin: Paclitaxel 175 mg/m² TM trong 3h ngày 1; Cisplatin 75 mg/m²TM trong 30' ngày 2; Chu kỳ 3 tuần. X 4-6 chu kỳ
 4. Phác đồ PC: Docetaxel-Cisplatin; Docetaxel 75 mg/m² TM trong 1h ngày 1; Cisplatin 75 mg/m²TM trong 3h ngày 1; Chu kỳ 3 tuần. X 4-6 chu kỳ



5. THEO DÕI, TÁI KHÁM:

5.1 Tiêu chuẩn nhập viện:

Đau đầu một bên kéo dài, ù tai một bên kéo dài, nghẹt mũi, ra máu mũi một bên, lác mắt một bên, tê mặt một bên, hạch cổ tình cờ phát hiện.. mà điều trị nội khoa sau hai tuần không hiệu quả.

5.2. Theo dõi:

Lâm sàng: đau đầu, chảy máu mũi họng, nuốt khó, các triệu chứng của thần kinh sọ não, hạch cổ.

Cận lâm sàng: CTscan đầu mặt cổ có bơm thuốc cản quang, siêu âm bụng, Xquang phổi.

5.3. Tiêu chuẩn xuất viện:

Ổn định không chảy máu mũi họng.

Không tác dụng phụ sau hóa chất: ói, sốt, tiêu chảy mất nước.

5.4. Tái khám:

Năm thứ 1-2: 1-3 tháng/lần. Năm thứ 3-5: 4-6 tháng/lần. Sau 5 năm: 6-12 tháng/lần

RÒ TRƯỚC TAI

I. ĐỊNH NGHĨA

Rò trước tai là dị tật bẩm sinh trong thời kỳ phôi thai do các cung mang hình thành những nụ, các nụ này kết hợp không hoàn chỉnh để lại các đường rò, biểu hiện bằng lỗ rò + đường rò trước tai.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

- Hỏi tiền sử có lỗ rò trước tai lúc mới sinh tiết dịch chảy mủ,
- Tìm lỗ rò trước tai.
- Tìm áp xe xung quanh lỗ rò + xa lỗ rò.

2. Chẩn đoán

- a. Chẩn đoán xác định: lỗ rò trước tai có từ lúc mới sinh ra.
- b. Chẩn đoán phân biệt
 - Nhọt trước tai: không có lỗ rò từ trước.
 - Hạch trước tai áp xe hóa.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Lấy trọn đường rò tránh tái phát.

2. Xử trí đặc hiệu

- Có áp xe hóa:
 - Kháng sinh Amoxicillin 75 mg/kg/ngày uống. Nếu dị ứng Amoxicillin, dùng Erythromycin 50 mg/kg/ngày. uống từ 5 ngày đến 7 ngày.
 - Giảm đau: Paracetamol 10 mg/kg/6h uống.
 - Rửa tháo mủ + nạo ổ áp xe.
- Ổ áp xe đã lành hoặc không áp xe hóa: mổ lấy trọn đường rò.

3. Xử trí tiếp theo

- Theo dõi vết mổ, cắt chỉ 7 ngày.
- Kháng sinh khi có áp xe:
 - Tiếp tục kháng sinh uống sau khi mổ lấy rò tới ngày cắt chỉ.
 - Kháng sinh theo kháng sinh đồ.
 - Nếu có dấu hiệu nhiễm trùng vết mổ dùng Cefalexin (uống) 50 mg/kg/ngày hoặc Erythromycin (uống) 30 mg/kg/ngày.

4. Theo dõi tái khám

Bệnh nhân tái khám mỗi tuần cho đến khi ổn định.

UNG THƯ SÀNG HÀM

- Ung thư vùng sàng hàm tương đối hiếm gặp. Chiếm khoảng 1% ung thư toàn thân và 3% ung thư đường hô hấp trên. Tỷ lệ nam/ nữ là 2/1. Tuổi trung bình 50 – 70.
- Nhiều yếu tố môi trường gây ung thư sàng hàm: hóa chất (Nickel, chất thuộc da...), khói bụi (thuốc lá, bụi gỗ...), độc tố nấm mốc (Aflatoxin...).
- Dự hậu xấu vì thường được chẩn đoán muộn. Ung thư xoang sàng, xoang bướm có dự hậu nặng vì xâm lấn nhanh vào nền sọ, ổ mắt.
- Vị trí khối u đóng vai trò quan trọng vì nó chi phối triệu chứng lâm sàng biểu hiện và quyết định tiên lượng.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Triệu chứng cơ năng:

- Là các triệu chứng mượn của bệnh viêm mũi xoang: đau đầu, nghẹt mũi, chảy đàm mủ, hơi thở hôi...
- Các triệu chứng đặc hiệu: Tùy theo vị trí và mức độ xâm lấn của u: Chảy máu mũi, đau vùng mặt, biến dạng, tê một vùng mặt...
- Ù tai, giảm thính lực (dấu hiệu này quan trọng vì cho thấy u đã xâm lấn vòm mũi họng).
- Hạch cổ.

1.2. Triệu chứng thực thể:

Ung thư sàng hàm thường tiến triển thầm lặng, chỉ bộc lộ dấu hiệu thực thể khi đã chèn ép dây thần kinh, hủy xương hay gây bít tắc các lỗ thông xoang. Các dấu hiệu thường gặp nhất gồm:

- Khối u trong mũi gây tắc nghẽn mũi
- U khẩu cái cứng gây biến dạng mặt, phá thành trước xương hàm...v.v.
- Lồi mắt, sụp mí, liệt vận nhãn...v.v.

1.3. Cận lâm sàng:

- Chụp CT Scan, MRI: rất quan trọng giúp chẩn đoán và đánh giá tiên lượng.
- Sinh thiết, GPBL: chẩn đoán xác định tế bào học.

2. PHÂN LOẠI

2.1. Theo vị trí u:

Rất có giá trị để đánh giá dự hậu của khối u. Có nhiều quan điểm phân chia khác nhau:

☐ Sébilleau chia xương hàm trên và các xoang cạnh mũi thành 3 vùng:

- Hạ tầng: Gồm mâm răng và sàn xoang hàm.
- Trung tầng: Từ sàn xoang hàm đến sàn ổ mắt.
- Thượng tầng: Từ sàn ổ mắt đến nền sọ.

☐ Oehngren xác định 1 mặt phẳng chéo từ trước ra sau và từ trên xuống dưới, đi ngang qua góc ngoài mắt và góc hàm: U nằm ở phía dưới mặt phẳng này có dự hậu tốt hơn (70% sống thêm quá 3 năm) là u nằm phía trên (30% sống qua 3 năm).

2.2. Theo phân loại của AJCC (American Joint Committee on Cancer):

- T0: Không có bằng chứng về sự hiện diện của u.
- TIS: Carcinoma in situ.
- T1: U còn nằm trong niêm mạc của xoang hàm vùng hạ tầng, không ăn mòn xương hay hủy xương.
- T2: U niêm mạc của vùng thượng tầng, chưa hủy xương; hay u ở hạ tầng và có hủy xương ở thành trong và thành dưới xoang hàm.
- T3: U xâm lấn rộng hơn đến da vùng má, vào ổ mắt, xoang sàng trước hay các cơ chân bướm.
- T4: U lớn xâm lấn vào mảnh sàng, xoang sàng sau, xoang bướm, vòm mũi họng, xương chân bướm hay nền sọ.

3. ĐIỀU TRỊ

Bao gồm phẫu thuật, xạ trị và hóa trị. Có thể phối hợp cả 3 phương pháp này.

Một số điểm cần lưu ý:

- Vì u của xương hàm trên có xương bao bọc và rất gần những cấu trúc sinh tồn như mắt, não...nên xạ trị không phải là phương pháp điều trị ưu tiên hàng đầu.
- Phẫu thuật là phương pháp điều trị chọn lựa, nên mổ lấy trọn khối u. Thường kết hợp với xạ trị, nhất là đối với u lớn, đã xâm lấn nền sọ, ổ mắt...
- Xạ trị và hóa trị được dành cho những u quá khả năng phẫu thuật.

Mổ nội soi chỉ dùng rất hạn chế cho những trường hợp u nhỏ, có cuống

VIÊM TAI GIỮA MẠN MŨ VIÊM TAI GIỮA CÓ CHOLESTEATOMA

1. ĐỊNH NGHĨA

- Là viêm tai giữa có chảy tai > 3 tháng và có thủng màng nhĩ.

2. DỊCH TỄ HỌC

- Nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ suất viêm tai giữa mạn mủ hàng năm ở trẻ em và thanh thiếu niên khoảng 39/100.000.
- Ở Anh, 0,9% trẻ em và 0,5% người lớn bị viêm tai giữa mạn mủ.
- Một số chủng tộc có nguy cơ viêm tai giữa mạn mủ cao hơn các chủng tộc khác như người da đỏ và người Eskimo vì vòi nhĩ ở những người này rộng hơn, do đó tăng trào ngược vi khuẩn từ mũi vào tai giữa, dẫn đến viêm tai giữa cấp, viêm tai giữa cấp tái phát và cuối cùng là viêm tai giữa mạn mủ.

3. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH:

- Ứ dịch tai giữa không giải quyết triệt để
- Vi khuẩn học: *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Proteus*, *Klebsiella pneumoniae* là các vi khuẩn thường được phân lập. Vi khuẩn kỵ khí và nấm có thể phát triển cùng lúc với vi khuẩn hiếu khí.

4. YẾU TỐ NGUY CƠ:

- Tiền căn nhiều đợt viêm tai giữa cấp
- Điều kiện sống đông đúc kém vệ sinh
- Trẻ em được gửi ở các nhà trẻ, mẫu giáo
- Bệnh nhân bị bất thường sọ mặt: chẻ vòm, Down...

5. LÂM SÀNG

- Bệnh sử: chảy mủ tai kéo dài, từng đợt, tiền căn thủng nhĩ, nghe kém. Có thể sốt, chóng mặt, đau, khi có các triệu chứng này cần nghĩ đến các biến chứng ở xương thái dương hay nội sọ. Bệnh nhân bị chảy tai mạn sau khi đã được điều trị nội khoa tích cực cần phải nghĩ đến cholesteatome.
- Khám:
 - + Dịch tai giữa: mủ hôi hay giống như phomat, mủ nhầy hay dịch trong loãng
 - + Lỗ thủng: đánh giá vị trí, hình dạng, kích thước. Lỗ thủng nguy hiểm là lỗ thủng ở góc sau trên, ở màng chũm và thủng rộng sát xương (lỗ thủng ở **những vị trí này nguy cơ có Cholesteatome**)
 - + Mô hạt viêm thường thấy trong hòm nhĩ và đoạn ường ống tai
 - + Qua lỗ thủng thấy niêm mạc hòm nhĩ phù nề hay polyp, tái nhợt hay viêm đỏ.
- Cholesteatome: hiện diện biểu mô vảy sừng hóa trong tai giữa, kích thước thay đổi, màu trắng đục, mùi thối khắm. Cholesteatome có thể dẫn tới hủy xương gây ra biến chứng.

6. CẬN LÂM SÀNG

- CT-scan: giúp phát hiện Cholesteatome, dị vật...có thể thấy hủy xương do Cholesteatome, phá hủy xương con, viêm xương chũm, ăn mòn ống fallop, abscess

nội sọ...

- MRI: khi nghi ngờ có biến chứng ở xương thái dương hay nội sọ
- Thính lực đồ: thường gặp nghe kém dẫn truyền. Nghe kém > 30dB có thể đã tổn thương xương con. Nếu nghe kém hỗn hợp hay tiếp nhận cần nghĩ đến bệnh đã lan rộng và có biến chứng.

7. ĐIỀU TRỊ

- Nội khoa: VTGMM thường đáp ứng với điều trị tại chỗ hơn toàn thân. Điều trị tại chỗ thành công gồm: lựa chọn thuốc nhỏ tai phù hợp, chăm sóc tai tích cực và kiểm soát mô hạt viêm
 - Thuốc nhỏ tai: kháng sinh nhỏ tai phải diệt được cả gram (-) và gram (+): polymixin B, neomycin, quinolone, aminoglycoside (gentamycine, tobramycine), có thể phối hợp với kháng viêm: dexamethasone.
 - Chăm sóc tai: ống tai thường được phủ bởi dịch nhầy và thượng bì tróc vảy làm cản trở thuốc nhỏ tai do đó cần phải lấy đi. Có thể rửa tai với dung dịch 50% oxy già và 50% nước vô trùng.
 - Giải quyết mô hạt viêm: thuốc nhỏ tai có steroid, đốt bằng điện lưỡng cực hay bằng hóa chất (bạc nitrat).
 - Kháng sinh toàn thân: nhóm aminoglycoside (tobramycine) hay nhóm quinolone(ciprofloxacin).nhóm PNC (amoxicilline+a.clavulanic).
- Phẫu thuật: nếu điều trị nội khoa thất bại phải phẫu thuật.
 - Phẫu thuật hòm nhĩ khoét xương chũm để loại bỏ nhiễm trùng, mô hạt viêm giúp hết chảy mủ tai trong 80% trường hợp
 - Phẫu thuật mổ xương chũm kỹ thuật kín lấy sạch bệnh tích ở hòm nhĩ, xương chũm
 - Phẫu thuật chỉnh hình tai giữa, chỉnh hình xương con
 - Trong trường hợp nặng thì phải mổ xương chũm kỹ thuật mổ hở giúp lấy sạch bệnh tích và tránh chảy mủ tai tái phát như phẫu thuật khoét xương chũm có hạ thấp tường dây vn.

8. BIẾN CHỨNG

- Biến chứng trong xương thái dương
 - Viêm xương đá
 - Liệt mặt
 - Viêm mê nhĩ
- Biến chứng nội sọ
 - Viêm tắc xoang tĩnh mạch bên
 - Viêm màng não
 - Absces nội sọ.

KỸ THUẬT CHÍCH CHẮP – LỆO

ĐẠI CƯƠNG

Chích chắp – lệo là kỹ thuật lấy đi ở chắp hoặc lệo.

CHỈ ĐỊNH

Chích chắp và lệo khi đã hình thành mũ và ổ viêm khu trú có điểm mũ trắng hoặc thành bọc như hạt đỗ dưới da mi.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chắp, lệo đang sưng tấy.

Những bệnh toàn thân chưa cho phép phẫu thuật.

CHUẨN BỊ

Người thực hiện

Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo.

Phương tiện

Bộ dụng cụ chích chắp.

Thuốc: thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch betadin 5%, 10%; mỡ kháng sinh

Người bệnh

Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.

Khai thác tiền sử đông máu. Tiền sử huyết áp, dị ứng thuốc tê.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh

Thực hiện kỹ thuật

Vô cảm

Gây tê tại chỗ.

Kỹ thuật

Sát khuẩn vùng chích bằng dung dịch betadin 5%.

Dùng cặp cố định, cố định chắp. Chú ý vận ốc vừa phải.

Dùng dao lưỡi nhỏ rạch kết mạc ở vị trí chấp, nếu rạch ngoài đường rạch song song với bờ mi, nếu rạch trong đường rạch vuông góc với bờ mi.

Nếu có bọc xơ tránh làm vỡ bọc chấp, dùng kéo cong nhọn phẫu tích lấy gọn chấp.

Nếu vết rách quá 5 mm. Khâu 1 – 2 mũi.

Tra dung dịch sát khuẩn, dung dịch gây tê bề mặt, mỡ kháng sinh.

Băng mắt.

THEO DÕI

Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường báo bác sĩ để xử trí kịp thời.

Hướng dẫn người bệnh thay băng sau 3 giờ. Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ (kháng sinh, kháng viêm, nước mắt nhân tạo, giảm đau, vitamin,...)

TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu: băng ép.

Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ MỘNG THỊT

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt mộng có nhiều phương pháp nhằm loại bỏ được mộng, tái tạo lại giải phẫu bình thường của bề mặt nhãn cầu và khống chế tối đa sự tái phát. Hiện nay phương pháp cắt mộng ghép kết mạc rìa tự thân hoặc áp mitomycin C được áp dụng phổ biến.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có mộng thịt nguyên phát, tái phát từ độ II trở lên.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối)

Những người có các viêm nhiễm cấp tính ở mắt như: viêm kết mạc, viêm loét giác mạc, viêm màng bồ đào, viêm túi lệ..., hoặc bệnh toàn thân.

IV. CHUẨN BỊ

- Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt đã được đào tạo

- Phương tiện

Máy hiển vi phẫu thuật, kính lúp.

Bộ dụng cụ phẫu thuật mộng vi phẫu, dao gọt mộng

Kim chỉ 9-0, 10-0 (nilon hoặc chỉ tự tiêu)

- Người bệnh

Giải thích cho người bệnh

Làm các xét nghiệm: chức năng (thị lực, nhãn áp), công thức máu, nước tiểu, X-quang tim phổi, khám nội khoa có kết quả bình thường.

- Hồ sơ bệnh án

Làm hồ sơ bệnh án nội trú hoặc ngoại trú

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra người bệnh

- Tiến hành phẫu thuật

Vô cảm

Tiêm tê cạnh nhãn cầu, thần kinh trên hố

- Thực hiện kỹ thuật

Phẫu thuật cắt mộng ghép kết mạc rìa tự thân

- Đặt vành mi bộc lộ nhãn cầu
- Cắt kết mạc dọc 2 bên thân mộng: cắt đến tổ chức kết mạc lành cạnh thân mộng
- Cắt ngang đầu mộng:

Với mộng nguyên phát hoặc tái phát nhưng còn thiếu tổ chức kết mạc: cắt cách rìa 2 – 3 mm.

Với mộng dính nhiều: cắt sát đầu mộng nơi bám vào giác mạc để tiết kiệm tổ chức kết mạc thân mộng.

- Phẫu tích tổ chức xơ mạch dưới kết mạc thân mộng: phẫu tích tách thân mộng rời khỏi thân cơ trực phía dưới (bộc lộ rõ cơ trực trong hoặc ngoài để tránh cắt đứt cơ). Sau đó, phẫu tích tổ chức xơ mạch thân mộng dưới kết mạc và bộc lộ toàn bộ khối xơ mạch (tránh làm thủng, rách kết mạc), cắt bỏ toàn bộ tổ chức xơ mạch.
- Kẹp và cắt tổ chức xơ thân mộng đến sát cực lệ, đốt cầm máu.
- Đốt cầm máu củng mạc sát rìa: đủ cầm máu, không đốt cháy củng mạc để tránh gây hoại tử củng mạc.
- Gọt giác mạc.
- Gọt phần mộng bám vào giác mạc bằng dao tròn.
- Gọt bằng diện củng mạc sát rìa: đi chọt theo rìa để lấy củng mạc làm mốc, tránh đi quá sâu gây thủng.

Yêu cầu sau gọt: bề mặt diện gọt phải nhẵn, không gồ ghề tạo điều kiện cho quá trình biểu mô hóa giác mạc.

- Lấy kết mạc ghép từ rìa trên với diện tích tương đương với diện tích cần ghép mà không gây thiếu kết mạc cùng đồ trên.
- Khâu mảnh ghép kết mạc bằng chỉ 9-0: 2 mũi ở đầu mảnh ghép sát rìa, 2 mũi đầu mảnh ghép xa rìa (4 mũi /4 góc); khâu sao cho mảnh ghép áp sát mặt củng mạc, khâu dính vào củng mạc và nối tiếp với kết mạc thân mộng còn lại, phần kết mạc vùng rìa sẽ ghép ở phía vùng rìa, phần kết mạc phía củng đồ sẽ ghép nối với phần kết mạc của thân mộng. Đảm bảo chắc phần biểu mô kết mạc phẳng, không bị khâu cuộn vào bề mặt củng mạc.
- Phẫu thuật mộng có áp thuốc chống chuyển hóa (thuốc ức chế miễn dịch)
- Chỉ định các trường hợp mộng có nguy cơ tái phát cao, mộng kép, mộng tái phát không đủ kết mạc để ghép

Các bước tiến hành tương tự từ 1 đến 8 trong phương pháp phẫu thuật ghép kết mạc rìa tự thân. Các bước tiếp theo như sau:

+ Đặt mẫu gelaspon kích thước bằng diện củng mạc vừa phẫu tích (khoảng 2 x 3 mm) có tấm thuốc chống chuyển hóa nồng độ (tùy theo loại thuốc) vào diện củng mạc vừa phẫu tích thân mọng trong vòng 5 phút. Tránh không để thuốc dính vào giác mạc.

+ Lấy mẫu gelaspon ra và rửa sạch mắt bằng nước muối 0,9% (20 ml).

+ Khâu cố định vạt kết mạc thân mọng vào diện củng mạc bằng chỉ 9-0 cách rìa 2 mm. Phải đảm bảo phần kết mạc thân mọng giữ lại được phẳng, hai mũi đầu được khâu dính kín với kết mạc lành.

VI. THEO DÕI

- Dùng kháng sinh toàn thân, giảm đau.
- Tra kháng sinh và các thuốc tăng cường liền sẹo giác mạc (nước mắt nhân tạo, vitamin,...)
- Tra thêm corticoid sau khi giác mạc gọt đã biểu mô hóa hoàn toàn.
- Cắt chỉ sau phẫu thuật từ 10 đến 14 ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Trong phẫu thuật

- + Chảy máu nhiều: cầm máu bằng adrenalin 0,1% hoặc đốt cầm máu.
- + Thủng kết mạc: nếu vết thủng nhỏ thì không cần khâu, nếu vết thủng lớn thì khâu lại.
- + Thủng củng mạc: khâu lại bằng chỉ 8-0.
- + Thủng giác mạc: ngừng gọt giác mạc và khâu lại bằng chỉ 10-0.

- Sau phẫu thuật:

- + Chảy máu: uống hoặc tiêm transamin 250 mg x 2 viên và băng ép, nếu vẫn chảy máu phải kiểm tra lại vết phẫu thuật để tìm vị trí chảy máu và xử trí.
- + Biểu mô giác mạc chậm tái tạo: tra thêm thuốc tăng cường dinh dưỡng giác mạc: CB2, vitamin A,...
- + Loét giác mạc: điều trị như loét giác mạc.

PHẪU THUẬT QUẠM MI TUỔI GIÀ

ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật quặm mi tuổi già là phương pháp giải quyết tình trạng cuộn mi vào trong để tránh các biến chứng do lông mi vọ vào giác mạc trong một số bệnh lý ở người già.

CHỈ ĐỊNH

Quặm mi do tuổi già

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Nhiễm khuẩn tại chỗ

Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật

CHUẨN BỊ

Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật quặm.

Người bệnh

Vệ sinh mắt trước phẫu thuật

Chụp ảnh tổn thương quặm trước phẫu thuật (nếu có thể).

Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật

Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh

Thực hiện kỹ thuật

Vô cảm

Cho uống hay tiêm thuốc an thần, giảm đau

Gây tê nền phẫu thuật dự định kéo dài, người bệnh không hợp tác,

Gây tê tại chỗ.

Kỹ thuật mổ quặm mi dưới do tuổi già

Gây tê tại chỗ

Rạch da mi cách bờ mi dưới 2 mm. Đường rạch theo chiều dài mi.

Phẫu tích cơ vòng mi, cân vách hốc mắt có thể lấy phần mỡ thoát vị.

Cắt da mi thừa.

Khâu cố định mép da vào bờ dưới sụn mi.

Khâu da mi.

THEO DÕI

Người bệnh được khám lại 1 ngày, 1 tuần và 1 tháng sau phẫu thuật.

Cắt chỉ sau 1 tuần.

Kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, tan máu bầm, nước mắt nhân tạo.

TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Trong phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu tốt bằng đốt điện hai cực.

Sau phẫu thuật

Chảy máu vết phẫu thuật: chảy máu ít, băng ép và theo dõi; chảy máu nhiều, đốt cầm máu lại tại phòng phẫu thuật.

Nhiễm trùng vết phẫu thuật: dùng kháng sinh sau phẫu thuật và vệ sinh vết phẫu thuật.

VIÊM KẾT MẠC

NGUYÊN NHÂN

Virus (adeno, herpes simplex, herpes zoster, entero, Epstein – Barr,...)

Vì khuẩn (staphylococcus, streptococcus, hemoophilus influenza, moraxella,...)

Nấm

Dị ứng

HÌNH THÁI LÂM SÀNG

VKM cấp có mủ

VKM cấp có hột

VKM cấp có tiết tổ màng

TRIỆU CHỨNG

Đỏ mắt, không đau, không giảm thị lực

Chất tiết ở mắt (trong, nhầy, hoặc mủ)

Phù kết mạc, sung huyết kết mạc, xuất huyết dưới kết mạc

Phản ứng nang, nhú

Giả mạc

Phản ứng hạch lympho (hạch trước tai, dưới hàm)

ĐIỀU TRỊ

Kháng sinh tại chỗ (nhỏ 4-6 lần/ngày, thuốc mỡ 1 lần trước khi ngủ)

Quinolone (ciprofloxacin, ofloxacin,...)

Aminoglycosid (gentamycin, tobramycin, neomycin,...)

Chloramphenicol

Polymyxin B

VKM do lậu cầu : cephalosporine III

VKM do Chlamydia trachomatis: Doxycycline hoặc Tetracycline

VKM do dị ứng: thuốc ngừa dị ứng (olopatadine hydrochlorid, pemirolast kali,..) kết hợp với nước mắt nhân tạo

Nước mắt nhân tạo (giảm kích thích)

Chống viêm (NSAIDs, Corticoid) nhỏ hoặc uống, kháng sinh toàn thân (nếu cần).

VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO NẤM

ĐẠI CƯƠNG:

Viêm loét giác mạc do nấm là bệnh thường gặp ở các nước đang phát triển, chủ yếu sau sang chấn nông nghiệp như lá lúa, lá cây... quệt vào mắt, gây trầy xước, tổn thương biểu mô giác mạc, tạo điều kiện thuận lợi cho vi nấm xâm nhập vào giác mạc. Ngoài ra dùng corticosteroid tại chỗ lâu dài là điều kiện thuận lợi cho vi nấm phát triển.

CHẨN ĐOÁN:

Chẩn đoán viêm loét giác mạc:

Lâm sàng:

Triệu chứng cơ năng: cộm xốn, chảy nước mắt, sợ ánh sáng, nhức mắt. Giảm thị lực tùy thuộc mức độ, vị trí tổn thương giác mạc.

Triệu chứng thực thể:

Cương tụ rìa

Hiện diện ở loét giác mạc, nhuộm bắt màu Fluorescein với những đặc trưng: loét bờ dạng sợi nấm, tổn thương vệ tinh, bề mặt nổi gồ.

Mủ tiền phòng

Mảng xuất tiết ở mặt sau giác mạc

Vòng miễn dịch giác mạc

Cận lâm sàng:

Soi tươi: tìm thấy nấm trong 50% trường hợp, cho biết được nấm sợi hay nấm men

Nhuộm soi: Gram, Giemsa

Nuôi cấy làm kháng sinh đồ.

Chẩn đoán nguyên nhân:

Các loại nấm thường gặp: *Furairum*, *Aspergillus*, *Cephalosporium*, *Allescheria*, *Penicillium*, *Candida Albicans*.

Chẩn đoán phân biệt:

Viêm loét giác mạc do vi khuẩn

Viêm loét giác mạc do virus Herpes

Viêm loét giác mạc do *Acanthamoeba*

ĐIỀU TRỊ:

Nguyên tắc điều trị:

Dùng thuốc kháng nấm tại chỗ ngay khi có kết quả soi tươi tìm nấm dương tính

Chống chỉ định dùng corticoide.

Điều trị đặc hiệu:

Điều trị nội khoa:

Dung dịch Natamycin 5% (nấm sợi hoặc hạt men) hoặc dung dịch Amphotericin B (tốt hơn đối với nấm men) 0,15% nhỏ mỗi giờ/lần.

Uống Ketoconazole 200 – 400mg/ngày cho các chủng nấm sợi. Fluconazole 200 – 400 mg/ngày cho các chủng nấm men. Đợt điều trị 21 ngày.

Hoặc Itraconazole 20mg/ngày uống 1 lần trong bữa ăn (nấm sợi hoặc nấm men). Đợt điều trị 21 ngày.

Trường hợp nặng có thể tiêm dưới kết mạc dung dịch Amphotericin B 0,8-1mg/0,2ml.

Thuốc liệt thể mi: dung dịch atropine 1% hoặc scopolamine 0,25% 3 lần/ngày

Điều trị ngoại khoa:

Nhằm giải quyết biến chứng và di chứng

Rửa mắt tiền phòng: trường hợp nặng, rửa mắt tiền phòng dân cao.

Ghép giác mạc: trường hợp phôi màng Descemet hoặc thủng giác mạc cần tiến hành ghép giác mạc để bảo tồn nhãn cầu.

Ghép màng ôi: đối với những trường hợp loét giác mạc kéo dài khó hàn gắn, ổ loét lõm sâu mất chất

Khâu phủ kết mạc trong khi chờ ghép giác mạc, khâu cò mi

Múc nội nhãn, khoét nhãn cầu: trong trường hợp hoại tử giác mạc toàn bộ, phôi tổ chức nội nhãn không còn khả năng điều trị bảo tồn.

Điều trị hỗ trợ:

Các thuốc tăng cường dinh dưỡng giác mạc: vitamin A, B, ...

Nước mắt nhân tạo giảm kích ứng mắt

THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:

Trong thời gian điều trị theo dõi đánh giá sự đáp ứng với thuốc và sự tiến triển của ổ loét.

Tái khám mỗi 6 tháng trong những trường hợp sẹo dày ở trung tâm để có kế hoạch ghép giác mạc.

VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO VI KHUẨN

ĐẠI CƯƠNG:

Viêm loét giác mạc do vi khuẩn là bệnh mắt phổ biến ở các nước đang phát triển. Đây là 1 bệnh nặng. Các triệu chứng tiến triển nhanh và rầm rộ, đòi hỏi phải điều trị sớm ngay từ đầu, điều trị tích cực, nếu không sẽ để lại biến chứng trầm trọng như thủng giác mạc, giảm thị lực nặng nề, thậm chí với trường hợp nặng phải bỏ nhãn cầu.

Bệnh thường sau chấn thương gây xước, trợt giác mạc, đặc biệt là gây ra do thực vật như hạt thóc, lá lúa, lá cây.

Tổn thương biểu mô giác mạc do biến chứng của bệnh mắt hột, khô mắt do thiếu vitamin A, liệt thần kinh VII ngoại biên mắt nhắm không kín, đeo kính tiếp xúc thường xuyên.

CHẨN ĐOÁN:

Chẩn đoán viêm loét giác mạc:

Lâm sàng:

Triệu chứng cơ năng: cộm xốn tăng dần, chảy nước mắt, sợ ánh sáng, co quắp mi. Đau âm ỉ tại mắt. Giảm thị lực tùy thuộc mức độ, vị trí tổn thương giác mạc

Triệu chứng thực thể:

Mi mắt: sung nề.

Kết mạc: cương tụ rìa hoặc cương tụ toàn bộ kết mạc

Giác mạc: tổn thương loét có ranh giới rõ. Viêm mủ dày đặc ở nhu mô và phù xung quanh. Ổ loét lõm sâu, bờ nham nhở, đáy ổ loét có tiết tố mủ nhày. Nhuộm fluorescein ổ loét bắt màu xanh lá cây.

Trường hợp nặng có thể có mủ tiền phòng, màng xuất tiết ở diện đồng tử

Biểu hiện lâm sàng đặc trưng của từng loại vi khuẩn:

Trực khuẩn mủ xanh: tiến triển rất nhanh, sau 1 – 2 ngày ổ loét lan rộng, thâm nhiễm lan tỏa trong nhu mô, nhanh chóng thành ổ áp-xe chiếm phần lớn hoặc toàn bộ giác mạc. Thường có mủ tiền phòng. Có thể gây thủng giác mạc trong 48 giờ.

Tụ cầu vàng: ổ loét hình oval trắng – vàng, đục, ăn sâu xuống nhu mô được bao quanh bởi vùng giác mạc còn trong

Staphylococcus Epidermidis: những vết loét tròn hay bầu dục giữ nguyên dạng rất lâu trên giác mạc.

Phế cầu: vết loét lúc đầu khu trú, dần dần lan vào giữa, bờ ổ loét gồ được bao phủ lớp biểu mô dày.

Nhiễm Enterobacteriaceae thường loét nông, nhiều chấm mủ trắng – xám và đục nhu mô lan tỏa.

Moraxella: ổ loét ở trung tâm hay cạnh trung tâm giác mạc, hình tròn, tiến triển vào sâu giác mạc, có thể kèm mủ tiền phòng.

Lậu cầu: xâm nhập vào lớp sâu giác mạc, xuyên qua biểu mô còn nguyên vẹn nhanh chóng gây loét hoại tử và thủng giác mạc.

Cận lâm sàng:

Soi tươi nhuộm Gram: phát hiện loại vi khuẩn

Nuôi cấy phân lập vi khuẩn, kháng sinh đồ: làm trước khi điều trị.

Chẩn đoán nguyên nhân:

Vi khuẩn thường gặp: tụ cầu vàng, trực khuẩn mủ xanh. Ít gặp hơn là Moraxella, tụ cầu Epidermidis, phế cầu, Enterobacteriaceae.

Chẩn đoán phân biệt:

Viêm loét giác mạc do nấm

Viêm loét giác mạc do virus Herpes

Viêm loét giác mạc do Acanthamoeba

ĐIỀU TRỊ:

Nguyên tắc điều trị:

Điều trị tại chỗ với kháng sinh phổ rộng ngay sau khi lấy bệnh phẩm và không cần chờ kết quả kháng sinh đồ

Trong khi chờ kết quả kháng sinh đồ, nếu diễn tiến lâm sàng tốt, đáp ứng với điều trị thì không nên thay đổi kháng sinh

Chống chỉ định dùng corticoid tại chỗ.

Điều trị đặc hiệu:

Điều trị nội khoa:

Điều trị ban đầu dựa vào hình thái lâm sàng và kết quả soi nhuộm Gram

Vi khuẩn	Kháng sinh	Thuốc tra	Chích dưới kết mạc

Đư ờn	Cầu khuẩn Gram (+)	Cefazolin Vancomycin	50mg/ml 50mg/ml	100mg trong 0,5ml 25mg trong 0,5ml
	Trực khuẩn Gram (-)	Tobramycin Ceftazidim Fluoroquinolon	9-14mg/ml 50mg/ml Vigamox, Cravite, Ofloxacin 0,3%	20mg trong 0,5ml 100mg trong 0,5ml
Đư ờn	Không có vi khuẩn hoặc nhiều loại vi khuẩn	Cefazolin Vói: Tobramycin Hoặc: Fluoroquinolon	50mg/ml 9-14mg/ml Vigamox, Cravite, Ofloxacin 0,3%	100mg trong 0,5ml 100mg trong 0,5ml
g dù ng thu ốc tùy the o	Cầu khuẩn Gram (-)	Ceftriaxon Ceftazidim	50mg/ml 50mg/ml	100mg trong 0,5ml
	Mycobacteria	Amikancin	20mg/ml	20mg trong 0,5ml

mức độ viêm loét giác mạc

Với thuốc nhỏ, nhỏ nhiều lần trong ngày, thậm chí 15-30 phút/lần

Trường hợp nghi ngờ nhiễm trùng lan vào củng mạc hoặc nội nhãn, bổ sung kháng sinh
chích dưới kết mạc hoặc tĩnh mạch

Khi có kết quả nuôi cấy vi khuẩn, điều trị theo kháng sinh đồ.

Điều trị ngoại khoa:

Nhằm giải quyết biến chứng và di chứng

Ghép giác mạc: trường hợp phôi màng Descemet hoặc thủng giác mạc cần tiến hành ghép
giác mạc để bảo tồn nhãn cầu.

Ghép màng ôi: đối với những trường hợp loét giác mạc kéo dài khó hàn gắn, ổ loét lõm
sâu mất chất

Khâu phủ kết mạc trong khi chờ ghép giác mạc, khâu cò mi

Mức nội nhãn, khoét nhãn cầu: trong trường hợp hoại tử giác mạc toàn bộ, phôi tổ chức
nội nhãn không còn khả năng điều trị bảo tồn.

Điều trị hỗ trợ:

Nhỏ Atropin 1% ngày 2 lần

Bổ sung các vitamin A, C, B₁₂ theo đường tra mắt hoặc uống. Trường hợp nặng, hoại tử
nhiều có thể dùng các thuốc ức chế men collagenase: EDTA, cyctein...

Dùng thuốc hạ nhãn áp khi có dấu hiệu tăng nhãn áp, thủng hoặc dọa thủng.

Nước mắt nhân tạo giảm kích ứng mắt

THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:

Tái khám hằng tháng để theo dõi tiến triển lành sẹo của ổ loét và tình trạng tăng nhãn áp kèm theo

DỊ VẬT KẾT MẠC VÀ GIÁC MẠC

Các loại dị vật:

Công nghiệp: bụi than, bụi hóa chất, mảnh kim loại nhỏ,...

Nông nghiệp: mày thóc, vỏ trấu, đất cát, côn trùng,...

Vị trí dị vật:

Ở kết mạc:

Ở kết mạc nhãn cầu: dễ thấy bằng mắt thường

Ở kết mạc mi hoặc kết mạc cùng đồ: khó thấy hơn, cần phải lật mi hoặc dùng vành mi.

Dị vật cọ xát vào giác mạc nên gây đau cộm rất khó chịu, chảy nước mắt.

Ở giác mạc:

Có thể nông trên biểu mô, hoặc sâu vào mô nhúc, cũng có thể xuyên gần qua giác mạc, một phần ở giác mạc và một phần ở tiền phòng.

Dị vật ở giác mạc gây đau rức nhiều, chảy nước mắt, sợ ánh sáng, co quắp mi, có thể gây giảm thị lực. Các dị vật nông gây nhiều cảm giác chủ quan, khó chịu hơn dị vật ở sâu.

Tác hại của dị vật:

Gây kích thích, cộm, chói khó chịu

Gây nhiễm khuẩn, viêm mủ nội nhãn

Để lại sẹo gây giảm thị lực.

Xử trí:

Dị vật ở kết mạc:

Gây tê bằng lidocain 1%

Dùng vành mi hoặc ngón tay lật mi.

Dùng tăm bông ướt (không được dùng kim hoặc thìa nạo vì có thể gây tụ máu che lấp dị vật) gạt lấy dị vật nông. Nếu dị vật sâu, rạch kết mạc lấy dị vật. Nếu cặp lấy dị vật được, có thể cắt 1 nếp kết mạc kèm theo dị vật.

Rửa cùng đồ bằng nước cất hoặc NaCl 0.9 %

Dị vật dưới kết mạc chỉ lấy ra khi mắt bị kích thích.

Dùng kháng sinh, nước mắt nhân tạo.

Dị vật ở giác mạc:

Dị vật nằm trên mặt giác mạc: gây tê bằng lidocain 1%, dùng tăm bông ướt lấy dị vật, nhỏ thuốc sát khuẩn.

Dị vật nằm ở lớp biểu mô giác mạc:

Gây tê tốt.

Phải lấy dị vật trong điều kiện ánh sáng tốt, bằng dụng cụ: kim tiêm, dao lấy dị vật,..., dưới kính lúp hoặc kính sinh hiển vi.

Cho mũi dụng cụ dưới dị vật, nhẹ nhàng nạy dị vật ra.

Nếu ở chỗ dị vật khu trú đã hình thành “bụi cát”, cần nạo cho sạch.

Nếu có nhiều dị vật, không nên cố gắng lấy hết tất cả các dị vật ở giác mạc. Lấy trước các dị vật nông. Các dị vật còn lại có xu hướng đi nông dần ra mặt ngoài và được lấy dần ra.

Sau khi lấy được dị vật, nhỏ thuốc sát khuẩn và thuốc mỡ kháng sinh.

Băng mắt nhẹ. Hẹn bệnh nhân tái khám ngày hôm sau.

Dị vật nằm trong lớp mô nhục giác mạc hoặc dị vật có 1 đầu nhô vào tiền phòng: cần được tiến hành phẫu thuật lấy dị vật.

Dùng kháng sinh, nước mắt nhân tạo.

ĐỤC THỦY TINH THỂ

ĐẠI CƯƠNG:

Đục thủy tinh thể là sự thay đổi chiết suất của thủy tinh thể, làm tán xạ ánh sáng và giảm độ trong suốt của nó, gây nên giảm thị lực. Đây là nguyên nhân hàng đầu gây mù lòa ở Việt Nam cũng như nhiều nước khác trên thế giới.

CHẨN ĐOÁN:

Chẩn đoán đục thủy tinh thể:

Lâm sàng:

Triệu chứng cơ năng: nhìn mờ (như nhìn qua màng sương), chói sáng, song thị một mắt, cận thị giả, không đau nhức.

Triệu chứng thực thể:

Thị lực giảm

Khám trên kính sinh hiển vi: đục các cấu trúc của thủy tinh thể (đục nhân, đục vỏ, đục bao hoặc đục toàn bộ)

Phân loại độ cứng của nhân qua màu sắc đục thể thủy tinh

Cận lâm sàng:

Siêu âm mắt (A, B)

Đo javal

Giúp đánh giá tình trạng nhãn cầu, các môi trường trong suốt, đo công suất thủy tinh thể nhân tạo

Chẩn đoán nguyên nhân:

Đục thủy tinh thể do tuổi già

Đục thủy tinh thể do chấn thương (vật lý, hóa chất, tia hồng ngoại...)

Đục thủy tinh thể do chuyển hóa (thường do đái tháo đường)

Đục thủy tinh thể do ngộ độc (corticoid, anti-cholinesteraza)

Đục thủy tinh thể thứ phát sau viêm màng bồ đào, glaucoma, ...

Đục thủy tinh thể bẩm sinh

Chẩn đoán phân biệt:

Ở trẻ em, người trẻ cần phân biệt với các nguyên nhân khác gây hội chứng “Đồng tử trắng” : ung thư võng mạc, xơ sản sau thể thủy tinh ở trẻ sinh non, bong võng mạc bẩm sinh kèm theo loạn sản võng mạc, viêm hắc võng mạc.

ĐIỀU TRỊ:

Mục đích điều trị: phục hồi thị lực tối đa cho bệnh nhân, phòng ngừa biến chứng của đục thủy tinh thể

Điều trị đặc hiệu:

Điều trị nội khoa: dùng thuốc nhỏ trong các trường hợp đục thể thủy tinh khởi phát, đục thể thủy tinh tiến triển, chờ đến giai đoạn phẫu thuật. Song không có thuốc nào được chứng minh có tác dụng phòng ngừa và làm tan được đục thủy tinh thể. Nhỏ nước mắt nhân tạo.

Điều trị ngoại khoa: là phương pháp hiệu quả nhất hiện nay

Chỉ định:

Đục thủy tinh thể gây giảm thị lực ảnh hưởng đến sinh hoạt và lao động của bệnh nhân, giữa mức độ đục của thủy tinh thể và mức độ giảm thị lực tương xứng với nhau

Phẫu thuật để điều trị: để có thể quan sát và phẫu thuật võng mạc dịch kính. Phẫu thuật điều trị viêm màng bồ đào, tăng nhãn áp thứ phát sau đục thủy tinh thể

Phẫu thuật thẩm mỹ

Hiện nay có 2 phương pháp chính để phẫu thuật: phẫu thuật lấy thủy tinh thể ngoài bao (ECCE) và phương pháp nhũ tương hóa thủy tinh thể (Phaco)

Điều trị hỗ trợ:

Kháng sinh, nước mắt nhân tạo nhỏ tại chỗ

Khám viêm corticoid và NSAIDs tại chỗ

Kháng sinh, kháng viêm toàn thân

THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:

Tái khám ngày thứ 1 và thứ 2 sau phẫu thuật nếu bệnh nhân ngoại trú

Khám định kỳ 1 tuần, 2 tuần, 1 tháng sau khi xuất viện

GLAUCOMA GÓC MỞ

Triệu chứng

Không có triệu chứng rõ rệt, thỉnh thoảng nhức đầu, nhức mắt

Tiền phòng sâu

Nhãn áp cao

Tổn thương gai thị

Tổn thương thị trường

Soi góc tiền phòng: góc mở

Cận lâm sàng

Chụp hình màu đáy mắt

OCT hoặc HRT khảo sát chiều dày lớp sợi thần kinh

Đo thị trường Humphrey hoặc FDT

Điều trị

Nội khoa:

Bắt đầu bằng một loại thuốc nhỏ mắt đơn trị:

Nhóm đồng vận Prostaglandin là thuốc điều trị đầu tay

Beta-blocker (nếu không có chống chỉ định)

Nếu nhãn áp không hạ tới mức cần thiết cần thử một loại thuốc khác hoặc chuyển sang loại khác cùng nhóm

Phối hợp nhiều loại thuốc khi nhãn áp không hạ tới mức mong muốn

Beta-blocker và đồng vận Prostaglandin

Prostaglandin và Brinzolamide.

Phẫu thuật:

Chỉ định phẫu thuật:

Khi sử dụng thuốc nhỏ tối đa mà nhãn áp không đạt tới mức mong muốn

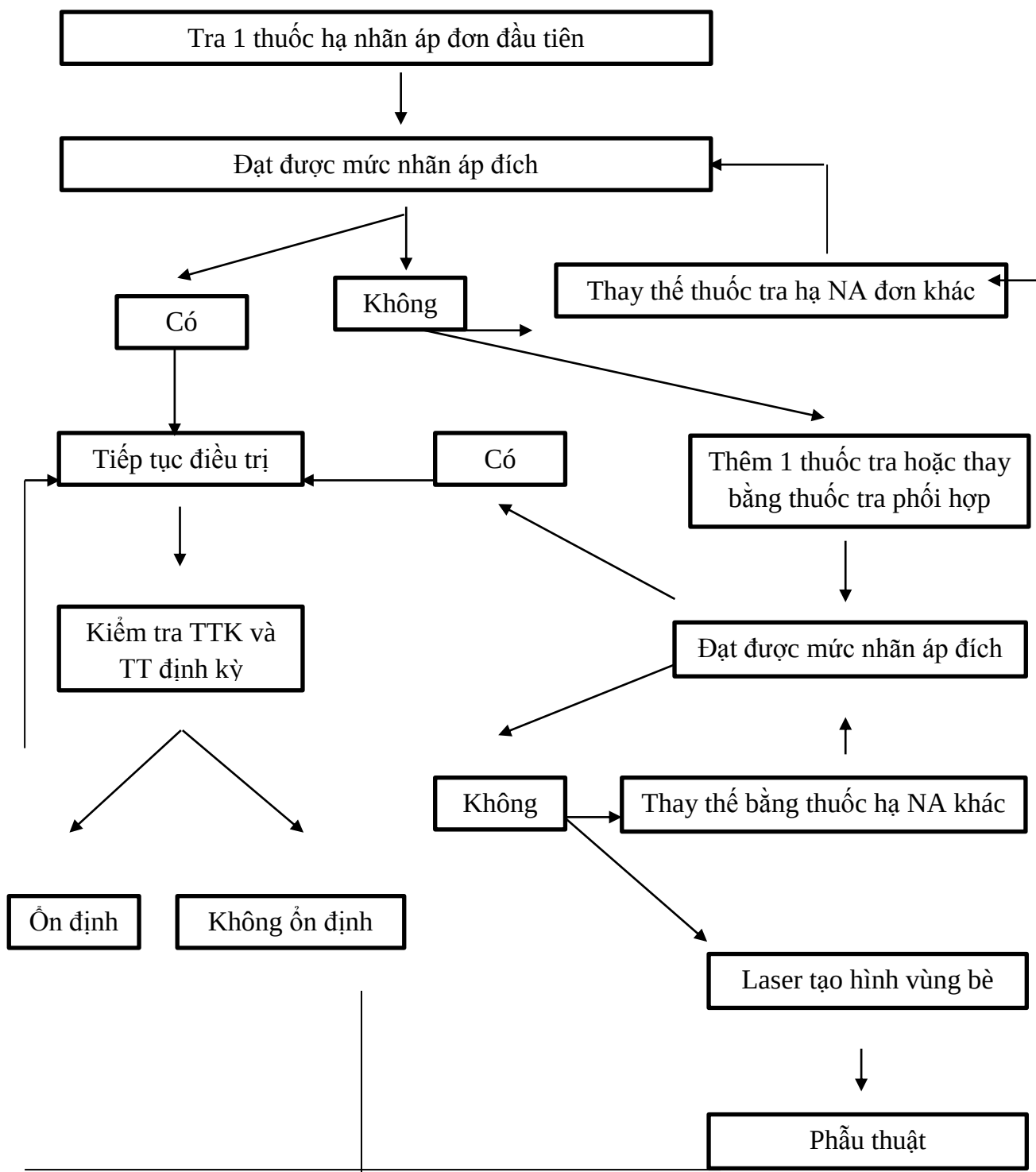
Lỗ gai rộng

Tổn thương thị trường nặng

Bệnh nhân không có điều kiện để nhỏ thuốc lâu dài

Phương pháp phẫu thuật: cắt bè củng mạc và MMC hoặc Ologen, đặt Ex-Press Shunt.

Sơ đồ các bước trong điều trị glaucoma góc mở



Theo dõi

Khám định kỳ mỗi 1, 3, hoặc 6 tháng đối với các trường hợp nhãn áp điều chỉnh

Đo lại OCT, HRT, thị trường mỗi 6 hoặc 12 tháng

Nhãn áp không điều chỉnh theo dõi thời gian ngắn hơn, kết hợp thuốc

Nếu nhãn áp không hạ sẽ CBCM lần 2 kết hợp thuốc chống chuyển hóa (MMC) hoặc Ologen, Shunt, Valve.

Trường hợp nhãn áp điều chỉnh nhưng thị trường vẫn tiến triển xấu phải bổ sung thuốc nhỏ.

GÓC ĐÓNG CẤP

Triệu chứng

Chủ quan:

Đau nhức ở mắt và nửa đầu cùng bên đột ngột

Nhìn thấy những vòng màu

Mắt mờ như có sương bao phủ

Buồn nôn, ói mửa

Khách quan:

Nhãn áp cao

Thị lực giảm

Kết mạc cương tụ

Giác mạc phù

Phản xạ đồng tử kém, đồng tử giãn méo

Tiền phòng nông, soi góc tiền phòng thấy góc đóng

Gai thị chưa bị tổn thương hoặc phù nề

Chẩn đoán phân biệt:

Viêm màng bồ đào trước

Viêm kết mạc cấp

Glaucoma góc đóng

Nguyên nhân

Do móng mắt áp vào vùng bè làm tắt nghẽn đường lưu thông thủy dịch

Điều trị

Thuốc uống:

Acetazolamide 0,25g 1 viên x 2 lần hoặc 2 viên x 2 lần

KCl 0,6g 1 viên/ngày

Paracetamol 0,5g 1 viên x 2 lần

Thuốc nhỏ:

Col. Timolol 0,5% hoặc Alphagan P 0,15% 2 lần/ngày

Col. Pilocarpin 2% 1 giọt mỗi 15 ph, trong vòng 1 đến 2 giờ

Col. Predforte 1% 1 giọt x 3 – 4 lần/ngày

Trường hợp nhãn áp quá cao: truyền Mannitol 20% 1g/kg cân nặng, truyền nhanh 60 – 100 giọt/phút

Trường hợp nhãn áp cao quá mức gây đau có thể chọc dò tiền phòng tại phòng điều trị.

Phẫu thuật:

Đo lại nhãn áp, nếu giác mạc trong, đồng tử có phản xạ, soi góc:

Góc đóng <180: cắt mỏng mắt chu biên

Góc đóng >180: phẫu thuật cắt bè củng mạc

Theo dõi:

Cần khám và điều trị dự phòng mắt còn lại bằng laser nếu có chỉ định

Cần theo dõi định kỳ (6 tháng – 1 năm) những bệnh nhân có đóng góc cấp đã được cắt mỏng chu biên bằng laser hoặc đã phẫu thuật cắt bè củng mạc

Tài liệu tham khảo

Shields' text book of Glaucoma (2006)

VIÊM MÓNG MẮT – THỂ MI

ĐẠI CƯƠNG:

Viêm mống mắt thể mi là bệnh mắt khá phổ biến, thường có những tổn thương nặng nề, nhiều biến chứng, hay tái phát, khó xác định nguyên nhân, có thể dẫn tới mù lòa

CHẨN ĐOÁN:

Chẩn đoán viêm mống mắt thể mi:

Lâm sàng:

Triệu chứng cơ năng:

Nhìn mờ xuất hiện từ sớm

Đau nhức: là triệu chứng chủ quan nổi bật nhất của viêm mống mắt thể mi.

Sợ ánh sáng, chảy nước mắt tự nhiên.

Triệu chứng thực thể:

Cương tụ rìa, phản ứng thể mi (+)

Lắng đọng chất tiết ở mặt sau giác mạc

Tiền phòng đục, Tyndall (+)

Mống mắt: sẫm màu; đồng tử co nhỏ, giảm hoặc mất phản xạ ánh sáng, giai đoạn sau đồng tử có thể méo mó do dính vào thủy tinh thể

Thủy tinh thể: có những chấm sắc tố mống mắt bám ở mặt trước

Nhãn áp ở giai đoạn đầu thường thấp. Song có thể cao trong đợt viêm cấp do bít diện đồng tử hoặc nghẽn góc tiền phòng

Cận lâm sàng:

Siêu âm mắt B: kiểm tra các môi trường trong suốt của nhãn cầu

Xét nghiệm đặc hiệu: khi cần xác định nguyên nhân. Có thể làm: công thức máu, kháng thể kháng nhân (ANA), test phát hiện giang mai (RPG, VDRL, FTA,...), X – quang phổi, tìm ký sinh trùng,...

Chẩn đoán nguyên nhân:

Rất khó xác định, vì tính đa dạng của nguyên nhân sinh bệnh như vi khuẩn, virus, nấm, ký sinh trùng, dị ứng, hoặc liên quan đến miễn dịch

Chẩn đoán phân biệt:

Glaucoma cấp: đồng tử giãn, tiền phòng nông, nhãn áp tăng.

Bong võng mạc có lỗ rách: đồng tử giãn nhẹ, phản xạ ánh sáng chậm, siêu âm thấy bong võng mạc rộng

Dị vật nội nhãn: có tiền sử chấn thương, siêu âm thấy dị vật trong nhãn cầu

Viêm củng mạc – màng bồ đào: có tổn thương củng mạc, lộ hắc mạc sẫm màu

ĐIỀU TRỊ:

Mục đích điều trị: chống viêm, chống dính mống, hạn chế tối đa di chứng và biến chứng

Điều trị đặc hiệu:

Điều trị theo nguyên nhân với các thuốc đặc hiệu như thuốc chống virus, thuốc chống lao, kháng nấm, kháng khuẩn, nếu có nguyên nhân rõ ràng

Điều trị hỗ trợ:

Thuốc giãn đồng tử, liệt thể mi:

Tác dụng giảm đau và phòng chống dính mống.

Bệnh nhẹ đến vừa: thuốc làm liệt thể mi cyclopentolate 1-2% x 2 lần/ngày

Bệnh nặng: Scopolamine 0,25% hoặc Atropine 1,0% 2-4 lần/ngày

Thuốc chống viêm:

Steroid là thuốc chủ lực trong điều trị

Tại mắt: collyre Prednisolone acetate 1%, hoặc collyre Lotemax 1-6 giờ nhỏ 1 lần tùy theo bệnh nặng hay nhẹ

Nếu không đáp ứng tốt với thuốc nhỏ nhiều lần sẽ tiêm steroid quanh nhãn cầu hoặc dưới bao tenon với methylprednisolone 40-80mg

Nếu sau khi dùng thuốc tại chỗ không kết quả, sử dụng steroid toàn thân, với solumedrol liều 1,5mg/kg

Tuy nhiên, những đợt điều trị đầu thương phối hợp điều trị tại chỗ và toàn thân. Đặc biệt những trường hợp nặng gặp ở người trẻ.

Thuốc chống viêm non – steroid: sử dụng khi có chống chỉ định dùng steroid, hoặc được dùng phối hợp với collyre indomethacine 0,1%

Thuốc ức chế miễn dịch: sử dụng khi các thuốc trên không hiệu quả. Song phải thận trọng vì có nhiều tác dụng phụ.

Điều trị glaucoma thứ phát

Điều trị các tác dụng phụ có thể có do corticoid gây ra

THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:

Là 1 bệnh dễ tái phát và có nhiều di chứng, biến chứng nên theo dõi và chế độ tái khám rất quan trọng

Khi phản ứng tiền phòng giảm, có thể giảm từ từ việc nhỏ steroid. Để chống viêm tái phát, cho liều steroid thấp hằng ngày hoặc cách nhật

Giảm dần thuốc liệt thể mi. Tiếp tục sử dụng ít nhất 1 lần khi đi ngủ cho đến khi hết tế bào trong tiền phòng

Giai đoạn cấp tính: 1-7 ngày khám 1 lần tùy theo mức độ nặng nhẹ

Giai đoạn bệnh ổn định: 1-6 tháng khám lại 1 lần

Cần chú ý phản ứng ở tiền phòng và nhãn áp khi khám

Kiểm tra các biến chứng như dính mống, tăng nhãn áp

Theo dõi các biến chứng do dùng corticoid dài ngày như glaucoma, đục thủy tinh thể, viêm loét dạ dày.

XUẤT HUYẾT TIỀN PHÒNG DO CHẤN THƯƠNG

Triệu chứng

Chủ quan: mắt mờ, có thể đau nhức do tăng áp

Khách quan: máu thường lắng xuống dưới, hình ảnh ngăn dịch. Có thể xuất huyết đầy tiền phòng.

Chẩn đoán phân biệt:

Xuất huyết tiền phòng do các nguyên nhân khác: bệnh lý về máu, do glaucoma tân mạch,...

Nguyên nhân: chảy máu từ thể mi hay mống do chấn thương đụng dập

Cận lâm sàng:

Siêu âm B bán phần sau

X – quang sọ nào, hốc mắt

CT Scan nếu lâm sàng có dấu chứng nghi ngờ vỡ xương hốc mắt

Điều trị: tùy theo mức độ xuất huyết và thị lực

Máu tiền phòng < 1mm, thị lực > 7/10

Kiểm tra đáy mắt

Có thể điều trị ngoại trú: Transamin (u), prednisone (u), nhỏ corticosteroid, atropin

Máu tiền phòng > 1mm

Nhỏ mắt:

Kháng sinh, nước mắt nhân tạo nếu giác mạc bị tổn thương

Corticosteroid nếu giác mạc không bị tổn thương

Atropin 1% 2 lần/ngày

Thuốc uống:

Giảm đau: Paracetamol, Idarac, Alaxan .. (nếu có đau nhức)

Chống viêm: Medrol, Prednisone (nếu có dấu hiệu viêm mống mắt thể mi)

Tan máu: Noflux hoặc alphachymotrypsin hoặc tam thất (u) (trường hợp máu đông tiền phòng và nội nhãn nhiều)

Chống chảy máu tái phát: Transamin 500mg, 2v x 3 lần/ngày (u) trong 5 ngày

Hạ áp: Acetazolamid (u) nếu có tăng áp

Hướng dẫn bệnh nhân: uống nhiều nước, nằm nghỉ đầu cao tại giường, hạn chế sinh hoạt, băng mắt bị xuất huyết tiền phòng.

Theo dõi

Theo dõi thị lực, nhãn áp hằng ngày

Nếu máu rút, tiếp tục điều trị chờ máu tiêu hết

Nếu sau 5 – 7 ngày máu đặc không tiêu che diện đồng tử hoặc nhãn áp cao: rửa máu tiền phòng.

Tài liệu tham khảo

Ehlers, Justis P; Shah, Chirag P. (2008) Wills Eye Manual, The Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease. Chapter 3 – Trauma. 5th Edition. Copyright © Lippincott Williams & Wilkins

Jack J Kanski (2003). Clinical ophthalmology, A systemnic approach. Chapter 19: Trauma. 5th Edition. Butterworth Heinemann

Peter s. Hersh, Bruce m. Zigelbaum, Kenneth r. Kenyon bradford j. Shingleton. Chapter 39, Surgical Management of Anterior Segment Trauma. William Tasman. Duane's Ophthalmology, 2006 Edition. Lippincott Williams & Wilkins Publishers, Hagerstown.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ VÔNG MẠC DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa

Bệnh lý võng mạc do đái tháo đường (diabetic retinopathy: DR) là một trong những biến chứng tại mắt của bệnh đái tháo đường. Đây là nguyên nhân hàng đầu gây mù lòa ở người dưới 50 tuổi.

Phân loại

Mắc bệnh sau 15 năm có 98% ĐTĐ type I bị bệnh võng mạc đái tháo đường và 30% có bệnh võng mạc đái tháo đường tăng sinh (PDR); với ĐTĐ type II có 58 – 85% xuất hiện DR và 4 – 20 bị PDR.

ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

Bệnh sử: mắc bệnh đái tháo đường nhiều năm.

Khám lâm sàng:

Giai đoạn cơ bản: các chấm và vết xuất huyết, vi phình mạch, nhiều dịch rỉ thường tập trung ở cực sau. Hầu như luôn ở 2 mắt.

Tiền tăng sinh: chấm bông xốp, chuỗi hột và vòng tròn tĩnh mạch, những bất thường nhỏ ở mạch máu trong võng mạc, thêm các dấu hiệu của giai đoạn cơ bản.

Tăng sinh: tân mạch trong vòng một đường kính bằng đĩa thị gây tổn hại cho đĩa thị, võng mạc hoặc mỏng mắt, mô xơ ở mặt sau dịch kính và gắn chặt vào võng mạc, bong võng mạc, xuất huyết dịch kính. Thường ở cả 2 mắt. Hầu như luôn luôn ở cực sau

Bệnh hoàng điểm đái tháo đường:

- Phù hoàng điểm: trong vùng cách trung tâm 500µm; hoặc phù ≥ 1 PD, có một phần nằm trong vùng cách trung tâm hoàng điểm 1PD (1500 µm). Phù khu trú có thể xuất tiết hoặc không. Phù lan tỏa: Phù không nang, phù dạng nang.

- Bệnh hoàng điểm thiếu máu.

CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định

Tiêu chuẩn chẩn đoán theo ALFEDIAM.

Bệnh võng mạc đái tháo đường không tăng sinh (NPDR)	
NPDR nhẹ	Vi phình mạch.

	Xuất huyết võng mạc nông, số lượng ít.
NPDR vừa	Vi phình mạch, xuất huyết võng mạc nông nhiều hơn; nốt bông; IRMA ít; bất thường tĩnh mạch (< 2 góc tư); xuất huyết dạng vết < 4 góc tư. Vùng võng mạc thiếu máu khu trú.
NPDR nặng	Luật 4:2:1 Xuất huyết võng mạc ở 4 góc tư, bất thường tĩnh mạch (dãn tĩnh mạch chuỗi, quai tĩnh mạch) ở 2 góc tư, bất thường vi võng mạc (IRMA) ở một góc tư. Vùng võng mạc thiếu máu lớn.

Bệnh võng mạc đái tháo đường tăng sinh (PDR)	
PDR bắt đầu	Tân mạch trước võng mạc < ½ đường kính gai (PD)
PDR vừa	Tân mạch trước võng mạc $\geq \frac{1}{2}$ PD $\pm$ tân mạch trước gai < 1/4 – 1/3 PD
PDR nặng	Tân mạch trước gai $\geq 1/4 - 1/3$ PD
PDR có biến chứng	Xuất huyết pha lê thể, trước võng mạc Bong võng mạc do co kéo hoặc có lỗ rách Móng hồng, glaucoma tân mạch

Bệnh hoàng điểm đái tháo đường

- Phù hoàng điểm
- Bệnh hoàng điểm thiếu máu

Chẩn đoán phân biệt

- Tắc tĩnh mạch trung tâm võng mạc.
- Tắc nhánh tĩnh mạch.
- Bệnh lý võng mạc do cao huyết áp.
- Hội chứng thiếu máu cục bộ ở mắt.

Chẩn đoán biến chứng

- Xuất huyết dịch kính.
- Bong võng mạc do co kéo.

ĐIỀU TRỊ

Mục đích

Giảm thiểu tổn thương võng mạc, tránh biến chứng.

Nguyên tắc

Giảm tân mạch võng mạc, kiểm soát biến chứng.

Điều trị cụ thể:

Điều trị nội: để kiểm soát các yếu tố:

- HbA1C < 6,5%
- HA < 130/80 mmHg.
- LDL cholesterol < 1g/l

Laser: mục đích làm giảm phần mô thiếu máu gây phóng thích yếu tố tăng sinh mạch máu. Giảm phù. Giảm tân mạch (70 – 90% bệnh nhân PDR). Giảm nguy cơ mù lòa (>50% bệnh nhân PDR)

Phẫu thuật: để giải quyết tình trạng xuất huyết PLT cản trở laser võng mạc hoặc tái phát nhiều lần sau PRP 2 – 4 tháng, trường hợp có co kéo hoàng điểm, bong võng mạc, có vết rách.

Điều trị hỗ trợ:

- Chỉ định điều trị bằng chất kháng yếu tố tạo nội mô mạch máu (anti Vascular endothelial growth factor: VEGF) tiêm vào PLT, trước phẫu thuật cắt PLT 7 ngày để giảm nguy cơ chảy máu và dễ dàng cho phẫu thuật, hoặc với bệnh võng mạc đái tháo đường tăng sinh biến chứng xuất huyết PLT, bong võng mạc.

+ Bệnh nhân sau phẫu thuật cắt PLT giúp làm giảm nguy cơ xuất huyết tái phát, mau hấp thu máu, cải thiện thị lực.

+ Bệnh nhân xuất hiện mộng hồng và glaucoama tân mạch bắt đầu.

- Tiêm nội nhãn Lucentis mỗi tháng 0,5ml trong 3 tháng hoặc triamcinolone với bệnh nhân có phù hoàng điểm lan tỏa

Tổn thương võng mạc	Đánh giá		Laser		Theo dõi (tháng)
	FA	Hình màu	Tại chỗ	Quang đông	
Không tăng sinh – nhẹ					
Không phù HÐ	Không	Thỉnh thoảng	Không	Không	12
Phù HÐ	Thỉnh thoảng	Chụp	Không	Không	4 – 6
Phù HÐ rõ	Chụp	Chụp	Có	Không	2 – 4
Không tăng sinh – Trung bình					
Không phù HÐ					
Phù HÐ	Thỉnh thoảng	Chụp	Không	Không	6 – 8
Phù HÐ rõ	Chụp	Chụp	Có	Không	2 – 4
Không tăng sinh – Nặng					
Không phù HÐ	Không	Chụp	Không	Hiếm	3 – 4
Phù HÐ	Thỉnh thoảng	Chụp	Thỉnh thoảng	Có thể sau khi điều trị phù HÐ	2 – 3
Phù HÐ rõ	Chụp	Chụp	Có	Có thể sau khi điều trị phù HÐ	2 – 3
Tăng sinh – Nhẹ/Trung bình					
Không phù HÐ	Không	Chụp	Không	Thỉnh thoảng	2 – 3
Phù HÐ	Thỉnh thoảng	Chụp	Thỉnh thoảng	Có thể sau khi điều trị phù HÐ	2 – 3
Phù HÐ rõ	Chụp	Chụp	Laser	Có thể sau khi điều trị phù HÐ	2 – 3
Tăng sinh – Nặng					
Không phù HÐ	Không	Chụp	Không	Laser	2 – 3
Phù HÐ	Chụp	Chụp	Laser	Laser	2 – 3

Phù HÐ rõ	Chụp		Laser	Laser	1 – 2

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ HẮC VÕNG MẠC TRUNG TÂM THANH DỊCH ĐẠI CƯƠNG

Bệnh lý võng mạc trung tâm thanh dịch đặc trưng bởi bong thanh dịch võng mạc không rõ nguyên nhân của cực sau nhãn cầu gây ra do sự rò dịch qua biểu mô sắc tố.

DỊCH TỄ HỌC

- Tỷ lệ 9,9/100.000 ở nam và 1,7/100.000 ở nữ. Tỷ lệ tái phát là 31%, thời gian trung bình tái phát 1,3 năm.
- Tuổi trung bình khởi phát là 41 – 45 tuổi.
- Bệnh gặp nhiều ở người châu Á, châu Mỹ Latin.

YẾU TỐ NGUY CƠ

- Người type A, cơ địa dễ cảm xúc, dễ bị tác động bởi stress.
- Hội chứng Cushing, người có sự tăng cao của các corticosteroid nội sinh hay ngoại sinh.
- Phụ nữ có thai.
- Bệnh collagen: lupus, sarcoidosis.
- Dùng rượu, kháng sinh, thuốc tâm thần.
- Nhiễm *Helicobacter pylori*, dị ứng phổi, cao huyết áp không điều trị,...

NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH

Chưa rõ, có nhiều giả thuyết:

- Tổn hại biểu mô sắc tố gây rò rỉ dịch từ hắc mạc vào khoang dưới võng mạc.
- Có giả thuyết cho rằng rò dịch do tổn thương hàng rào máu – võng mạc.

Tiến triển: đa số bệnh tự thoái triển, thị lực hồi phục. Có thể có những rối loạn kéo dài như cảm giác lóa, méo hình, nhìn màu có sự thay đổi... Một số có khả năng tái phát, đôi khi có tân mạch dưới võng mạc.

CHẨN ĐOÁN

- Nhìn mờ, giảm thị lực, điều chỉnh kính viễn thị lực tăng tốt.
- Có cảm giác bóng mờ che chính giữa mắt, nhìn hình thấy biến đổi kích thước, méo mó, biến đổi màu sắc, màu đỏ thường nhạt đi.
- Âm điểm dương tính, test Amler (+).

- Soi đáy mắt: hoàng điểm phù, mất ánh trung tâm, vùng bong thanh dịch đáy võng mạc cao lên. Nếu ở giai đoạn muộn hay ở bệnh nhân tái phát thường thấy có nhiều xuất tiết cứng bé nằm theo hướng đồng tâm hoàng điểm.
- Chụp đáy mắt không cản quang: có thể thấy phù nề vùng võng mạc trung tâm.
- Chụp mạch huỳnh quang:
 - + Một hay nhiều ổ rò huỳnh quang;
 - + Hình ảnh ống khói cổ điển quan sát trong 10 – 15%;
 - + Hiệu ứng cửa sổ do teo lớp biểu mô sắc tố.
- OCT (Optical Coherence Tomography): thấy rõ vùng bong võng mạc thanh dịch giúp chẩn đoán và theo dõi điều trị.

ĐIỀU TRỊ

6.1 Điều trị nội khoa:

Hiện tại chưa có phương pháp điều trị nào cho thấy rõ hiệu quả. Có thể sử dụng:

- Acetazolamide 500 mg/ngày kèm bổ sung Kali.
- Kháng viêm, nước mắt nhân tạo.
- Bổ sung vitamin

6.2 Điều trị laser:

Nhằm hạn chế điểm dò giúp dịch dưới võng mạc hấp thu tốt hơn. Laser làm ngăn tiến trình bệnh lý và giảm nguy cơ tái diễn nhưng nó không cải thiện tiên lượng thị lực cuối cùng.

TIỀN LƯỢNG

- Thoái triển tự nhiên ở phần lớn bệnh nhân, 80 – 90% thị lực > 20/25. Tuy nhiên vẫn có rối loạn sắc giác, mất sự nhạy cảm tương phản, nhìn hình biến dạng và quáng gà.
- Ở bệnh nhân có rò dịch cổ điển 40 – 46% có nguy cơ tái phát.

PHẪU THUẬT QUẠM MI DƯỚI

CHỈ ĐỊNH

Quặm tuổi già

Quặm co thắt

Quặm bẩm sinh

CHUẨN BỊ BN NGÀY TRƯỚC MỔ

Đo thị lực, nhãn áp

Xét nghiệm tiền phẫu: công thức máu, TS, TC, đường huyết

Khám nội tiền phẫu: huyết áp, tim, phổi, ECG

Ký cam kết mổ

NGÀY PHẪU THUẬT

Ở khoa phòng:

Kiểm tra hồ sơ trước mổ: siêu âm, xét nghiệm, khám nội, ký cam kết

Đánh dấu mắt mổ

Trong phòng mổ:

Nhỏ thuốc Povidine 5% trong mắt và sát trùng da bằng Povidine 10%

Tê tại chỗ

Rạch da mi dưới cách bờ mi 2mm

Cắt bỏ một phần da mi thừa

Cắt bỏ bớt cơ vòng cung mi

Đốt sụn mi

Có thể khâu lại dây chằng kéo mi dưới bằng Vicryl 6.0

Có thể cắt bớt sụn bờ mi và sụn mi dưới gắn lại

Khâu da mi dính vào sụn mi Nylon 6.0

Tra Pommade + băng mắt

HẬU PHẪU

Sau khi mổ:

Uống thuốc: giảm đau, kháng viêm, kháng sinh

Thuốc nhỏ: thuốc mỡ kháng sinh, nước mắt nhân tạo

Theo dõi

Sau mổ 1 tuần, 1 tháng, mỗi 3 tháng, mỗi 6 tháng để đánh giá tái phát

PHẪU THUẬT QUẠM MI TRÊN

CHỈ ĐỊNH

Quặm tuổi già

Quặm do sẹo

Quặm cơ học

Quặm co thắt

Quặm bẩm sinh

CHUẨN BỊ BN NGÀY TRƯỚC MỔ

Đo thị lực, nhãn áp

Xét nghiệm tiền phẫu: công thức máu, TS, TC, đường huyết

Khám nội tiền phẫu: huyết áp, tim, phổi, ECG

Ký cam kết mổ

NGÀY PHẪU THUẬT

Ở khoa phòng:

Kiểm tra hồ sơ trước mổ: siêu âm, xét nghiệm, khám nội, ký cam kết

Đánh dấu mắt mổ

Trong phòng mổ:

Nhỏ thuốc Povidine 5% trong mắt và sát trùng da bằng Povidine 10%

Tê tại chỗ

Rạch bờ tự do

Cắt bớt da mi trên thừa

Cắt bỏ bớt cơ vòng cung mi

Cắt sụn mi trên hình máng và đốt lòng máng

Khâu 4 mũi chữ U kéo sụn bằng Vicryl 6.0 hoặc Nylon 6.0 (phương pháp treo mí)

Khâu da mi bằng Nylon 6.0

Tra Pommade + băng mắt

HẬU PHẪU

Sau khi mổ:

Uống thuốc: giảm đau, kháng viêm, kháng sinh

Thuốc nhỏ: thuốc mỡ kháng sinh, nước mắt nhân tạo

Theo dõi

Sau mổ 1 tuần, 1 tháng, mỗi 3 tháng, mỗi 6 tháng để đánh giá tái phát

PHẪU THUẬT MỞ BAO SAU BẰNG LASER

ĐẠI CƯƠNG

Mở bao sau bằng laser là tạo một lỗ thủng ở trung tâm bao sau có đường kính khoảng (3 – 4mm) tương ứng với lỗ đồng tử nhằm cải thiện chức năng thị giác cho người bệnh.

CHỈ ĐỊNH

Những mắt có đục bao sau thể thủy tinh mức độ 2 và 3, thị lực $\leq 3/10$.

Những mắt có đục bao sau độ 1, thị lực $> 3/10$ nhưng có rối loạn chức năng ảnh hưởng tới sinh hoạt của người bệnh: nhìn lóa.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Sau phẫu thuật dưới 8 tuần.

Những mắt có kèm các bệnh lý.

CHUẨN BỊ

Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

Phương tiện

Hệ thống laser được lắp trực tiếp vào máy sinh hiển vi.

Kính tiếp xúc dùng trong mở bao sau: Capsulostomy Yag Laser Lens.

Chuẩn bị khởi động máy.

Chuẩn bị kính tiếp xúc và chất nhầy.

Thuốc dẫn đồng tử: loại thuốc tác dụng nhanh.

Thuốc gây tê bề mặt kết giác mạc.

Thuốc kháng sinh rửa mắt sau điều trị, bông vô trùng.

Người bệnh

Khám chứng năng: đo thị lực, nhãn áp, siêu âm đánh giá tình trạng dịch kính võng mạc.

Khám lâm sàng để xác định tình trạng vị trí đồng tử, mức độ đục bao sau.

Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

Nhỏ thuốc dẫn đồng tử, nhỏ thuốc gây tê bề mặt nhãn cầu.

Hồ sơ bệnh án

Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu quy định.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh

Thực hiện kỹ thuật

Khởi động máy.

Đặt mức năng lượng cần điều trị: mức năng lượng lần đầu thường đặt khoảng 1,2mJ. Số xung là 1 xung trong 1 phát bắn. Chỉnh độ phóng đại của máy sinh hiển vi. Chỉnh kích thước của chùm tia Héné sao cho 2 điểm đỏ rõ và nét nhất. Chỉnh độ sáng tối của nguồn sáng đèn sinh hiển vi sao cho nhìn rõ được bao sau và 2 điểm đỏ của chùm Héné. Đặt vị trí hoạt động của chùm tia ra sau tiêu điểm.

Đặt kính tiếp xúc. Chọn vị trí mở đầu tiên tại nơi bao mỏng và cách xa IOL nhất. Chỉnh sao cho 2 điểm đỏ của chùm tia Héné trùng với nhau và định vị đúng vào nơi cần điều trị.

Mức năng lượng cho xung đầu tiên với đục mức độ 1 là 1,2mJ, mức độ 2 là 1,5; mức độ 3 là 1,7mJ. Nếu xung đầu tiên không kết quả, tăng thêm 0,2mJ/xung.

Mở bao theo đường tròn kích thước 2,5 – 3,5mm (vì sau mở bao lỗ mở có thể rộng thêm khoảng 0,5mm).

ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI

Tại mắt: tra tại mắt các loại:

Thuốc chống viêm có kháng sinh + Corticosteroid (4 lần/ngày, trong 1 tuần)

Thuốc hạ nhãn áp: uống Acetazolamid 0,25mg x 1v/ngày trong 2 ngày, hoặc thuốc tra tại mắt (Chẹn gia cảm x 2 lần/ngày, trong 1 tuần).

Thuốc tăng cường dinh dưỡng giác mạc, nước mắt nhân tạo, giảm vận đục pha lê thể, kháng sinh toàn thân.

Hẹn người bệnh theo dõi định kỳ để phát hiện kịp thời những trường hợp nhãn áp cao, bong võng mạc.

BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

Để tránh tổn thương IOL (Vết chấm trên IOL): chú ý mở bao theo đường tròn, các vết bắn cách tâm đồng tử 1 – 1,5mm. Những trường hợp bao sau đục dày và dính chặt với IOL nên chỉnh chùm tia ra phía sau bao để tránh tổn hại IOL.

Tiền phòng vẫn đục chất thể thủy tinh, không quan sát được vùng cần cắt: ngừng điều trị, hẹn người bệnh tới điều trị bổ sung vào ngày sau đó.

CẮT MÓNG MẮT NGOẠI VI BẰNG LASER

ĐẠI CƯƠNG

Cắt móng mắt ngoại vi bằng laser là sử dụng năng lượng của máy laser tạo một lỗ thủng có đường kính khoảng 0,5mm ở chu biên móng mắt nhằm giải quyết tình trạng nghẽn đồng tử

CHỈ ĐỊNH

Glaucoma góc đóng nguyên phát khi các góc còn mở $> 180^0$.

Những trường hợp có dính móng mắt gây nghẽn đồng tử.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Giác mạc quá phù hoặc giác mạc mờ đục, trượt giác mạc, loét giác mạc.

Viêm màng bồ đào tiên triển.

Người bệnh có bệnh lý toàn thân không cho phép.

Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

CHUẨN BỊ

Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

Phương tiện

Hệ thống laser được lắp trực tiếp vào máy sinh hiển vi.

Kính tiếp xúc dùng trong cắt móng mắt ngoại vi.

Người bệnh

Tư vấn cho người bệnh trước phẫu thuật.

Nhỏ thuốc co đồng tử trước phẫu thuật.

Sau khi móng mắt đã co tốt, nhỏ thuốc gây tê tại chỗ.

Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định của Bộ Y tế.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh

Đúng người bệnh, đúng chỉ định, đúng mắt cần điều trị.

Thực hiện kỹ thuật

Những trường hợp mổ mắt mổ hoặc trung bình

Đặt mức năng lượng cần điều trị tùy theo mức độ dày hay mỏng của móng mắt

Đặt số lượng xung trong 1 lần điều trị là 1 xung.

Đặt vị trí hoạt động của chùm tia ra trước hay sau tiêu điểm (tùy theo mức độ dày của móng mắt, độ sâu tiền phòng, vị trí của lỗ cắt ra sát chân móng mắt hay xa chân móng mắt).

Chỉnh độ phóng đại của máy sinh hiển vi.

Chỉnh kích thước của chùm tia Héné sao cho 2 điểm đỏ rõ và nét nhất.

Chỉnh độ sáng tối của nguồn sáng đèn sinh hiển vi sao cho nhìn rõ được móng mắt và 2 điểm đỏ của chùm Héné.

Đặt kính tiếp xúc.

Chọn vị trí móng mắt: nơi móng mắt mỏng nhất, tránh vùng tương ứng với vòng động mạch của móng mắt, tránh vị trí 3 giờ và 9 giờ (để tránh hiện tượng song thị do lỗ mở móng mắt).

Chỉnh sao cho 2 điểm đỏ của chùm tia Héné trùng với nhau và định vị đúng vào nơi cần điều trị.

Có thể cắt 1 hoặc 2 lỗ tùy theo mức độ tổn thương bệnh lý của người bệnh.

Những trường hợp đặc biệt

Đối với những mắt móng mắt quá dày, hoặc móng mắt sung huyết, tân mạch móng mắt: trước khi cắt móng mắt nên quang đông vùng móng mắt cần cắt bằng laser quang đông như đối với laser tạo hình móng mắt theo các bước sau:

Đặt kính tiếp xúc vào mắt.

Thực hiện laser trên móng mắt chu biên (càng sát chân móng mắt càng tốt).

Cắt móng mắt chu biên bằng laser tại vị trí nốt quang đông.

ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI

Tại mắt: tra tại mắt các loại

Thuốc chống viêm có kháng sinh + Corticosteroid (4 lần/ngày, trong 1 tuần)

Thuốc hạ nhãn áp: uống Acetazolamid 0,25mg x 1v/ngày trong 2 ngày, hoặc thuốc tra tại mắt (Chẹn gia cảm x 2 lần/ngày, trong 1 tuần).

Nước mắt nhân tạo, kháng sinh toàn thân.

Hẹn người bệnh theo dõi định kỳ để phát hiện kịp thời những trường hợp nhãn áp cao.

BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

Chảy máu tiền phòng, tổn thương giác mạc, tiền phòng vẩn đục bởi sắc tố, không quan sát được vùng cần cắt mộng mắt ...

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ KHOA MẮT PHẪU THUẬT MỘNG NGUYÊN PHÁT + GHÉP KẾT MẠC RỜI

CHỈ ĐỊNH

Mộng độ II, BN ≥ 40 tuổi

Mộng độ II, BN < 40 tuổi có yêu cầu mổ vì lý do thẩm mỹ (BN nghe giải thích rõ nguy cơ tái phát và đồng ý mổ)

Mộng độ III, IV

CHUẨN BỊ BN NGÀY TRƯỚC MỔ

Đo thị lực, nhãn áp

Xét nghiệm tiền phẫu: công thức máu, TS, TC, đường huyết

Khám nội tiền phẫu: huyết áp, tim, phổi, ECG

Ký cam kết mổ

NGÀY PHẪU THUẬT

Ở khoa phòng:

Kiểm tra hồ sơ trước mổ: siêu âm, xét nghiệm, khám nội, ký cam kết

Đánh dấu mắt hoặc băng mắt mổ

Trong phòng mổ:

Nhỏ thuốc Povidine 5% trong mắt và sát trùng da bằng Povidine 10%

Dán lông mi, vành mi

Tê tại chỗ + hậu cầu

Tách đầu mộng, lột sạch mộng, cắt thân mộng, đốt cầm máu

Tê kết mạc lạnh (thường phía trên), cắt kết mạc rời lấy tế bào vùng rìa

Đưa kết mạc rời vào vùng đã cắt mộng sao cho kết mạc rìa hướng rìa giác mạc đã lột mộng, khâu cố định mảnh kết mạc rời vào củng mạc bằng Vicryl 8.0

Nếu vùng củng mạc hở rộng, ghép màng ối phủ phần củng mạc hở, khâu bằng Vicryl 8.0. Có thể ghép niêm mạc môi thay cho màng ối tùy mức độ

Tra thuốc mỡ + băng mắt

HẬU PHẪU

Sau khi mổ:

Kháng sinh, kháng viêm nhỏ mắt tại chỗ

Nước mắt nhân tạo, hỗ trợ dinh dưỡng giác mạc

Kháng sinh, kháng viêm toàn thân.

Theo dõi

Sau mổ 1 tuần, 1 tháng, mỗi 3 tháng, mỗi 6 tháng để đánh giá tái phát

PHẪU THUẬT CẮT BÈ CÙNG GIÁC MẠC

ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt bè cùng mạc là một phẫu thuật tạo lỗ rò, với mục đích tạo một đường thông từ tiền phòng vào khoang dưới kết mạc giúp dẫn lưu thủy dịch và hạ nhãn áp.

CHỈ ĐỊNH

Glaucoma góc mở: không còn đáp ứng với thuốc và laser hoặc chống chỉ định với việc dùng thuốc hoặc không có khả năng dùng thuốc.

Glaucoma góc đóng: khi góc đóng trên một nửa chu vi, hoặc những trường hợp không thành công với điều trị laser.

Glaucoma bẩm sinh.

Glaucoma thứ phát nhãn áp không điều chỉnh với thuốc.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Có bệnh cấp tính toàn thân và tại mắt không cho phép phẫu thuật.

Tình trạng kết mạc và củng mạc không cho phép phẫu thuật.

CHUẨN BỊ

Người thực hiện

Các bác sĩ nhãn khoa.

Phương tiện

Dụng cụ vi phẫu.

Hiển vi phẫu thuật.

Thuốc: sát trùng, gây tê, thuốc tiêm, tra sau phẫu thuật.

Người bệnh

Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

Tra mắt bằng betadin 5%, kháng sinh trước phẫu thuật.

Đánh dấu mắt phẫu thuật.

Trước phẫu thuật 1 – 2 giờ, người bệnh được tra betadin 5%, kháng sinh, uống acetazolamid 0,25g x 2 viên.

Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh

Đúng người bệnh, đúng chỉ định, đúng mắt cần điều trị.

Thực hiện kỹ thuật

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

Bộc lộ vùng phẫu thuật: đặt chỉ cơ trực trên hoặc chỉ giác mạc để bộc lộ vùng rìa trên. Vùng phẫu thuật có thể chính giữa 12 giờ hoặc lệch về góc phần tư mũi trên hoặc thái dương trên. Trong những trường hợp đặc biệt có thể chọn vùng khác.

Mở kết mạc:

Mở kết mạc sát rìa đáy quay về cùng đồ

Hoặc mở kết mạc cùng đồ (cách rìa từ 8 – 10 mm) đáy quay về rìa.

Tạo vạt cùng mạc: có thể tạo vạt cùng mạc hình chữ nhật hoặc hình tam giác. Vạt hình chữ nhật 3 x 4 mm, chiều sâu bằng 3/4 chiều dày cùng mạc. Với các trường hợp có nguy cơ tái phát cao có thể áp thuốc chống chuyển hóa.

Chọc tiền phòng, hạ nhãn áp từ từ.

Cắt bè cùng mạc kích thước 1 x 2 mm: rạch hai đường song song, cách nhau 1 mm.

Đường thứ nhất: ranh giới giữa vùng trắng cùng mạc và vùng rìa xám (tương đương với cựa cùng mạc), đường thứ hai nằm vào ranh giới vùng xám rìa và vùng trong suốt của giác mạc (tương đương với đường schwalbe) sau đó dùng kéo cắt hai đầu.

Cắt mộng mắt chu biên: dùng kẹp phẫu tích cặp vuông góc với mộng mắt kéo ra và dùng kéo cắt sát nền cùng mạc.

Khâu phục hồi nắp cùng mạc. Các mũi chỉ có độ chặt vừa phải, cho phép thủy dịch thẩm rĩ khi bơm nước tạo tiền phòng sâu hơn bình thường.

Khâu phục hồi kết mạc.

Tái tạo tiền phòng bằng dung dịch ringer lactat hoặc bằng hơi qua đường chọc tiền phòng.

Tiêm kháng sinh và corticoid.

THEO DÕI

Điều trị thuốc chung

Chống viêm steroid tra tại chỗ 4 – 6 lần, trong 4 – 6 tuần.

Kháng sinh tại chỗ 2 tuần đầu; kháng sinh, kháng viêm toàn thân, nước mắt nhân tạo.

TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Xơ hóa dưới kết mạc; tắc miệng trong lỗ rò do mống mắt hoặc do máu; bong dẹt nhãn áp thấp; nhãn áp thấp do viêm màng bồ đào hoặc giảm tiết thủy dịch; bong hắc mạc; tách thể mi; bong võng mạc; sẹo quá bong; xuất huyết tiền phòng: tìm nguyên nhân để xử lý.

PHẪU THUẬT TÁN NHUYỄN THỂ THỦY TINH ĐỤC BẰNG PHƯƠNG PHÁP SIÊU ÂM (PHẪU THUẬT PHACO)

ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật tán nhuyễn nhân thể thủy tinh (phacoemulsification, viết tắt: phaco) là kỹ thuật sử dụng máy phaco tạo ra hoạt động rung ở tần số siêu âm. Chính quá trình rung tại đầu phaco (phaco typ) sẽ phá vỡ nhân thủy tinh thành các mảnh nhỏ và được hút ra ngoài.

CHỈ ĐỊNH

Tất cả các loại đục thể thủy tinh trù

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Đục thể thủy tinh tiêu, đục thể thủy tinh dạng màng, xơ.

Các trường hợp đang viêm nhiễm tại mắt.

Tình trạng toàn thân chưa cho phép phẫu thuật.

CHUẨN BỊ

Người thực hiện

Các bác sĩ nhãn khoa được đào tạo về phương pháp phẫu thuật phaco.

Phương tiện

Máy phaco.

Hiển vi phẫu thuật.

Bộ dụng cụ vi phẫu để phẫu thuật phaco, dịch nhầy.

Người bệnh

Các xét nghiệm giống như phẫu thuật thể thủy tinh ngoài bao.

Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật; giống như phẫu thuật thể thủy tinh ngoài bao.

Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh

Thực hiện kỹ thuật

Vô cảm

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

Với những người bệnh phối hợp tốt, có thể không cần tiêm tê mà chỉ gây tê bằng thuốc tê bề mặt, tra 2 – 3 lần trước phẫu thuật.

Kỹ thuật

Đặt vành mi (hoặc có thể đặt chỉ cố định mi và cơ trực)

Tạo đường hầm vào tiền phòng: hiện có 3 cách:

Tạo đường hầm từ vùng rìa: đường rạch song song với vùng rìa, cách vùng rìa khoảng 1,5 mm về phía củng mạc. Dùng dao tạo đường hầm đi vào phía giác mạc, quá vùng rìa khoảng 1 mm thì chọc vào tiền phòng.

Tạo đường hầm từ củng mạc: đường rạch cách vùng rìa 2 – 2,5 mm về phía củng mạc. Đường hầm cũng đi quá vùng rìa giác mạc 1 mm thì vào tiền phòng.

Tạo đường hầm từ giác mạc: dùng dao phẫu thuật phaco đi trực tiếp tại vùng giác mạc trong ở rìa. Đường hầm trong giác mạc dài khoảng 2 – 2,5 mm.

Bơm dịch nhầy vào tiền phòng.

Mở đường phẫu thuật phụ bằng dao 15 độ (thường vuông góc với đường phẫu thuật chính).

Xé bao thể thủy tinh: có thể xé bao bằng kim hoặc bằng kẹp phẫu tích xé bao. Đường kính xé bao từ 5,5 – 6 mm.

Tách nhân thể thủy tinh bằng nước cho đến khi xoay khối nhân được dễ dàng.

Dùng đầu phaco để tán nhuyễn nhân thể thủy tinh.

Dùng đầu hút hút sạch chất nhân.

Bơm dịch nhầy, sau đó đặt thể thủy tinh nhân tạo vào trong túi bao.

Với đường rạch vùng rìa hoặc củng mạc thì có thể khâu 1 mũi chỉ 10-0. Với đường rạch trực tiếp giác mạc thì bơm nước vào mép đường rạch chính và phụ để mép vết phẫu thuật tự khép kín.

Kiểm tra độ kín mép phẫu thuật.

Có thể tiêm kháng sinh và corticoid sau phẫu thuật.

Tra mỡ kháng sinh, băng mắt.

THEO DÕI

Tại mắt: nhỏ kháng sinh, kháng viêm, nước mắt nhân tạo

Toàn thân: kháng sinh, kháng viêm, vitamin,...

TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Trong phẫu thuật

Đường xé bao quá nhỏ: xé bao bổ sung.

Đường xé bao bị rách rộng ra ngoài vi: nếu chưa có nhiều kinh nghiệm thì nên chuyển sang phẫu thuật ngoài bao.

Rách bao sau trong quá trình phaco nhân: cần cân nhắc và chuyển sang phẫu thuật ngoài bao sớm nếu thấy đường rách bao rộng hơn.

Rách bao sau trong quá trình hút chất nhân: cần cắt sạch dịch kính, sau đó đặt thể thủy tinh.

Nhân thể thủy tinh sa vào buồng dịch kính: không được dùng đầu phaco đưa vào buồng dịch kính để hút nhân. Cần đóng lại vết phẫu thuật và mời chuyên gia võng mạc, dịch kính tới xử lý cắt thể thủy tinh và dịch kính.

Bỏ mép vết phẫu thuật: do đầu phaco sinh nhiệt. Cần dội nước liên tục vào mép vết phẫu thuật trong quá trình phẫu thuật.

Sau phẫu thuật

Tai biến và xử trí giống như các biến chứng của phẫu thuật thể thủy tinh ngoài bao như: viêm nội nhãn, xuất huyết tiền phòng, loạn dưỡng giác mạc, lệch thể thủy tinh, đục bao sau, phù hoàng điểm dạng nang.

PHẪU THUẬT LẤY THỦY TINH NGOÀI BAO, ĐẶT THỂ THỦY TINH NHÂN TẠO (ECCE)

ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy thể thủy tinh ngoài bao là phương pháp lấy đi khối nhân và toàn bộ chất vỏ thể thủy tinh qua một khoảng mở ở trung tâm của bao trước và để lại bao sau.

CHỈ ĐỊNH

Tất cả các loại đục thể thủy tinh trừ những trường hợp chống chỉ định

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Đục và lệch thể thủy tinh nhiều $> 180^\circ$

Đục thể thủy tinh dạng màng, xơ.

Các trường hợp đang viêm nhiễm tại mắt.

Bệnh lý toàng thân chưa cho phép phẫu thuật.

CHUẨN BỊ

Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

Phương tiện

Máy hiển vi phẫu thuật

Bộ dụng cụ phẫu thuật thể thủy tinh ngoài bao

Thể thủy tinh nhân tạo.

Thuốc gây tê tại chỗ, kháng sinh và corticosteroid.

Người bệnh

Khám toàn thân và làm các xét nghiệm theo quy định.

Bơm rửa lệ đạo.

Siêu âm đánh giá tình trạng dịch kính võng mạc và tính công suất thể thủy tinh nhân tạo.

Người bệnh và gia đình được giải thích về bệnh, biến chứng, kết quả phẫu thuật.

Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh

Thực hiện kỹ thuật

Vô cảm

Trẻ em: gây mê

Người lớn: tiêm tê cạnh nhãn cầu.

Kỹ thuật

Cố định mi và cơ trực trên.

Phẫu tích kết mạc sát rìa từ 10 giờ – 2 giờ, bộc lộ củng mạc và cầm máu.

Rạch củng mạc vùng rìa: rạch 2/3 bề dày giác mạc, mở vào tiền phòng chiều dài 2 mm cách rìa 1 mm.

Bơm dịch nhầy vào tiền phòng.

Mở bao trước thể thủy tinh theo kiểu con tem bằng kim hoặc xé liên tục kích thước 6 – 7 mm bằng kẹp phẫu tích xé bao.

Mở rộng vết mổ vùng rìa khoảng 120 – 140°

Đặt chỉ an toàn

Dùng kim 2 nòng tách và xoay phần nhân của thể thủy tinh.

Lấy nhân: một tay phẫu thuật viên cầm spatule ấn nhẹ vào cực dưới của nhân ở vị trí 6 giờ, tay kia dùng móc lác ấn vào củng mạc ở sau mép phẫu thuật đẩy dần nhân thể thủy tinh trượt qua vết mổ ra ngoài.

Rửa hút sạch chất nhân

Bơm chất nhầy vào tiền phòng, đặt thể thủy tinh nhân tạo vào trong bao

Rửa sạch chất nhầy

Khâu phục hồi vết mổ

Tái tạo tiền phòng bằng nước hoặc hơi.

Tiêm kháng sinh và corticosteroid cạnh nhãn cầu.

Tra mỡ kháng sinh, băng mắt.

THEO DÕI

Thay băng, theo dõi hằng ngày cho đến khi xuất viện.

TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Trong phẫu thuật

Xuất huyết tiền phòng: rửa sạch máu tiền phòng

Vỡ bao sau thể thủy tinh, phôi dịch kính: kéo chỉ an toàn, cắt dịch kính bằng máy cắt dịch kính

Xuất huyết tổng khứ hoặc dọa xuất huyết tổng khứ: đóng ngay mép phẫu thuật.

Sau phẫu thuật

Xuất huyết tiền phòng: điều trị tiêu máu

Phù nề giác mạc: điều trị giảm phù nề.

Viêm màng bồ đào: chống viêm bằng kháng sinh và corticosteroid, dẫn đồng tử

Tăng nhãn áp: hạ nhãn áp bằng thuốc hoặc phẫu thuật.

Xẹp tiền phòng: xử lý theo nguyên nhân:

Nếu mép phẫu thuật kín: băng ép, uống nhiều nước.

Nếu rò mép phẫu thuật: khâu lại mép phẫu thuật và bơm hơi tiền phòng.

Bong hắc mạc: tra atropin 1%, uống glycerol, điều trị chống viêm. Nếu sau 1 tuần tiền phòng không tái tạo thì bơm hơi tiền phòng, tháo dịch hắc mạc.

Viêm nội nhãn: điều trị viêm nội nhãn tích cực.

NẶN TUYẾN BỜ MI

ĐẠI CƯƠNG

Nặn tuyến bờ mi là kỹ thuật nhằm làm sạch bờ mi, đẩy các chất tiết của tuyến bờ mi ra và đưa thuốc trực tiếp lên bờ mi.

CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp viêm bờ mi mạn tính.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

CHUẨN BỊ

Người thực hiện

Bác sĩ hoặc điều dưỡng chuyên khoa Mắt.

Phương tiện

Thuốc:

Thuốc gây tê bề mặt kết mạc: dicain 1%

Thuốc dùng để đánh bờ mi theo chỉ định.

Dụng cụ:

Kẹp Dolnberg hoặc Bilnhermin.

Thanh đè.

Tăm bông nhỏ.

Người bệnh

Được giải thích về phương pháp và các thì của thủ thuật.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh

Thực hiện kỹ thuật

Gây tê bề mặt bằng dicain 1%.

Nặn tuyến bờ mi: có 2 cách làm như sau:

Cách 1: tay trái dùng thanh đè có bôi thuốc mỡ kháng sinh đưa vào cùng đồ trên và dưới sau đó dùng ngón cái của bàn tay phải ấn mạnh lên bờ mi và ép lên thanh đè lần lượt từ

ngoài vào trong để nặn tuyến bờ mi. Sau đó dùng tăm bông làm sạch hết những chất tiết bẩn ở bờ mi.

Cách 2: tay trái kéo nhẹ mi lên hoặc mi dưới xuống. Tay phải cầm kẹp Bilhermin kẹp mi ở giữa đưa kẹp vào sâu khoảng 4 – 5mm so với bờ mi, bóp nhẹ hai cạnh của kẹp lần lượt đi từ ngoài vào trong, dùng tăm bông làm sạch hết những chất tiết bẩn ở bờ mi. Tiến hành chờ bờ mi: tay trái kéo nhẹ mi trên lên hoặc mi dưới xuống để bộc lộ bờ mi và tách bờ mi ra khỏi bề mặt nhãn cầu. Tay phải cầm tăm bông nhỏ có tẩm thuốc dùng theo chỉ định chà nhẹ và từ từ lên bờ mi theo chiều từ ngoài vào trong và mỗi lần đánh bờ mi làm như vậy từ từ 2 – 3 lần.

THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi xem bờ mi có sưng nề, đỏ do nặn tuyến bờ mi không nếu thấy biểu hiện bất thường báo ngay cho bác sĩ. Đối với trường hợp di ứng thuốc thì ngừng ngay thuốc đó và báo ngay cho bác sĩ.

VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO HSV

ĐẠI CƯƠNG:

- Viêm giác mạc Herpes simplex là nguyên nhân thông thường nhất gây mù do giác mạc ở Tây bán cầu. Tỷ lệ từ 0,5 - 1 trường hợp trong 1000 người. Có 12,0% trường hợp bị cả hai mắt. Ở người lớn có 85% những trường hợp phân lập được virus Herpes nhóm 1.
- Bệnh biểu hiện lâm sàng bắt đầu từ ngày thứ 3 đến 9 sau khi nhiễm.
- Nhiễm virus herpes tái phát ở giác mạc có thể biểu hiện 4 hình thái: Viêm giác mạc biểu mô, viêm giác mạc nhu mô dạng đĩa, viêm giác mạc nhu mô hoại tử và viêm giác mạc màng bồ đào.

ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN VIÊM GIÁC MẠC DO VIRUS HERPES

Bệnh sử: trước đây đã có những lúc bị bệnh

Khám lâm sàng:

Cộm xốn, chảy nước mắt, sợ ánh sáng, cương tụ rìa, giảm thị lực. Giảm cảm giác giác mạc.

Trong viêm giác mạc biểu mô có hình cành cây bắt màu Fluoresceine, bờ chỗ mất biểu mô gồ lên bắt màu hồng Bengal. Phù lớp nhu mô và thâm nhiễm dưới biểu mô có thể xuất hiện sau một tuần.

Trong viêm giác mạc nhu mô dạng đĩa: phù nhu mô, viêm khĩa, tủa sau giác mạc, Tyndall ở tiền phòng dương tính. Viêm giác mạc hình cành cây kèm theo đồng thời hoặc có trước.

Viêm giác mạc nhu mô hoại tử: thâm nhiễm nặng ở nhu mô, trắng đục, hoại tử. Giác mạc bị mỏng, đôi khi thủng, tân mạch giác mạc.

Viêm giác mạc - màng bồ đào: viêm mống mắt khu trú với phù giác mạc khu trú, tủa sau giác mạc, Tyndall dương tính, mống mắt sưng nề. Dính sau hoặc viêm mống mắt lan tỏa với mũ tiền phòng, fibrin ở tiền phòng, tăng nhãn áp.

CHẨN ĐOÁN:

Chẩn đoán xác định:

Dựa vào bệnh sử đã có những lúc bị bệnh.

Chủ yếu dựa vào lâm sàng.

Chẩn đoán nguyên nhân:

Do virus herpes simplex nhóm 1

Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm loét giác mạc do vi khuẩn.
- Viêm loét giác mạc do nấm.
- Viêm loét giác mạc do Acantheoba

Chẩn đoán biến chứng:

- Tăng nhãn áp.
- Thủng giác mạc

ĐIỀU TRỊ:

Mục đích điều trị:

- Điều trị kháng virus hiệu quả, giảm tổn hại giác mạc.
- Chống biến chứng tăng nhãn áp, thủng giác mạc.

Nguyên tắc điều trị:

Giảm tổn hại giác mạc thứ phát của hiện tượng nhiễm virus phân giải tế bào và đáp ứng miễn dịch đối với virus.

Thuốc kháng virus có thể là biện pháp hiệu quả nhất để điều trị viêm giác mạc biểu mô.

Các thể lâm sàng khác có thể kết hợp điều trị corticoid. Chỉ dùng thuốc corticoid nhỏ tại chỗ khi biểu mô không khiếm khuyết.

Ghép giác mạc chỉ định khi giác mạc bị thủng.

Điều trị cụ thể:

3.1. Viêm giác mạc biểu mô:

Nạo nhẹ biểu mô để lấy bỏ tổ chức ngoại tử.

Thuốc kháng virus tại chỗ: TriAuridine 1 giọt/lần x 5 lần/ngày. Hoặc mỡ IDU 5 lần/ngày. Hoặc dung dịch IDU mỗi giờ/lần vào ban ngày, còn tối thì dùng thuốc mỡ.

3.2. Viêm giác mạc nhu mô dạng đĩa:

Corticoid được chỉ định để ngăn ngừa sự viêm và phù: Dung dịch

Fluorometholone 1% , Prednisolone acetate 1%.

Trifluridine 1% 1 giọt/lần x 3 - 4 lần/ngày.

Acyclovir uống 200mg đến 400 mg/lần x 5 lần/ngày.

3.3. Viêm giác mạc nhu mô ngoại tử:

Thuốc điều trị giống viêm giác mạc nhu mô dạng đĩa.

Ghép giác mạc khi giác mạc bị thủng.

3.4. Viêm giác mạc — màng bồ đào:

Thuốc dẫn đồng tử: dung dịch atropine 1%, Mydrin - P x 2 lần/ngày.

Nếu tiến trình viêm không kiểm soát được thì dùng corticoid tại chỗ: dung dịch Fluorometholone, Prednisolone acetate 1%.

Acyclovir uống 200mg đến 400 mg/lần x 5 lần/ngày trong 2 -3 tuần.

Điều trị hỗ trợ:

Thuốc liệt điều tiết: Scopolamine, Atropine 1%.

Các thuốc tăng cường dinh dưỡng giác mạc, thúc đẩy quá trình tái tạo biểu mô : Như vitamin A, nước mắt nhân tạo...

THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:

5.1. Tiêu chuẩn nhập viện:

- Bệnh đe dọa nghiêm trọng đến thị lực.
- Có biến chứng tăng nhãn áp, dọa thủng giác mạc.

5.2. Theo dõi:

Đánh giá kích thước tổn thương biểu mô và ổ loét, chiều dày giác mạc, phản ứng tiền phòng và nhãn áp.

5.3. Tiêu chuẩn xuất viện:

Mắt giảm kích thích, tổn thương biểu mô và ổ loét thu nhỏ, phản ứng viêm thuyên giảm rõ rệt.

5.3. Tái khám:

Tái khám 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng 1 lần để phát hiện bệnh tái phát.

Tài liệu tham khảo:

1. Phác đồ điều trị Bệnh viện Chợ Rẫy 2013, Nhà xuất bản Y học, tr. 611-686.
2. American academy of Ophthalmology, (2010 - 2011), External disease and cornea, American academy of Ophthalmology, pp 165 -170.
3. Jack J. Kanski, (2003), Clinical Ophthalmology, Butterworth Heinemann, New York, Fifth edition, PP 207 - 214.

VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRƯỚC

Triệu chứng

Chủ quan:

Cấp tính: đau, đỏ, sợ ánh sáng, chảy nước mắt, giảm thị lực

Mạn tính: giảm thị lực, có thể có những đợt viêm tăng lên sau đó giảm xuống

Khách quan: tế bào (cell) trong tiền phòng, đục thủy tinh thể (flare), cương tụ rìa, lắng đọng sau giác mạc. Nhãn áp thường giảm nhưng có thể tăng. Có thể có fibrin hay mũ tiền phòng, nốt trên móng, teo móng, dị sắc móng, dính móng, giác mạc dải băng, phù hoàng điểm dạng nang. Lưu ý: có thể không có cương tụ rìa

Chẩn đoán phân biệt:

Viêm màng bồ đào sau là chủ yếu và lan ra viêm màng bồ đào trước: vẫn đục dịch kính nhiều, các dấu hiệu viêm màng bồ đào sau khác khi soi đáy mắt

Viêm móng mắt do chấn thương

Hội chứng Posner – Schlossman

Viêm màng bồ đào do thuốc: rifabutin, cidofovir, sulfonamide

Viêm củng mạc – màng bồ đào nhiễm trùng: thâm nhiễm giác mạc

Đỏ mắt do kính tiếp xúc: đỏ mắt, phù giác mạc, loét biểu mô giác mạc, viêm móng mắt có thể có mũ tiền phòng, không có thâm nhiễm nhu mô

Viêm giác mạc – màng bồ đào nhiễm trùng: thâm nhiễm giác mạc

Viêm mũ nội nhãn nhiễm trùng: tiền sử phẫu thuật hoặc chấn thương, đỏ mắt, đau mũ tiền phòng, fibrin, viêm dịch kính, có thể nội sinh (hay có sốt, tăng bạch cầu)

Hội chứng Schwartz: sắc tố tiền phòng do bong võng mạc mãn tính gây tăng nhãn áp

U nội nhãn: u nguyên bào võng mạc ở trẻ em, lymphoma nội nhãn ở người già, u di căn ở mọi lứa tuổi

Giả viêm màng bồ đào: hội chứng phân tán sắc tố

Nguyên nhân:

Cấp tính:

Vô căn

Có liên quan HLA –B27: các bệnh toàn thân phối hợp có thể là viêm cứng cột sống, hội chứng Reiter, viêm khớp vẩy nến, bệnh ruột viêm

Viêm màng bồ đào do thủy tinh thể: sau phẫu thuật thủy tinh thể còn sót nhân-chất nhân, sau chấn thương có vỡ thủy tinh thể, hoặc thủy tinh thể quá chín

Viêm mống mắt sau phẫu thuật: cần chẩn đoán phân biệt với viêm mủ nội nhãn nếu đau và viêm nhiều

Hội chứng viêm màng bồ đào-glaucoma-xuất huyết tiền phòng: thường do kính nội nhãn gây kích thích (nhất là đặt tiền phòng)

Bệnh Behcet: người trẻ, có mủ tiền phòng, viêm mống mắt, loét miệng và bộ phận sinh dục, nốt đỏ da, viêm mạch máu võng mạc xuất huyết, nhiều đợt tái phát

Bệnh Lyme: có tiền sử bị côn trùng cắn, và phát ban

Thiếu máu phần trước nhãn cầu: thủy dịch đục nhiều hơn phản ứng tế bào, đau, thứ phát sau hẹp động mạch cảnh, dai cứng mạc quá chặt, hoặc sau mổ lệ

Các nguyên nhân nhiễm trùng khác: hiếm, có thể là quai bị, cúm, adenovirus, sởi, Chlamydia, Leptospirosis, bệnh Kawasaki, và bệnh Rickettsia

Mạn tính:

Viêm khớp thiếu niên: thường ở trẻ gái, có thể không đau và không có triệu chứng hoặc chỉ cương tụ rất nhẹ. Thường ở 2 bên, kháng thể kháng nhân ANA dương tính, yếu tố thấp RF âm tính, tăng tốc độ lắng máu. Có thể tăng nhãn áp, đục thủy tinh thể, giác mạc dài bằng, phù hoàng điểm dạng nang

Viêm mống mắt thể mi mạn tính ở trẻ em: thường ở trẻ gái, nhưng không có viêm khớp

Viêm mống mắt thể mi dị sắc mống Fuchs: ít triệu chứng, teo mống mắt lan tỏa làm cho mống nhạt màu hơn và thấu quang. Thường không dính mống sau, lắng đọng mìn lan tỏa khắp mặt sau giác mạc. Phản ứng tiền phòng nhẹ. Đục dịch kính, glaucoma, và đục thủy tinh thể thường gặp

Sarcoidosis: thường 2 mắt, dính mống sau nhiều, hoặc có nốt u trên kết mạc

Herpes simplex/ herpes zoster: có sẹo giác mạc, tiền sử đỏ mắt tái phát 1 bên hoặc nổi bóng nước trên da mi. Thường có tăng nhãn áp và teo mống

Giang mai: có thể phát ban, nốt hồng (mạch máu) trên mống, viêm giác mạc mô kẽ với mạch máu ma. Giang mai thần kinh có thể có viêm dịch kính và kích thích màng não.

Lao: IDR dương tính, sang thương phổi trên X quang, có thể viêm giác mạc bọt (phlycten) hoặc mô kẽ, viêm màng bồ đào sau

Nguyên nhân khác: cùi, brucellosis

Cận lâm sàng:

Căn bản:

Công thức máu

Tốc độ lắng máu, C-reactive protein

Thử giang mai: VDRL, FTA-ABS

Tổng phân tích nước tiểu

X quang phổi

Chuyên sâu:

Angiotensin converting enzyme

Kháng thể Toxoplasma IgM, IgG

Toxocara ELISA

Antineutrophil cytoplasmic antibody

Định type HLA

Chụp mạch huỳnh quang, chụp OCT, siêu âm ...

Điều trị: tùy theo mức độ xuất huyết và thị lực

Liệt thể mi: scopolamine 0,25% 2 lần/ngày đối với viêm nhẹ và trung bình, Atropine 1% 2 lần/ngày nếu viêm nặng

Kháng viêm steroid

Tại chỗ: thuốc nhỏ prednisolone acetate 1% mỗi 1 – 6 giờ tùy theo mức độ viêm. Có thể dùng thêm thuốc mỡ steroid vào buổi tối. Nếu viêm nặng và không đáp ứng với thuốc nhỏ, có thể tiêm tại chỗ steroid (dưới kết mạc, cạnh nhãn cầu hoặc dưới Tenon)

Toàn thân: nếu không cải thiện với điều trị tối đa tại chỗ hoặc bệnh cả 2 mắt nặng thì có thể dùng steroid toàn thân hoặc ức chế miễn dịch

Điều trị tăng nhãn áp: tránh dùng pilocarpine hoặc prostaglandin

Điều trị nguyên nhân: nếu biết

Theo dõi

Mỗi 1 – 7 ngày trong giai đoạn cấp tùy theo mức độ nặng, mỗi 1 – 6 tháng trong giai đoạn ổn định

Mỗi lần khám, cần đánh giá phản ứng tiền phòng và đo nhãn áp

Cần khám dịch kính và đáy mắt khi viêm tăng lên, khi thị lực giảm, hoặc mỗi 3 – 6 tháng

Khi phản ứng tiền phòng cải thiện, thì giảm liều steroid nhỏ 1 lần/ngày mỗi 3 – 7 ngày. Có thể ngưng steroid sau khi giảm liều và không thấy tế bào (cell) trong tiền phòng (có thể vẫn còn đục thủy dịch). Có khi vẫn phải duy trì liều thấp mỗi ngày hoặc mỗi 2 ngày để tránh tái phát. Có thể ấn điểm lệ để gia tăng tác dụng của thuốc và tránh thuốc hấp thu vào toàn thân. Thuốc liệt thể mi cũng được giảm liều khi tình trạng viêm giảm. Thuốc liệt thể mi phải được dùng tối thiểu 1 lần/ngày vào buổi tối cho đến khi không còn tế bào trong tiền phòng.

Tài liệu tham khảo

The Wills Eye Manual: Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease, 5th Edition

Albert & Jakobiec's Principles & Practice of Ophthalmology, 3rd Edition.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT LASER EXCIMER ĐIỀU TRỊ TẬT KHÚC XẠ

Đại cương/định nghĩa

Điều trị tật khúc xạ (cận thị, viễn thị, loạn thị) bằng laser excimer là phẫu thuật dùng laser excimer bào mòn để làm thay đổi độ cong giác mạc giúp cho hình ảnh hội tụ đúng trên võng mạc.

Chỉ định

Tuổi từ 18 trở lên.

Bị tật khúc xạ: cận thị, viễn thị, loạn thị.

Độ khúc xạ ổn định.

Đã bỏ kính tiếp xúc ít nhất là 2 tuần (nếu có đeo kính tiếp xúc)

Thị lực sau chỉnh kính cao hơn thị lực không kính từ 2 dòng.

Chống chỉ định

Chống chỉ định tuyệt đối

Các bệnh lý khác của nhãn cầu (viêm giác mạc, viêm màng bồ đào, glaucoma, bong võng mạc).

Giác mạc chóp

Tiền căn bị Herpes giác mạc.

Đang dùng các nội tiết tố sinh dục (ví dụ: thuốc ngừa thai)

Đang mang thai hoặc cho con bú.

Mắt đỏ nhất.

Hở mi, sẹo giác mạc.

Giác mạc mỏng (trước điều trị dưới 475 micron hay sau điều trị laser nhu mô còn dưới 280 micron)

Chống chỉ định tương đối

Khô mắt nhẹ.

Viêm bờ mi.

Bệnh tự miễn đã ổn định.

Bệnh nhân kém hợp tác

Giác mạc nhỏ (đường kính < 11 mm).

Chuẩn bị

Cán bộ thực hiện quy trình kỹ thuật

Bác sĩ nhãn khoa đã được đào tạo.

Phương tiện

Máy laser femtosecond.

Đầu microkeratome, lưỡi dao, vòng hút áp lực (hoặc máy cắt vạt giác mạc bằng laser femtosecond).

Bộ dụng cụ phẫu thuật Lasik.

Người bệnh

Tư vấn cho người bệnh về phẫu thuật và tiên lượng của phẫu thuật.

Hồ sơ bệnh án

Theo quy định hiện hành của Bộ Y tế.

Các bước tiến hành

Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh

Thực hiện kỹ thuật

Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê với trẻ em.

Kỹ thuật: phẫu thuật được tiến hành đồng thời 2 mắt ở hầu hết các trường hợp.

Bước 1: định tâm và đặt gương tiếp xúc với giác mạc

Phẫu thuật viên kiểm tra gương tiếp xúc (contact glass – CG), gắn contact glass vào hệ thống laser

Di chuyển giường bệnh nhân để gương tiếp xúc áp vào giác mạc của bệnh nhân.

Định tâm chính xác.

Khi CG tiếp xúc với giác mạc trên 90%, nhấn hút, kiểm tra lực hút đạt

Khi laser báo sẵn sàng, nhấn pedal laser.

Bước 2: cắt mảnh mô và tạo vạt:

Cắt lenticule giác mạc và cắt bờ lenticule. Thông số lenticule:

Đường kính: 5mm – 8mm, khuyến cáo 6 – 7 mm.

Chiều dày tối thiểu: 10 – 30 micron, khuyến cáo 15 micron.

Góc bờ lenticule: 45 – 135 độ, khuyến cáo 90 độ.

Cắt vạt giác mạc và cắt bờ vạt.

Đường kính: 6 – 10,5mm, nên rộng hơn đường kính lenticule 1mm.

Chiều dày: 100 – 160 micron.

Góc bờ lenticule: 45 – 135 độ, khuyến cáo 90 độ.

Bước 3: lấy lenticule

Tách một phần bờ vạt.

Tách một phần bờ lenticule.

Tách giữa vạt và lenticule.

Tách giữa lenticule và nhu mô nền.

Lấy lenticule.

Bước 4: rửa dưới vạt và đặt lại vạt.

Theo dõi chăm sóc hậu phẫu

Nhỏ kháng sinh và corticoid 4 lần/ngày trong 7 ngày.

Nước mắt nhân tạo không chất bảo quản 1 – 3 tháng hoặc hơn.

Tái khám 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng hoặc hơn (theo dõi vết mổ, thị lực, khúc xạ).

Tai biến và xử lý

Đứt vạt giác mạc: giữ nguyên vạt tại dao, tiếp tục đốt laser. Sau đó dùng hai kẹp phẫu tích giác mạc đặt lại vạt (theo đường đánh dấu).

Dao không cắt hết vạt giác mạc: đặt lại vạt giác mạc, chờ 3 – 6 tháng phẫu thuật lại.

Lệch vạt giác mạc trong những ngày hậu phẫu: đặt lại vạt giác mạc đúng vị trí, sau đó đặt kính tiếp xúc mềm. Có thể băng ép trong ngày đầu.

Tế bào biểu mô phát triển giữa lớp cắt: nếu ảnh hưởng đến thị lực thì có thể dùng spatule lật vạt giác mạc, cạo sạch lớp biểu mô.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT LASER FEMTOSECOND ĐIỀU TRỊ TẬT KHÚC XẠ

Đại cương/định nghĩa

Điều trị tật khúc xạ (cận thị, viễn thị, loạn thị) bằng laser femtosecond là phẫu thuật dùng laser femtosecond bào mòn để làm thay đổi độ cong giác mạc giúp cho hình ảnh hội tụ đúng trên võng mạc.

Chỉ định

Tuổi từ 18 trở lên.

Cận, loạn thị từ 1,75 diop trở lên. Cận tối đa 10,0 diop, loạn tối đa 5,0 diop, tổng độ cận và loạn (cận và loạn) $\leq 10,0$ diop

Độ khúc xạ ổn định ít nhất 6 tháng.

Đã bỏ kính tiếp xúc ít nhất là 2 tuần (nếu có đeo kính tiếp xúc)

Thị lực tăng khi thử kính.

Riêng với trẻ em có thể chỉ định phẫu thuật khi độ lệch khúc xạ giữa 2 mắt từ 5 đi ốp trở lên.

Chống chỉ định

Tình trạng toàn thân và tại mắt không cho phép phẫu thuật.

Chuẩn bị

Cán bộ thực hiện quy trình kỹ thuật

Bác sĩ nhãn khoa đã được đào tạo.

Phương tiện

Máy laser femtosecond.

Đầu microkeratome, lưỡi dao, vòng hút áp lực (hoặc máy cắt vạt giác mạc bằng laser femtosecond).

Bộ dụng cụ phẫu thuật Lasik.

Người bệnh

Tư vấn cho người bệnh về phẫu thuật và tiên lượng của phẫu thuật.

Hồ sơ bệnh án

Theo quy định hiện hành của Bộ Y tế.

Các bước tiến hành

Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh

Thực hiện kỹ thuật

Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê với trẻ em.

Kỹ thuật: phẫu thuật được tiến hành đồng thời 2 mắt ở hầu hết các trường hợp.

Sát trùng da mi và quanh mi.

Phủ khăn phẫu thuật, đặt tấm dính lông mi, đặt vành mi, đánh dấu giác mạc.

Đặt vòng hút áp lực quanh vùng rìa giác mạc.

Cắt vạt giác mạc (chiều dày 160 hoặc 130 μ m).

Lật vạt giác mạc, thấm khô nền giác mạc.

Đốt laser trên giác mạc (thời gian laser tác động giác mạc tùy thuộc vào mức độ khúc xạ cần điều chỉnh).

Rửa sạch nền giác mạc, đẩy lại vạt giác mạc.

Vuốt cho giác mạc phẳng và bám chặt vào nền giác mạc.

Thấm khô bờ vết cắt bằng sponge.

Đặt kính tiếp xúc mềm (nếu cần thiết).

Tra thuốc kháng sinh và chống viêm không có corticoid.

Theo dõi

Trong phẫu thuật

Một số trường hợp xuất huyết từ mạch máu vùng rìa. Nếu thấm khô mà máu chưa ngưng chảy thì nhỏ adrenalin 0,1% lên vùng tân mạch và ép xuống cho đến khi cầm máu.

Sau phẫu thuật

Theo dõi sớm:

Tình trạng vạt giác mạc (có xô hoặc có nếp nhăn vạt giác mạc)

Mức độ trong suốt của giác mạc.

Phát hiện bất thường dưới vạt giác mạc.

Tình trạng biểu mô hóa của giác mạc.

Theo dõi muộn:

Mức độ điều chỉnh khúc xạ so với trước phẫu thuật.

Độ trong suốt của giác mạc.

Tai biến và xử lý

Đứt vạt giác mạc: giữ nguyên vạt tại dao, tiếp tục đốt laser. Sau đó dùng hai kẹp phẫu tích giác mạc đặt lại vạt (theo đường đánh dấu).

Dao không cắt hết vạt giác mạc: đặt lại vạt giác mạc, chờ 3 – 6 tháng phẫu thuật lại.

Lệch vạt giác mạc trong những ngày hậu phẫu: đặt lại vạt giác mạc đúng vị trí, sau đó đặt kính tiếp xúc mềm. Có thể băng ép trong ngày đầu.

Tế bào biểu mô phát triển giữa lớp cắt: nếu ảnh hưởng đến thị lực thì có thể dùng spatule lật vạt giác mạc, cạo sạch lớp biểu mô.

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TẬT KHÚC XẠ

Đại cương/định nghĩa

Tật khúc xạ là thuật ngữ chỉ sự bất đồng giữa chiều dài nhãn cầu với chỉ số khúc xạ (độ hội tụ) của mắt, bao gồm: tật khúc xạ hình cầu (cận thị, viễn thị) và tật khúc xạ hình phi cầu (loạn thị).

Phân loại

Cận thị: ảnh hội tụ trước võng mạc

Viễn thị: ảnh hội tụ sau võng mạc

Loạn thị: tùy theo vị trí của 2 tiêu tuyến so với võng mạc mà ta có:

Loạn cận đơn

Loạn viễn đơn

Loạn cận kép

Loạn viễn kép

Loạn thị hỗn hợp

Triệu chứng

Nhìn mờ

Nhức mắt

Mỏi điều tiết

Nheo mắt để nhìn

Chảy nước mắt

Lâm sàng:

Đo thị lực

Đo khúc xạ (chủ quan hoặc khách quan)

Khám vận nhãn, điều tiết

Khám tổng quát về mắt

Cận lâm sàng:

Chụp bản đồ giác mạc

Chụp ảnh võng mạc

Siêu âm mắt

Đo thị trường

Điều trị

Nước mắt nhân tạo, đa sinh tố

Chỉnh kính: kính gọng, kính sát tròng mềm, kính chỉnh hình giác mạc.

Phẫu thuật: đặt kính nội nhãn, đặt đai giác mạc, phẫu thuật bề mặt (PRK, Lasek, Epi Lasik, Lasik, Femtosecond Lasik, Smile,...)

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM THỊ THẦN KINH

Triệu chứng

Giảm thị lực từng giờ, ngày, tuần sau khởi phát

Thường 1 mắt, có thể 2 mắt

Đau nhức hốc mắt, đau nhức khi vận động nhãn cầu.

Rối loạn sắc giác.

Lâm sàng:

Dấu hiệu Uhthoff (giảm thị lực khi gắng sức, khi thân nhiệt tăng)

Dấu Lhermitte: khi gập cổ BN cảm thấy như có luồng điện chạy dọc theo cột sống lan xuống tới chân.

Có thể kèm các dấu hiệu thần kinh khu trú: mắt thẳng bằng, run chi, yếu chi, khó tiểu.

Đồng tử giãn, PNAS chậm hoặc mất, có tổn thương đồng tử hướng tâm

Gai thị: gai thị trong giới hạn bình thường nếu viêm TKT hậu cầu, gai thị phù nếu viêm gai

Cận lâm sàng:

Điện thế gọi: thời gian tiềm phục kéo dài/

Viêm TKT hậu cầu cần chụp MRI tìm dấu hiệu tăng kích thước và cản quang của TKT viêm. Dấu hiệu thoái hoá chất trắng quanh não thất hoặc tủy sống gặp trong bệnh MS.

Viêm gai cần chụp mạch huỳnh quang tìm dấu hiệu tăng quang gai thị lan tỏa.

Xét nghiệm máu: VS, NGFL, glycémie, VDRL, chức năng gan – thận.

X- quang phổi

Khám nội khoa, khám nội thần kinh nếu có triệu chứng thần kinh.

Chẩn đoán phân biệt

Phù gai do thiếu máu đầu thần kinh thị trước

Nguyên nhân

Tại chỗ và lân cận: viêm màng bồ đào, viêm trong hốc mắt, viêm xoang sàng trước hoặc sau cấp

Toàn thân:

Siêu vi, ký sinh trùng, nhiễm trùng (lao, giang mai), Sarcoidosis.

Hội chứng bồ đào màng nào: nhãn viêm giao cảm, Harada, Behcet.

Bệnh xơ cứng rải rác

Điều trị

Hướng đến viêm gai hoặc viêm TKT hậu cầu do siêu vi, do viêm xoang:

Solumedrol 0,250 – 0,5g (tùy độ trầm trọng giảm thị lực) pha trong 50ml NaCl 0,9% TTM chậm trong 5 ngày

Sử dụng thêm kháng sinh nếu có viêm xoang

Hướng đến viêm gai hoặc viêm TKT hậu cầu liên quan bệnh MS:

Liều tấn công 1g Solumedrol pha trong 50ml NaCl 0,9% mỗi ngày trong 3 ngày.

Liều duy trì: Prednisone uống 1mg/kg/ngày trong 11 ngày.

Theo dõi: Diễn biến hồi phục thị lực, sắc giác, nhạy cảm tương phản