



Đề cương thi B15

ĐỀ cương thi B15

Câu 1: Cơ chế và các vùng tổn thương giải phẫu của VT do đạn và mảnh phá:

1. Cơ chế của VT do đạn và mảnh phá:

Hiệu lực sát thương do đạn và mảnh phá do nhiều yếu tố quyết định, nhưng chủ yếu là do động năng (KE) của viên đạn và mảnh phá.

Động năng (KE) của viên đạn và mảnh phá được tính theo công thức:

$$KE = m.v^2 / 2g$$

KE: Động năng được tính bằng kgm hoặc Joule.

m: Khối lượng của viên đạn hoặc mảnh phá tính kg.

V: Vận tốc chuyển động của viên đạn hoặc mảnh phá tính bằng m/gy.

G: Gia tốc trọng lực = 9,81m/gy²

Theo công thức trên, KE tỷ lệ thuận KL (m) của viên đạn, mảnh phá và bình phương với vận tốc (V) của nó. Trong quá trình chuyển động, KL không thay đổi, nhưng vận tốc (V) lại giảm dần. Cho nên hiệu lực sát thương do động năng (KE) của viên đạn hoặc mảnh phá phụ thuộc vào vận tốc của chúng khi tác động trên cơ thể, gọi là vận tốc khi đột phá (Vdt).

- Vận tốc khi đột phá (Vdt) phụ thuộc vào 3 yếu tố:

+ Sơ tốc khởi đầu (Vo-Tốc độ phóng).

+ Khoảng cách giữa hỏa khí nổ và mục tiêu (Khoảng cách mà đạn hoặc mảnh phá đã đi được).

+ Sức cản của không khí (lực ma sát của không khí với đạn hoặc mảnh phá).

- Tác động gây thương tổn của viên đạn hoặc mảnh phá lên mô tạng do 3 y/t:

+ Năng lượng chuyển động phá (KE1) khi tiếp xúc với mục tiêu.

+ Diện tiếp xúc của đạn và mảnh phá.

+ Đặc điểm cấu trúc về mô và giải phẫu của mô tạng.

- Động năng đột phá (KE1) gây 2 loại thương tổn:

+ Tổn thương do tác động thẳng (trực tiếp): gây thủng da (lỗ vào của vết thương) khi lực nay đạt trên 8-19kgm. Khi chúng tiếp tục chuyển động trên đường đi gây bầm dập, rách nát mô tế bào tạo ống vết thương ổn định; nếu còn năng lượng chúng sẽ xuyên ra khỏi cơ thể (lỗ ra); nếu hết năng lượng chuyển động hoặc gặp sức cản lớn, chúng sẽ ở lại trong cơ thể (vết thương

chật). Đường ống vết thương không phải là đường thẳng hoàn toàn, vì đạn hoặc mảnh khi gặp mô có lực cản khác nhau, chúng sẽ chuyển biến theo hướng có lực cản nhỏ nhất. Sự co kéo của các thớ gân cơ, màng bao bị rách, bị đứt sẽ làm biến dạng thứ phát hình ống vết thương.

+Tổn thương do tác động phía bên: năng lượng chuyển động của đạn, mảnh phá còn được phân bố sang phía bên của đường ống vết thương gây ra một vùng rung chuyển chấn động trong tổ chức mô tế bào trong khoảng thời gian rất ngắn (1700 micro giây) và sau vài mili giây trở thành khoang thương tổn mô tế bào chính thức (bị chấn động phần tử tế bào ở chung quanh ống vết thương rỉ huyết, phù, trạng thái cận sinh). Tác động phía bên do các làn sóng kích động chuyển động theo pha về phía áp suất (dương và âm nối tiếp) có tính chất nhịp độ và khoang thương tổn có kích thước vài milimet hay hơn nữa thì lực đột phá của các làn sóng kích động và tỉ trọng độ rắn, kiến trúc, giải phẫu của các mô tạng tại vùng này sẽ xuất hiện các điểm hoặc ổ hoại tử thứ phát.

-Hình thù, khối lượng, vận tốc của viên đạn hoặc mảnh phá là yếu tố quyết định gây ra 2 loại thương tổn kể trên:

+Các loại đạn và mảnh phá có vận tốc chậm chỉ gây thương tổn do tác động trực tiếp (thẳng).

+Đạn và mảnh phá có vận tốc nhanh: gây thương tổn bằng tác động thẳng và tác động phía bên.

+Các loại đạn và mảnh phá nhọn đầu sức xuyên sẽ mạnh, vì động năng tập trung vào đầu nhọn và thương tổn hình thành chủ yếu theo hình ống VT

+Nếu chung hình tròn hoặc tù thì tác động phía bên sẽ lớn khi chuyển động trong cơ thể. Khi vận tốc này nhanh (từ 761 đến 1500m/s) ống vết thương có đường kính lớn hơn (gấp 4 lần) đường kính đạn hoặc mảnh. Sóng kích động phía bên có lực truyền mạnh và thời gian tác động kéo dài gây ra một vùng rung chuyển tạm thời, có thể tích gấp 30 lần thể tích đạn hoặc mảnh phá. Vùng tổ chức tại thành bên của ống vết thương có chiều dài tới 0,5-1cm.

+Tính chất gây thương tổn của đạn hoặc mảnh phá còn phụ thuộc vào sức đề kháng của các tổ chức của cơ thể, như tỉ trọng cấu trúc, hình thể học của mô tạng bị thương.

Khi đạn hoặc mảnh phá có động năng đột phá lớn gặp các mô có kiến trúc chắc, rắn (xương, khớp, sụn...) sẽ gây ra rạn, vỡ thành mảnh, các mảnh này tiếp nhận được động năng sẽ chuyển động (có thể vận tốc tới 70m/s) trở thành mảnh phá thứ phát gây thêm thương tổn các mô lân cận.

2. Thương tổn giải phẫu của các vùng vết thương do hỏa khí:

Tác động thẳng và tác động phía bên của viên đạn hay mảnh phá khi qua tổ chức cơ thể, sẽ tạo thành một vết thương xuyên, có 3 vùng rõ rệt:

- Ống VT : Có nhiều tổ chức bị dập nát, hoại tử, máu cục, dị vật, vi khuẩn... Hình thể vết thương thường không đồng đều, tạo thành hình ống có lỗ vào lỗ ra. Đường kính ống vết thương thường lớn hơn đường kính viên đạn hoặc mảnh phá. Lỗ vào của viên đạn thường nhỏ, còn lỗ ra thường bị xé rách to hơn lỗ vào.

- Vùng hoại tử bị chấn thương trực tiếp:

Nằm sát ngay thành ống vết thương gồm có các tổ chức bị hoại tử, vùng này rộng hay hẹp là do tác động phía bên của viên đạn hoặc mảnh phá lớn hay nhỏ.

- Vùng chấn động phân tử:

Chính là khoang rung chuyển tạm thời, được tạo thành khi năng lượng đột phá của đạn hay mảnh phá tác động sang phía bên, dưới dạng các lực sóng dẫn truyền tới các mô lân cận.

Nhìn đại thể không thấy có biến động gì, nhưng về vi thể thấu có hiện tượng phù do chấn thương, rỉ máu, tắc mao mạch, dẫn đến thiếu máu tổ chức, thiếu oxy tổ chức và cuối cùng là bị hoại tử thứ phát.

Câu 2 : Qu, tr×nh tiỐn triỐn vµ h×nh th, I liỐn vỐt th-ñng?

Qu, tr×nh tiỐn triỐn của vỐt th-ñng :

a. Thêi kú vi^am vµ hoⁱ tở: xuÊt hiỐn 3 hiỐn t-ñng:

-Vi^am phĩ do chÊn th-ñng

-Tri^au huũ tæ chỏc do thiỐu O₂ ẽ tæ chỏc , do men proteaza của tở bµo tiỐt ra , ph©n gi¶I thụnհ c, c ph©n tở cũ cÊu tróc ®-ñ gi¶n (nh- pepton, polypeptit)

-B¹ch cÇu t'ỏ thụnհ hụnհ quanh vỐt th-ñng (viỐn ranh gi¶i gi÷a phÇn lụnհ vµ phÇn bÞ hoⁱ tở).KỐt qu¶ cũa thêi kú nựy lự sù tho, i ho, vµ tan r÷a tæ chỏc hoⁱ tở vµ lựm mĩ .Thêi gian xuÊt hiỐn hoⁱ tở tuú tởng loⁱ tæ chỏc : t/c c- sau 6h, t/c d-ii da 12h, t/c x-ñng 2-3 ngµy
VÒ l/s: thêi kú nựy cũ c, c tr/ch s-ñg , nãng , ®á ®au, phĩ nÒ , xuÊt tiỐt .VỐt th-ñng toan ho, (pH =5,4 -7), ion K⁺ vµ ion H⁺ ñng nhiÒu t'ỏ vỐt th-ñng

b. Thêi kú phỏc hải (t, i t'ỏ tæ chỏc) cũ 2 hiỐn t-ñng vµ kỐt qu¶ cũa thêi kú nựy lự t'ỏ ra sÑo , 2 hiỐn t-ñng lự :

-XuÊt hiỐn tæ chỏc h^t

-BiỐu m« ho, tở mĐp vỐt th-ñng lan vµo phĩ kÝn bÒ mÆt tæ chỏc h^t

C, c h×nh th, i liÒn vÕt th-ñng :

a. LiÒn kú ®Çu : lµ nh÷ng vÕt th-ñng g¸n s'ch, ®-íc xõ trÝ s¸m vµ ®óng nguyªn t^{3/4}c , ®óng kü thuËt , ®-íc kh©u kÝn kú ®Çu , 2 bê miÕng vÕt th-ñng , p s, t vµo nhau , ko bÞ viªm nhiÔm , ko c¸ ho'i tõ t¸e ch¸c , chÊt t- huyÕt ®¸ng ẽ 2 mÐp vÕt th-ñng c¸ t/d nh- keo kÕt dÝnh .C, c m« bµo , c, c nguyªn bµo s¸i , b'ch cÇu tËp trung lÊp ®Çy khe gi÷a 2 mÐp vÕt th-ñng vµ m« h't ®c h×nh thµnh .Qu, tr×nh t¸ng h¸p chÊt collagen do nguyªn bµo s¸i ®c tiÕn hµnh tõ nguy thø 2 sau khi bÞ th-ñng , ®'t cao ®iÓm ẽ nguy thø 5 , thø 7 sau khi bÞ th-ñng Qu, tr×nh m« ho, ẽ l¸p biÓu b× hoÆc ẽ l¸p niªm m'c hoµn thµnh trong 6-8nguy , nh- vËy VT liÒn ngay ẽ kú ®Çu , h×nh th, I nÿy chØ gÆp ẽ nh÷ng VT n«ng , g¸n, s'ch, Ýt t/c giËp n, t vµ ho'i tõ

b. LiÒn kú 2: Khi VT t¸n thg nhiÒu t/c , 2 bê miÕng VT c, ch xa nhau, bÞ NK th× qu, tr×nh liÒn VT s¸ diÒn biÕn dµi h-n, nõu thg t¸n l¸n th× c- thÓ ph¶i huy ®éng c, c ngu¸n dù tr÷ ®Õn ®Ó b¶o vÕ vµ t, I t'o VT .Qu, tr×nh nÿy tr¶i qua 3 g/®

-G§ viªm (g® tù tiªu, g® dÞ ho,): diÒn ra trong 5 nguy ®Çu sau khi bÞ th-ñng

-G® t'ng sinh (g® ®¸ng ho, , g® collagen): b^{3/4}t ®Çu tõ nguy thø 6 ®Õn khi VT liÒn kh¸i hoµn toµn

-G® t, I t'o t/c (g® t, I lÊp m« collagen): lµ qu, tr×nh t, I t'o t/c s¸o m¸i h×nh thµnh trong ®¸ c¸ sù t, I lÊp vµ sù gi¶m bít m« t'o s¸o, sù t'o thµnh m« x- thµnh l¸p ®Õm m¸i

Qu, tr×nh ph¸c h¸i c¶m gi, c theo tg : tõ 3 th, ng trë ®I c¸ xu h-íng ph¸c h¸i x¸c gi, c , trong n'¸m ®Çu c¸ thÓ ph¸c h¸i 95% c¶m gi, c ®au , cuèi n'¸m thø 2 ph¸c h¸i c¶m gi, c nhiÕt

Sau 6 th ®Õn 1 n'¸m s¸o s¸i tiÕn triÓn theo 2 h-íng : s¸o æn ®Þnh, s¸o bÕnh lý : s¸o ph× ®'i , s¸o l¸i , s¸o bÞ loÐt l©u liÒn , s¸o bÞ ung th- ho, , s¸o bÞ co kÐo, s¸o dÝnh

Câu 3 nguyên tắc xử trí vthg do hỏa khí

theo quan niệm Bergmann VTDHK phải coi là vô khuẩn, do đó bảo tồn là chính, chi phẫu thuật khi nguy hiểm đến tính mạng.

_theo petrov, VTCT phải coi là VT nhiễm khuẩn, phải xử trí sớm và tích cực ngay từ đầu.

_theo friendrich, "trong 6 giờ đầu vi khuẩn còn nung bệnh ở vết thương , nếu vết thương được cắt lọc như một cái u và khâu lại thì nó có thể khỏi theo ý định đầu tiên".

_kinh nghiệm Liên Xô trong CTTGT2: xử trí sớm bằng PT cũng chưa phải là diệt khuẩn vthg, mà mới chỉ là 1 phương pháp dự phòng biến chứng tạo cho cơ thể chống đỡ tốt nhưng

không được khâu kín kỳ đầu.

@ Những nt xử trí: 7 nt

1. tranh thủ xử trí PT kỳ đầu sớm, càng sớm càng tốt. Đây là nt cơ bản nhất, kháng sinh không thể thay thế PT ma chỉ có tác dụng cho phép kéo dài thời gian chờ mổ. nó có thể trì hoãn được PT kỳ đầu 6_12 giờ sau khi bị thương.

có 80% số vết thương hóa khí được PT, còn 20% không cần phải PT vì VT nhỏ, nhẹ, nông hoặc thương binh trong tình trạng hấp hối.

2. chấp hành đúng điều lệ xử trí VT chiến tranh:

+cắt lọc tổ chức hoại tử lấy dị vật. rạch rộng các ngõ ngách. cầm máu kỹ, rửa sạch vthg dẫn lưu tốt.

+không khâu kín kỳ đầu trừ vthg không bị ô nhiễm ở: da đầu, mặt, bàn tay, da bìu, dương vật. vthg ngực hở thì khâu cân cơ để hở da. vthg xương khớp thì khâu bao khớp để hở da.

3. những vthg PT kỳ đầu không tốt gây các biến chứng thì PT kỳ 2.

4. dùng KS liều cao liên tục tại chỗ và toàn thân. dùng huyết thanh chống uốn ván và giảm độc tố uốn ván với các vthg nghi ngờ có nhiễm khuẩn uốn ván.

5. tích cực khép miệng vthg bằng các biện pháp:

+khâu da kỳ đầu muộn, kỳ hai sớm và muộn

+ghép da đối vết thương rộng, mất da nhiều.

6. tăng cường sdk cho người bị thương, nuôi dưỡng tốt, điều trị nội khoa, tăng cường miễn dịch bằng các thuốc kích thích miễn dịch.

7. thể dục liệu pháp để phục hồi chức năng, hạn chế biến chứng và di chứng.

Câu 4: đặc điểm và biến chứng của nkvt?

Vt thường là những thương tổn gây rách da đứt da hoặc niêm mạc và phần khác của cơ

thể. vk gây nk xâm nhập vào cơ thể qua vt, vt có những đk thuận lợi để vk ss và pt. quá trình nk trải qua 3 giai đoạn:

-Gđ ô nhiễm vk: ô nhiễm vk kì đầu do vk có sẵn ở da,quần áo bn,các vật ở vt (đạn,mảnh fá,mảnh gỗ...).

Ô nhiễm vk kì hai do bị nhiễm vk thứ phát trong quá trình thay băng,phẫu thuật,quá trình chăm sóc,từ chất thải của bn.Các loại vk thường gặp là: tạp khuẩn,vk ái khí hoặc kỵ khí

Sự có mặt của vk tại vt là nguyên nhân gây nk nhưng chưa hẳn là trạng thái nk

- Gđ vk sinh sản và pt:

Các vk nếu thích nghi với đk sinh học của vt sẽ ss và pt.cấy vk tại vt thấy rằng:kể từ giờ thứ 3 sau khi bị thung vk bắt đầu ss..trong những ngày đầu thường thấy vk Gr+ như tụ cầu,liên cầu khuẩn... và các vk kỵ khí như septicum,perfringens..ở những ngày tiếp sau có thể thấy những vk Gr-

như enterobacter,proteus,klebsiella...pt.

Có sự ss của vk cũng chưa hẳn là trạng thái nk,vì có một số loại sẽ không tồn tại nếu hoàn cảnh tại vt thay đổi,mà chỉ có loại vk thích nghi với đk sinh học của vt mới pt.giữa các loại vk cũng có sự phối hợp và cạnh tranh với nhau để tồn tại và pt.

-Gđ nhiễm khuẩn vt:

Theo sự hiểu biết hiện nay muốn nk VT hẳn có sự lan tràn của vk vào sâu trong tổ chức,sự sinh sản và pt of vk đã vượt qua danh giới đầu tiên của vt,xâm nhập vào sâu,gây các pur tại chỗ và toàn thân.với biểu hiện là hội chứng viêm cùng các biến đổi sinh hoá và miễn dịch sinh học,lúc này trạng thái nk vt mới hình thành.

Như vậy từ trạng thái ô nhiễm(gđ1 và 2)chuyển qua trạng nk hẳn có thêm đk.hẳn có một sự chọn lọc sinh học đối với vk,một trạng thái đặc biệt tại vt cũng như của mt cơ thể bn.do đó nk tại vt không thể nào coi như một quá trình không thể tránh khỏi.rõ ràng có nhiều vt thương bị ô nhiễm nặng nhưng lại liền kì đầu tốt khi xử trí kịp thời và đúng nguyên tắc,đúng kĩ thuật.

Quá trình nk mù tại chỗ nếu lan ra khỏi vùng bị tổn thương sẽ gây nên các biến chứng nk cục bộ.nếu vk xâm nhập vào trong máu sẽ gây ra nhiễm khuẩn huyết,nếu vk xâm nhập và pt ở nhiều bộ phận trong cơ thể sẽ gây trạng thái nk toàn thân.

Sự xâm nhập của vk vào vt nếu không được xử trí kịp thời,đúng nguyên tắc đúng kĩ thuật sẽ gây ra những biến chứng sau:

+Biến chứng tại chỗ:viêm lan tràn tới tổ chức xung quanh,viêm bạch mạch,viêm hạch bạch huyết,viêm xương tuỷ xương,viêm dây thần kinh...

Biến chứng tại vt bụng;thủng tạng rỗng,chảy máu trong ổ bụng,VPM mạc...

Bc tại vt ngực:TKMP, tràn máu mp,dứt rách các mạch máu lớn,áp xe phổi...

Tuỳ các loại vt mà có bc riêng biệt.

+Bc toàn thân:nhiễm khuẩn toàn thân (nk huyết);nk mủ toà thân,viêm đường hô hấp,viêm đường tiết niệu,suy mòn suy dinh dưỡng..

Câu 5 DỰ PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN VẾT THƯƠNG?

-VT là các tổn thương gây rách, đứt da hoặc niêm mạc và các phần khác của cơ thể

-NkVT là các trạng thái bệnh lý cục bộ hoặc toàn thân do VK gây ra khi có các điều kiện thuận lợi cho VK phát triển:tại chỗ mô bị thiếu dưỡng,thiếu máu,hoại tử...sức đề kháng miễn dịch đã hiệu hoặc ko đặc hiệu của cơ thể bị giảm sút

-Nếu cấp cứu kịp thời,xử trí đúng nguyên tắc, đúng kỹ thuật thì có khả năng hạn chế được quá trình NK.Ngược lại,nếu điều trị ko tốt có thể làm quá trình NK ptriển mạnh,dẫn đến những biến chứng xấu tại chỗ và toàn thân

1-Dự phòng

-Chống ô nhiễm:khi bị thương,ngay ở tuyến cơ sở phải thực hiện tốt 3 kỹ thuật:băng VT,cầm máu,cố định.Sau đó vận chuyển nhanh về tuyến điều trị

-Dùng kháng sinh sớm:SD KS ngay sau khi bị thương tại các tuyến cơ sở,dùng KS tại chỗ và toàn thân

-Xử trí ngoại khoa sớm, đúng NTac, đúng kỹ thuật là biện pháp DP cơ bản và chủ yếu nhất

-Tăng sức đề kháng,sức miễn dịch của bn

2-Điều trị

a,Nguyên tắc - Chủ động,tích cực,khẩn trương

- Trị toàn diện,tập trung

- Trị kiên quyết,triệt để

b,Các biện pháp đtri:

-PT kỳ đầu:Mở sớm và triệt để là biện pháp DP và ĐT tích cực nhất,cơ bản nhất.Thời gian tốt nhất là trước 6h kể từ khi bị thương hoặc tai nạn.Yêu cầu của PT là cắt lọc hết tổ chức bị hoại tử,mở rộng các ngõ nghách,hang hốc,lấy hết các máu cục,dị vật,dẫn lưu tốt và để hở VT

-PT kỳ 2: áp dụng đối với những VT đã PT kỳ đầu nhưng do xử trí ko tốt nên nhiễm khuẩn vẫn tiến triển. Được chỉ định trong các trường hợp:VT còn nhiều tổ chức hoại tử,dị vật và máu

cục;VT có triệu chứng nhiễm khuẩn nặng.Yêu cầu khi xử trí là mở rộng,cắt lọc lại,lấy hết dị vật, để hở VT và dẫn lưu thật tốt

-Dùng các dung dịch tiệt khuẩn:dung dịch thuốc tím 1/4000,dung dịch Chloramin 1%,Rivanol 1%,nước ôxy già,HTM ưu trương.Các loại dung dịch này dùng để rửa VT,ngâm mỏm cụt,thấm vào gạc đắp lên VT hoặc nhỏ giọt liên tục

-Dùng KS:nguyên tắc là dùng sớm và liên tục ngay sau khi bị thương,dung tập trung và liều cao,kết hợp nhiều loại KS,dung theo KS đồ

Kết hợp KS tại chỗ đưa vào tận ổ NK với KS toàn thân.Dùng với nồng độ đủ trong thời gian nhất định.Khi dungf liều cao kéo dài phải dung Nistatin kèm theo.Cần chú ý tác dụng phụ, độc tính của KS và tính kháng khuẩn của VK

KS chỉ có tác dụng làm chậm sự phát triển của VK do đó khi dùng KS thì có thể xử trí kỳ đầu muộn hơn,nhưng ko thể thay thế được PTVT.Kết hợp sử dụng các thuốc có nguồn gốc thực vật có tác dụng kháng khuẩn,làm sạch VT như lân toe uyn,cao cỏ lào,lá bần,trầu ko,berberin...

-Tăng cường SDK của cơ thể:

Tăng cường miễn dịch chủ động hoặc các loại vacin đặc hiệu.Sử dụng Globulin miễn dịch (gamma globulin,Pentoxyl,Metaxyl),dung các loại thuốc ức chế men Protease (TRasilol,Contrical,Xalol)

Chống thiếu máu,thiếu vitamin,chống giảm protein máu,chống rối loạn nước điện giải. Đtri các bệnh nội khoa nếu có:Sốt rét,viêm gan,viêm thận,viêm khớp, ỉa lỏng...Nuôi dương đầy đủ bằng chế độ cao đạm,dễ tiêu hoá, đủ sinh tố nhất là nhóm B,C,A,các thuốc chống dị hoá(Nerobol,Netabolil)

Câu 6: Lâm sàng và phân loại mức độ sốc chấn thương

Sốc chấn thương là tình trạng suy sụp đột ngột toàn thân sau chấn thương, thể hiện trên lâm sàng bằng hội chứng suy chức năng tuần hoàn và các chức năng khác dẫn đến ko cung cấp đủ O₂ cho các cơ quan và tổ chức

1. Lâm sàng Sốc chấn thương

a. Sốc còn bù(sốc cương, sốc nguyên phát)

Hay còn gọi giai đoạn tự bù đắp: bù đắp quá mức, tạm thời; và bù đắp kín đáo, tạm thời

Thường xảy ra ngay sau chấn thương trong khoảng thời gian ngắn và kéo dài khoảng 15-20p, biểu hiện bằng 1 loạt phản ứng thích ứng:

- tỉnh, nhưng kích thích vật vã kêu la nhiều
- da, niêm mạc nhợt nhạt (có trường hợp môi hơi hồng đỏ), vã mồ hôi
- mạch nhanh, HAđm bt hoặc hơi tăng(cả HAmin và HAmx)
- thở nhanh 20-30l/p, nhiệt độ nói chung ko thay đổi
- tăng cảm giác đau, tăng các phản xạ

Sốc cương là 1 quá trình tiêu hao năng lượng dự trữ và kéo dài sẽ có hại, dẫn tới giai đoạn thứ 2 là gđ mất bù

b. Sốc mất bù(sốc nhược, sốc thứ phát)

Biểu hiện lâm sàng phụ thuộc vào nguyên nhân và mức độ sốc

- bn nằm yên, lơ ò, thờ ơ xung quanh, nặng thì lơ mơ, ý thức u ám, thậm chí hôn mê
- da niêm mạc nhợt nhạt, chân tay và sống mũi lạnh, vã mồ hôi lạnh

Mất dấu hiệu lập loè móng tay

- mạch nhanh, thg trên 100l/p, nếu sốc nặng M nhanh nhỏ khó bắt

HAđm thấp, nếu nặng ko đo đc: 90-100mmHg(sốc nhẹ); 60-90mmHg(sốc vừa); <60mmHg(sốc nặng)

Áp lực TMTW thấp(bthg 6-9mmHg), nhưng nếu bn TKMPAL hoặc chèn ép tim cấp do TMMTim thì Áp lực TMTW tăng

- Tần số thở tăng 30-40l/p, thở nhanh nông

Nặng thở chậm < 10l/p, thở kiểu Cheyne-Stock hoặc thở ngáp cá

- Giảm hoặc mất cảm giác

-Lượng nước tiểu giảm (bình thường 1,5ml/kg/h): thiếu niệu hoặc vô niệu

- Xét nghiệm

+máu: HC, HST, HCT đều giảm

Glucose, ure có thể tăng; K máu tăng

+khí máu: pH giảm, kiềm dư giảm; lactat máu tăng

-Ngoài ra, có triệu chứng nguyên nhân gây sốc:

+Bn CTN gây tràn khí KMP áp lực, tràn máu KMP nặng:

biểu hiện rõ trên ls tình trạng sốc và suy hh nặng: cg nghẹt thở; vật vã kích thích; tím tái đặc biệt vùng đầu mặt cổ; tĩnh mạch cổ nổi; mạch nhanh; HA tụt; thở nhanh nông; RRFN giảm nặng hoặc mất; gõ vang bên phổi tổn thg

+bn có chèn ép tim cấp do tràn máu màng ngoài tim

biểu hiện Ls là tình trạng sốc chèn ép tim cấp kết hợp với mất máu, triệu chứng sốc + tam chứng Beck(tụt và kẹt HAđm, tm cổ nổi và tiếng tim mờ xa xăm); SA phát hiện dịch trong màng tim

+bn có sốc tuỷ

biểu hiện ls là tụt HA phối hợp với mạch chậm(có thể <50l/p) và nảy mạnh, thậm chí ngừng tim, có thể có chảy máu kết mạc, cường dương

2. Phân loại mức độ sốc chấn thương

Phân loại sốc chấn thương theo mức độ có ý nghĩa rất lớn trong điều trị và tiên lượng bệnh, Trên ls có thể dựa vào nhiều chỉ tiêu để đánh giá sốc:

Chỉ tiêu	Nhẹ	vừa	nặng
----------	-----	-----	------

Ý thức	Tỉnh táo, phản ứng	tỉnh táo, nằm im	thờ ơ, hôn mê
Da, niêm mạc	đúng nhưng chậm, TG bt	lơ mơ or kích động	nhợt, tím tái
Mạch	Nhọt, tuần hoàn mao mạch bình	nhọt, lạnh tuần hoàn mao mạch	không bắt được
HA	thường(lập loè	giảm mắt	<60, ko đo đc
Nhiệt độ	móng tay còn)	>120	<35
Nhịp thở	100-120	60-90	>40 or chậm,
HATMTW	90-100	35-36	ngừng thở
Nước tiểu	36 - 36,2	30-40	0-2
KL máu mất	20-30	0-4	vô niệu
HST	8-12	thiếu niệu	>40%
pCO ₂	bình thường	20-40%	33-53
	</=20%	54-61%	32mm Hg
	62-65	34 mmHg	
	35mmHg		

-Sinh lý bệnh:

+ Sốc nhẹ: mất $\leq 20\%$ thể tích máu, biểu hiện giảm tưới máu ở các cơ quan và tổ chức ít quan trọng như da, mỡ, cơ, xương

+ Sốc vừa: mất 20-40% thể tích máu, biểu hiện giảm tưới máu cơ quan nội tạng và thận

+ Sốc nặng: mất $\geq 40\%$ thể tích máu, biểu hiện giảm tưới máu nặng cả ở tim và não

Gần đây các tác giả thống nhất chia các mức độ của sốc từ nhẹ đến nặng thành 4 độ(theo American College of Surgeons)

Triệu chứng	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
Lg máu mất(ml)	≤ 750	750-1500	1500-2000	≥ 2000
Lg máu mất(%)	$\leq 15\%$	15-30%	30-40%	$\geq 40\%$
Mạch	≤ 100	>100	>120	≥ 140
HAđm	bthg	bthg	giảm	giảm
LL móng tay	bthg	-	-	-
tần số thở	14-20	20-30	30-40	>35

Nước tiểu(ml/h)	≥ 30	20-30	5-15	vô niệu
Tri giác	lơ mơ	lơ mơ	u ám	hôn mê

Câu 7 : Điều trị sốc chấn thương

Sốc chấn thương là tình trạng suy sụp toàn thân đột ngột do chấn thương gây nên, là tình trạng bệnh lý phức tạp do đó công tác cấp cứu điều trị phải tiến hành khẩn trương, tích cực, đồng bộ, phải đồng thời giải quyết đc những việc sau:

1. Đảm bảo chức năng hô hấp

-đảm bảo đường thở lưu thông, thông thoáng

+ đánh giá nếu thấy bn nói được --> đg thở lưu thông

+ đảm bảo lưu thông đg thở bằng bp đơn giản:

- Tư thế bn:nằm ngửa, uốn cổ tối đa, nâng hàm-->đg thở thẳng và cố định lưỡi
- Cố định cổ trong tổn thương cột sống cổ
- lấy dị vật đg thở bằng nghiệm pháp Hemlich, lau hút đờm dãi, máu trong miệng và khí quản

-đảm bảo thông khí và cung cấp đủ oxy

- HHNT, ép tim ngoài lồng ngực (1/5) trong trường hợp khẩn cấp

- cho thở oxy (2-4l/p), thông khí nhân tạo nếu cần có thể đặt canuyn Mayo, cấm kim to vào màng giáp nhãn, đặt ống NKQ, mở màng sụn giáp nhãn hoặc mở khí quản

2. Đảm bảo chức năng tuần hoàn

- nhanh chóng bồi phụ lại dịch thể để khôi phục KHTH: nếu bn uống đc thì dùng đg uống là tốt nhất nếu không dùng đg truyền và bắt buộc phải truyền khi HA<90mmHg, chỉ số Allgower =1
- chống chảy máu ngoài: băng bó, kẹp mạch cầm máu, garo...
- lập đg truyền TM: thg 2 đg truyền, 1 ở ngoại vi, 1 TW
-->qua đó nhanh chóng xđ chỉ số huyết động(f mạch, HAđm, ALTMTW), độ bão hoà oxy và lấy máu xét nghiệm
đặt sonde tiêu theo dõi NT theo giờ
- Khôi phục KLTH bằng truyền dịch và máu, các chế phẩm của máu(số lg máu và dịch cần truyền phụ thuộc vào lg máu mất đc đánh giá qua tổn thg và các chỉ số huyết động của bn mà qt là HAđm, ALTMTW, HCT và tỷ trọng máu)

@ Bù máu:

Nguyên tắc bù máu đã mất là đảm bảo chỉ số HCT 30%

Tốc độ truyền phụ thuộc vào ALTMTW, HAđm tránh PPC

Nên truyền máu tươi là tốt nhất vì bsung cả HC, TC, Yếu tố đông máu và protein; có thể dùng máu dự trữ, HC khô hoặc huyết tg tươi đông lạnh

@ Dịch điện giải

-RL là tốt nhất tuy nhiên không truyền khi CTSN nặng

-sau đó truyền NaCl 0,9‰, Glu 5%, 10%

Lượng dịch truyền có thể= 5% Pơ thể(2-2,5l)

Khi HAmax<60-->truyền 2 dây

HAmax=0--> truyền thành dòng

@ Dịch cao phân tử(thay thế máu)

Có td tăng thể tích tuần hoàn kéo dài 3-6h; chống đông vón TC và HC nhưng ko đc truyền quá 2l/24h vì có thể gây RLĐM

+Dextran trọng lg phân tử thấp(40000): Plasmacair, Rheomacrodex

+Dextran trọng lg phân tử cao(70000): Hemodex

+Hydroxyl Ethyl Starch(HES): Hesteril, Hespan

+Gelatin: Gelafundin, Plasmagel

+Albumin

- Sau khi đã bù đủ khối lượng tuần hoàn mà HA vẫn thấp thì xem có chảy máu ở đâu nữa ko

- Nếu không thấy chảy máu có thể sử dụng thuốc vận mạch:

+**Dopamin** liều 5mcg/kg/p(trg hợp sóc: HA thấp, mạch nhanh)

Dopamin 50mg pha 500ml Glu5%--> truyền nhỏ giọt(số giọt/p=số cân nặng của bn) or dùng bơm tiêm điện

Dopamin 200mg pha 500ml G5%--> truyền tốc độ =1/4 số giọt/p liều trên

+**Isuprel** liều 0,1mcg/kg/p(AD: sóc mà HAtấp, Mchậm)

Isuprel 1mg pha 500ml G5% truyền

+bn sóc mà có suy tim or >60t thì dùng Uabain, Digoxin

3. Chống đau và chống các rối loạn hệ thần kinh

Giảm đau dựa vào nguyên nhân gây sóc và tránh làm tổn thg thêm

-băng bó cố định chắc chi thể bị gãy xg, bị tổn thg phần mềm rộng sớm và đúng kĩ thuật

-phong bế gốc chi, phong bế tk liên sừn, gốc tk, gây tê ổ gãy

-thuốc giảm đau an thần toàn thân đúng chỉ định:Morphin, dolargan, perffangan, dd corktail liticque...không dùng khi bn theo dõi tổn thg bụng

-chẩn đoán sớm

4. Đảm bảo chức năng thận

-sonde tiểu theo dõi NT/h(bthg 1,5ml/kg/h), Xn theo dõi ure, cre, kali và pH máu

-dùng lợi tiểu nếu bù đủ dịch, HAđm và ALTMTW về bthg mà NT<1ml/kg/h

-Loại bỏ tổ chức hoại tử, vết thg rạch rộng, gp chèn ép, chống sóc tốt, chống nhiễm khuẩn

-dùng thuốc không độc với thận

5. Chống rối loạn kiềm toan, rối loạn nội tiết, đề phòng rối loạn đông chảy máu

-chống nhiễm toan: cần tính toán cẩn thận khi dùng: dd Bicarbonat Na8,4%, hoặc dd THAM0,3M

-chống RL hệ tk nội tiết: dùng Corticoid có td tăng cg sức chống đỡ cơ thể, chống phù nề và điều chỉnh thăng bằng Kali, liều Cortisol 100mg x2-3 ngày
-chống RL đông máu(đông máu rải rác lòng mạch, tiêu sợi huyết...):sd thuốc RL đông máu theo chỉ định

6. Phòng và chống nhiễm khuẩn

Đảm bảo các kĩ thuật thực hiện trên bn phải vô trùng tuyệt đối

Rửa sạch các vết thg, băng bó đúng kĩ thuật càng sớm càng tốt, phẫu thuật phải rạch rộng, cắt lọc triệt để, bơm rửa thật tốt, dẫn lưu triệt để, để hở da

Thuốc kháng sinh sớm, đg TM ngay từ đầu, phổ rộng. Tiêm SAT

7. Xử lý giải quyết nguyên nhân gây sốc

-Xử lý ngay các tt đe dọa tính mạng khẩn cấp:

+dẫn lưu MP trong TKMPAL, TMTKKMP nặng

+cố định MSDD

+băng ép hoặc garo đm ngoại vi đang chảy máu

+bịt kín VT ngực hở

-Chi thể dập nát hoàn toàn có thể cắt cụt ngay tại giường bệnh

-VTCT vỡ gan vỡ lách--> vừa hồi sức vừa mổ

8. Khám xét tỉ mỉ toàn diện, lập kế hoạch điều trị ko bỏ sót tổn thương

Bn đc xđ là thoát sốc khi đạt đc các chỉ tiêu sau và ổn định trong vòng 2h trở lên:

- 1. M, HAđm, ALTMTW về bthg*
- 2. Tần số thở bthg, thở đều, nhịp thở sâu*
- 3. bn tỉnh táo, da ấm, đầu chi và sống mũi ấm, lập loè móng tay bthg*
- 4. số lg NT bthg*
- 5. Xn toan kiềm và điện giải về bthg*

Câu 8: kh I niÖm, Æc iÖm tæ th- ng trong a chÊn th- ng

- Kh, I niÖm:

§a chÊn th- ng lµ nh÷ng bÖnh nh©n cã tã 2 tæ th- ng nÆng trê l'n ë c, c vïng hoÆc hÖ theng c- quan kh, c nhau, trong Æã cã Ýt nh©t 1 tæ th- ng hoÆc kÖt hÏp c, c tæ th- ng Æe dÏa tÝnh m'ng(lµm ròi lo'n c, c chøc n'ng sèng nh- h« hËp, tuÇn hoµn...).

Theo Æpnh nghÜa nÿy, ÆÓ chÈn Æo, n Æa chÊn th- ng ph¶I cã 2 ÆiÒu kiÖn lµ: bÖnh nh©n cã tã 2 tæ th- ng nÆng trê l'n ë c, c c- quan kh, c nhau, vµ c, c tæ th- ng Æã g©y ra ròi lo'n c, c chøc n'ng sèng quan trÏng.

Bn Æa chÊn th- ng kh«ng chØ cã ròi lo'n chøc n'ng c, c c- quan bP t«n th- ng mµ cßn cã thÓ ròi lo'n chøc n'ng c, c c- quan kh«ng tæ th- ng. MÆt kh, c, cã thÓ trùc tiÏp c, c tæ th- ng hoÆc còng cã thÓ sù kÖt hÏp c, c tæ th- ng lµ nguyên nh©n g©y ra c, c ròi lo'n Æã.

Nh- v'y, Æa chÊn th- ng kh«ng ph¶I Æ- n thuÇn chØ la nhiÒu tæ th- ng, mét sè bn tuy cã nhiÒu tæ th- ng nh- ng kh«ng ph¶I Æa chÊn th- ng.

HÇu hÖt c, c t, c gi¶ Æ· sã dông c, c b¶ng ÆiÖm Æ, nh gi, Æé nÆng tæ th- ng nh- nh÷ng tãu chuÈn chÈn Æo, n Æa chÊn th- ng

+ §é nÆng tæ th- ng mçi vïng Æ-íc Æ, nh gi, b¶ng thang ÆiÖm tæ th- ng rôt gÏn AIS hoÆc thang ÆiÖm tæ th- ng t'ng OIS

+ §é nÆng cña bÖnh nh©n Æ-íc Æ, nh gi, b¶ng b¶ng ÆiÖm Æé nÆng tæ th- ng ISS . ISS Æ-íc tÝnh tr'n c- sã ÆiÖm AIS ë mçi vïng tæ th- ng, theo Æã tæ th- ng Æ-íc chia thÿnh 6 vïng: 1.sã n-o vµ cæ, 2. hµm mÆt, 3. ngùc, 4.bông, 5. chi thÓ vµ x- ng chËu, 6. da.

- Æc iÖm tæ th- ng trong a chÊn th- ng

Bn Æa chÊn th- ng th- êng cã c, c tæ th- ng sau

+ CTSN: th- êng cã tû lÖ cao vµ lµ nguyªn nh©n chÝnh dËn ÆÖn t×nh tr'ng nÆng nÒ vµ tã vong. Trong CTSN cã 2 lo'i tæ th- ng: nguyªn ph, t vµ thø ph, t

TT nguyªn ph, t lµ tæ th- ng gi¶i phÉu vµ sinh lý do lúc chÊn th- ng: vì x- ng sã, lón sã, dËp n-o, m, u tu néi sã...

TT thở ph, t lỵ tặn th-ng ph, t triỐn tĩ tặn th-ng nguy^an ph, t, do phĩ nỒ, t^{ng} , p lỳc nẻi sã, gi^m t-ii m, u, thiỒu oxy vµ c, c yỒu tẻ kh, c

+ tặn th-ng ngỳc: chĩ yỒu lỵ g·y nhiỒu s-ẻn, trỳn khÝ m, u mỳng phãi, dỄp nhu m« vµ tặn th-ng c^h hỏmnh

+ tặn th-ng bỡng: TT l, ch, gan, m'ch m, u æ bỡng gÆp vớ tũ lỖ cao vµ lỵ 1 trong nh÷ng nguy^an nh©n dỄn Ồn t×nh tr'ng sẻc nÆng vµ tũ vong

+ TT hỳm mÆt: th-ẻng Ồi kĩm vớ chỄn th-ng sã n·o, TT hỳm mÆt lỵ nguy^an nh©n g©y rẻi lo'n h« hỄp vµ mỄt m, u

+TT chi thÓ: lỵ tặn th-ng cã tũ lỖ cao nhỄt trong Ồa chỄn th-ng, TT hay gÆp lỵ g·y c, c x-ng lín, dỄp n, t chi

Câu 9 Các rối loạn chức năng hô hấp, Tuần hoàn, tri giác trong đa chấn thương?

1. Rối loạn hô hấp:

Rối loạn hô hấp có thể xuất hiện riêng lẻ hoặc nằm trong bệnh cảnh shock chấn thương cùng với rối loạn tuần hoàn và rối loạn tri giác, có 2 nguyên nhân chính dẫn đến rối loạn hô hấp ở bệnh nhân đa chấn thương đó là: các tổn thương ở cơ quan hô hấp và do tổn thương hệ thần kinh trung ương, rối loạn hô hấp có thể là hậu quả của tình trạng suy tuần hoàn, đau đầu hoặc tăng nhu cầu chuyển hoá do chấn thương.

Một số tổn thương là nguyên nhân gây rối loạn hô hấp bao gồm:

- gãy xương sườn
- màng sườn di động
- tràn khí màng phổi
- tràn máu màng phổi
- CT sọ não
- chấn thương tuỷ cổ cao
- Chèn ép tim cấp
- tổn thương phổi phẻ quản

2. Rối loạn tuần hoàn:

Có nhiều nguyên nhân gây rối loạn tuần hoàn ở bệnh nhân đa chấn thương, các nguyên nhân này có thể đơn độc hoặc phối hợp dẫn đến một tình trạng điển hình là shock chấn thương, giảm

lượng máu TM trở về là nguyên nhân cơ bản, đây là hậu quả chủ yếu của tình trạng giảm khối lượng tuần hoàn do mất máu, ngoài ra còn có do các nguyên nhân chèn ép tim hoặc chấn thương tuỷ sống. Trên lâm sàng có thể chia shock chấn thương ra làm 3 nhóm: Soc mất máu, soc do chèn ép tim, soc tuỷ

+ Các nguyên nhân gây mất máu:

- Chảy máu ngoài: VT mạch máu, gãy hở xương lớn, VT phần mềm rộng, dập nát chi
- Chảy máu trong khoang màng phổi: VT thẩu ngực , VT Thẩu ngực c tràn máu KMP
- Chảy máu sau phúc mạc: gãy xương chậu, CT –VT thận
- chảy máu giữa các vách cơ và dưới da: gãy kín xương lớn có tổn thương mạch máu

+ các nguyên nhân gây chèn ép tim:

- TKMP áp lực do CT hoặc VT thẩu ngực có tổn thương nhu mô phổi, khí phế quản
- tràn máu tràn khí màng phổi nặng trong CT, VT ngực
- tràn máu màng ngoài tim do CT hoặc VT ngực
- Màng sườn di động

3- Rối loạn chi giác:

Rối loạn tri giác ở bệnh nhân đa chấn thương có thể do chấn thương sọ não hoặc do tổn thương não mà nguyên nhân là sốc hoặc suy hô hấp và cũng có thể do kết hợp các nguyên nhân trên

+ do chấn thương sọ não được giải thích do các cơ chế sau:

- Do tổn thương sợi trục lan toả làm cắt đường dẫn truyền giữa vỏ não và gian não , thân não trong bán cầu não,, chấn thương có thể phá huỷ neuron, nhưng cũng có thể chỉ làm rối loạn chức năng và có thể phục hồi
- Do tăng áp lực nội sọ: là hậu quả của máu tụ nội sọ, dập não, phù não sau chấn thwong, tăng áp lực nội sọ gây ra tổn thương lan toả ở bán cầu do giảm áp lực tưới máu não và lưu lượng máu não, gây thiếu máu thậm chí hoại tử.

+ do tình trạng thiếu oxy não thứ phát:

Sau các rối loạn hô hấp hoặc tuần hoàn , thường gặp bệnh nhân trong cảnh sốc đa chấn thương có hoặc không có chấn thương sọ não kết hợp

Mức độ rối loạn chi giác phản ánh độ nặng của các rối loạn hô hấp hoặc tuần hoàn ở bệnh nhân đa chấn thương có chấn thương sọ não, thì chính tụt HA, thiếu oxy và ưu than do rối loạn tuần hoàn và hô hấp là những nguyên nhân gây tổn thương não thứ phát.

Câu 10: Các bước đánh giá và xử trí đa chấn thương

Hệ thống cấp khí điều trị chấn thương nói chung và đa chấn thương nói riêng bao gồm hai giai đoạn: Công tác phân loại cấp cứu trước bệnh viện và công tác cấp cứu điều trị, phục hồi chức năng tại bệnh viện

1. Công tác đánh giá phân loại trước bệnh viện

Mục đích: phát hiện những bệnh nhân cần được cấp cứu điều trị và thứ tự ưu tiên

+ Các biện pháp cấp cứu trước bệnh viện có hai caaps độ:

-Cấp cứu ko xâm nhập (BLS): hô hấp nhân tạo, ép tim ngoài lồng ngực, cầm máu tạm thời, băng vết thương thấu phổi, bụng, não, cố định xương gãy và vận chuyển

-Cấp độ cấp cứu xâm nhập : đặt nội khí quản, cathether tĩnh mạch, tiêm thuốc....

2.Các bước đánh giá điều trị tại bệnh viện:

2.1Đánh giá ban đầu và hô sinh :Mục đích nhằm phát hiện và đánh giá mức độ tổn thương đang trực tiếp đe dọa tính mạng, những thương tổn nếu ko xử lý kịp thời BN sẽ tử vong.Hệ thống tiếp cận ABC là biện pháp được áp dụng phổ biến

a.Kiểm soát đường thở(air way) đây là công việc đầu tiên trong chấn thương tắc nghẽn đường thở có thể do các tổn thương:

- CTCSTS cổ
- CT,VT hàm mặt có máu, dị vật trong đường thở
- CT sọ não
- Bồng hô hấp, mặt , cổ
- CTVT vùng cổ có hoặc ko tổn thương khí quản
- CTVT ngực

+ Biện pháp : để đảm bảo lưu thông đường thở có thể bắt đầu bằng biện pháp đơn giản như đặt tư thế đầu bệnh nhân uốn cổ, nâng hàm, cố định cổ trong tổn thương cột sống cổ, lấy dị vật đường thở bằng nghiệm pháp hemlich, lau hút đờm dãi trong miệng và khí quản. Có thể thực

hiện các kĩ thuật kiểm soát đường fthở như: Cầm kim to qua màng giáp nhỡn, đặt ống nội khí quản, mở màng sụn giáp nhỡn hoặc mở khí quản nếu có chỉ định

b. Đảm bảo thông khí (breathing)

Các tổn thương ngực đe dọa tính mạng BN cần phải được chuẩn đoán kịp thời bằng các triệu chứng lâm sàng và xử trí khẩn cấp đó là:

- Tràn khí màng phổi áp lực và tràn khí màng phổi nặng
- Màng sườn di động
- Tràn máu màng phổi nặng
- Vết thương ngực hở
- Chèn ép tim cấp do tràn máu màng tim

c. Đánh giá tình trạng tuần hoàn và cầm máu

+ Phải đánh giá được bn có sốc ko? mức độ sốc? thể loại của sốc và nguyên nhân

+ Tiến hành các biện pháp:

- Lập hai đường truyền TM, TM ngoại vị và TM trung ương
- Nhanh chóng xác định các chỉ số huyết động(mạch, HA.,ALTMTW) lấy máu làm XN
- Đặt thông bàng quang theo dõi nước tiểu 24 h, thiết lập hệ thống theo dõi mạch, HA, độ bão hoà oxy
- Chống chảy máu ngoài: băng bó kẹp mạch garo
- Nhanh chóng khôi phục máu lưu hành: lượng máu, dịch cần bù phụ thuộc vào lượng máu mất và các chỉ số huyết động

d. Đánh giá chức năng hệ thần kinh

Đánh giá chức năng thần kinh trung ương trong giai đoạn cấp cứu bước đầu bằng thang điểm Glasgow và tình trạng đồng tử

e. Bộc lộ và đánh giá toàn diên

Bệnh nhân phải được cởi quần áo và bộc lộ hoàn toàn tất cả các vị trí phải được kiểm soát đặc biệt phía sau lưng, khi đó bệnh nhân phải được giữ ấm và nhiệt độ phải được kiểm soát càng sớm càng tốt

1.1 Đánh giá bước 2:

Là công cấp cứu tại bệnh viện được thực hiện sau khi đánh giá bước đầu và hồi sinh tổng hợp hoàn thành:

Mục đích: khám xét toàn diện để xác định tổn thương, đánh giá mức độ, xác định chiến thuật và phương pháp điều trị

Nội dung của đánh giá bước 2 bao gồm:

- Khám xét lâm sàng toàn diện từ đầu tới chân: sọ não, cột sống cổ, ngực bụng, xương chậu, chi thể
- Chỉ định và thực hiện các kỹ thuật cận lâm sàng để chuẩn đoán.

1.2 Theo dõi và đánh giá lại

Đánh giá lại là việc làm thường xuyên trong quá trình cấp cứu và điều trị đa chấn thương, tiến hành đánh giá lại sau quá trình đánh giá lần 2 là để khẳng định không bỏ sót tổn thương nào trước khi điều trị

1.3 Điều trị đa chấn thương là giai đoạn xử trí các tổn thương theo các bước của chiến thuật điều trị. Chiến thuật điều trị đa chấn thương chính là việc xác định thứ tự ưu tiên và cách thức xử trí các tổn thương. Theo thứ tự ưu tiên tổn thương trong đa chấn thương.

+ Ưu tiên số 1: PT cấp cứu khẩn cấp:

- tắc nghẽn đường thở
- tràn khí tràn máu khoang màng phổi nặng
- mảng sườn di động
- Chèn ép tim
- + ưu tiên số 2: Pt cấp cứu không trì hoãn
- chảy máu trong ổ bụng
- chấn thương ngực có thương tổn mạch máu lớn cần mở ngực
- Máu tụ nội sọ, lún sọ
- vết thương nhãn cầu
- tổn thương tạng rỗng

+ ưu tiên số 3: PT trì hoãn

- gãy không vụn cột sống
- tổn thương vùng mặt không chảy máu nhiều
- gãy kín xương chi
- tổn thương phần mềm

>>>>> thường được tổ chức 2 kíp mổ song song và dưới sự điều hành của bác sĩ gây hồi sức

Câu 11 : Xử trí vết thương phần mềm.

* ng.tắc:

- xử trí càng sớm càng tốt, tốt nhất là trg thời kì ô nhiễm (trg 6h đầu sau bị thương)
- ko đc khâu kín kì đầu(fải để hở htoàn) VTPM do hỏa khí, do ĐV cắn, VTPM fức tạp, dập nát nhiều

- tranh thủ khép kín VT khi đủ đk về ttr toàn thân và tại vết thương

* chỉ định: hầu hết các VTPM có CD PT cấp cứu, trừ 1 số TH sau:

- VT lấm tẩm, sướt da nông, mài sát da, chỉ cần bơm rửa, bôi thuốc sát trùng và băng VT
- VT xuyên có lỗ vào, lỗ ra nhỏ ở xa m.máu,TK và có đk theo dõi
- bn có VTPM nhg ttr toàn thân ko cho fép PT

* vô cảm: lựa chọn pp vô cảm phụ thuộc vào vị trí, mđộ inj, inj kết hợp, ttr toàn thân và đk trang thiết bị của cơ sở PT. Có thể lựa chọn 1 trg số các pp sau:

- tê tại chỗ: sd novocain(0,25%, 0,5%), lidocain(0,5%, 1%)
- tê TM: novocain(0,5%, 1%)
- tê ĐRTK cánh tay(khi PT ở chi trên), tê TS(khi PT ở chi dưới)
- mê TM, mê NKQ: đvời các VTPM rộng, VT lóc da rộng, VTPM có inj kết hợp

1. PT kì đầu VTPM chưa NK

- rửa sạch và sát khuẩn VT:

+ rửa, bơm rửa VT bằng nc muối ấm, oxy già, nc xfòng nấu chín, nc xfòng rửa tay PT

+ sát trùng VT bằng Betadin, cồn Iod

- rạch rộng VT:

+why phải rạch rộng: rạch rộng để ksoát toàn bộ VT, để chống fù nề, gph chèn ép

+ rạch ntn: rạch đến khi ksoát tận đáy VT, đến khi ko còn kn fù nề

+ rạch rộng ntn: rạch rộng theo trục của chi, theo hướng đi của m.máu, TK, ko rạch ngang, ko rạch cắt ngang m.máu,TK, rạch theo hình chữ S,Z, nếu VT có lỗ vào, lỗ ra gần nhau có thể rạch nối 2 lỗ để mở rộng VT

- cắt lọc:

+ cắt lọc từ ngoài vào trg, triệt để nhg fải tiết kiệm

#da: cắt lọc tiết kiệm, cắt lọc cách mép VT<5mm

#cân: rạch rộng bằng đg rạch da, sau đó cắt lọc fần cân dập nát,htử

#co: cắt bỏ fần cơ dập nát, sẫm màu, ko co rút, nhũn, ko chảy máu, cắt đến fần cơ còn đỏ, còn chảy máu và co rút'

+ đvớ VT lóc da fải cắt lọc sạch các tchức mỡ dda và sau đó rạch da kiểu mắt sàng để tránh ứ đọng dịch

+ đvớ VT lóc da, cân: cắt lọc fải hết sức chú ý tránh làm inj các m.máu

- lấy bỏ dị vật: ko cố tình bớ tìm dị vật, chỉ lấy dị vật trg khi cắt lọc, nhiều TH fải bơm rửa, xối trôi dị vật

- che fủ xg, m.máu, TK: dùng cân cơ cận kề để che fủ xg, m.máu,TK. Trg TH ko đủ cân cơ để che fủ có thể rạch đối chiếu hoặc dùng gạc tẩm ks, màg SH để che fủ

- DL tốt: là DL triệt để dịch từ đáy VT, để hở htoàn VT là cách DL tốt nhất, ngoài ra có thể DL bằng ống, mág, lam, có khi fải rạch đối chiếu để DL

- để hở htoàn VT:

+ đvớ VTPM do hoả khí để hở htoàn VT là ng.tắc trg PT kì đầu, các VTPM do ĐV cắn, do TNGT, dập nát nhiều, VT bản cũg fải để hở htoàn trg PT kì đầu. Ko khâu cơ, cân, ko đặt chỉ chờ, ko khâu định hg , ko thu hẹp miệng VT, các mạch còn chảy máu dùng mũi chỉ rời để cầm máu

+ đvớ VTPM ở đầu, mặt, bàn tay, vùng biau có thể khâu kín kì đầu nhg fải cắt lọc thật tốt, DL tốt, theo dõi sát. Đvớ VTPM ko do hoả khí đến sớm, sạch, ít dập nát, cắt lọc triệt để, DL tốt, tuyến đtrị có knghiem, Eo sát có thể khâu kì đầu

2. PT VTPM đã NK

- VTPM ở gđ viêm tấy: vẫn có CĐ PT nhg fải can thiệp nhẹ nhàng, rạch rộng, lấy bỏ hử, cắt lọc hạn chế, lấy dị vật, DL tốt, để hử htoàn, đắp thuốc kth rưng hử, kth ptr tchức hạt

- VTPM đã có mũ: tiến hành rạch tháo mũ, lấy bỏ hử, lấy dị vật, bom rửa VT, DL tốt, có thể nhỏ giọt ltục, xối rửa VT, ngâm VT vào ddịch thuốc tím, nc muối

3. đtrị kết hợp:

- cố định bằng nẹp bột, nẹp cramer, bắt động chi bằng cách treo tay, gác chân trên giá

- ks, SAT

- nuôi dưỡng, tăng cường SDK: nuôi dưỡng tốt nhất bằng đường ăn uống, bsung bằng đường TM như truyền đạm, các vitamin, albumin, tập vđ, lí liệu fáp fục hồi cn

4. khêp kín VT:

- khâu da kì đầu:

+ khâu kín VT khi PT kì đầu, sau khi cắt lọc

+ CĐ với VTPM đầu, mặt, bàn tay, bìu, VTPM thời bình đến sớm, sạch, inj đơn giản, cắt lọc triệt để, DL tốt, theo dõi sát

- khâu da kì đầu muộn:

+ khâu VT từ ngày 4-7 sau PT kì đầu

+ CĐ: VT sạch, ko nề, chưa có tchức hạt, ko cần cắt lọc lại VT

- khâu da kì 2 sớm:

+ khâu VT từ ngày 7-14 sau PT kì đầu

+ gđ này VT đã có tchức hạt, da còn dđ, chỉ cần nạo bỏ tchức hạt, làm dđ mép da sau đó khâu VT

- khâu da kì 2 muộn:

+ khâu VT từ ngày 15 trở đi sau PT kì đầu

+ lúc này VT có tchức hạt già, xơ hoá, fải cắt lọc lại VT, làm dđ da sau đó khâu VT

- ghép da: đvớ VT ko thể khâu kín da kì 2 có thể ghép da mảnh mỏng hoặc ghép da dày

- chuyển vạt da: CĐ với các VT gây khuyết hồng PM lộ xg. Có thể sd các vạt da, vạt da cân tại chỗ hoặc các vạt da có cuống mạch hoặc các vạt vi phẫu.

Câu 12 : Triệu chứng, chẩn đoán và biến chứng vết thương xương (VTX)?

* **Triệu chứng:**

- Toàn thân:

+ Người bị thương đến sớm có thể có sốc chấn thương khi VT sâu rộng, dập nát nhiều tổ chức, xương lớn bị gãy phức tạp.VTX do hoá khí có tổn thương kết hợp hoặc trong đa chấn thương thì sốc càng nặng thêm.

+ Không có tình trạng sốc khi VT nhỏ, thương tổn ít tổ chức, gãy xương nhỏ hoặc gãy đơn giản ở các xương lớn, được cấp cứu sớm, đúng kỹ thuật

+ Khi người bị thương đến muộn, VT đã nhiễm khuẩn thì toàn thân có sốt, mạch nhanh, môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi...

- Tại VT:+ Đau tại VT, đau giảm đi sau khi được băng bó cố định tốt, đau tăng lên khi đến muộn có phù nề, chèn ép, ứ đọng dịch và hoại tử hoặc nhiễm trùng.

+ VT sưng nề, rỉ máu có khi lẫn những giọt mỡ tuỷ xương, qua VT có thể nhìn thấy xương gãy.Khi đến muộn, VT sưng, nóng, đỏ đau tăng.Có khi có dịch mủ chảy qua VT, thậm chí có mảnh xương vụn, dôi.

- Tr.c gãy xương:

+ Chi bị thương biến dạng tương ứng với vị trí bị VT(quai lồi, lệch trục...)

+ Có dấu hiệu di động bất thường, lạo xạo xương tương ứng với vị trí VT

+ Chi bị thương ngắn hơn chi bên lành, sưng nề nhất là vùng có các VT tương ứng.Không có tr.c này đối với các trường hợp gãy xương không hoàn toàn, gãy không di lệch.

+ Đau chói cố định khi sờ ấn trực tiếp hoặc thúc dòn từ xa, sờ thấy vùng xương gãy gồ lên hoặc lõm xuống.

- X-quang:

Cần chụp 2 phim thẳng và nghiêng để phát hiện dị vật, xác định các đường gãy xương, vị trí gãy, mảnh rời, các loại di lệch và mức độ của chúng...

* Chẩn đoán:

Chẩn đoán VTX đến sớm dựa vào:

+ Có tác nhân sát thương, qua VT nhìn thấy xương gãy hoặc máu chảy có lẫn các hạt mỡ.Chi biến dạng nơi có VT

+ X-quang: hình ảnh gãy xương kèm theo có dị vật(kim khí, đá, sỏi...)

+ Các tr.c lạo xạo xương và di động bất thường chỉ vô tình phát hiện, không cố tình đi tìm, gây đau đớn và tổn thương thứ phát, dẫn tới sốc chấn thương và nhiễm trùng thêm trầm trọng

+ Chẩn đoán LS khó khi VT nhỏ, thương tổn ít phần mềm, gãy xương không hoàn toàn, vị trí gãy xương ở xa lỗ vào của VT

Chẩn đoán xác định vị trí, tính chất gãy xương phải dựa vào hình ảnh X-q.

*** Chẩn đoán phân biệt:**

- VT phần mềm sâu, rộng ở chi: người bị thương có thể có sốc, chi bị thương sưng nề, bất lực vận động do đau và mất nhiều cơ, máu chảy có thể lẫn mỡ của tổ chức mỡ dưới da. Tuy nhiên chi không bị biến dạng nơi có VT, X-q không có hình ảnh gãy xương

- VT phần mềm kèm theo gãy kín ở cùng một đoạn chi. Tuy nhiên việc điều trị phải như VTX, nếu không từ nhiễm trùng phần mềm sẽ lan vào ổ xương gãy.

- Gãy xương hở từ trong ra do chấn thương gián tiếp: gãy xương chéo vát, tổn thương phần mềm đơn giản và tương ứng với đầu xương nhọn chọc ra, VT ít ô nhiễm.

*** Biến chứng:**

- BC sớm:

+ Sốc chấn thương do đau, mất máu, nhiễm độc các chất độc từ tổ chức hoại tử

+ Suy thận cấp khi VT gãy xương lớn, nhiều tổ chức dập nát và hoại tử, sốc nặng và kéo dài.

+ Tắc mạch mỡ hiếm gặp, nguyên nhân do mỡ từ tuỷ xương được giải phóng bị tổng ép vào mạch máu do áp lực trong lòng ống tuỷ tăng lên vì đầu ống tuỷ bị bít bằng cục máu đông và cơ nát, hoặc áp lực tổ chức phần mềm bị thương tăng cao, ngoài ra rối loạn chuyển hoá lipid trong sốc hình thành các acid béo tự do lưu hành trong máu, kết lại với nhau gây tắc mạch.

+ Chèn ép khoang: hay gặp nhất là trong các VT gãy 2 xương cẳng chân do mảnh phá nhỏ có vận tốc lớn hoặc do bom bi...

+ Nhiễm khuẩn VT ở giai đoạn đầu là VX-TX cấp tính, phần lớn do tụ cầu vàng và liên cầu tan máu, trực khuẩn mủ xanh cũng thường gặp. Đb nguy hiểm là nhiễm khuẩn kỵ khí như uốn ván, hoại thư sinh hơi.

+ Tổn thương thứ phát mạch máu, thần kinh và cơ do cố định, vận chuyển không tốt.

+ RL dinh dưỡng kiểu Volkmann hoặc Sudeck

- BC muộn:

+ Loét điểm tì, suy đa tạng, suy mòn, bội nhiễm phổi và tiết niệu, NKH

+ VX-TX mạn tính bao gồm 2 hiện tượng đặc trưng: phá huỷ xương và bồi đắp xương. Hiện tượng phá huỷ xương bao gồm hoại tử xương và hình thành xương chết, hiện tượng này làm trở

ngại sự liền xương dẫn tới chậm liền xương, khớp giả hoặc mất đoạn xương. Hiện tượng bồi đắp xương đi cùng với sự hình thành can xương. Khi hiện tượng bồi đắp mạnh hơn hiện tượng phá huỷ thì ổ gãy vẫn liền xương được. Do đó viêm xương tuỷ xương được chia làm ba giai đoạn. VX-TX trên ổ gãy chưa liền, VX-TX trên ổ gãy đang liền và VX-TX trên ổ gãy đã liền.

+ Chậm liền xương và khớp giả: nguyên nhân chủ yếu là:

. chỉnh hình các đoạn xương gãy không tạo được diện tiếp xúc tốt giữa các đầu xương gãy, do xương bị chết hoặc mất đoạn

. cố định ổ gãy xương không chắc chắn và không liên tục

. nhiễm khuẩn VT

+ Can lệch, can xù, khuyết hồng phần mềm

+ Teo cơ, cứng khớp: chủ yếu do không chú ý đúng mức việc tập vận động các cơ, các khớp trong quá trình điều trị VTX

Câu 13: Xử trí vt xg(VTX)?

VTX là tổn thương(tt) gãy xg hở do tác nhân sát thương từ bên ngoài gây nên (làm cho mtr ngoài thông với ổ gãy).

I. Cấp cứu ban đầu (sơ cứu):

Bao gồm các nd: băng vt, cầm máu, cố định tạm thời, fòng chống sốc, fòng chống NK, vận chuyển (v/c) về tuyến sau đúng CD.

1/ Băng vt: càng sớm càng tốt, băng vô trùng tốt nhất là sd gạc và băng đã đc khử trùng, sát trùng quanh vt=còn Iod or Betadin, ko rửa vt, lấy bỏ các dị vật lớn, ko để các đầu xg tụt vào tránh đưa VK vào sâu bên trg. Băng kín vt và băng ép đủ chặt.

2/ Cầm máu: chỉ cần băng ép là đủ, nếu vt mất phần mềm sâu và rộng có thể băng nút để cầm máu. Chỉ tiến hành garo khi có tt ĐM ở chi mà sd các bf cầm máu như băng ép, băng nút, băng chèn ko kết quả. Garo đặt ngay fía trên vt, quấn đủ chặt, có đánh dấu, ghi ngày giờ garo, ưu tiên v/c về sau, cứ 30' nói garo 1 lần, tg đặt garo tối đa 2-3h sau đó fải tháo bỏ ngay. Tháo garo đc tiến hành ở fòng mổ hay bộ phận chống sốc, tiến hành kẹp thắt mạch để cầm máu.

3/ Cố định tạm thời ổ gãy: băng nẹp chuyên dụng như Cramer, Thomas... hoặc nẹp tự tạo= tre gỗ. Nẹp fải đủ dài, rộng, cứng. Khi ko có nẹp, có thể cố định gãy xg chi trên=băng kiểu Desault, chi dưới cố định chi gãy vào chi lành, sd cán cuốc, cán xẻng, đòn gánh, đv thg binh dùng sùng CKC, AK làm nẹp. Nẹp ngắn fải để ổ gãy vào giữa nẹp và ít nhất cũng fải cố định đc khớp

trên và dưới ổ gãy. Khi cố định fải có đệm lót ở các vtri xg, khớp sát vào nẹp=bông, băng, vải gạc, có các vòng băng cố định ko để nẹp xô ra sau trên đg v/c. Nếu ko đủ băng gạc có thể dùng thắt lưng, quai nón, dây giày ở xé ống tay áo, ống quần, vạt áo. Đv gãy xg đùi fải đủ 5 vòng băng (ngực, bụng, ổ gãy, gối, cổ chân).

4/V/c : càng nhanh càng tốt, từ trạm QY sư đoàn or nơi có BS cứu chữa bc đầu, nếu BN có sóc CT fải chống sóc đến tạm ổn định rồi mới chuyển về tuyến sau. V/c fải nhẹ nhàng, tư thế BN fải phù hợp và v/c= các phg tiện sẵn có.

5/Fòng chống sóc CT: băng vt, cầm máu, cố định tạm thời, v/c tốt là bf qtrg vì nó góp fân loại bỏ ng.n gây sóc là đau và mất máu. Nếu có đk thì fong bé gốc chi=Novocain 0,25%. Tiêm thuốc giảm đau (morphin, dolargan, promedol) nếu ko có CCD. Cho ng bị thg uống nc chè đg nóng, uống sữa... ủ ấm khi trời lạnh, để nơi thoáng mát khi trời nóng trg lúc v/c. Tiến hành truyền dịch khi HADM ≤ 90 mmHg hoặc HA < 100 mmHg và mạch > 100 lần/phút.

6/Fòng chống NK: sd KS sớm, fở rộng liều cao = đg uống, chỉ khi ko uống đc mới fải tiêm. Nếu BN có sóc CT nhất là đa CT thì KS nhất thiết fải tiêm TM. Tiêm SAT fong chống uốn ván. Trg đó: băng bó, cầm máu, cố định tốt, v/cnhanh về tuyến sau để ng bị thg đc PT kì đầu trcs 6h kể từ khi bị thg là bf fòng chống NK hiệu quả nhất.

II. Điều trị:

1/PT kì đầu VTX khi chưa NK:

PT càng sớm càng tốt nhưng chỉ mổ khi đã thoát sóc, gồm: cắt lọc, rạch rộng, lấy dị vật, lấy bỏ các mảnh xg rời nhỏ, chỉnh lại xg gãy theo GP, che phủ xg, dẫn lưu tốt, để hở da.

Sau khi đã tiến hành vô cảm, xử trí lần lượt:

- Xử lý fần mềm theo 2 thi:

+ Thi bản: cắt mép vt 2-5mm, lấy bỏ dị vật và cắt bỏ cân cơ ở nông bị dập nát, làm sạch ôâu xg gãy bị bản, rửa sạch vt = HTM 0,9%, oxy già, dd Betadin.

+ Thi sạch: thay all dụng cụ, rạch rộng vt theo trục chi, rạch hình chữ S, Z, rạch rộng da thg=đkính đoạn chi bị thg, tốt nhất rạch đến khi nào chi hết chèn ép, ko đc cắt ngang qua nếp gấp của khớp, ở nơi có xg sát da (mặt trcs trg xg chày). Cân thg mở rộng= da, cân dày mở thêm đg chữ thập. Cắt lọc t/chức dập nát fía trg sâu tới chỗ cơ lạnh (cơ có màu đỏ, co khi bị k.thích, cắt thấy chảy máu).

Lấy bỏ các dị vật nhất là dị vật hữu cơ. Rửa vt = oxy già or Betadin. Cầm máu các mạch máu nhỏ nuôi cơ = thắt or đốt điện.

- Xử lý xg gãy: Lấy bỏ các mảnh xg rời nhỏ, các mảnh xg còn dính với cân cơ dù to hay nhỏ cũng phải giữ lại. Các mảnh xg rời lớn sau khi đã làm sạch ngâm vào HTM0,9% có fa KS, sau đó đặt lại vào ổ gãy để tránh khuyết xg or mất đoạn xg. Chính, xếp lại xg gãy theo GP.

- Xử lý tt mạch máu, TK: nối TK bằng vi phẫu, nếu ko nối được ngay thì tốt nhất khâu nối sau 3 tuần-45 ngày. Khâu nối or ghép mạch tự thân sau đó cần rạch rộng các cân giải thoát các khoang cơ.

- Tưới rửa vt và dẫn lưu: nên tưới rửa = HTM0,9% fa với Penicilline, kèm theo hthống d. lưu có hút áp lực âm. Tưới rửa vt làm cho máu, dị vật, htừ, VK trôi đi làm giảm NK và giúp fb tổ chức phần mềm sống or chết để lấy bỏ.

- Che phủ xg: xg lộ ko có màng xg che phủ sẽ bị chết sau 2 tuần, xg còn màng xg luôn được giữ ẩm tốt thì xg sống. Các tổ chức cần phải che phủ ko được để lộ ra khí trời là: xg lộ ko có màng xg, gân lộ bị mất bao gân, sụn khớp, mạch máu TK và 1 số dây chằng. Khi bị mất da và t/chức d. da nhiều có thể chuyển vạt cơ có cuống nuôi vi phẫu or vạt xoay lân cận) che phủ, rạch đối chiếu cho khối căng và d. lưu tốt hơn. Nên để hở vt khi chưa đủ đk toàn thân và tại chỗ đóng kín.

- Cố định xg gãy vững chắc = 1 trg 4 bf cho đủ hợp căn cứ vào toàn thân và tại chỗ (v trí, đđ tổn thg, sớm or muộn...) vào năng PTV, cơ sở y tế. Phương châm: TT càng lực tập thì can thiệp càng tối thiểu nhằm cứu sống tính mạng, bảo toàn chi thể, phục hồi c.n rồi mới đến thẩm mỹ.

+ KX bên trg (=đinh or nẹp vít) CD: BN thể trạng tốt, đk toàn thân cho phép, đến sớm, gãy xg độ 1,2, PTV có k.nghiệm.

+ Cố định ngoài: bằng các khung Fessa, Hoffmann... là phg tiện tốt nhất để cố định vt xg nặng độ 3, các vt đến muộn, NK.

+ Kéo lỵc: chủ yếu CD cho chi dưới, tốt chỉ kém cố định ngoài, xg gãy trở lại v trí GP khá, được cố định, chi giảm nề nhanh, thf kéo 4-6 tuần ổ gãy can tg đối vững chuyển sang bó bột thêm or kết xg ki II.

+ Bó bột: sau khi PT xử trí vt, bó bột được áp dụng rộng rãi cho mọi tuyến, đơn giản rẻ tiền. >Bột mở cửa sổ dễ chăm sóc vt, rạch rộng để tránh chèn ép. Tuy nhiên bó bột khó giữ vững được tư thế GP nên đv xg gãy có mảnh rời lớn cần ghim đinh Kirschner cố định, chống xoay, sau đó bó bột bên ngoài.

2/Xử trí VTX đã NK:2 gđ:

- Gđ vt mới viêm tấy, chũ thành mũ: Vẫn tiến hành cắt lọc, rạch rộng, lấy bỏ dị vật, lấy bỏ mảnh xg rời nhỏ, xếp lại xg gãy theo GP = các động tác nhẹ nhàng, đơn giản, ko gây thêm CT và ko fả vỡ hàng rào bảo vệ of vt, d.lưu tốt, cố định vững chắc = khung cố định ngoài or KLT, bột cửa sổ rạch dọc, theo dõi sát, sd KS fở rộng, liều cao cả trc, trg và sau mổ.

- Gđ vt đã có mũ:

+ Nếu vt ko có nhiều hũ, ko có dị vật, ổ mũ thông ko bị ứ đọng thì ko cần mổ, tiến hành thay băng và cố định xg gãy vững chắc = bột cửa sổ, KLT, khung CĐN.

+ Vt có ổ mũ ko thoát ra ngoài đc thì nhất thiết fải rạch tháo mũ và d.lưu ở vùng thấp, các mảnh xg rời cần lấy bỏ, tưới rửa vt = H₂O 0,9% fả với Betadin, nếu có d.lưu hút áp lực âm càng tốt. Trc mắt là chống NK, còn ổ gãy xg sẽ đc đt trị tại tuyến chuyên khoa khi NK đã ổn định.

3/Điều trị sau mổ:

- Sd KS toàn thân và tại chỗ: liều cao, fôi hợp KS vừa diệt Gr(-) vừa Gr(+). Tốt nhất là sd theo KS đồ.

- Gác chân trên gia Braunn hoặc treo cao tay sau mổ 5-7 ngày.

- Nuôi dg tốt để nâng cao SDK, ăn uống giàu dd nhiều hoa quả tươi, rau xanh. Thiếu máu -> truyền máu, protid máu thấp -> truyền đạm...

- Lý liệu tập luyện, phục hồi cn: Tập vđ chủ động sớm ngay sau khi xg gãy đc cố định vững chắc, nhằm thúc đẩy q trình lưu thông máu, chống NK, giúp liền xg, hạn chế teo cơ cứng khớp và ko đc gây đau nếu ko sẽ gây ra các b/c hơn là liền xg.

Chia ra 4 gđ:

+Gđ1: tập vđ chủ động tại giường = co cơ luân phiên (lên gân, gòng cơ), gấp duỗi nhẹ nhàng các khớp ko bị cố định trg vong 3-4 tuần sau PT

+Gđ2: đứng tỳ chống trên 2 nạng, dậm chân tại chỗ, tăng dần tg và trọng lượng tỳ đến khi hết đau mới chuyển sang gđ 3.

+Gđ 3: tập đi có tỳ

Câu 14: chẩn đoán và xử trí vết thương khớp?

1.Định nghĩa:

Vết thương khớp là những vết thương phần mềm ở vùng khớp,thấu vào ổ khớp,làm cho ổ khớp thông với môi trường bên ngoài.

2.Chẩn đoán:

2.1.Lâm sàng:

+ những dấu hiệu lâm sàng chắc chắn:

- vết thương lộ mặt khớp nhìn thấy rõ.
- dịch khớp chảy ra từ ổ khớp: dịch khớp nhày, sánh và hơi vàng ánh.
- chẩn đoán chắc chắn nhất là tiến hành cắt lọc vết thương phần mềm,cắt lọc tuần tự từ tầng lớp từ nông vào sâu để quan sát xem vết thương có thấu vào khớp hay không.

+ khi có nhiễm khuẩn khớp cấp tính :

- sốt, cảm giác đau tức vùng khớp mặc dù đã nói lỏng băng.
- vùng khớp có sưng , nóng , đỏ ,đau, tăng cảm da vùng khớp.
- tình trạng tràn dịch trong ổ khớp:khớp gối có DH bập bênh xương bánh chè (+),các khe khớp,nhất là vùng túi bịt cơ tứ đầu đùi đầy.
- chọc hút dịch sẽ thấy dịch vẩn đục,có thể lẫn màu đỏ của sợi tơ huyết,thậm chí thấy rõ là dịch mủ.

+ một số dấu hiệu không đặc trưng nhưng cũng cần phải chú ý:

- vị trí vết thương ở khớp hay gần khớp.
- đau khi cử động, tràn dịch nhiều trong ổ khớp và chảy máu trong khớp,trường hợp đến muộn có thể thấy dịch khớp đục hoặc lẫn mủ.vùng khớp sưng nề ,nóng đỏ,cảm giác đau tăng khi sờ nắn.

2.2. cận lâm sàng:

- XQ: hình ảnh tăng độ cản quang,mờ khe khớp,các đường viền của đầu xương sụn mờ hơn.mất đi độ nét thông thường thậm trí là nham nhở một khi viêm mủ khớp đã rõ và lớp sụn đã bị phá huỷ.có thể thấy thương tổn gãy xương,dị vật ở bên trong khớp.nhìn trong khoảng trống của khe khớp có thể thấy hình ảnh bong hơi nhỏ.
- nội soi ổ khớp: xác định tổn thương dây chằng và mặt khớp.

3. xử trí vết thương khớp:

3.1. sơ cứu vết thương khớp:

- nếu không có điều kiện để xử trí triệt để thì sát khuẩn rộng vùng khớp, băng vô khuẩn. không được chọc thăm dò ổ khớp. bất động như đối với gãy xương. tiêm huyết thanh phong uốn ván, thuốc ks, bù nước điện giải nếu cần, rồi chuyển bn về tuyến sau.

- nếu còn ở gđ viêm cấp thì bắt đầu bằng điều trị bảo tồn tích cực. cố định khớp gối trên một nẹp bột và bn nằm tại giường. kê cao chi và chườm tại chỗ bằng túi nước đá từ 2-3 lần trong ngày, mỗi lần 20-30p. dung ks dương toàn thân liều cao, phổ rộng. nếu chọc được dịch khớp gối và làm ks đồ thì ks theo ks đồ.

- khi ổ khớp có tràn dịch rõ thì phải tiến hành chọc hút dịch.

3.2. xử trí vết thương khớp đến sớm trong vòng 24h đầu.

- chỉ định mổ cấp cứu càng nhanh càng tốt. xử trí sớm sẽ rất tốt cho tiên lượng về chức phận khớp sau này và đặc biệt là khớp lớn thì còn ngăn chặn tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc, ảnh hưởng đến toàn thân.

- kỹ thuật: tiến hành cắt lọc phần mềm tuần tự từ ngoài vào trong. cắt lọc đến đâu sạch đến đó. thay găng và dụng cụ mỗi khi qua một lớp để tiếp tục vào trong lớp sâu, nhất là khi vào hẳn trong khớp. lấy hết dị vật có ở trong khớp, máu cục, bơm rửa sạch nhiều lần.

Khi ổ khớp đã rửa sạch thì quan sát kỹ, tìm từng thành phần xem có bị tổn thương không để xử trí.

Bơm rửa sạch ổ khớp nhiều lần bằng nước muối sinh lý và dd betadin pha loãng. đặt dẫn lưu khớp ra bên ngoài. khâu kín bao hoạt dịch bằng chỉ tiêu, chú ý không để chỉ nằm phía trong khớp. khâu bao khớp bên ngoài bằng chỉ nilon. để hở ra. sau khi khâu xong có thể bơm 1g ks vào ổ khớp.

bất động khớp ở tư thế chức phận bằng nẹp bột.

3.3. xử trí vết thương khớp đến muộn.

- những vết thương khớp đến muộn thường có tiên lượng nặng. khi tình trạng viêm xương viêm khớp đã lan rộng thì nguy cơ hoại tử đầu xương là rất lớn và ảnh hưởng đến tình trạng toàn thân. chính vì vậy, xử trí các vết thương khớp nhiễm khuẩn phải triệt để.

- khi phẫu thuật phải tìm hết mọi góc ngách để cắt sạch tổ chức viêm, lấy bỏ triệt để các tổ chức viêm. thậm chí phải cắt đoạn khớp để ngăn chặn nhiễm khuẩn lan rộng.

Sau khi cắt đoạn khớp ,thông thường nên làm 2 việc: xuyên đinh klt và đặt nhỏ giọt ks liên tục trong 5-7 ngày tiếp theo.

Pha dung dịch thuốc tím loãng,dung dịch betadin or nước muối sinh lý có ks để nhỏ giọt liên tục trong 3-5 ngày.

Bn nằm bất động,kê cao chi và đảm bảo cho dịch tưới rửa không bị tắc,tiến hành liên tục.

đối với vết thương khớp có tổn thương phần mềm rộng thì để ngỏ vết thương da or khâu thưa.

3.4. điều trị sau phẫu thuật:

Sau khi tiến hành thủ thuật,ngoài các thuốc dung đường toàn thân,cần có kế hoạch điều trị phục hồi sớm.quan trọng nhất là vừa bất động , đồng thời cho khớp gôi vận động thụ động để tránh di chứng viêm dính khớp.

nếu theo dõi thấy diễn biến thuận lợi, tình trạng viêm tấy lui dần thì tiếp tục điều trị theo hướng bảo tồn.ngược lại ,một viêm mủ khớp tiến triển đậm rộ thì nên theo dõi sát và sớm có chỉ định can thiệp triệt để bằng mở khớp.

Câu 15: Δ và nguyên tắc chung trong điều trị tổn thương mạch máu ngoại vi?

* Kn tổn thương mạch máu ngoại vi: là những tổn thương mạch máu lớn có ảnh hưởng tới chức năng chi thể hoặc 1 vùng nào đó trên cơ thể.

*** Chẩn đoán:**

- Lâm sàng:

* Toàn thân:

-HC mất máu cấp tính, nặng có thể dẫn đến tình trạng shock mất máu:

+ cơ năng: hoa mắt, chóng mặt, khát

+ thực thể: - ý thức kích thích, vật vã, la hét, sau đó thờ ơ với ngoại cảnh, li bì, hôn mê.

-da niêm mạc nhợt, vã mồ hôi lạnh, da lạnh

- mạch nhanh(>100 lần/phút), có thể nhỏ, khó bắt. HA tụt, kẹt, có thể bằng 0.

- thở nhanh nông, khó thở

- thiếu niệu hoặc vô niệu...

*Tại chỗ:

- Cơ năng: + đau nhức, thất bốp, đau khi căng duỗi cơ

+ cảm giác tê bì, kiến bò ở dưới đoạn tổn thương

-Thực thể:

+ chi thể tái nhợt hoặc tím, lạnh.

+ có vết thương hoặc chấn thương trực tiếp trên đường đi của mạch máu, máu chảy thành tia tại vết thương.

+ khối máu tụ nhanh ngày càng lan rộng, đập theo nhịp tim, có thể nghe có tiếng thổi, sờ có rung muru.

+ có thể có gãy xương, sai khớp ở các vùng nguy hiểm: gãy trên lồi cầu xương cánh tay, xương đùi, gãy 1/3D xương đùi, 1/3T hai xương cẳng chân, sai khớp gối.

+ giảm hoặc mất mạch ngoại vi ở bên dưới tổn thương so với bên lành.

+ Dấu hiệu hồi lưu tuần hoàn đầu chi kém hoặc mất.

* CLS:

+ SÂ Doppler: cho biết vị trí tổn thương và tình trạng tuần hoàn bên, tuần hoàn ngoại vi.

+ Chụp động mạch: các hình ảnh thấy được khi chụp ĐM

- thuốc cản quang tràn ra ngoài lòng mạch
- hình cắt cụt trong đứt đôi hoặc tắc mạch
- lòng mạch nham nhở không đều do huyết khối bám thành, tổn thương bong lóc nội mạc
- động mạch nhỏ lại trong co thắt mạch
- thuốc sang TM do thông Đ-TM
- túi phồng ĐM

+ Đo áp lực động mạch API: API <0.9

* Nguyên tắc chung điều trị tổn thương mạch máu ngoại vi

Điều trị tổn thương mạch máu ngoại vi nhằm cầm máu, phục hồi lưu thông tuần hoàn và xử trí tổn thương kết hợp.

Nguyên tắc chung điều trị :

- khi có chỉ định mổ càng sớm càng tốt
- chuẩn bị trường mổ đủ rộng, để có thể lấy TM hiển bên không tổn thương, có thể kiểm tra mạch ngoại vi khi khâu nối xong.
- khống chế mạch phía ngoại vi, trung tâm và vùng tổn thương

- mọi tổn thương mạch nên phẫu thuật sửa chữa không nên thắt.
- kháng đông toàn thân dự phòng khi có chỉ định, bơm rửa tại chỗ bằng xylocain và heparin, kháng sinh mạnh đề phòng nhiễm khuẩn.

Câu 16: chẩn đoán và xử trí vết thương phổi-màng phổi?

trả lời:

Vết thương phổi-màng phổi (vết thương thấu phổi) được xác định khi tác nhân sát thương làm thủng lá thành của màng phổi. Vết thương phổi-màng phổi là vết thương thường gặp nhất trong các vết thương ngực.

1. **Chẩn đoán:** vết thương phổi-màng phổi là 1 cấp cứu ngoại khoa, chẩn đoán chủ yếu dựa vào các triệu chứng lâm sàng và xq lồng ngực.

a. lâm sàng:

-tình trạng toàn thân tùy thuộc vào mức độ tràn máu, tràn khí màng phổi:

+ nếu tràn máu, tràn khí mức độ nhẹ, bn hầu như k có rối loạn toàn thân. Đây là những trường hợp chẩn đoán khó, dễ bỏ sót.

+ tràn máu, tràn khí mức độ vừa hoặc nặng: bn sẽ trong tình trạng sốc và rối loạn hô hấp: da n/mạch nhợt, khó thở, vã mồ hôi, mạch nhanh, HA hạ.

+ khi có tràn khí màng phổi áp lực hoặc vết thương ngực hở, tình trạng toàn thân thương rất nặng: bn hốt hoảng, rầy rụa, kthở, da nhợt, vã mồ hôi, môi tím, cánh mũi phập phồng, thờ nhanh nông, mạch nhanh, HA tụt.

- đau tức ngực: thường đi kèm kthở, do đau bn không dám thở sâu, k ho khạc gây ứ đọng và ùn tắc.

-ho ra máu: những trường hợp nhẹ thường ho ra máu sau vài ngày, bn khạc ra máu cũ có lẫn đờm. trường hợp nặng hiện sớm, ho ra máu tươi, có trường hợp máu gây tắc mạch phế quản.

-tràn khí dưới da: có thể tràn khí dưới da quanh vết thương, nếu nặng tràn khí dưới da lên cổ hoặc xuống bụng.

- khám phổi thấy các triệu chứng của tràn máu, tràn khí màng phổi:

+tràn khí màng phổi: lồng ngực căng vòng, ít di động theo nhịp thở, gõ vang, RRPN giảm, đặc biệt phía trước và đỉnh phổi.

+tràn máu màng phổi: gõ đục phía sau v đáy phổi, RRPN giảm hoặc mất.

b. CLS:

-XQ: hạ tổn thương các xương lồng ngực, tràn máu, tràn khí màng phổi, máu tụ nhu mô phổi.

- SA: có thể f/hiện các trường hợp tràn máu mức độ ít, nhưng k có giá trị chẩn đoán tràn khí màng phổi và tụ máu nhu mô phổi.

-CT lồng ngực: rất có giá trị trong chẩn đoán tràn máu, tràn khí màng phổi v các tổn thương khác nhưng ít dùng trong cấp cứu.

2. xử trí:

*Làm sạch khí máu trong khoang màng phổi giúp cjo phổi nở là vấn đề cơ bản trong điều trị vết thương phổi màng phổi có tràn máu, tràn khí màng phổi. Khi phổi nở sát thành ngực lá thành và lá tạng sẽ dính vào nhau, các tổn thương sẽ tự liền. Làm sạch khí máu trong khoang màng phổi cũng la 1 động tác hồi sức hô hấp cơ bản trong vết thương phổi màng phổi.

*hầu hết vết thương phổi màng phổi chỉ cần điều trị bằng dlru khí máu màng phổi. Chỉ một số trường hợp phải mở ngực cấp cứu để gquyết tổn thương.

*Đánh giá và xử trí ngay các tổn thương đe dọa tính mạng bgồm:

-tràn khí màng phổi áp lực và tràn khí màng phổi nặng: chọc 1 kim to (hoặc kim petro) qua lsườn 2 đường giữa đòn, số dlru màng phổi.

-vết thương ngực hở: bịt kín vết thương bằng gạc rồi băng ép chặt, nếu vthương rộng thì ngoài gạc cần đắp thêm 1 miếng nilon hoặc gạc tẩm vaselin.

*Dlru khoang màng phổi:

-Dlru khoang màng phổi tối thiểu là báp cơ bản đtrị vết thương thấu phổi. Sử dụng ống dlru đủ lớn ($\geq 32Fr$) qua lsườn 5-6 đường nách giữa. Rạch 1 đường khoảng 2-3cm ở KGS theo bờ trên xs phía dưới(tránh bó mạch lsườn). Dùng ngón tay khám sát KMP ktra KMP có bị dính k, có tổn thương cơ hoành gây tvệ tạng trong ổ bụng lên KMP k, nếu có thì k co chỉ định dlru MP, thay vào đó là mở ngực gquyết tổn thương. Số đưa ống dlru vào KMP hướng lên trên v

ra sau, với tràn khí đơn thuần hướng ra trước và lên trên. Để lỗ tận cùng cách da 4cm v cố định bằng mũi chỉ khâu da buộc xquanh ống dlưu, đđó nối với hthống van nước v hút liên tục.

-Hthống dlưu fải đbảo ngắct: kín, 1 chiều v vô trùng tuyệt đđối. Duy trì áp lực hút 20cm. Hút hết khí v máu là tiêu chuẩn vàng đđiá thành công của điều trị vết thương thấu phổi. Đ/với vthương ngực hở trước úc dlưu phải bít kín ngay vết thương.

*CĐ mở ngực cấp cứu:

- những t/hợp chảy máu tiếp diễn nặng trong lồng ngực, thường do tổn thương các mạch máu lớn của tuần hoàn hệ thống (ĐM vú trong, ĐM liên sườn, ĐM mạch ở cuống phổi). Thông thường nếu tràn máu mđộ nặng(dlưu lần đầu >1000ml) và theo dõi máu vẫn tiếp tục chảy qua dlưu với SL 200-300 ml/h trong 4h đầu kèm triệu chứng mất máu toàn thân thì nên đặt vấn đề mở ngực cầm máu.

-Ngoài ra còn 1 số trường hợp cần mở ngực là: tổn thương nhu mô lớn gây tràn khí màng phổi nặng mà dlưu k kq, tổn thương khí phế quản lớn.

* xtrí vết thương thành ngực: cắt lọc và khâu vthương, chú ý k cắt sâu vào màng phổi, k biến vthương ngực kín thành ngực hở, cầm máu tốt tại vết thương.

* bù dịch, bù máu, thở oxy

*giảm đau tốt: giảm đau toàn thân, phong bế TK lsườn. Phong bế các lsườn có vthương, lsườn trên v dưới bằng lidocain hoặc novocain.

* KS mạnh, fòng uôn ván.

*thông thoáng đường thở: hút đờm dãi, dùng long đờm, loãng đờm, vỗ đp, khí dung.

* tập thở tích cực.

Câu 17: chuẩn đoán v nguyên tắc chung trong điều trị vết thương thương bụng?

trả lời:

VTTB là vthương gây thủng phúc mạc thành, có tổn thương tạng hoặc không tổn thương tạng.

1. Chẩn đoán VTTB:

* T/hợp chẩn đoán dễ: có vthương trên bụng mà:

- Xuyên qua ổ bụng

- Lòì tạng, có dịch bất thường(dịch dạ dày, ruột, mật, fân, nước tiểu..), có ký sinh trùng từ OB chui qua lỗ vết thương hoặc qua lỗ vthương nhìn thấy các tạng trong OB.

* T/hợp chẩn đoán khó: những vthương chột nhỏ lấm tẩm trên thành bụng hoặc các vết thương xa bụng thường khó chẩn đoán, nhất là khi bn đến sớm. Để chẩn đoán ngoài y tế vthương, cần dựa vào các tr/chứng cơ năng của bn, khám xét lâm sàng v CLS:

-cơ năng:

+ đau bụng: đau lan toả khắp bụng, đau thường xuyên v tăng lên.

+ bí trung đại tiện

+ buồn nôn v nôn: thường xh ở gđ muộn.

-khám thực thể:

+toàn thân:

. bn có thể có bệnh của sốc(do đau, mất máu..): nét mặt fở fạc, da n/mạc nhợt, mạch nhanh nhỏ, HA hạ...

. có thể có bệnh của VPM(nếu đến muộn): vẻ mặt hốc hác, thở nhanh nông, hơi thở hôi, môi khô, lưỡi bản, sốt cao...

+tại chỗ:

.nhìn: thành bụng gia nhịp thở kém, có thể thấy nổi các múi cơ thẳng. Có các vết sây sát, máu tụ, vết thương.

.sờ: bụng cứng, có cảm ứng phúc mạc, phản ứng thành bụng.

.gõ: vang trước gan do hơi ở tạng rỗng bị thủng thoát ra hoặc không khí từ môi trường ngoài vào qua ống vết thương làm mất diện đục trước gan, đục vùng thấp do máu v dịch tiêu hoá ứ đọng gây nên.

.nghe: nhu động ruột giảm hoặc mất do màng phúc mạc bị tổn thương gây p xạ liệt ruột.

-các thủ thuật:

- + thăm túi cùng Douglas căng phồng v đau
- + chọc dò OB có máu không đông, có thể hút được dịch tiêu hoá
- + đặt sonde dạ dày có thể có máu khi tổn thương dạ dày
- + đặt sonde bàng quang có thể có máu khi có tổn thương kết hợp cả thận, niệu quản hoặc bàng quang
- + nội soi OB: có giá trị chẩn đoán cao, giúp chẩn đoán được tổn thương, xác định được vị trí, mô độ tổn thương, đường vỡ của các tạng như gan, lách, dạ dày, ruột...

- CLS:

- + xN máu: HC, HST thường giảm. đặc biệt v thương thấu bụng có mất máu; BC tăng, CTBC chuyển trái, đặc biệt ở giai đoạn muộn.
- + SA: có thể thấy dịch máu ở quanh các tạng bị tổn thương hoặc ở vùng thấp
- + XQ: có thể gặp các hả: liềm hơi dưới cơ hoành, dày các quai ruột(dhiệu Laurel)...
- + CLVT: có độ cxác cao, ghi lại được hình thể, vị trí, k thước tổn thương.
- + chụp mạch máu: giúp f/hiện tổn thương các mạch máu lớn.

2. Nguyên tắc chung trong điều trị vết thương thấu bụng:

- mổ càng sớm càng tốt
- hồi sức tích cực trước, trong, v sau mổ.
- điều kiện cần có để mổ:
 - + có trang bị v thuốc để mổ
 - + có gây mê hồi sức tốt
 - + có PTV biết mổ bụng
- trong PT:
 - + gây mê tốt: tốt nhất là gây mê NKQ
 - + đường mổ rộng
 - + ktra kỹ, lựa chọn ppháp xử trí tổn thương thích hợp, hạn chế đến mức thấp nhất các sai sót về k thuật hoặc bỏ sót tổn thương.
- sau mổ để bn tại chỗ một tgian, có trung tiện rồi mới chuyển(thường sau 7 ngày), trừ khi có phương tiện vận chuyển tốt mới chuyển
- vết thương thấu bụng k/hợp vết thương thấu ngực fải x trí v thương thấu ngực trước.

Câu 18:Chỉ định,các phương pháp cắt cụt chi cấp cứu

Cắt cụt chi cấp cứu là phẫu thuật nhằm cắt bỏ 1 phần hoặc toàn bộ chi thể,bao gồm:cắt cụt thực thụ khi đường cắt qua xương của chi và tháo khớp khi đường cắt đi qua khớp.

I/Chỉ định cắt cụt chi cấp cứu được căn cứ vào tình trạng tổn thương chi thể,tình trạng toàn thân và điều kiện cứu chữa.Đối với tổn thương chi thể tình trạng tưới máu chi và khả năng hồi phục là những căn cứ chính để đưa ra chỉ định,gồm:

1.Chỉ định tuyệt đối:

-Các môn cụt tự nhiên hoặc chi thể bị dập nát đứt gần lia chi còn dính vào cơ thể bởi 1 vạt da,cơ lồi lẻo.

-Garo chi thể trên 3h không nói,đoạn chi dưới garo đã có dấu hiệu hoại tử rõ.

-Hoại thư sinh hơi thể cơ,xương khớp.

-Chèn ép khoang đến muộn [thời kỳ toàn phát],đoạn chi nề căng ,da có nốt phỏng hoặc trắng bệch,ấn vào chắc cứng,lạnh,mất mạch ngoại vi,không còn cảm giác,mất vận động chủ động.

-Vết thương xương khớp phức tạp,dập nát phần mềm rộng lớn,đứt bó mạch thần kinh.

-Chi thể bị dập nát lớn,sốc chấn thương nặng,chống sốc không có kết quả do đau,mất máu,mất dịch qua tổn thương.Cắt cụt chi cấp cứu nhằm loại bỏ nguyên nhân gây sốc.

Bóng chi độ V:hoại tử toàn bộ da cân cơ xương thần kinh mạch máu.

2.Chỉ định tương đối

-vết thương xương khớp,bỏng sâu chi thể có nhiễm trùng,nhiễm độc nặng đe dọa nhiễm khuẩn huyết.

-Garo chi thể trên 3h có nói giữa chừng.

-Hoại thư sinh hơi thể dưới da,cân cơ ,tổ chức liên kết.

-Chèn ép khoang,hội chứng đè ép chi thể kéo dài đã được rạch rộng điều trị bảo tồn 2-3 ngày kết quả kém,đe dọa nhiễm trùng nhiễm độc.

-Vết thương mạch máu đã thắt hoặc khâu nối nhưng tuần hoàn ngoại vi kém hoặc mất,đề lâu có thể nhiễm trùng nhiễm độc hoặc gây suy thận cấp.

-Dập nát phần mềm rộng lớn,lộ xương khớp,lộ mạch máu thần kinh,nhiễm trùng nhiễm độc,tổn kém trong điều trị bảo tồn để lại nhiều biến chứng và di chứng xấu.

II/Các phương pháp cắt cụt chi cấp cứu

1.Cắt tròn phẳng

Cắt tất cả da cân cơ nông,cơ sâu,xương cùng mức.Sau khi cắt mồm cụt có hình lõi bút chì,lộ xương.

CD:hoại thư sinh hơi,garo chi thể trên 3h ko nói.

Ưu:nhanh nhưng phải cắt cụt lại.

2.Cắt ngang wa ổ gẫy:chỉ phải cắt phần mềm,ít gẫy thêm sang chấn.

CD:loại bỏ nguyên nhân gây sóc.

Ưu : nhanh

3.Tháo khớp:điển hình là có vạt ,phần mềm che phủ.Ko điển hình sẽ lộ khớp sau cắt cụt lại .

CD: ở trẻ em,loại bỏ nguyên nhân gây sóc.

4.Cắt vạt không điển hình:tùy phần mềm giữ lại được mà tạo vạt cho có lợi,có thể co 1-2-3 vạt.Vạt có thể đều hoặc dài ngắn ,to nhỏ.Đường xé rãnh giữa 2 vạt phải cao hơn chỗ định cưa xương để vén vạt dễ dàng và ko gây dập nát cơ khi cưa xương.

5.Cắt tròn kiểu bậc thang

Ưu:nhanh,mồm cụt ko lộ xương,ko phải cắt cụt lại.

Tiến hành:

-garo phía trên chỗ cắt cụt.

-Cắt da vòng quanh chi,da vùng nào co nhiều thì cắt bỏ da ở đó thấp hơn.

-Cắt cân cùng cơ nông ngang mức da co.

-Cắt cơ nông ngang mức cơ sâu co.

-Cưa xương ngang mức cơ sâu co.dũa nhẵn xương,để nguyên tủy mỡ,ko dung sáp ong hoặc cơ đã nát đắp vào ống tủy.

-Mạch máu:bóc tách riêng động tĩnh mạch tránh biến chứng thông động tĩnh mạch,khâu thắt cắt mạch máu càng thấp càng tốt để có nhiều nhánh nuôi mồm cụt.

-Thần kinh:tách riêng thần kinh khỏi mô mềm xung quanh,kéo căng,cắt ở mức cao hơn để mồm cụt thần kinh được vùi kín sâu trng mô mềm lành,tránh biến chứng u thần kinh gây đau.

-tháo garo cầm máu bỏ xung bằng chỉ tự tiêu hoặc dao đốt điện.

-rửa mồm cụt bằng oxy già,HTM 0,9%,Betadin...

-Băng mồm cụt.

Câu 19: các nhóm thuốc nam điều trị vết thương vết bỏng

A. Các thuốc làm se khô và tạo màng thuốc che phủ vết thương bỏng mới:

Cao đặc xoan trà: thuốc bỏng chế từ vỏ cây xoan trà (*Chrospondias axillaris* Hill Roxd họ anacardiaceae) (ký hiệu B76); cao đặc xoan trà có tỷ trọng d: 1,22-1,24; độ nhớt n = 5,36 poises; pH: 7,0; cặn khô: 50%; chứa các thành phần : Tanin 32,1%; gôm nhựa: 14%; Flavon: 5,4%; dầu béo; 1,37%; quinon; 0,5%. cao đặc được chuyển sang dưới dạng bột thuốc khô màu nâu mịn, tan nhanh trong nước nóng.

Tác dụng: Sau khi rắc, phun thuốc, lớp thuốc này kết hợp với các loại huyết tương và thành phần mô liên kết trung bì, gắn chặt và bám vào vết thương bỏng mới tạo thành một màng thuốc che phủ vết thương bỏng. Màng khô nhưng khô nứt nẻ và không cản trở các động tác của người bị bỏng.

– Thuốc có tác dụng làm giảm thoát huyết tương ra ngoài vết bỏng và giảm bội nhiễm trên vết bỏng.

– Đây là phương pháp hở không cần băng, tiết kiệm thuốc và bông băng, băng, gạc, giảm đau đớn cho bệnh nhân, không còn mùi hôi.

– Thời gian khỏi của bỏng nông giảm ngắn được từ 2 – 5 ngày. màng thuốc sẽ tự rụng hoặc được cắt bỏ khi bỏng nông đã khỏi

Chỉ định : cao đặc xoan trà (thuốc bỏng B76) được dùng bôi, rắc phun, trên các vết thương bỏng nóng sau khi đã được xử lý vô khuẩn kỹ đầu theo các quy tắc đã nêu chung (rửa sạch cắt bỏ vòm các nốt phỏng rửa vô khuẩn thấm khô):

Chống chỉ định: Vết bỏng sâu, vết bỏng đã nhiễm trùng.

Vết bỏng ở vùng mặt, tầng sinh môn, bỏng vùng khớp vận động, bỏng ở bàn ngón tay, bàn ngón chân, bỏng ở đầu mặt cổ.

Không bôi kín chu vi chi thể để tránh hiện tượng chèn ép hiệu garo

Thuốc bỏng chế từ các cây khác có tác dụng tương tự như:

Lá sim (*Rhodomyrius, tometasa, Wight*), Kháo nhậm (*Machilus odoretiissmanees laurace*), kháo vàng (*Machlus bonii H.Lee – laurace*), Hu đay (*Trema augustifolia B.I, Ulmaceae*), Săng lẻ (*Lagerstroemia, tomentosa, lythraceae*), Sứ (*Aegireras cornin culatum Gacrin, Myrsinnaceae*), Nâu (*Dioscoreae eirrhosa eirrhalour, Dioscorreaceae*), Sòi (*Sapium sibyferum L. Euphobiaceae*), Sên (*Madhucapasquiert – Dubard – H Sapoteceae*)

B. Nhóm thuốc làm rụng nhanh các loại tử ở vết bỏng:

1. Mã đề: (*Plantago major* var. *astica* Decaisne họ *Plantaginaceae*).

-Tác dụng: loài trừ tổ chức hoại tử, có tác dụng ức chế sự phát triển của *Staphylococcus aureus*, ít tác dụng với *Pseudomonas aeruginosa*, kích thích tái tạo tổ chức.

-Cách dùng: cao mã đề bột hoặc nước ép để rửa, giã lá để đắp trên vết thương, thuốc mỡ mã đề dùng để đắp vết thương bỏng.

2. Nghệ: (*Curcuma longa* Lin, họ *Zingiberaceae*) là một cây thuốc dân gian. Đối với vết thương .vết bỏng dùng nước ép nghệ, kem nghệ 5% trên vết thương, vết bỏng.

-Tác dụng hoại tử, có tác dụng kháng khuẩn, kem nghệ ảnh hưởng rõ đến sự phát triển của *Staphylococcus aureus* và nấm *Candida albicans*, kích thích tái tạo mô.

3. Dung dịch mủ đu đủ: 2-10% dùng băng gạc có thấm ướt liên tục trên vết thương. vết bỏng hoặc dùng nhỏ giọt liên tục trên vết hoại tử bỏng, có tác dụng làm rụng hoại tử do tác dụng men Papain.

4. Bân: còn gọi là bạch đồng nữ (*Clerodendron paniculatum* Lin), hoặc xích đồng nam (*Clerodendron infortunatum* họ *Verbenaceae*).

-Dùng 1kg cành lá hoa tươi rửa sạch + 10 lít nước lã

Đun sôi 30 phút lọc lấy nước, nhỏ giọt liên tục hoặc ngâm vết thương ngày 2 lần mỗi lần 1 giờ.

5. Dứa xanh: (*Ananas Satrivandana* Lin. Họ dứa *Bromeliaceae*).

Dùng quả dứa xanh băm nhỏ giã lấy nước rửa và đắp trên vết thương, vết bỏng có hoại tử. Trong nước dứa xanh có men Bromelain.

6. Ráy dại: (*Colocasia macrohiza* Schott họ ráy *Araceae*) dùng củ ráy giã lấy bột rắc lên vết thương vết bỏng có hoại tử.

C. Nhóm thuốc có tác dụng ức chế vi khuẩn, kháng khuẩn:

1. Vàng đắng: (*Cxinium musitatum* Pierre. Họ tiết dê *Meni pémacêa*)

Dùng dăm cây phơi khô sắc lấy nước ở nồng độ 2/1000. Có tác dụng kháng khuẩn tạo vòng vô khuẩn với các loại tụ cầu, *Proteus*, *Enterobacter*, *Klebsiella*.

Sử dụng: nhỏ giọt liên tục hoặc đắp gạc thuốc trên vết thương, vết bỏng.

2- Cỏ lào

- Tác dụng: làm giảm hoặc mất mùi hôi, làm rụng hoại tử nhanh, ức chế sự phát triển của nhiều loại VK: *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*... giảm viêm nề tại chỗ, kích thích sự phát triển của mô hạt, tăng nhanh quá trình liền sẹo.

3. Lân tơ uyn (*Raphidophora decursiva* Schott họ ráy Araceae) 1kg dây vải và cô lại còn 700 ml dung dịch. Có tác dụng ức chế một số vi khuẩn mũ xanh.

4. Lá sắn thuyền: (*Eugenia resinosa* Hook – họ thêu dầu Euphorbiaceae) vỏ cây cạo lấy bột rắc lên vết bỏng đã rửa sạch

5. Sài đất (*Wedelia calendulacea* Less. Họ Cúc Compositae) dùng cây tươi 100gam giã với một ít muối ăn, cho thêm 100ml nước đun sôi để nguội trộn lẫn vắt lấy nước chia 2 lần uống trong 24 giờ, bã dùng đắp trên vết bỏng.

6. Lá móng tay: (*Lansonia inermis* L. – họ Lythraceae), nước sắc tác dụng với trực khuẩn mũ xanh.

7. Lá sòi: (*Sapium sebiferum* Roxb – họ Euphorbiaceae) nước sắc có tác dụng chế trực khuẩn mũ xanh.

8. Lá dụn sụn: (*Symphocos cochinchinensis* L. – họ Iridaceae), nước sắc tác dụng với mũ màu xanh

9. Sâm đại hành: (*Eleutheria subaphylla* Gagnier – Ieraceae), nước sắc tác dụng với trực khuẩn mũ xanh.

10. Xuyên tâm liên: (*Andrographis paniculata* Nees – họ Acanthaceae), nước sắc ức chế một số vi khuẩn, có tác dụng cầm máu tại chỗ.

11. Lá diếp cá: (*Houttuynia cordata* – họ Saururaceae), dùng giã ép nước, nước sắc tác dụng với trực khuẩn mũ xanh.

12. Sên: (*Madhuca pasquieri* – Dubad H. họ Sapotaceae) dưới dạng thuốc Manduxin. Maduxin có tác dụng ức chế khá với trực khuẩn mũ xanh, tụ cầu vàng, *E. coli*, *Preus*. Là một thuốc dùng thay băng có tác dụng tốt.

D. Nhóm thuốc ảnh hưởng đến tái tạo mô hạt và biểu mô hoá ở vết bỏng:

1. Nghệ: (*Curcuma longolin* – họ gừng Zingiberaceae). Dùng nước ép củ nghệ có tác dụng giảm mùi hôi ảnh hưởng tốt đến quá trình sẹo hoá. Dùng để băng ác loét diêm tỳ.

2. Mỏ quạ: (*Cudrania tricuspidata* Bureau họ dâu tằm Moraceae), nước sắc, vừa có tác dụng ức chế vi khuẩn, vừa kích thích mọc mô hạt.

3. Rau má: (Centella asiatica uro – họ Umbelliferae)dùng dưới hình thức thuốc mỡ,viên. có tác dụng tốt đến quá trình tổng hợp collagen. Hoạt chất Madecassol có tác dụng tốt đến mô liên kết.dùng để dự phòng và chữa sẹo sọc,sẹo phì đại,sẹo lồi.

4. **Cao mỡ vàng:** (thừa kế của sư cụ Đàm Lương) gồm mật đà tăng, hồng đơn, sáp ong, dầu thực vật. Dùng để chữa các vết bỏng loét lâu liền.

5. Dầu mù u – nghệ: có tác dụng kích thích biểu mô hoá vết bỏng, được một số bệnh viện phía nam dùng có kết quả.

6. Mật ong và cao trứng gà: cũng có tác dụng tốt đến quá trình tái tạo vết bỏng

E– Thuốc có tác dụng cầm máu:

1– ô rô còn gọi là cây đại kế:

– Thuốc dùng tại chỗ: bột đại kế rắc vào vết thương, vết bỏng gây co mạch nhỏ và thúc đẩy quá trình đông máu.

2– Cây hạc thiên thảo;

Bào chế dưới dạng cao lỏng, cao khô đắp vào vết thương, vết bỏng có tác dụng cầm máu tại chỗ

3– Các thuốc thường dùng khác:

+ Cây cỏ lào:dùng cao lỏng Eupolin, gạc Eupolin đắp vào vết thương, vết bỏng có tác dụng co mạch cầm máu tại chỗ.

+ Cây hoa hòe, sâm đại hành: nấu nước uống

+ Cây chút chút: dùng dịch chiết để cầm máu:

Selaphin 7 cây

Heapermin: SSD + Cytosin EGF Epidermal

Câu 20:thảm họa kế hoạch phòng chống và cứu chữa?

A– Khái niệm:

Thảm họa là những hiện tượng có biến cố bất ngờ gây tổn thất lớn về người và của cải vật chất, môi trường vượt lên khả năng tự bù đắp của địa phương nơi xảy ra thảm họa.

Theo định nghĩa của tổ chức y tế thế giới :thảm họa là các hiện tượng gây thiệt hại, các đảo lộn về kinh tế, các tổn thất về sinh mạng, các hư hại đến sức khoẻ , đến cơ sở y tế với một mức độ lớn đòi hỏi sự huy động cứu trợ đặc biệt từ ngoài đến vùng bị thảm họa

B– Kế hoạch phòng chống và cứu chữa:

1. Mục tiêu chính về phòng chống thiên tai và thảm họa kỹ thuật.

1. Chuẩn bị sẵn sàng cho toàn quốc gia,toàn cộng đồng và thực hiện các biện pháp tổ chức phòng chống hữu hiệu phù hợp với từng địa phương để đáp ứng với các địa hình thiên tai và thảm họa kỹ thuật có thể xảy ra.Có lực lượng dự trữ đáp ứng khẩn cấp để chi viện cho các địa phương.

2. Trong quy hoạch phát triển, xây dựng kiến trúc cơ sở hạ tầng thể hiện được các quy hoạch toàn lâu dài trong cộng đồng cho con người, cho tài sản và môi sinh trong phòng chống thiên tai và các thảm họa kỹ thuật.

3. Thường xuyên giáo dục cộng đồng, thông tin rộng rãi trong đại chúng và các yếu tố tiềm ẩn và các nguy cơ có thể xảy ra về thiên tai. Thảm họa, về các biện pháp phòng chống và đáp ứng tại cộng đồng trong cả 5 giai đoạn . chuẩn bị sẵn sàng , cảnh báo , đáp ứng khẩn cấp , phục vụ đời sống – sản xuất , phát triển trở lại , để từng người dân . từng gia đình , từng cộng đồng và toàn xã hội tự giác và tự mình sống chung với thiên tai , giảm nhẹ thiệt hại đến mức thấp nhất .

4. Tổ chức ban phòng chống thảm họa , giảm nhẹ thiệt hại do thiên tai tại các cấp : Trung ương , tỉnh thành , huyện quận thị , trên nguyên tắc thống nhất : dưới sự lãnh đạo của Đảng và sự điều hành – chỉ huy của chính quyền các cấp , hoạt động liên ngành , huy động các lực lượng thuộc nhà nước , các đoàn thể nhân dân và toàn thể cộng đồng .

5. Điều hành công tác phòng chống thảm họa , giảm nhẹ thiên tai theo các nguyên tắc : “Nhanh chóng theo thời gian , hiệu quả thiết thực nhất cho người bị nạn và địa phương bị nạn , triển khai các biện pháp thực thi được tại nơi bị nạn và tìm cách giảm bớt tổn kém các khoản để ngành phần giúp đỡ cứu trợ cho người bị nạn”.

6. ý nghĩa nhân đạo : Trong giũa đỡ người bị nạn , vùn bị nạn với mục đích làm giảm nhẹ thiệt hại , làm đau khổ không được làm việc gì gây thêm khó khăn thậm chí gây thêm “thảm hoạ mới” cho các hoạt động cứu trợ đáp ứng thảm hoạ (như gửi thực phẩm kém chất lượng , thuốc đã hết hạn , phương tiện không thể dùng được ...), cứu giúp phải đến tận tay người nhận , không để một ai , một tổ chức nào lợi dụng việc “hiện chung” dành cho lợi ịch riêng của họ .

2 - Tổ chức cứu chữa và chăm sóc :

2.1 = Theo nguyên nhân :

- Nếu thảm hoạ gây ra tổn thất về người ngay tức khắc : phải có ngay lực lượng để kịp thời cứu và vận chuyển người bị nạn về các cơ sở điều trị .

- Nếu thảm hoạ gây ranhững hậu quả về sau phải khôi phục lại vệ sinh môi trường phòng chống dịch bệnh , chăm sóc sức khoẻ để nhanh chóng ổn định cuộc sống cho nhân dân .

2.2 Theo chức năng của mình .

- Tổ chức tìm kiếm , cấp cứu vận chuyển người bị nạn các bệnh viện gần nhất cứu chữa .
- Hướng dẫn nhân dân thực hiện vệ sinh phòng chống dịch bệnh xử lý khi có dịch bệnh xảy ra .
- Huy động kịp thời các lực lượng khác tại chỗ kết hợp với lực lượng quân dân y chống thảm hoạ
- Bảo đảm thuốc và trang bị dụng cụ y tế .

2.3 – xây dựng các tổ cơ động :

-Tổ cấp cứu vận chuyển đội phòng chống dịch bệnh , đội phẫu thuật . Khi cần , tổ chức các tổ chuyên khoa tăng cường :

- Tổ phẫu thuật bụng ngực , tổ phẫu thuật thần kinh , tổ chuyên khoa , tổ gây mê – hồi sức , tổ cấp cứu nhiễm độc tổ chuyên khoa truyền nhiễm , tổ truyền máu .

2.4 Những nhiệm vụ cần làm khi xảy ra thảm hoạ :

Khi thảm hoạ từ mức 2 trở lên cần phải .

a) Đánh giá tình hình nhằm :

- Tìm hiểu tình hình khu vực bị thảm hoạ và xung quang , đường giao thông , địa điểm có thể đặt các trạm y tế cơ động .
- Dự đoán mức độ thảm hoạ , giới hạn và phạm vi ảnh hưởng .
- Dự báo khả năng phát triển của thảm hoạ .

b) Xây dựng kế hoạch xử trí chống thảm hoạ :

- Các lực lượng y tế cần huy động .
- Các trang bị và thuốc men , các phương tiện cần thiết cơ động lực lượng y tế đến khu vực có thảm họa .
- Bảo đảm ăn, ở , đi lại cho các lực lượng y tế.
- Thời gian hoạt động của các lực lượng .
- Tài chính cho hoạt động .

c) Điều động lực lượng :

Khi có thương vong lớn tại một khu vực , cần điều ngay các tổ cấp cứu vận chuyển tới nơi đó và các bệnh viên gần nhất sẵn sàng thu dụng nạn nhân . Trường hợp cần thiết có thể điều các đội phẫu thuật tới gần khu vực thảm họa làm nhiệm vụ tập trung người bị nạn phân loại và xử trí những trường hợp khẩn cấp.