

BỘ MÔN NGOẠI
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

NGOẠI KHOA CƠ SỞ

(Tái bản lần thứ nhất)



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

**BỘ MÔN NGOẠI
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA HÀ NỘI**

NGOẠI KHOA CƠ SỞ

(Tái bản lần thứ nhất)

**NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
Hà Nội - 2000**

NGOẠI KHOA CƠ SỞ

CHỦ BIÊN: GS. Nguyễn Bửu Triều
THỦ KÝ: TS. Hà Văn Quyết
BAN BIÊN SOẠN: GS. Nguyễn Bửu Triều
GS. Dương Chạm Uyên
GS. Đặng Hanh Đệ
GS. TS. Đỗ Đức Văn
GS. Nguyễn Đức Phúc
PGS. TS. Phạm Văn Phúc
PGS. TS. Đào Xuân Tích
PSG. TS. Nguyễn Quang Bài
PGS. TS. Lê Ngọc Từ
TS. Hà Văn Quyết
Thạc sĩ: Đoàn Thanh Tùng

LỊCH SỬ NGOẠI KHOA

Ngoại khoa là ngành y học chuyên điều trị các bệnh tật bằng tác dụng của bàn tay (công việc của bàn tay).

Ngành ngoại khoa cùng chung một lịch sử với y học nói chung trong một thời gian dài và trong giai đoạn đầu còn chấp chững với những khái niệm huyền bí pha lẫn tôn giáo. Ngoại khoa đã dần dần tách ra thành một chuyên khoa riêng biệt của y học, đã chuyển từ một lĩnh vực thuần túy kỹ thuật thành một ngành khoa học chính, đặc biệt từ đầu thế kỷ thứ XIX đến nay.

Trong những tiến bộ đã đánh dấu lịch sử ngoại khoa phải nói đến những biểu hiện về giải phẫu trong thời đại phục hưng, về sinh lý bệnh, và giải phẫu bệnh, y học thực nghiệm, đầu thế kỷ XIX, và đặc biệt sự khám phá ra các phương pháp gây mê và các phương pháp vô trùng và khử trùng giữa thế kỷ XIX. Những tiến bộ này đã gây một bước ngoặt lịch sử và đã đưa ngành ngoại khoa thành một ngành khoa học hiện đại, trên đà phát triển ngày càng nhanh chóng.

1. THỜI KỲ SƠ KHAI VÀ Y HỌC THỜI CỔ

Từ lúc loài người xuất hiện trên quả đất là đã có kỹ thuật chăm sóc người bệnh, kể cả ngoại khoa, nhưng chưa phải là y học, đúng với ý nghĩa của nó. Khái niệm y học còn bị lu mờ bởi huyền bí và mê tín. Các dân tộc thời cổ xưa đã biết nhổ mũi tên, nắn xương bị gãy, tuy nhiên với phương tiện thô sơ kèm theo cầu kinh, làm các phù phép mong "trời" phù hộ và xá tội cho. Bệnh tật được coi như một hình phạt trời giáng xuống con người. Và những người tu hành, bói toán, ảo thuật mới có khả năng tiếp xúc với trời để xá tội cho người bị bệnh, quan niệm này còn được duy trì ở một vài dân tộc chưa phát triển ở một vài nơi trên thế giới.

Văn minh Asayrie - Babilone để lại bộ luật Hammourabi trên những tấm đất sét (2000 TCN).

Cổ Ai Cập đã để lại những tài liệu viết lâu đời nhất còn lưu lại đến nay. Các vấn đề y học, ngoại khoa, sản khoa, được ghi chép trên các giấy Papirus. Y học Ai Cập vừa mang tính chất lý luận lẫn kinh nghiệm chủ nghĩa, vừa chứa đựng nội dung tôn giáo và phù phép (thế kỷ XVIII TCN). Thời đó đã có tục lệ ướp xác các vua chúa do các nô lệ làm và các danh y đã có khái niệm về giải phẫu (Edwin Sarith Papirus) và biết quan sát các bệnh.

Cổ Ấn Độ có một truyền thống y học lâu đời. Suaruta (T.R.V. SCN) mô tả trên 100 dụng cụ phẫu thuật. Các phẫu thuật viên mổ tới bàng quang và tạo hình mũi, tai.

Y học Trung Quốc có truyền thống lâu đời và có nhiều cống hiến độc đáo. Thời kỳ Xuân thu chiến quốc (thế kỷ VIII - III TCN) các danh y đã soạn ra quyển nội kinh, kho sách đầu tiên của Trung Quốc. Cũng thời ấy danh y Biền Thuốc đã biết sử dụng châm cứu để chữa bệnh. Ông là khuôn mẫu cho những lương y thời bấy giờ. đời Hán có Trương Trọng Cảnh (thế kỷ 2 - 3 SCN) soạn ra quyển Thương hàn luận chuyên về lâm sàng, thay thế quyển ngoại kinh. Đồng thời với Trương Trọng Cảnh có danh y Hoa Đà tinh thông các khoa, nội, ngoại, phụ, nhi, châm cứu, nhưng chủ yếu giỏi về ngoại khoa. Hoa Đà biết sử dụng ma phi tán và rượu làm thuốc mê để mổ bụng và lưng. Đó là lời ghi chép sớm nhất về dùng thuốc mê. Trong hậu hán thư có đoạn " *Nếu bệnh vì kết lại ở trong bụng, dùng thuốc không được thì trước tiên dùng ma phi tán cho uống với rượu. Khi đã say không biết gì nữa thì mổ lưng và bụng ra, cắt chỗ tích tụ ấy đi, nếu bệnh ở trường vị thì cắt ra và rửa sạch, túi hết chất bẩn của bệnh rồi khâu lại và dán thân cao vào, trong 4-5 ngày chỗ cắt sẽ lành, khoảng 1 tháng thì sẽ bình phục như cũ*". Vương Thúc Hoà đời Tấn (210 - 285 SCN) soạn ra quyển mạch kinh, bộ sách đầu tiên chuyên về mạch học.

Tôn Tú Mạc (586 - 682) là một danh y đời Đường đã biên soạn Thiên kim yếu phương chuyên về phụ khoa và nhi khoa.

Đời Tống nghề in hoạt bản (tipo) phát đạt các quyển nội kinh thường bàn luận được chỉnh lý và in để phát hành. Có nhiều sách về phụ khoa, nhi khoa. Về ngoại khoa có bộ Sang Dương toàn thư của Đâu Bán Khanh.

Đời Kim, Nguyên, hình thành các phái học giả (hàn lương, bổ thổ, công hạ, tứ âm) thiên về triết học. Thời kỳ Càn Long (1740 - 1742) Ngô Khiêm biên soạn bộ Y tông kim gián, là bộ sách giáo khoa của trung y. Trung y có 10 vạn cuốn sách, có nhiều phương thuốc độc đáo (2608 vị), có nhiều kỹ thuật chữa bệnh như châm cứu (Giáp át kinh thế kỷ thứ 3), khí công, thoa bóp, y học Trung quốc từ thời đại nhà Chu có một chế độ y sư tương đối hoàn bị (y sư, quản lý sĩ: chuyên môn chữa bệnh, " phú" trong coi tài liệu y dược, đồ: phụ trách những việc vặt).

Nhưng phải đợi đến thời kỳ cổ Hy Lạp và La mã y học mới thoát ra khỏi tôn giáo, đặc biệt với Hypocrat (460- 380 TCN) " người cha của y học" Hippocrat mở trường học đề ra chủ thuyết: "*Priamum Non Nocere*" Hippocrate để lại 70 pho sách trong đó có quyển : " *về vấn đề ngoại khoa*" nói đến kiến thức, đức tính và phương pháp làm việc của thầy thuốc ngoại khoa. Phần ngoại khoa tuy chiếm một phần nhỏ trong công trình Hippocrate nhưng thừa hưởng tinh thần khoa học sáng tạo của Hippocrat . Có một số phương pháp thăm khám và điều trị Hippocrat còn có giá trị hiện nay: lắng nghe tiếng óc ách, điều trị sai khớp vai v.v... Nhưng chủ yếu là quan niệm khoa học về bệnh lý cũng như

phương pháp thăm khám lâm sàng (nói, nhìn, kiểm tra hoàn cảnh sinh sống, sờ, gõ, nghe v.v...) của Hippocrate đã đưa y học vào lĩnh vực khoa học và không còn pha lẫn màu sắc triết học, ảo tượng, về luân lý nghề nghiệp ông rất đề cao vai trò của người thầy thuốc, vừa chữa bệnh vừa dạy học.

Thế kỷ đầu sau công nguyên Aulus Cornelius người La mã viết cho *Medicina* nhiều tập sách được in ra nhiều nhất để truyền bá y học máy in (1478). Tập VII nói về ngoại khoa và các đức tính của người thầy thuốc ngoại khoa.

Sau đó Galien (131 - 201) có công tổng hợp tất cả các kiến thức y học thời bấy giờ giải phẫu sinh lý, chẩn đoán và điều trị. "*Ecclena athorret sanguine*" xây dựng khái niệm y học thực nghiệm đầu tiên. Nhưng sách chứa nhiều quan niệm giáo điều (cơ thể con người là một vũ trụ nhỏ *Microcosme*) và có nhiều điều lập luận sai lầm.

Thời kỳ trung cổ: các cuộc chiến tranh liên tục tàn phá nền văn minh ở vùng địa trung hải đầu công nguyên. Các tài liệu của Hippocrate được dịch ra và lưu hành ở Bisano và các nước dần dần được đưa ra ánh sáng. Nhưng tác dụng chưa được phát huy vì giáo hội kiểm soát chặt chẽ y học và các thầy thuốc chỉ tranh luận vô ích giữa chủ nghĩa giáo điều và chủ nghĩa kinh nghiệm. Ảnh hưởng của Galien còn gây tác hại với quan niệm bệnh tật là do các dịch (mật, máu, bạch huyết) gây nên. Dự đoán và mê tín còn thịnh hành. Người ta cần mổ xác chết. Các tài liệu chép tay còn để lại nhiều huyền bí (bệnh tật do ma quỷ) và cần phải cầu cứu đến những người có hiểu biết siêu phàm.

Trong hoàn cảnh đó, y học dừng lại tại chỗ, mặc dầu y học được nâng ngang hàng với các ngành đạo giáo và luật ở các trường đại học. Nhưng y học là quyền của giới thượng lưu và ngành ngoại khoa chỉ được giảng dạy như một nghề phụ thấp kém hơn và bị coi thường. Các thầy thuốc ngoại khoa tập hợp lại thành phường hội, ở các thị trấn đang hình thành và lập những trường riêng (*College de Saint Come*) ở Paris.

Bên cạnh những thầy thuốc ngoại khoa này, tuy bị coi thường nhưng có chút học thức, còn có các người thợ cạo (*barbier*) ít học thức hơn. Các người ngoại khoa thợ cạo làm việc dưới quyền các thầy thuốc nội khoa, tiến hành các tiểu thuật (chích áp xe, băng bó, chườm, đốt ung nhọt, nắn xương), đồng thời (cắt tóc và cạo râu).

Về sau 2 ngành tách riêng, ngành ngoại khoa được hình thành.

Thời kỳ phục hưng: (cao trào văn chương và nghệ thuật xuất hiện ở Châu Âu vào thế kỷ thứ XV và XVI). Có ảnh hưởng tốt đối với y học với tư tưởng tiến bộ giải phóng con người ra khỏi các ràng buộc về tinh thần, với lòng khao khát học tập (*Humanisme*) và hiểu biết con người toàn diện.

Những sự tiến bộ không đồng đều: trong lúc các nhà y học đang dấn chân tại chỗ, tranh luận vô ích giữa các quan niệm duy tâm (linh hồn) và duy vật (thuyết cơ giới và hoá học). Thì các cận y học đã tiến những bước khá dài, và vững chắc. Trước hết:

2.1. Ngành giải phẫu: Các nhà ngoại khoa chống lại sự cấm đoán và độc đoán về mổ xẻ và đã nghiên cứu cấu trúc cơ thể con người. Đó là vinh dự của trường phái y. Lý do:

- Các học sĩ trứ danh (Leonard Vinci, Raphael, Michaelange) yêu cầu biết hơn về giải phẫu.

- Sự phát minh các phương tiện ấn loát, nhất là nghề in bản gỗ. Các khả năng sao chép nhiều bản cùng một lúc, Andeas Vesaliu (1514 - 1564): *De humanis corpora fohica* (1543). Sách có giá trị về hình ảnh rõ nét và còn đề ra một số chương trình dạy học: ngành ngoại khoa phải gắn với giải phẫu.

2.2. Sự hiểu biết về tổ chức học và bệnh lý giải phẫu cũng có những tiến bộ rõ rệt.

Anton Van Leuwenhook (1632 - 1713). Kính hiển vi.

Marcello Malpighi (1628- 1694): Khai trương ngành tổ chức học. Đặc biệt Bovanni batista morgaghi (1628 - 1777): *Desedibus et cauauis morboruus* 1701. Đã thường xuyên đối chiếu lâm sàng và giải phẫu bệnh lý, nêu ra một số phương pháp suy luận khách quan để chẩn đoán bệnh, có tác dụng lâu dài trong y học.

- Thế kỷ XVII và XVIII, có những nhà sinh lý hiện đại như: W. Harwey (1578 - 1657), nghiên cứu về tuần hoàn, Antoine Laurent Lavoisier (1743 - 1794), nghiên cứu về hô hấp. L.Spallanzani (1729 - 1791): sinh dục .

Thời kỳ này có những nhà ngoại giao nổi tiếng như Ambroise Paré (1510 - 1592) hiểu biết rộng nội ngoại khoa, khéo tay, viết sách bằng tiếng mẹ đẻ chứ không phải bằng tiếng La tinh.

Từ thế kỷ thứ XVIII nhiều nhà ngoại khoa nổi tiếng trở thành người lãnh đạo như J. L. Pétit (Pháp), Scaspaa (Ý)và đặc biệt John Hunter (Anh). J. Houter có kiến thức rộng về giải phẫu bệnh lý, đề ra phẫu thuật bảo tồn (điều trị phồng động mạch). (Bia trên mộ: " Nhờ J. Huntu, ngoại khoa không chỉ là một kỹ thuật đơn thuần, mà là một ngành khoa học chân chính, dựa trên cơ sở sinh lý và giải phẫu bệnh).

Trong vòng chưa đầy một thế kỷ, 3 phát minh vĩ đại đã đánh dấu bước ngoặt lịch sử ngành ngoại khoa.

- Gây mê 1846

- Khử trùng 1867

2. BƯỚC NGOẶT LỊCH SỬ NGÀNH NGOẠI KHOA

" Đặc điểm ngoại khoa trong thế kỷ thứ XIX là tầm mắt nhìn đã xuất hiện từ các tổn thương tại chỗ và phẫu thuật đi đến quá trình chung của các rối loạn bệnh tật của ngoại khoa " *Churchill*".

2.1. Việc phát minh gây mê do các nhà khoa học Mỹ năm 1800 Davy tìm ra tính chất gây mê của Protoxyde azot. 1842 C. W. Long sử dụng ê te làm tiểu thủ thuật.

H. Wells trong khi xem phiên chợ thấy một người thở Protoxyde azot ngã gãy chân mà không biết đau. Ông dùng thử nhỏ răng cho một bệnh nhân nhưng không kết quả.

16.10.1846, ở bệnh viện Massachusetts, Morton dùng ê te để mổ u ở cổ lần đầu tiên.

1847 J. Y. Simpson dùng Cholorofoim để đỡ đẻ.

1928 Cyclopropane được sử dụng để gây mê.

Việc gây mê đã được giải quyết nhưng phẫu thuật vẫn còn bị tử vong cao : từ 40 đến 60%, nguyên nhân là do nhiễm trùng.

2. Thập vậ, nhiễm trùng là nguy cơ rất lớn. Phần lớn các vết thương đều bị nhiễm trùng, đặc biệt trong ngành sản khoa, biến chứng thường hay xảy ra và tỉ lệ tử vong rất cao.

Nhưng rất lạ thay là người ta không tìm hiểu nguyên nhân từ đâu ra, các thầy thuốc vẫn tiếp tục mổ tử thi rồi đi vào phòng mổ làm phẫu thuật hay đỡ đẻ.

May mắn có hai người : O. W. Hölten (Bortol) và Ignace Philippe Semmelweis đã tỏ ra sáng suốt (1840). Semmelweis nhận thấy ở Viên có hai bệnh khoa về sản, có tỉ lệ tử vong khác nhau.

Ở bệnh khoa thứ nhất, tỉ lệ tử vong chiếm 15-18%, trong khi ở bệnh khoa thứ 2 người ta chỉ thấy 1-3%. Ông nhận thấy là do tay người thầy thuốc và sinh viên bẩn từ các phòng mổ tử thi đến phòng mổ. Chỉ cần ngâm tay sạch trong dung dịch chlorua vôi là có thể giảm tỉ lệ tử vong từ 1-2% do nhiễm trùng hậu sản. Nhưng ý kiến của ông không được chú ý, vì chưa có sự chứng minh sâu xa hơn.

Chính Louis Pasteur đã nêu lên vai trò của các vi khuẩn. Pasteur xuất thân từ nhà khoa học. Ông đã chứng minh quá trình lên men và gây thối là do các vi sinh vật rất nhỏ, phát triển rất nhanh (1848) từ đó ông kết luận là chính những vi sinh vật này ở trong không khí, là nguyên nhân gây nhiễm trùng ở vết thương. Đây là một phát minh rất lớn, mở ra thời đại vô trùng ngoại khoa .

Những ý kiến sáng suốt của Pasteur đã tác động đến Joseph Lister ở Glasgow. Để diệt các vi khuẩn trong không khí và cách ly chúng khỏi các vết thương, ông dùng bông băng có tẩm acid phenic (1864) tỉ lệ tử vong giảm ngay từ 60% - 15%, ở Pháp, Lucar

Championniere sau khi đi thăm Liên Xô về, truyền bá phương pháp khử trùng của Leiter và viết quyển sách về khử trùng ngoại khoa (1876)

2.3. Nhờ Pasteur đề xuất ý kiến, Telix Terrier đã đề ra phương pháp vô trùng. Theo phương pháp này vi trùng bị diệt ngay từ trước khi mổ các dụng cụ, bông băng, gạc được khử trùng trong các lò sấy, lò hơi. Halsledl (1885) khuyên nên sử dụng gang cao su để mổ.

3. NGOẠI KHOA HIỆN ĐẠI

Với các tiến bộ gây mê và vô trùng, khử trùng, ngành ngoại khoa bước vào một thời kỳ thịnh vượng.

Các phẫu thuật về bụng được bắt đầu với Sedillol, Labbé (1876). Thomas Gengo Mortor ở Mỹ mổ ruột thừa thành công lần đầu tiên (1887).

Các phòng mổ được trang bị hiện đại, có nhiều dụng cụ thích hợp với các phẫu thuật có nhiều nhân viên chuyên môn tham gia.

Nhưng các phẫu thuật viên nhận thấy sự giới hạn của kỹ thuật:

1. Các phẫu thuật không thể tiến hành lâu được, vì gây mê chỉ đảm bảo trên dưới 1 giờ và phẫu thuật kéo dài gây chảy máu nguy hiểm.
2. Các thầy thuốc nhận thấy mổ xẻ là một đá kích vào cơ thể, càng gay go nếu bệnh càng nặng. Nhiều bệnh nhân sau khi mổ thì khỏi bệnh nhưng rồi cũng chết.

Vì vậy muốn đưa phẫu thuật lên một bước cao hơn, người thầy thuốc ngoại khoa không nên chỉ thấy công tác giải phẫu, mà còn phải có kiến thức đầy đủ về y học nói chung, kể cả những môn y học cơ sở. Đó là nhiệm vụ của ngành ngoại khoa cuối thế kỷ XIX và thế kỷ thứ XX. Nếu điểm qua những ngành y học cơ sở đã góp phần đưa ngành ngoại khoa đến những thành tựu mới.

3.1. Nghiên cứu thực nghiệm

Claude Bernard (1813 - 1878) đã đưa phương pháp thực nghiệm trong nghiên cứu y học. Là một nhà sinh lý học, ông dùng thực nghiệm tạo ra bệnh lý và làm phẫu thuật để đánh giá kết quả. Ông viết quyển "nhập môn" về nghiên cứu y học thực nghiệm, một loại sách mẫu mực cho người làm công tác nghiên cứu. Sau Petrovel Pavlov (1848 - 1936), nhà sinh lý học vĩ đại Nga đã đề xướng thuyết phản xạ có điều kiện làm một cuộc cách mạng trong y học, Alexis Carel được giải thưởng Nobel lúc 32 tuổi (1873 - 1944) nổi tiếng về các công trình nuôi cấy tế bào, khâu phục hồi mạch máu. Ông có thể là người tiên phong trong ghép cơ quan.

3.2. Bệnh lý tế bào : Mục đích là nghiên cứu các nguyên nhân bệnh lý bằng cách đánh giá các tổn thương bệnh lý ở khu vực tế bào, do Rudof Virchow (1821 - 1902) sáng lập.

Việc nghiên cứu tổ chức học đã trở thành thông dụng, chẳng những lúc mổ xác, mà ngay cả ở các cơ quan trên người sống (sinh thiết)

Sau này, với phương pháp nuôi cấy tế bào của A. Canel- Harisson với việc phát minh kính hiển vi điện tử y học tiến những bước dài trong lĩnh vực sinh học phân tử, và đặc biệt ung thư.

3.3. Sự phát triển của khoa cận lâm sàng

Các tiến bộ về sinh hoá đã nhanh chóng góp phần chẩn đoán bệnh. Các phương pháp định lượng đường trong máu (Cj. Bernard 1848), urê trong máu (Widal, 1904), rồi đến các thành phần xét nghiệm về vô cơ, hữu cơ trong máu, các phương pháp vi định lượng (men nội tiết tố) được tiến hành.

Song song xét nghiệm soi và nuôi cấy vi khuẩn trong máu, trong các chất dịch được thực hiện, giúp cho việc chẩn đoán và điều trị thêm hiệu lực (Schott ller 1900).

Các nghiên cứu về miễn dịch đã giúp cho việc hiểu biết bệnh lý của ung thư của thai loại trong ghép cơ quan, và đề ra các phương pháp điều trị.

Roentgen đã khám phá ra tia X quang năm 1895. Kế tiếp là sự phát minh các máy X quang ngày càng phức tạp, nhiều thuốc cản quang được tìm ra, để giúp cho việc chẩn đoán ngày càng tinh vi hơn.

3.4. Gây mê và hồi sức: Trực tiếp hơn hết là sự trưởng thành nhanh chóng của khoa gây mê hồi sức (từ 1925 người ta dùng tiền mê, gây mê vòng kín Magill 1928). Bắt đầu xuất hiện các loại thuốc gây mê mới đặc biệt Pentothal, curare, được tinh chế và đưa vào trong gây mê.

Công tác hồi sức với nhiệm vụ theo dõi, duy trì thăng bằng về sinh lý cho bệnh nhân trước, trong và sau mổ. Các ngành đã cống hiến nhiều nhất là kho truyền máu. 1900 Land - Sterner tìm ra các nhóm máu. Sau đó máu được đông chai có Citrate Na.

Sự xuất hiện của kháng sinh, nhờ sự phát minh tình cờ của Flemming người ta đã tìm ra Penicilline (1940). Hiện nay có rất nhiều loại kháng sinh đặc hiệu dùng để điều trị nhiễm trùng ngoại khoa.

Trong vòng chưa đầy 30 năm có rất nhiều thuốc được pha chế các thuốc chống đông, thuốc giảm đau, trợ tim, lợi niệu v.v...

Góp phần đưa lại kết quả tốt trong thời kỳ hậu phẫu.

Đặc điểm ngành ngoại khoa hiện đại

Ngoại khoa đã trở thành một khoa học phức tạp. Công tác phẫu thuật phải được tiến hành trong điều kiện phối hợp chặt chẽ giữa các hoạt động của các kíp mổ.

Trước khi mổ, phải thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng thật đầy đủ để chẩn đoán chính xác, cần hồi sức trước mổ khi cần thiết.

Trong khi mổ, công tác gây mê được tiến hành trong điều kiện nắm vững tình hình bệnh nhân một cách toàn diện với máy theo dõi tự động, máy thở tự động, máy tim phổi nhân tạo.

Sau khi mổ, người bác sĩ phải theo dõi và điều chỉnh cơ thể bệnh nhân đi vào thể ổn định.

Ngành ngoại khoa có xu hướng ngày càng đi vào chuyên khoa sâu theo từng chức năng của cơ thể (tim mạch, sọ não, tiêu hóa tiết niệu, chấn thương, sản phụ khoa, nhi khoa v.v..).

Triển vọng ngành ngoại khoa

Có những khu vực bệnh lý sẽ biến mất dần (bệnh truyền nhiễm) trong khi một số bệnh đang chuyển dạng (ung thư tim mạch) một số bệnh mới lại xuất hiện (bệnh do nhiễm phóng xạ, bệnh do thuốc gây nên, bệnh của người được ghép cơ quan).

Trong điều trị, nhiều bệnh đang thừa hưởng sự tiến bộ nghiên cứu khoa học hiện đại (ung thư, ghép cơ quan).

Các bệnh do nhiễm khuẩn ngày càng giảm rõ rệt, nhờ Sulfamide và kháng sinh.

Phẫu thuật u (lành và ác) còn được tiến hành rất hợp với các phương pháp điều trị khác nếu là ung thư, sự hiểu biết về ung thư những thay đổi hướng điều trị.

Phẫu thuật sinh lý tỏ ra ít hiệu nghiệm.

Phẫu thuật các dị tật bẩm sinh ngày càng được mổ nhiều, mổ sớm hiểu biết về di truyền có khả năng giảm bớt các dị tật này.

Các chuyên khoa: chấn thương ngày càng nhiều, tiết niệu (ghép thận phát triển), tim mạch có thể giảm do hiểu biết di truyền học (dị tật bẩm sinh) và điều trị nối thấp khớp cấp.

Ngành ngoại khoa Việt Nam

Có một quá trình phát triển lâu dài. Thời Hồng Bàng (2100 năm trước CN) nhân dân nhuộm răng ăn trầu.

Thời Thục An Dương Vương, có Thôi Vỹ có phép cứu chữa lao hạch.

Thời kỳ Bắc thuộc (111 trước CN, - 937 sau CN) ảnh hưởng của y học Trung Quốc, Mã Viện đem thuốc nam về (ý dĩ, trầm hương, tô mộc),

Thời kỳ độc lập: Ngô Đình, Lê, Lý, Trần (932 - 1400) có các danh y:

Châu Cảnh: châm cứu

Chu Văn An: Điều trị thương hàn.

Tuệ Tĩnh: Bộ sách Nam dược thần học.

Danh y Hải thượng Lãn ông (1725 - 1792) soạn bộ sách: Hải thượng y Tôn Tân Tĩnh xây dựng ngành thuốc Nam.

Thời kỳ chống Pháp: 3 trường Việt Bắc, khu III, quân y phục vụ các chiến dịch: điều trị lưu động, bậc điều trị.

Ngành ngoại khoa đã đóng góp vào ngành ngoại khoa thế giới và phát huy truyền thống dân tộc.

KẾT LUẬN

1. Sự phát triển của ngành y học nói chung, ngành ngoại khoa nói riêng trực thuộc chế độ xã hội.
2. Ngoại khoa vừa là nghệ thuật, vừa là khoa học nhưng tính chất khoa học có tính chất quyết định.
3. Mục đích cao cả :Phục vụ người bệnh trả lại cho sản xuất .
4. Mỗi bước đều có sự đóng góp vào nền y học thế giới

KHÁM LÂM SÀNG HỆ TIẾT NIỆU SINH DỤC NAM

MỤC TIÊU

- Mô tả các dấu hiệu:Cơn đau thận điển hình
- Nêu lên những cơn đau bụng khác phân biệt với cơn đau thận
- Mô tả cách khám Thận to.
- Thăm khám U tuyến tiền liệt.
- Mô tả các triệu chứng rối loạn tiểu tiện thường gặp
 - Đái dầm
 - Đái buốt

Đái khó, bí đái

- Mô tả đặc điểm:Đái ra máu và phân biệt
- Đái mủ và phân biệt

NỘI DUNG

- Hệ tiết niệu sinh dục có liên quan chặt chẽ về phôi thai giải phẫu và bệnh lý.
- Khám lâm sàng là bước đầu định hướng chẩn đoán các bệnh lý Tiết niệu Sinh dục

- Triệu chứng lâm sàng Tiết niệu:
- Yêu cầu khám một cách hệ thống và toàn diện
- Bắt đầu từ những dấu hiệu chung:
- Tuổi, chiều cao, cân nặng, hình dạng, thói quen của bệnh nhân;
- Mạch, nhiệt độ, Huyết áp động mạch...

1. TRIỆU CHỨNG TOÀN THÂN

1.1. Gầy sút nhanh, thể trạng suy sụp thường gặp ở bệnh nhân tiết niệu, chủ quan người bệnh biết giảm cân nặng nhanh, mỗi một kèm theo chán ăn mất ngủ, thiếu máu, mất nước điện giải như trong các bệnh ứ mủ thận, viêm đài bể thận, suy thận ure máu cao, ung thư thận.

1.2. Sốt cao kéo dài $38^{\circ}5 - 39^{\circ}$ hay hơn nữa khi không chẩn đoán nguyên nhân chính xác và điều trị kháng sinh không đúng (không xét nghiệm Vi sinh vật - Kháng sinh đồ), thường là biểu hiện Viêm nhiễm khuẩn tiết niệu: Viêm đài bể thận ứ mủ thận trong bệnh tiết niệu mắc phải (sỏi thận - niệu quản, viêm tuyến tiền liệt), hay bẩm sinh (hẹp niệu đạo do van niệu đạo trào ngược BQ-NQ...)

Những cơn sốt hay đợt sốt kéo dài có thể không giải thích được nguyên nhân cũng có thể là dấu hiệu của ung thư thận.

2. TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG

- Hỏi bệnh (dựa trên một số nguyên tắc):

- 1) Tạo quan hệ bệnh nhân - thầy thuốc thân tình để bệnh nhân tin tưởng.
- 2) Nghe hết lời kể bệnh của bệnh nhân (không ngắt lời của bệnh nhân)
- 3) Nhận định ngay một số lời kể bệnh là triệu chứng cơ năng và đặt các câu hỏi : khi nào, ở đâu, thế nào, hoàn cảnh nào ?
- 4) Không giới hạn câu hỏi về bệnh tiết niệu - sinh dục cần phải lưu ý các triệu chứng bệnh của bộ phận khác, tiền sử cá nhân - gia đình.
- 5) Tập hợp các nội dung hỏi bệnh liên hệ đến các triệu chứng cơ năng hướng về một hội chứng, một bệnh.

2.1. Cơn đau thận

- Cơn đau thận là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất trong bệnh tiết niệu. Đặc điểm cơn đau thận vị trí thường ở vùng thắt lưng, vùng sườn lưng, khởi phát đột ngột từng cơn dễ nhận biết. Cơn đau xuất hiện sau khi bệnh nhân lao động nặng gánh vác đi xa. Mức độ có bệnh nhân đau dữ dội vã mồ hôi, co chân gập người lại ôm bụng ưỡn người tỳ lên thành giường lên gối. Cơn đau sườn thắt lưng lan xuống hố chậu, hạ vị, ra bộ phận sinh dục ngoài, không bao giờ lan lên vai lên ngực. Cơn đau kéo dài hàng giờ, vài giờ... Cơn đau

giảm đi khi bệnh nhân được nằm nghỉ ngơi, dùng thuốc giảm đau sau lần đái ra sỏi, đái nhiều, đái ra ít máu tươi. Nhưng cơn đau cũng thường tái diễn nhiều đợt khác nữa.

- Những dấu hiệu kéo theo cơn đau thận bệnh nhân thường mót rặn, buồn đái, đái dắt, nôn hay buồn nôn. Bụng chướng không trung tiện.

- Khi đang có cơn đau thận khám vùng thắt lưng thấy: cơ cứng khối cơ chung cột sống, cơ thắt lưng chậu. Khám bụng: phản ứng thành bụng nửa bụng bên đau. Lỗ bẹn kín.

- Thể không điển hình:

- Trường hợp bệnh nhân chỉ đau vùng thắt lưng âm ỉ hàng ngày hàng tuần.

Đau xa vị trí thận không lan

Đau tinh hoàn (phân biệt với xoắn tinh hoàn viêm tinh hoàn cấp).

Đau lưng (phân biệt đau cột sống).

Đau bụng dưới sườn đặc biệt đau HCP (phân biệt viêm ruột thừa, viêm đại tràng, viêm phân phụ...

Cơn đau thận phải được xác định bằng các phương pháp ghi hình XQ, Siêu âm, chụp NTM, và đòi hỏi điều trị giảm đau.

Nguyên nhân cơn đau thận 2/3 trường hợp do sỏi tiết niệu : 32% sỏi đài thận

47% sỏi bể thận

95% sỏi niệu quản

Dị dạng bẩm sinh là nguyên nhân thứ hai sau sỏi tiết niệu như: Hội chứng khúc nối bể thận niệu quản, ứ nước đài bể thận

Thiếu hình ảnh chụp NTM chỉ chú ý đến cơn đau dữ dội có thể nhầm lẫn với viêm ruột thừa, viêm túi mật cấp.

Nguyên nhân khác như cục máu đông ở thận niệu quản do ung thư, khối u đường tiết niệu, ngoài đường tiết niệu (u tử cung , u xơ tử cung)

Cơn đau thận thể biến chứng: Vô niệu do sỏi thận niệu quản, trên thận duy nhất.

Nhiễm khuẩn cấp - nhiễm khuẩn máu

2.2. Những cơn đau vùng tiểu khung và bộ phận sinh dục

Bệnh nhân thường đau ở vùng dưới rốn, vùng bàng quang và vùng tiểu khung. Những cơn đau có nguồn gốc tiết niệu có đặc điểm sau:

- Cơn đau âm ỉ nặng nề, khởi phát và diễn biến thường kèm theo những rối loạn tiểu tiện (đái dắt, đái buốt ...)

- Cơn đau bàng quang ở dạng co bóp bàng quang liên quan với yêu cầu tiểu tiện khẩn cấp thường nhận thấy ở bệnh nhân có sỏi niệu đạo, sỏi kẹt niệu đạo, u phì đại lành

tính tuyến tiền liệt dạng đau cơ bóp bàng quang còn nhận thấy xảy ra ngay sau khi tiểu tiện do sỏi bàng quang có sự tiếp xúc sỏi với bàng quang rỗng.

- Đau tuyến tiền liệt là những cơn đau vùng hậu môn trực tràng, vùng đùi chậu. Cơn đau tăng lên khi ngồi hoặc đi ngoài.

- Đau tinh hoàn, mào tinh hoàn thường rất mạnh, đau ở sâu, đau chói, từ vị trí ở bìu lan lên nếp bẹn, hai hố chậu, hố thắt lưng.

2.3. Rối loạn tiểu tiện: gồm nhiều triệu chứng cơ năng chủ yếu biểu hiện những tổn thương bệnh lý của hệ tiết niệu.

Các rối loạn tiểu tiện này rất đa dạng và phức tạp.

- Nhắc lại cơ chế tiểu tiện bình thường.

Ở người lớn bàng quang niệu đạo hệ thần kinh tuỷ sống bình thường thì tiểu tiện dễ dàng chủ động, không đau nhanh và hết gọn. Sau khi đái có cảm giác thoải mái chứng tỏ tháo hết nước tiểu giữa những đợt tiểu tiện.

Động tác tiểu tiện bình thường này có cơ chế sinh lý dựa trên cơ sở:

2.3.1. Cấu tạo giải phẫu đặc biệt của bàng quang

Có 2 phần:

- Phần cổ định vùng trigon nguồn gốc trung mô.

- Phần di động cơ Detrusor nguồn gốc nội mô là túi chứa thay đổi thể tích theo lượng nước tiểu.

Cơ thắt trơn cổ bàng quang: Nửa trước liên quan với những sợi cơ Detrusor.

Nửa sau phụ thuộc trực tiếp cơ vùng trigon có vai trò chủ yếu đóng mở hai lỗ niệu quản xoá bờ sau cổ bàng quang trong động tác tiểu tiện.

Cơ thắt vân ở thấp hơn chịu kiểm soát của dây thần kinh thẹn trong giữ tính chủ động của việc tiểu tiện.

2.3.2. Vai trò hệ thần kinh điều khiển động tác tiểu tiện gồm 2 nguồn

Hệ thần kinh giao cảm thất lưng chia nhánh ra là giây thần kinh hạ vị tác dụng giãn cơ bàng quang, co cơ thắt trơn.

Hệ phó giao cảm từ đám rối thần kinh vùng chậu gồm 2 nhóm thần kinh thẹn trong chi phối cơ thắt vân và giây chậu có tác dụng làm co cơ ở bàng quang giãn cơ thắt trơn.

2.3.3 Cơ chế tiểu tiện

Khi nước tiểu trong bàng quang đến mức chừng 250-300ml và áp lực trong bàng quang 18-21cm H₂O xuất hiện cảm giác buồn đái và hình thành cung phản xạ, hệ thần kinh này có các trung tâm:

Trung tâm thành bàng quang (thu cảm β adrenergic) và hạch hạ vị

Trung tâm Budge ở cổ bàng quang (S2 S4) và trung tâm thắt lưng? Thụ cảm α adrenergic?.

Vỏ não có trung tâm phối hợp điều khiển động tác tiểu tiện

Cảm giác buồn đái này có thể giữ được bằng cách co bóp cơ thắt trơn, tăng cường trương lực cơ cổ bàng quang, giảm trương lực cơ detrusor (vai trò thần kinh hạ vị) nhưng tới một mức cung phản xạ hình thành, thăng bằng giữa cơ cổ bàng quang cơ detrusor và cơ thắt vân trở lại tạo nên cảm giác buồn đái thực sự:

Có sự phối hợp giữa sự co cơ detrusor và cơ thắt vân, động tác tiểu tiện diễn ra dễ dàng và chủ động. Đây là hiện tượng tiểu tiện bình thường.

Khi có rối loạn tiểu tiện có thể do nhiều nguyên nhân có cơ chế khác nhau. Người ta có thể xếp thành 3 loại:

Bất thường về sự cần tiểu tiện

Rối loạn tiểu tiện thực sự

Mất chủ động.

- Triệu chứng học:

2.3.4. Bất thường khi tiểu tiện

Đái dắt (pollakurie)

Đái dắt là triệu chứng hay gặp nhất trong bệnh lý tiểu tiện.

Bình thường tiểu tiện chỉ cần 4-6 lần/ ngày và không đái ban đêm. Đái dắt là đái nhiều lần trong ngày, mỗi lần ít nước tiểu và nhất là ban đêm.

Phân biệt đái nhiều (đái tháo nhạt) đái nhiều là mỗi lần đái lượng nước tiểu nhiều lần trong ngày.

Nguyên nhân đái dắt rất đa dạng

- Kích thích bàng quang do viêm bàng quang, dị vật sỏi BQ U tiểu khung.
- Ứ đọng nước tiểu trong bàng quang do u tuyến tiền liệt tịt thừa
- Đái khó nên đái dắt do u tuyến tiền liệt (do rối loạn vận động cơ cổ BQ tuyến tiền liệt cơ thắt trơn).
- Thay đổi thành phần nước tiểu (kiểm tính alcalose), đái ra phot phát.
- Bởi nguyên nhân thần kinh (cảm động) hay nội tiết (trong giai đoạn dậy thì kinh nguyệt....)

2.3.5. Rối loạn tiểu tiện thực sự

A ĐÁI BUỐT

Đái buốt là cảm giác đau rất bỏng khi tiểu tiện

Biểu hiện lâm sàng từ mức độ cảm giác đơn thuần đau tức nóng - rất đến cảm giác buốt như châm như xé trong bàng quang và lan theo niệu đạo khi tiểu tiện, có khi gây ấn tượng luôn cần đi tiểu. Đái buốt thường kèm theo đái dắt.

Cảm giác mới rặn: đau cơ thắt bàng quang sau khi đi tiểu.

Viêm bàng quang thành bàng quang phù nề nên có cảm giác đái buốt cuối bãi.

Viêm niệu đạo - đái buốt khi dòng nước tiểu bắt đầu qua niệu đạo: đái buốt đầu bãi.

Sỏi bàng quang - đái buốt cuối bãi dữ dội lan theo niệu đạo và dương vật.

B. ĐÁI KHÓ: Phải rất khó khăn để tháo hết nước tiểu trong bàng quang nên tiểu tiện phải rặn, tia nhỏ không mạnh có khi không thành tia mà nước tiểu nhỏ giọt xuống chân đái lâu vẫn có cảm giác không hết nước tiểu.

Cơ chế đái khó là hậu quả của sự mất thăng bằng giữa lực đẩy của cơ Detrusor và động tác mở cơ cổ bàng quang các nguyên nhân niệu đạo không thông.

Lực đẩy cơ Detrusor tăng lên trước trở ngại giải phẫu (hẹp niệu đạo) hay rối loạn sinh lý (rối loạn cơ cổ bàng quang)

- Đái khó còn bù cơ Detrusor phì đại, thành bàng quang dày. Soi bàng quang thấy những bề những cột cơ lồi lên dưới niêm mạc.
- Đái khó mất bù cơ Detrusor dẫn gây hậu quả ứ đọng nước tiểu trong bàng quang.

Bàng quang mất trương lực sẽ căng dần "*cứng bàng quang*"

Biểu hiện lâm sàng:

- Đái khó ứ đọng nước tiểu trong bàng quang.

Ứ đọng nước tiểu trong bàng quang không căng: sau mỗi lần đi tiểu lượng nước tiểu trên còn ứ đọng dưới 300ml.

Hiện tượng này diễn ra rất lặng lẽ, nhưng thường có nguy cơ nhiễm khuẩn đường tiết niệu (đái khó - đái dắt - đái buốt).

Ứ đọng nước tiểu bàng quang căng mỗi lần đái, lượng nước tiểu ứ đọng trên 300ml.

Đái khó bàng quang căng bệnh nhân cảm thấy khó chịu. Toàn trạng thay đổi, tính tình thay đổi hay cáu gắt lo âu, nhiễm khuẩn tiết niệu, toàn thân mệt mỏi, không dám ăn sợ uống.

C. ĐÁI BUỐT:

Đái buốt là cảm giác đau rất bỏng khi tiểu tiện.

Biểu hiện lâm sàng từ mức độ cảm giác đơn thuần đau tức nóng - rát đến cảm giác buốt như châm như xé trong bàng quang và lan theo niệu đạo khi tiểu tiện, có khi gây ấn tượng luôn cần đi tiểu. Đái buốt thường kèm theo đái dắt.

Cảm giác mót rặn: đau co thắt bàng quang sau khi đi tiểu.

Viêm bàng quang thành bàng quang phù nề nên có cảm giác đái buốt cuối bãi.

Viêm niệu đạo - đái buốt khi dòng nước tiểu bắt đầu qua niệu đạo: đái buốt đầu bãi.

Sỏi bàng quang - đái buốt cuối bãi dữ dội lan theo niệu đạo và dương vật

D. BÍ ĐÁI

- Bí đái là hiện tượng ứ đọng nước tiểu trong bàng quang bệnh nhân muốn đái (mót đái dữ dội) mà không đái được.

Bí đái khác với vô niệu: không có nước tiểu trong bàng quang theo dõi trong giờ / ngày, thông bàng quang không có nước tiểu (bình thường 40-60 ml/giờ), do thận ngừng bài tiết.

Bí đái hoàn toàn thường diễn ra cấp tính bệnh nhân buồn đái dữ dội. Đau vùng dưới rốn, đầy dục la hét cố rặn nhưng vẫn không đái được.

Cấu bàng quang căng to sờ nặn càng làm tăng cảm giác đau, tức buồn đái.

Bí đái không hoàn toàn là các trường hợp sau mỗi lần đi tiểu vẫn còn ứ đọng nước tiểu trong bàng quang trên 300ml, bàng quang căng luôn luôn sờ thấy dưới rốn

2.3.6 Thăm khám một bệnh nhân rối loạn tiểu tiện: Đái khó, bí đái

A. HỎI BỆNH

Hoàn cảnh xuất hiện thời gian diễn biến đái khó.

Tiền sử sỏi lao, lậu, chấn thương.

B. KHÁM LÂM SÀNG

Hệ tiết niệu sinh dục, khám bụng thất lưng.

Khám niệu đạo kiểm tra sự lưu thông bàng ống thông .

khám trực tràng, thăm âm đạo (nữ) khám toàn thân kiểm tra hệ thống thần kinh cột sống gân xương vận động cảm giác chi dưới.

C. XÉT NGHIỆM

Urê máu, creatinin máu.

Thử nước tiểu tế bào, vi khuẩn.

X quang hệ tiết niệu không chuẩn bị?

Chụp niệu đạo bàng quang ngược dòng.

Chụp NTM

Nguyên nhân

A. CHẤN THƯƠNG

- Đứt niệu đạo trước, đứt niệu đạo sau.

Gãy cột sống liệt tủy.

B. SAU MỔ

Liệt cơ bàng quang tạm thời hay chấn thương ở vùng tiểu khung trong các phẫu thuật đáy hậu môn trực tràng, phẫu thuật sản phụ khoa.

C. GÂY TÊ TỦY SỐNG

Nguyên nhân thông thường khác:

- Niệu đạo: sỏi niệu đạo, polyp, u sùi niệu đạo.

Hẹp niệu đạo do viêm chấn thương cũ.

- Cổ bàng quang: rối loạn cơ cổ bàng quang, U tuyến tiền liệt (u phì đại lành tính TTL)

U bàng quang trước cổ bàng quang

- Nguyên nhân ở tiểu khung thường gặp ở nữ u xơ tử cung u cổ tử cung.
- Nguyên nhân thần kinh chèn ép tủy, gai đôi, lao màng não. Xuất huyết não do tai biến mạch máu não.

2.3.4.5. Phân loại theo tuổi, giới

- Ở trẻ em: hẹp lỗ sáo hay chít hẹp bao quy đầu.

Hẹp niệu đạo bẩm sinh bệnh cổ bàng quang.

- Người lớn: hẹp niệu đạo sau chấn thương, viêm lao lậu
- Người già: U phì đại lành tính tiền liệt tuyến, ung thư tiền liệt tuyến
- Ở phụ nữ: các u tiểu khung

ĐÁI KHÔNG CHỦ ĐỘNG: (đái dầm)

Đó là hiện tượng nước tiểu dãi ra bệnh nhân không tự chủ được có thể bệnh nhân biết hay không biết. Hiện tượng đái dãi còn xảy ra khi gắng sức (incontinence d'effort).

Những dạng lâm sàng khác: đái vội

Tràn nước tiểu đái dầm về ban đêm (thường gặp ở trẻ em) dãi nước tiểu liên tục ở trẻ em gái do niệu quản lạc chỗ.

Dãi nước tiểu liên tục ở người già do rối loạn chức năng BQ- cơ thất gây nên bởi tổn thương ở não (khối u, tai biến mạch máu não, hội chứng Parkinson).

ĐÁI RA MÁU

Đái ra máu là triệu chứng thường gặp trong nhiều bệnh về tiết niệu. Phạm vi bài này chỉ nói đến đái ra máu là khi đi đái nước tiểu đỏ có hồng cầu: đếm cận Addis số lượng hồng cầu/ 500.000h/ c - phút.

Phân biệt nước tiểu đỏ nhưng không phải đái ra máu:

Do máu đỏ của thức ăn đồ uống như củ cải đường, đại hoàng....

Do thuốc : Rifampicine, Phenothiazin, Pyridinum.

Đái ra huyết sắc tố do vỡ hồng cầu (Hémoglobinurie, Porphyrine urobiline.

Hay đái ra máu sau cơn đau thận, sau đợt lao động đi xa, sau chấn thương bàng quang niệu đạo.

Với nghiệm pháp 3 cốc có thể nhận định được vị trí các thương tổn: 3 cốc đỏ như nhau: đái ra máu toàn bãi - tổn thương ở thận niệu quản.

Cốc thứ nhất đỏ: đái ra máu đầu bãi - thương tổn chảy máu ở niệu đạo.

Cốc thứ 3 đỏ: đái ra máu cuối bãi - tổn thương chảy máu ở bàng quang. Có những tổn thương nặng ở bàng quang bệnh nhân vẫn đái ra máu toàn bãi máu tươi máu cục như ung thư bàng quang.

Theo dõi diễn biến đái ra máu người ta chú ý: đái ra máu liên tục kéo dài hay từng đợt tái diễn nhiều lần. Diễn biến tăng lên khi bệnh nhân đái ra máu kèm theo cơn đau thắt lưng, tức vùng dưới rốn, buồn đái và luôn bị kích thích rặn đái bàng quang căng, đau tăng lên.

Khi đái ra máu xầm màu đổi dần thành màu nâu, màu vàng là tổn thương chảy máu tự cầm và ổn định.

Ngoài ra cần chú ý những đặc điểm khác:

Khi quan sát nước tiểu có máu vẫn đục vẩn đục: đái ra máu dưỡng chấp (Hemotor chylurie)

Nước tiểu có máu lẫn chất nhầy lòng trắng trứng : đái ra máu tinh dịch (Hemospermie).

ĐÁI RA MŨ

- Phải quan sát nước tiểu đựng trong cốc thủy tinh trong: nước tiểu đục (nước tiểu đục (nước tiểu vẩn đục, hay nước tiểu đục như nước vo gạo).

Phân biệt nước tiểu đục trắng trong trường hợp đái ra cận phốt phát khi giở acíd axetic nước tiểu sẽ trong và lắng cặn.

Nước tiểu đục trắng đái ra albumin khi hơi nóng albumin/sẽ đông thành những sợi và lắng đọng lại.

Nước tiểu đục trắng đái ra urat khi đun nóng nước tiểu sẽ trong

- Đái ra mủ khi nước tiểu đục vẩn mủ trắng / đếm cặn Addis có bạch cầu thoái hoá, số lượng bạch cầu trên 5000 b/c - phút.

Khi nhiễm khuẩn đường tiết niệu các prote'us gây kiềm hóa nước tiểu và các bạch cầu bị phá huỷ cặn Addis số lượng b/c cũng thay đổi

- Đái ra mủ và nhiễm khuẩn không phải bao giờ cũng đi đôi với nhau, không có nghĩa đái ra mủ là nhiễm khuẩn tiết niệu.

Có trường hợp viêm nhiễm đường tiết niệu được điều trị kháng sinh có kết quả, phản ứng viêm còn tồn tại bệnh nhân còn đái ra mủ nhưng nước tiểu không còn vi khuẩn.

- Đái ra mủ không có nhiễm khuẩn (không có vi khuẩn trong nước tiểu) chiếm 20-25% các trường hợp bệnh lý TN thường gặp do sỏi, các dị dạng bẩm sinh, khối u đường TN

NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU

- Có vi khuẩn trong nước tiểu:

Nhiễm khuẩn tiết niệu với các khuẩn gây bệnh chỉ xác định khi các xét nghiệm vi sinh vật có ý nghĩa lấy nước tiểu đúng quy cách lấy nước tiểu giữa dòng và số lượng vi khuẩn $N/10^4$.

Nước tiểu bình thường là vô khuẩn khi mới đái khỏi miệng sáo. Nhưng có thể bị vấy bẩn các khuẩn hoại sinh ở miệng sáo niệu đạo, hay bị nhiễm từ môi trường khi mới đi tiểu, số lượng vi khuẩn thường thấp $N/10^4$. Nước tiểu có vi khuẩn lấy từ trong bàng quang là có nhiễm khuẩn. Các vi khuẩn gây bệnh thường gặp ở đường tiết niệu như E. Coli, Klebsiella, Enterobacter, tụ cầu vàng, Protéus, Pseudo-monas aeruginosa, liên cầu nhóm D.

3. TRIỆU CHỨNG THỰC THỂ

- Khám hệ tiết niệu:

- Nguyên tắc khám toàn diện

- Khám cả hệ tiết niệu và sinh dục.

Tư thế bệnh nhân : Bệnh nhân nằm ngửa, đùi hơi gấp.

Bộc lộ vùng bụng thất lưng từ ngang vú đến dưới xương mu hay ngang đùi khi cần thiết.

- Nhìn nhịp thở bụng

Hình dạng bụng dưới sườn thất lưng hố chậu, dưới rốn vùng bẹn biiu, so sánh 2 bên.

Nhận xét những thay đổi vùng dưới sườn lưng, nửa bụng một bên cao hơn bên đối diện, chỗ gồ cao sưng nề...

Sờ đánh giá tình trạng thành bụng

Phát hiện điểm đau

Phát hiện khối với các tính chất vị trí, kích thước, hình dáng, mật độ, bề mặt, bờ, di động theo nhịp thở với tổ chức xung quanh, hỏi thêm sự diễn biến ảnh hưởng khối u với toàn thân và khám với các nghiệm pháp:

Thăm khám thận: Ba phương pháp khám như sau:

PHƯƠNG PHÁP GUYON

- Nghiệm pháp chạm thất lưng :

Cách khám : khám bên nào thì người thầy thuốc đứng về phía cùng bên với người bệnh, bàn tay bên đối diện đặt vào vùng thận (góc sườn lưng) bàn tay kia đặt phía trên bụng song song với bờ sườn hay dọc theo bờ ngoài cơ thẳng to.

Bàn tay dưới áp sát vùng sườn lưng, bàn tay trên ấn xuống bình thường không có cảm giác gì, nếu thận to sẽ có cảm giác 1 khối u (thận) chạm xuống bàn tay dưới : dấu hiệu chạm thận dương tính.

- Dấu hiệu bập bênh thận :Bàn tay dưới vùng sườn lưng hất nhẹ lên từng đợt và bàn tay trên bụng ấn nhẹ xuống. Nếu thận to sẽ chạm thấy thận bập bênh giữa 2 bàn tay: dấu hiệu bập bênh thận dương tính.

PHƯƠNG PHÁP ISRAEL

Cách khám như phương pháp Guyon nhưng bệnh nhân nằm nghiêng về phía bên đối diện.

PHƯƠNG PHÁP GLENARD

Dùng bàn tay bên đối diện với thận được khám, ngón tay cái phía trước, 4 ngón tay kia phía sau, bóp vào vùng sườn lưng. Nếu thận to khi bệnh nhân thở sẽ thấy thận di động lên xuống trong lòng bàn tay, thường áp dụng khi khám thận trẻ em.

Tìm các điểm đau niệu quản:

- Điểm niệu quản trên: giao điểm của đường thẳng ngang trên rốn với bờ ngoài cơ thẳng to.

- Điểm niệu quản giữa : điểm 1/3 ngoài của đường thẳng nối 2 gai chậu trước trên.

- Điểm niệu quản dưới : điểm sát bàng quang thăm khám qua trực tràng hay âm đạo.

Khám cầu bàng quang khi bệnh nhân bí đái:

- Bàng quang căng là một khối u ngay trên xương mu - dưới rốn. Có ranh giới rõ rệt, khối u căng ấn vào gây cảm giác buồn đi tiểu.

Thăm trực tràng là động tác thăm khám phối hợp khi khám tiết niệu để phát hiện dấu hiệu bệnh lý ở bộ phận tiết niệu thấp như u phì đại lành tính tiền liệt tuyến, ung thư, viêm tiền liệt tuyến, u bàng quang, rò bàng quang - trực tràng, rò niệu đạo -trực tràng:

Khám tuyến tiền liệt: Tư thế bệnh nhân nằm ngửa hai chân dạng rộng và gấp (tư thế sản khoa) người khám đứng giữa hai đùi hay bên phải. Dùng ngón tay trở có gắng và nhúng rất nhiều dầu trơn.

Thăm trực tràng: không quên đánh giá cơ thắt hậu môn, khám toàn bộ vòng viêm mạc trực tràng, đánh giá bằng quang, túi cùng Douglas

Tuyến tiền liệt bình thường trên dưới 20g (2cm - 2,5cm). Mật độ mềm căng như cao su, có rãnh giữa phân biệt 2 thùy ranh giới rõ, không đau.

U phì đại lành tính TTL: thăm trực tràng sờ thấy khối u to như quả chanh 30g (3-4cm) quả cam 40g (4-5cm) quả táo 50-60g (5-6cm) hay hơn nữa. mật độ mềm đều căng mất rãnh giữa di động dưới cổ bằng quang, ranh giới .

Phân biệt ung thư TTL: TTL có nhân rắn hay TTL là khối u rắn chắc như đá không cân đối ranh giới không rõ không di động được.

Phân biệt viêm TTL mạn tính: thăm TTL có khối u cục mật độ không đều chỗ cứng chỗ mềm và đau.

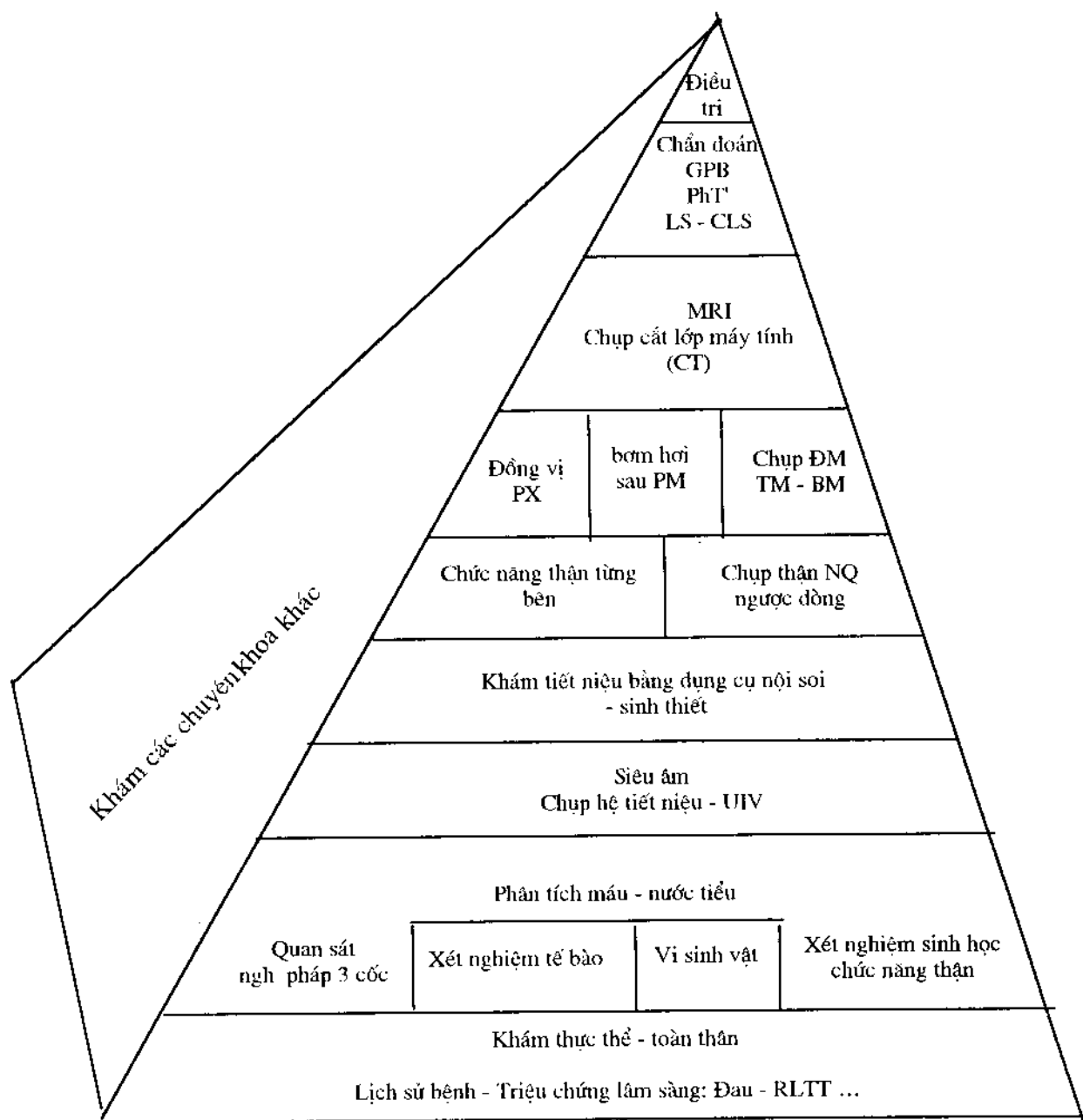
Thăm khám hệ sinh dục nam:

Thăm khám niệu đạo, dương vật, vùng bẹn bìu (xem bài thăm khám vùng bẹn bìu).

KẾT LUẬN

Thăm khám lâm sàng là một bước quan trọng trong khám hệ tiết niệu định hướng cho chẩn đoán và phối hợp với các phương pháp thăm khám khác - thăm khám bằng dụng cụ, khám XQ - siêu âm - chụp cắt lớp bằng máy vi tính... để xác định các thương tổn bệnh lý của hệ tiết niệu.

KHÁM VÀ CHẨN ĐOÁN BỆNH HỆ TIẾT NIỆU



Hình 1

Theo MARSHALL V. F. 1956
và có bổ sung 1994 Lê Ngọc Từ

NHIỄM KHUẨN NGOẠI KHOA

Nhiễm khuẩn khi vi khuẩn gây bệnh xâm nhập vào một tạng cơ thể. Viêm tấy chỉ những phản ứng thứ phát ở điểm tác nhân gây bệnh xâm nhập.

Khi một tác nhân gây bệnh, ví dụ một vi khuẩn gây mủ, đột nhập vào một điểm trong cơ thể, sẽ gây nhiễm khuẩn tại chỗ. Xuất hiện các hiện tượng đặc trưng của viêm tấy, gồm:

- Các rối loạn tuần hoàn tại chỗ, trước hết là giãn mạch chủ động.
- Sự thoát mạch: Một số bạch cầu thoát khỏi các mạch bị giãn.
- Một số dịch thẩm thấu qua thành mạch.

Hai hiện tượng sau dẫn đến tạo mủ.

- Thoái hoá tế bào tại chỗ tham gia vào quá trình tự vệ của cơ thể:

Trên bình diện lâm sàng, viêm tấy thể hiện trên bốn triệu chứng cơ bản:

- Đau.
- Nóng (tại chỗ).
- Sưng.
- Đỏ.

Hội chứng đó gọi là "*Tứ chứng CELSE*": Đau (Dolor). Nóng (Calor), Sưng (Tumor), Đỏ (Rubor). Tùy thuộc vào độc tính của vi khuẩn, sự tự vệ của cơ thể nhiễm khuẩn dẫn đến các biểu hiện lâm sàng chính, khác nhau, như: áp xe, viêm bạch mạch, mụn nhọt, hậu bối (Cụm nhọt), cốt tuỷ viêm cấp.

Vi khuẩn gây bệnh xâm nhập và phát triển ở một điểm trong cơ thể có khả năng diễn biến theo ba giai đoạn nối tiếp.

Nhiễm khuẩn tại chỗ. Thí dụ: Chín mé.

Nhiễm khuẩn cấp ở đầu ngón tay, hậu quả của một vết xước, một vết đâm nhỏ như đầu kim. Tại chỗ sưng tấy, nóng, đỏ, đau. Trước các dấu hiệu đó phải tìm ngay các phản ứng tác động (hình 2):

- Khu vực: Hạch ở trên lồi cầu, ở nách cùng bên.
- Toàn thân: Sốt.

Có trường hợp bệnh nhân đến bệnh viện vì một tổn thương khu vực như hạch nách sưng đau, hoặc có mủ, viêm hạch mủ lan ở nách. Có thể là một di chứng của một nhiễm khuẩn nhỏ ở đầu ngón tay, bệnh nhân không chú ý tới. Tổn thương đã liên sẹo (hình 3).

• Hoặc một biểu hiện toàn thân: Sốt cao giao động, thể trạng nhiễm trùng, nhân chứng một nhiễm khuẩn, mà chín mé chỉ là "*cửa vào*". Có trường hợp nhiễm

khuẩn khu vực, ở xa ổ nhiễm khuẩn ban đầu. Thí dụ trường hợp viêm lan quanh thân (hình 4).

Bệnh nhân đến khám bệnh vì đau ở một hõm lưng, sốt cao giao động, bạch cầu đa nhân cao. Sờ nắn vùng hõm lưng gây đau. Ngón tay thăm khám để lại một hõm phù nề tại chỗ, dấu hiệu hiểm gặp, xuất hiện muộn. Khi tìm cửa vào của nhiễm khuẩn phát hiện vết sẹo chín mé hoặc một nhọt đang lặn dần. (hình 5)

ÁP XE NÓNG - ÁP XE LẠNH

1. ĐỊNH NGHĨA

Áp xe nóng: Là một ổ mủ cấp, khu trú, phát triển trong một ổ mủ tân tạo, với các dấu hiệu chính của viêm tấy: Sưng, đỏ, nóng, đau. (hình 5).

Nguyên nhân gây bệnh là tụ cầu khuẩn hoặc liên cầu khuẩn gây mủ. Vi khuẩn thâm nhập từ ngoài (một cửa vào) và phát triển trong cơ thể.

Áp xe lạnh: Tụ mủ tạo lập từ từ, không có dấu hiệu cơ bản của viêm tấy. Thường do lao, (hình 6). thí dụ trường hợp áp xe lạnh tổ chức dưới da, có thể thứ phát sau một tổn thương lao: viêm hạch lao, viêm xương, viêm xương - khớp lao.

Trước một áp xe, cần chẩn đoán là một áp xe nóng hay áp xe lạnh để có phương hướng điều trị thích hợp.

2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG ÁP XE NÓNG VÀ ÁP XE LẠNH

TT	Áp xe nóng	Áp xe lạnh
1	Sưng, đỏ, nóng, đau.	Sưng, không đỏ, không nóng tại chỗ, không đau (tự nhiên hoặc khi sờ nắn)
	Tìm dấu hiệu " <i>Dạng sóng</i> " theo nhiều hướng để tránh lâm với " <i>Dạng sóng</i> " giả của có (đùi, mông), đầu ngón tay (mặt lòng bàn tay) (hình 6).	
2	Có hạch ở nếp bẹn nếu là áp xe nóng ở đùi. Khi sờ nắn: Đau, sưng, tấy. Không còn di động khi viêm quanh hạch, hoặc có mủ.	Nếu có hạch : Hạch không đau.
3	Tác động tới toàn thân. Sốt cao dao động. Có thể rét run, rức đầu chán ăn. Bạch cầu tăng (12.000 hay hơn), đa nhân 80%.	Tác động ít tới toàn thân. Hoặc tác động tới toàn thân (suy giảm) vì quá trình lao, không phải vì áp xe.
4	Về nguyên nhân: Nhiễm trùng trực tiếp, vết xước, gãi, đinh, kim đâm vào da. Tìm điểm đau ở xương. Chụp X quang để chẩn đoán.	Do một hạch lao lan. Viêm xương - khớp lao.
5	Mủ: Chọc dò hoặc rạch dẫn lưu. Mủ xanh, vàng xanh, dính.	Mủ chọc dò: Màu xám nhạt, loãng có vụn bã đậu.
6	Vì khuẩn: Soi kính hiển vi cận mủ: Bạch cầu đa nhân đã bị huỷ. Tự cấy trùng hoặc lên cấy trùng	Không có vi khuẩn càng nghi tới lao. Tìm B. K (Bacille deKoch): Soi trực tiếp hoặc tiêm chuột bạch.
7	Tiến triển: Không rạch dẫn lưu, mủ lan da. Loét, dò mủ. Lâu liền. Phải rạch tháo mủ khi áp xe đã chín. Không chờ.	Không điều trị: Da đỏ tấy, loét dò mủ. Lỗ dò có viền mầu tím tái, bờ róc, không có khuynh hướng tự liền sẹo.

3. CHÚ Ý

Áp xe nóng là một quá trình tự vệ của tổ chức liên kết, bọc ổ mủ, bảo vệ các tổ chức chung quanh. Sau khi rạch dẫn lưu mủ, có khuynh hướng tự co lại. Ổ mủ xẹp. Liền sẹo. Tiến triển hướng tâm (hình 9).

Áp xe lạnh: Màng ranh giới không phải là hàng rào ngăn nhiễm trùng. Trái lại là một tổn thương lao đang tiến triển. Vì vậy áp xe lạnh do lao tiến triển lan, tiến triển ly tâm. Thí dụ: áp xe lao cột sống phát triển từ cột sống, lan theo cơ đái tới cung đùi. Không rạch áp xe lao vì thành áp xe không bao giờ tự co xẹp lại. Khi áp xe vỡ mủ hoặc sau khi rạch áp xe, ổ lao vẫn tồn tại lan tới da, tạo một lỗ dò khó tự liền được. Nếu điều trị phẫu thuật áp xe lạnh, phải cắt bỏ toàn khối, cả màng áp xe. Trường hợp áp xe hủy xương, điều trị ổ lao nguyên ủy (lao cột sống); (hình 10)

Áp xe nóng tiến triển hướng tâm. áp xe lạnh tiến triển ly tâm.

Viêm lan tảo: Là trạng thái viêm cấp tổ chức dưới da, lan rộng. Không tự khu trú. Tiến triển tới hoại tử. Không có mủ (ít nhất lúc đầu). Tác động tới toàn thân, nhiễm trùng, nhiễm độc. (khả năng gây bệnh của vi khuẩn).

Áp xe hình cúc áo: Có 2 túi, một túi sâu, một túi nông. Hai túi thông với nhau qua một kẽ dò hẹp. Nếu rạch dẫn lưu mủ túi nông, bỏ quên túi mủ sâu (quan trọng), không bao giờ khô mủ, liền sẹo được. (hình 11).

Viêm bạch mạch

Viêm cấp bạch mạch do vi khuẩn gây bệnh đột nhập vào các mạch nông và thân bạch mạch. Thường do một vết thương phần mềm.

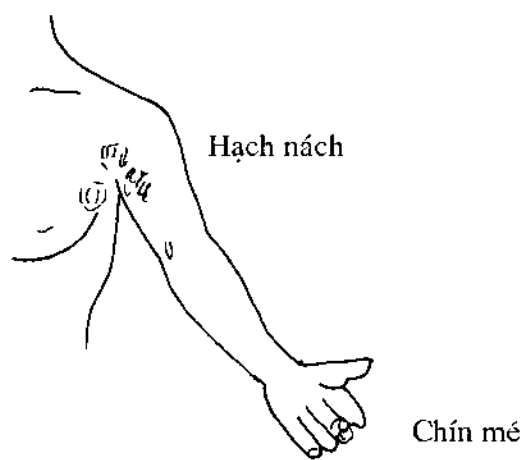
Ở bệnh viện, hay gặp viêm bạch mạch do truyền dịch chỗ mũi kim tiêm nhiễm khuẩn, nhất là trường hợp truyền dịch chệch ven ra ngoài, hoặc rạch ra bộc lộ tĩnh mạch hiển trong để truyền dịch. Vì vậy tránh bộc lộ tĩnh mạch hiển trong ở cổ chân để truyền dịch. Thể hiện lâm sàng:

1. VIÊM MẠNG LƯỚI BẠCH MẠCH (nóng)

Tại vết thương: Sưng, nóng, đỏ, đau, phù nề. Ấn gây đau, làm mất màu đỏ. Nhấc ngón tay, da lại đỏ. Sốt cao trên 39⁰. Hạn chế vận động chi vì đau. Hạch khu vực sưng đau (hình 12).

2. VIÊM THÂN BẠCH MẠCH

Nhiều dải đỏ song song dọc thân bạch mạch, chạy thẳng. Có nhiều mạch nổi. Sờ nắn, có cảm giác một thùng nắn dưới ngón tay, đau, chạy về hướng khu vực hạch, hoặc nổi vết thương với hạch khu vực. Sốt cao. Chỉ có viêm bạch mạch bị hạn chế vận động (hình 13)

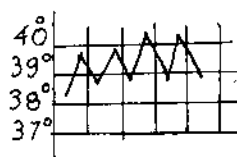
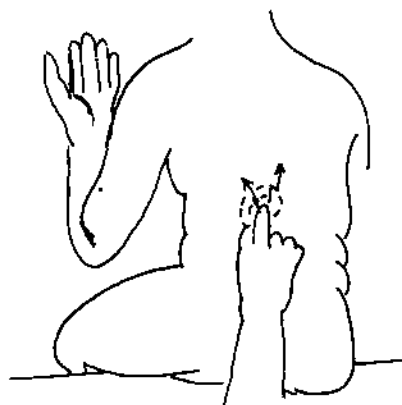


Hình 2



Hình 3

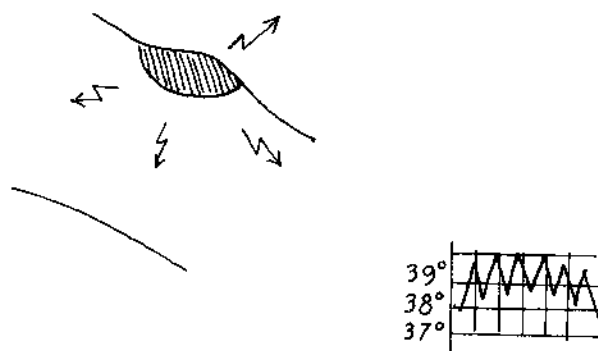
Chín mé đã liền sẹo



BC = 20.000

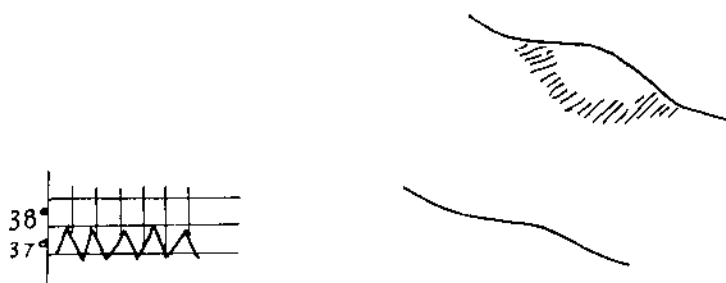
Hình 4.

Viêm lan quanh thận

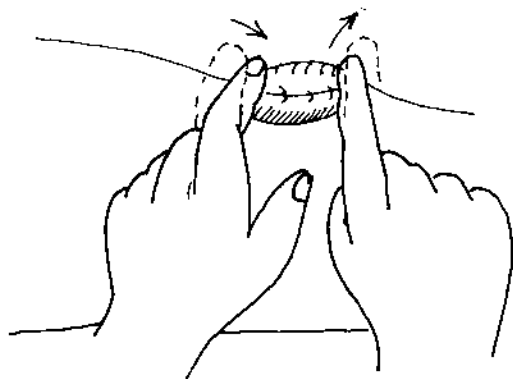


Hình 5

Áp xe nóng

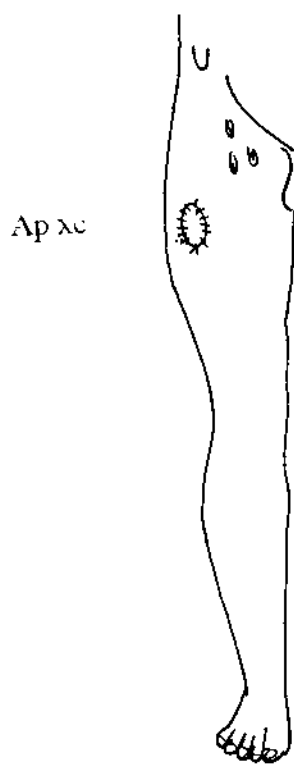


Hình 6 Áp xe lạnh



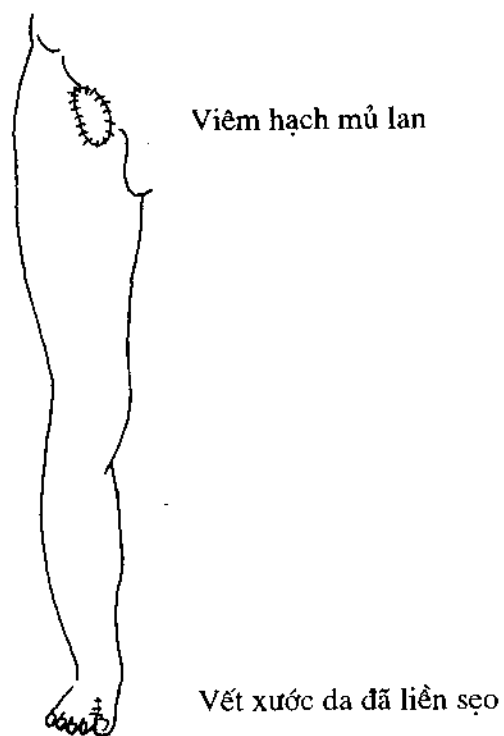
Hình 7

Tìm dấu hiệu "*dợn sóng*": Ngón tay đặt trên khối phình sẽ bị đẩy lên khi một ngón tay khác ấn ở một điểm đối diện theo đường kính. Tìm dấu hiệu *dợn sóng* theo nhiều hướng khác nhau để phân biệt "*dợn sóng giả*" do cơ di động (cơ mông, đùi).

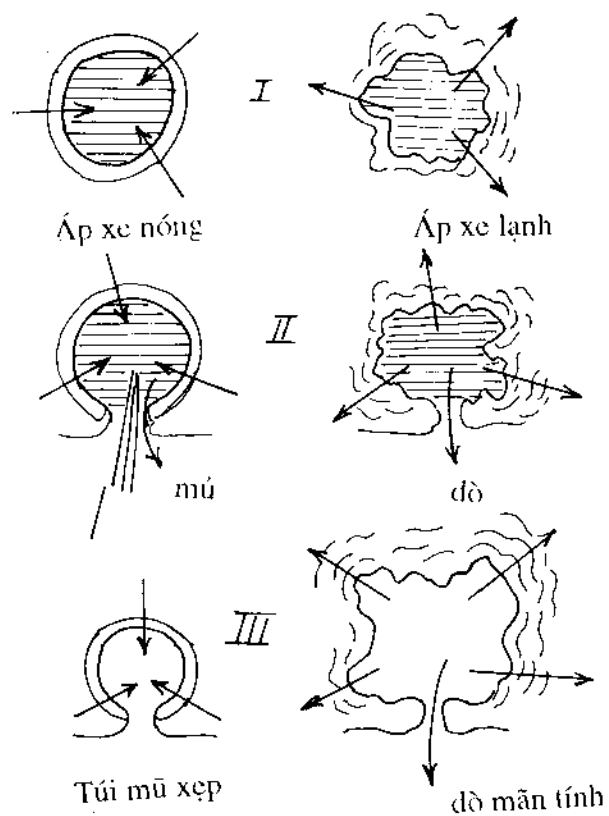


Hình 8

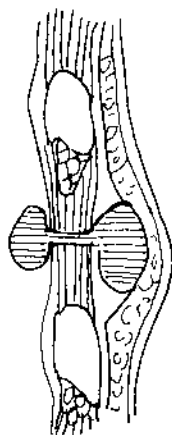
Áp xe nóng ở đùi
Viêm hạch bẹn



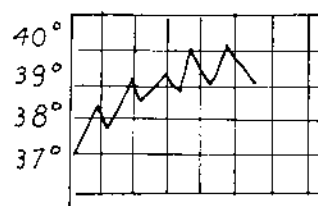
Hình 9 :



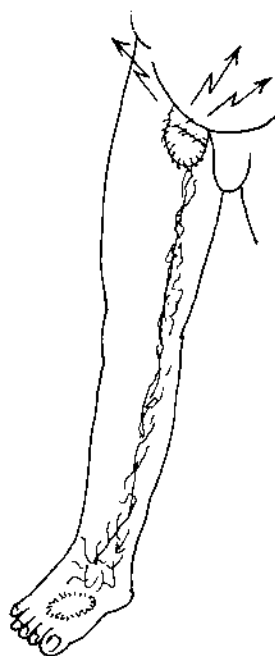
I, II III Áp xe lạnh tiến triển ly tâm
 Hình 10 Áp xe nóng tiến triển hướng tâm ;



Hình 11
 Áp xe hình cúc áo xuyên qua cơ liên sườn



Hình 12 Viêm màng lưới bạch mạch 40° 39° 38° 37°



Hình 13
Viêm thân bạch mạch

NHỌT

Nang tuyến nhờn lỗ chân lông nhiễm khuẩn hoại tử gây nên nhọt. Vi khuẩn gây bệnh là tụ cầu vàng.

Nguyên nhân hỗ trợ:

Tại chỗ: Ngứa ngứa, ma sát sước da tái diễn.

Toàn thân: Mọi nguyên nhân làm suy giảm đề kháng vì khuẩn lao lực, đang trong trạng thái nhiễm khuẩn. Nhất là bệnh nhân mắc bệnh tiểu đường. Trước một trường hợp lâm sàng nhọt tái phát, bao giờ cũng làm những xét nghiệm tìm đường niệu, đường huyết. Bệnh tiểu đường làm nặng thêm đỉnh nhọt và trái lại đỉnh nhọt làm nặng thêm bệnh tiểu đường.

LÂM SÀNG

Khởi đầu, một lỗ chân lông nổi mụn đỏ, ngứa, rát. Sau 3 đến 4 ngày thành hình một nhọt đau. Ấn tăng đau. Nhọt tiến triển, sưng tấy, cứng, to bằng đầu ngón tay hoặc to hơn. Ở điểm chót, dưới màng mỏng biểu bì có chấm vàng. Ngày thứ 5 thứ 6, mảng màu vàng vỡ đi ít mủ. Đau có chiều hướng giảm. Đỉnh nhọt rỉ mủ. Ở đáy có một đám tổ chức xanh. Đó là ngòi của nhọt. Nặn được ngòi ra, lỗ hỏm còn rỉ mủ, nhưng đây dần. Hết đau. **Nhọt lặn**. Từ ngày thứ 12 đến 14, liền sẹo. Khỏi hoàn toàn.

Nhọt tiến triển lâm sàng đa dạng

- Ngưng tiến triển. Không nung mủ tan sau 3 đến 4 ngày.
- Sưng tấy, đau. Bệnh nhân sốt cao, rét run, nhức đầu, chán ăn.
- Nhọt xuất hiện ở nhiều điểm, gây: " Bệnh đỉnh nhọt", tái phát kéo dài hàng tuần, hàng tháng, rất khó điều trị.

Nhọt có thể xuất hiện ở nhiều vị trí

- Nhọt ở mông, rất đau. Bệnh nhân không ngồi bình thường được.
- Nhọt ở mặt lưng ngón tay, hạn chế vận động
- Nhọt ở mí mắt gọi là chắp lẹo. Dễ tái phát
- Nhọt ở ống tai ngoài rất đau rức.
- Nhọt ở môi trên (đỉnh râu), trầm trọng vì có thể gây nên biến chứng dẫn đến tử vong

Đỉnh râu sưng tấy rất nhanh, nền cứng, nổi gò đỏ, rất đau. Môi sưng phù. Tuyệt đối không nặn, không trích đỉnh râu.

Có hai trường hợp cực kỳ trầm trọng

- Nhiễm khuẩn tụ cầu ác tính mặt: Trong vài giờ, nhọt sưng lan nhanh ra toàn

môi, má, tạo thành một mảng cứng lan, nổi rộp đỏ xẫm, bong, rỉ rác đốm mủ xám. Sốt cao trên 40° , rét run. Thể trạng nhiễm trùng. Toàn thân suy sụp nhanh. Cây máu dương tính, phân lập tụ cầu vàng. Trước kỷ nguyên kháng sinh, tử vong cao.

- **Viêm tắc xoang hang:** Có thể xuất hiện ngay hoặc là hậu quả của nhiễm khuẩn tụ cầu ác tính mặt. Trước tiên tĩnh mạch bị viêm. Thể trạng nhiễm khuẩn nặng. Để chẩn đoán, tìm tam chứng:

- Phù mí mắt. Kết tạo phù đỏ. Nhãn cầu lồi.
- Liệt thần kinh VI. Mắt lác trong. Có trường hợp nhãn cầu liệt, không vận động được.
- Hội chứng màng não. Gáy cứng.

Tiến triển cực kỳ trầm trọng. Tử vong cao mặc dù điều trị kháng sinh.

- Các biến chứng; của nhọt:
- Tại chỗ: áp xe nóng khu trú. Viêm bạch mạch màng hoặc thân. Viêm hạch khu vực kèm theo.

• Toàn thân: Nhọt là một trong những nguyên nhân nhiễm khuẩn máu tụ cầu. Đặc điểm của thể nhiễm khuẩn này là gây các ổ nhiễm khuẩn thứ phát ở xa:

- Xương: Cốt tuỷ viêm khớp.
- Khớp: Viêm khớp tràn dịch.
- Viêm cơ hoặc viêm mủ cơ.
- Thận: Viêm lan quanh thận; Viêm thận - bể thận.
- Viêm nội mạc tim.
- Các ổ nhiễm khuẩn phế mạc - phổi.

HẬU BỐI (Cụm nhọt)

Hậu bối là một cụm nhọt tiến triển đồng thời và xen kẽ. Vị trí: ở gáy hoặc lưng. Vi khuẩn gây bệnh: Tụ cầu vàng. Trầm trọng tại chỗ và vì tác động toàn thân. Nguyên nhân chính tạo thuận tiện là bệnh tiểu đường. Hậu bối có thể là dấu hiệu đầu tiên làm lưu ý tới bệnh tiểu đường.

Trước một trường hợp hậu bối, đương nhiên làm các xét nghiệm phát hiện đường niệu, đường huyết, các chất "Ce'tone).

LÂM SÀNG

1. Hậu bối khu trú ở gáy: Vị trí thường gặp.

- Khởi đầu: Ngứa, có cảm giác căng nhức ở gáy. Rất nhanh xuất hiện một mảng cứng đỏ, tím, đau (đau nhói, âm ỉ). Cổ cứng, hơi gập lại. Bệnh nhân mất ngủ sốt cao $38^{\circ} - 39^{\circ}$. 2 - 3 ngày sau ở vùng cứng xuất hiện nhiều nhọt hình chóp. Trường hợp hậu bối khu trú không có viêm bạch mạch lan. Các nhọt vỡ,

loét thành một hõm lớn, chảy mủ. Có các mảnh hoại tử. Giảm sốt. Hội chứng nhiễm trùng giảm. Tiến triển thuận lợi. Tồn tại một ổ loét rộng liền sẹo chậm.

Biến chứng sớm

- Tại chỗ: áp xe dưới hậu bối.
- Toàn thân: Nhiễm khuẩn máu hoặc vi khuẩn vào tuần hoàn nhất thời. Có thể gây các ổ nhiễm khuẩn xa.

2. Hậu bối lan, rất nặng

Một mảnh viêm tấy lan, rất cứng, đầu tím bầm, rất đau. Phù lan rộng. Viêm bạch mạch lan. Thể trạng nhiễm trùng nặng. Sốt cao 40° . Mạch nhanh nhỏ. Thiếu niệu. Các mảng hoại tử rụng. Mủ lan rộng.

Trước kỷ nguyên kháng sinh, bệnh nhân thường chết. Điều trị kháng sinh, tiến triển thuận lợi, nhưng chậm.

CỐT TỦY VIÊM CẤP

Cốt tủy cấp là nhiễm trùng xương cấp do tụ cầu trùng. Còn gọi là "*Nhọt ở xương*" ở trẻ em. Phát triển ở gần đầu xương nơi xương phát triển mạnh.

Ở chi trên: Hiếm gặp. Vị trí: Ở đầu xương cánh tay.

Đầu dưới xương quay, "*Xa khuỷu*".

Ở chi dưới: Đầu dưới xương đùi. Đầu trên xương chày, "*gần gối*" cốt tủy xương xuất hiện "*gần gối*", "*xa khuỷu*".

1. THỂ LÂM SÀNG

1.1. Hoàn cảnh khám bệnh

Trẻ nhỏ sốt cao, đau ở đầu xương. Bố mẹ thường là kể " Sau khi ngã, cháu kêu đau ở xương". Sốt có thể là do trẻ bị viêm xương, nhưng chưa phát hiện bệnh. Do ngã mới đi khám bệnh. Như vậy tiền sử " ngã" không có giá trị chẩn đoán, vì trẻ nhỏ hay ngã.

1.2. Khám lâm sàng

Khởi bệnh dữ dội với hai triệu chứng chính: Sốt, đau.

Sốt cao 39° - 40° . Hội chứng nhiễm trùng nặng. Rét run. Vẻ mệt mỏi, li bì.

Đau: Đau tự nhiên ở gần đầu xương.

Đau ngoài khớp. Thí dụ: Đau ở đầu dưới xương đùi, ở trên khớp gối.

Đau theo chu vi: Ấn đau ở mặt ngoài, trong, trước, sau, theo đường chu vi (hình 14).

Đau xuyên: Ấn ở một điểm trước, đau xuyên ra sau. Dấu hiệu đặc biệt, trung thành trong cốt tủy viêm.

Tim vận động khớp: Rất thận trọng. Khớp "*tự do*", không bị hạn chế vận động.

Dấu hiệu đã bị loại bỏ "Viêm khớp trước".

Vị trí sau: Nhìn ngoài như bình thường. Có trường hợp hơi sưng đỏ. Tìm dấu vết của một "cửa nhiễm khuẩn": Vết xương, sẹo cũ.

1.3. Xét nghiệm máu: Bạch cầu tăng cao (đa nhân chính).

Cấy máu trước điều trị kháng sinh : Thường dương tính. Phân lập tụ cầu trùng.

1.4. Chụp X quang: Thẳng, nghiêng. Xương chi.

Ngay từ đầu, không có hình bệnh lý trên phim X Quang.

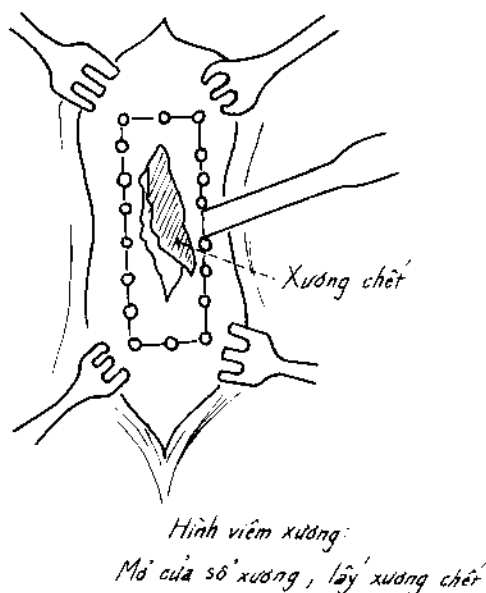
Bệnh tiến triển: Hình cốt mạc. Bề xương thưa.

2. ĐIỀU TRỊ

Bó bột bất động. Điều trị kháng sinh liều cao. Theo dõi điều trị. Sau hai tuần, đánh giá kiểm tra về lâm sàng và X quang.

2.1. Tiến triển thuận lợi: khỏi. Nhiệt độ trở lại bình thường, triệu chứng tại chỗ hết

2.2. Tiến triển không thuận lợi: Nguy cơ chuyển sang mãn. Thành hình xương mục, nguồn gây áp xe tái diễn. Dò mủ dài. Có thời gian lỗ dò đóng vảy, rồi lại dò. Thành phế tật. Điều trị ngoại khoa khó có kết quả tốt ngay được.



Hình 14

HỘI CHỨNG CHẢY MÁU TRONG

I. ĐẠI CƯƠNG

“*Hội chứng chảy máu trong*” là chỉ hiện tượng chảy máu (máu từ lòng mạch thoát ra ngoài) gây tràn ngập máu trong các khoang lớn tự nhiên của cơ thể như khoang bụng, khoang phế mạc. Khi nói đến thuật ngữ này đều nghĩ ngay tới đó là chảy máu trong khoang màng bụng vì thường gặp nhất và nguy hiểm nhất. Do vậy ở đây chỉ trình bày hội chứng chảy máu trong khoang màng bụng.

Đây là hội chứng ngoại khoa tối cấp, có thể làm chết người bệnh nhanh chóng nếu không được chẩn đoán sớm và xử lý kịp thời.

Trong thời gian gần đây, do có nhiều tai nạn giao thông, lao động và sinh hoạt nên tỷ lệ chấn thương bụng có tổn thương tạng tăng nhiều. Tổn thương càng ngày càng đa dạng và phức tạp, nhiều trường hợp nằm trong tình trạng của đa chấn thương.

Ứng dụng kỹ thuật siêu âm, scanner nhằm xác định và chẩn đoán nguyên nhân chảy máu ở những trường hợp khó đã giảm bớt thủ thuật “*mổ bụng thăm dò*”.

Hội sức cấp cứu kịp thời đã góp phần giảm tỷ lệ tử vong trong những trường hợp chảy máu trong.

2. GIẢI PHẪU BỆNH HỌC

2.1. Cơ sở giải phẫu

Ổ bụng không chỉ bao bọc bởi phúc mạc mà còn vùng sau phúc mạc, nơi dễ dàng tụ máu sau những chấn thương trực tiếp vào thận, tụy, mạch máu biểu hiện cũng như là hội chứng chảy máu trong. Giới hạn của ổ bụng bao gồm:

- Phía sau: Cột sống lưng - thất lưng, những xương sườn dưới. Khối cơ lưng thất lưng ngăn cản những chấn thương từ phía sau. Do vậy những chấn thương trực tiếp ở vùng này gây tổn thương thận, gan, tụy hay mạch máu... là những chấn thương mạnh.

- Phía trên: là vòm hoành hai bên ngăn cách khoang bụng và khoang ngực. Chấn thương hay vết thương có thể vỡ cơ hoành gây chảy máu trong ổ bụng và trong khoang ngực.

- Phía dưới: là vùng cạnh chậu và tiểu khung. Do cấu trúc bền vững nên những

trường hợp chấn thương đè , dụng đập mạnh gây tổn thương xương chậu và các tạng. Vùng này có các túi chứa máu hay dịch trong ổ bụng, nhất là những trường hợp chảy máu trong các cấp cứu sản - phụ khoa.

- Phía trước: Là thành bụng gồm cơ thẳng to, các cơ chéo, cơ ngang ở hai bên đường trắng giữa. Dưới sức đè ép từ trước ra sau mà nền là khối lưng nên những chấn thương nhẹ cũng có thể gây tổn thương các tạng trong ổ bụng.

2.2. Tổn thương giải phẫu bệnh lý

2.2.1. Loại tổn thương

- Do chấn thương và vết thương

+ Sau khi bị chấn thương, tạng (tạng đặc) bị tổn thương vỡ gây chảy máu tức thì vào trong ổ bụng. Hoặc có khi tạo thành máu cục ở dưới bao (bao gan, bao lách), sau một thời gian (vài ngày hoặc một hai tuần) máu cục to lên làm xé rách bao tạng, gây chảy máu ổ ạt trong ổ bụng. Đó là hiện tượng chảy máu thứ phát: Những trường hợp chấn thương gây tụ máu sau phúc mạc có thể càng to dần, thấm qua hoặc rách phúc mạc chảy vào trong ổ bụng.

+ Tổn thương gây chảy máu có thể là 1 vết rách gọn, có thể bị dập nát nhiều mảnh, có khi đứt rời cuống mạch (ví dụ: cuống lách)

- Bệnh lý

+ Các tạng như gan, lách.... có thể có những tổn thương phát triển dần, to nhanh hay một số bệnh lý của sản, phụ khoa có thể vỡ tự nhiên hoặc do sang chấn nhẹ biểu hiện tình trạng chảy máu từ nhu mô, từ các mạch máu đổ vào bụng nhưng có thể khu trú dưới bao nếu chảy máu ít, từ từ.

2.2.2. Máu tràn vào trong ổ bụng bị lắc đảo theo nhịp thở của nhu động ruột sẽ nhanh chóng tạo thành các cục máu đông. Trong nước máu còn lại rất ít sợi huyết do đó khi chọc dò hút ra máu thường không đông.

2.2.3. Sự hiện diện của máu trong bụng sẽ gây kích thích đám rối tạng làm cho dạ dày và ruột dẫn chướng, giảm nhu động. Máu sẽ bao bọc ở những tạng bị tổn thương, bao bọc thành ruột, đi dọc theo rãnh thành - đại tràng hai bên, đông lại ở các túi cũng thấp như khoang Morission. Douglas và hai hố chậu...

2.2.4 .Khối lượng máu chảy trong ổ bụng có thể từ vài chục ml đến hàng lít. Tổn thương càng lớn máu chảy càng nhiều, nhất là những trường hợp có nhiều tạng cùng bị vỡ, bị rách

3. NGUYÊN NHÂN

3.1. Chấn thương và vết thương bụng

- Chấn thương kín ổ bụng là những chấn thương trực tiếp do sang chấn đè ép vào thành bụng hoặc là những chấn thương gián tiếp tạo thành sức dồn ép. Tùy theo mức độ mạnh hay nhẹ mà tổn thương khác nhau. Các tạng thường bị tổn thương là:

+ Gan: Có thể bị đụng dập, rách vỡ vào ổ bụng hoặc từ máu dưới bao.

+ Lách: Rất dễ vỡ do chấn thương trực tiếp, chảy máu do xước, vỡ và cũng có tụ máu dưới bao. Có những trường hợp bị đứt rời cuống lách do sang chấn mạnh.

+ Thận: Chấn thương trực tiếp ở phía sau. Thường tụ máu sau phúc mạc và vỡ vào ổ bụng. Có thể đụng dập, xước, rách gây tụ máu trong bao.

+ Tụy: Nằm ở sau, gối vào cột sống nên khi chấn thương đè ép gây tổn thương chảy máu.

+ Mạch máu: có thể các mạch máu ở mạc treo ruột, các mạch máu lớn bị rách, bị đứt gây chảy máu ào ạt vào trong ổ bụng.

- Vết thương thấu bụng

Có thể là những vết thương do dao đâm hoặc do đạn bắn. Tạng bị tổn thương thường ở vị trí của vết thương và trên đường xuyên vào ổ bụng như : Gan, lách, tụy, mạc treo ruột, các mạch máu lớn trong bụng, cả thành bụng rách gây chảy máu vào trong ổ bụng. Có thể một tạng hay nhiều tạng cũng bị tổn thương.

3.2. Bệnh lý

3.2.1. Các bệnh sản phụ khoa

+ Vỡ chửa ngoài dạ con: Khối phôi thai không nằm trong buồng tử cung mà nằm ở vòi trứng hoặc trong ổ bụng, phát triển to và vỡ gây chảy máu

+ Vỡ nang Graffe từ bề mặt của buồng trứng di máu vào trong ổ bụng

3.2.2. Các bệnh không phải sản phụ khoa

Gan.

+ Ung thư gan vỡ: Khối u phát triển to hoại tử tổ chức và vỡ gây tình trạng chảy máu ào ạt.

+ U máu gan: ít gặp hơn.

+ Tụ máu tự nhiên dưới bao gan.

+ Biến dạng động mạch gan.

- Lách:
 - + Lách to trong các bệnh như sốt rét, bệnh về máu có thể vỡ tự nhiên.
 - + Dị dạng mạch máu của lách.
 - + tụ máu thứ phát trong bao lách
- Dạ dày
 - + U mạch máu thân tạng.
- Tụy
 - + Viêm tụy cấp chảy máu.
- Mạch máu:
 - + Phồng động mạch chủ bụng vỡ.
 - + Nhồi máu mạc treo ruột.
 - + U máu mạc treo vỡ

4. TRIỆU CHỨNG

4.1. Lâm sàng

Bệnh cảnh lâm sàng tùy theo nguyên nhân cụ thể gây chảy máu trong ổ bụng. Nhưng khi hiện tượng tràn máu ổ bụng xảy ra thì có một “*hội chứng chung*” được biểu hiện khi bệnh nhân đến sau chấn thương hoặc xuất hiện đau bụng như sau:

4.1.1. Cơ năng

- Đau: Đột ngột, dữ dội, thường đau bắt đầu ở vị trí tạng gây chảy máu, sau đó lan khắp bụng
 - . Đau lan lên vai trái trong vỡ lách (dấu hiệu Kerh)
 - . Đau dội lên khi thở mạnh, thay đổi tư thế hoặc khi sờ nắn bụng
- Nôn hoặc buồn nôn.
 - Bi trung, đại tiện (không thường thấy)

4.1.2. Thực thể

- Co cứng thành bụng: Thường không điển hình như trong viêm phúc mạc, mức độ thường thấy là phản ứng thành bụng. Co cứng rõ nhất ở vùng bị tổn thương.
- Bụng chướng: chướng đều, gõ vang (do các quai ruột bị chướng)
- Cảm ứng phúc mạc: ấn đau khắp bụng, nhiều nhất là vùng tạng bị tổn thương.
- Gõ: vùng đục theo tư thế (giống như trường hợp có ascite).
- Xác định các thương tổn có trên thành bụng:

- Vết thương, bầm tím, xây xát, tụ máu và những sang chấn đụng dập khác.
- Dấu hiệu Cuellen: có quầng tím ở quanh rốn (ít khi thấy)
- Thăm trực tràng thấy túi cùng Douglas phồng và đau.

- Thăm âm đạo: Rõ nhất là trong chảy máu chữa ngoài dạ con vỡ. Túi cùng Douglas phồng, chạm lắc vào cổ tử cung rất đau: tiếng kêu Douglas. Khi rút tay ra: có máu màu nâu nhạt màu sepia theo tay.

4.1.3. Toàn thân

- Lúc mới bắt đầu, có cảm giác hoa mắt, chóng mặt hoặc ngất.
- Nếu đến sớm trong tình trạng huyết động chưa thay đổi chỉ có biểu hiện: Đau bụng, da xanh...
- Trường hợp điển hình, xuất hiện tình trạng sốc do mất máu: nét mặt lo sợ hốt hoảng, vật vã, da niêm mạc nhợt, chân tay lạnh. Khó thở: thở nhanh, nông, hai cánh mũi phập phồng; mạch nhanh, nhỏ khó bắt huyết áp hạ có khi có truy mạch thực sự: không bắt mạch được, không đo được huyết áp.

4.1.4. Các triệu chứng khác

- Huyết áp tĩnh mạch trung ương thấp (bình thường 8-10 cm nước)
- Nước tiểu ít (bình thường mỗi giờ 40 - 60ml): Hậu quả của mất máu, giảm khối lượng tuần hoàn cấp tính.

4.2. Cận lâm sàng

4.2.1. Xét nghiệm

- Hồng cầu, huyết sắc tố và Hematocrite đều thấp (biểu hiện tình trạng mất máu)
- Có trường hợp cần xác định thêm:
- Bilan xét nghiệm về đông máu.
 - Bilan về chức năng gan.
 - Amylaza máu và nước tiểu.
 - Hồng cầu trong nước tiểu.

4.2.2. X quang

Chỉ tiến hành chụp X quang khi điều kiện cho phép: Bệnh nhân không sốc, huyết áp động mạch tối đa trên 100mm Hg. Phải chú ý khi di chuyển đi chụp: Luôn luôn để bệnh nhân nằm ngang không cho ngồi đứng dậy đột ngột vì có thể gây tụt huyết áp, truy mạch.

Những thăm dò X quang có thể làm:

- Chụp bụng không chuẩn bị: Trường hợp có máu trong ổ bụng sẽ thấy các quai ruột dẫn, thành ruột hiện rõ. Đặc biệt trong vỡ lách có thể thấy một số dấu hiệu: Dạ dày dẫn hơi hiện rõ trên nền mờ, bóng lách to ra, khoảng cách giữa cơ hoành trái và phình vị lớn dày lên đại tràng ngang bị đẩy võng xuống...

- Chụp ngực trong những trường hợp kèm theo tổn thương vùng ngực, hay trong những trường hợp đa chấn thương.

4.2.3. Siêu âm

Hiện nay được sử dụng nhiều trong những trung tâm cấp cứu. Ưu điểm là một thăm dò nhẹ nhàng, nhanh kiểm tra được toàn bộ ổ bụng, không gây nguy hiểm cho bệnh nhân.

Các dấu hiệu cần tìm kiếm như:

- Máu đông ở vùng thấp như: Khoang Morsson

Rãnh đại tràng phải và trái

Túi cùng Douglas

- Tình trạng tổn thương, nhu mô của các tạng trong ổ bụng.

- Kiểm tra vùng sau phúc mạc, tìm tràn dịch màng phổi- màng tim.

4.2.4. Scanner: Có hay không kèm theo thuốc cản quang

Ưu điểm là dễ thực hiện.

Nhận xét tổn thương dễ dàng không những trong ổ bụng mà còn tổn thương ở các tạng khác. (ngực, sọ, não, xương).

Cần xác định: - Hình thể của các tạng

- Tổn thương.

- Có thể phát hiện các khối máu tụ trong ổ bụng.

- Theo dõi sự tiến triển của khối máu tụ. Nhất là những trường hợp tụ máu sau phúc mạc hoặc là những tụ máu ở thành ruột.

4.2.5. Chụp động mạch

Chỉ định hạn chế tùy theo từng nguyên nhân. Cho phép xác định những tổn thương của mạch máu trong những trường hợp mà các thăm dò khác không xác định được. Chụp chọn lọc động mạch thân tạng hoặc động mạch mạc treo tràng, phức tạp nên ít khi làm.

4.3. Các thăm dò khác

4.3.1. Chọc dò ổ bụng

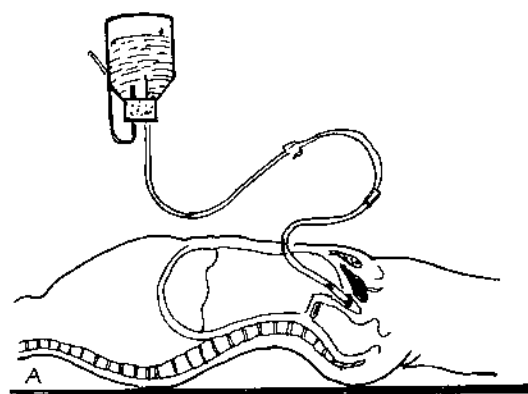
Vị trí chọc: Bờ dưới rốn, ngay chính đường trắng giữa, chỉ cần chọc ở một điểm này,

không nên chọc lần lượt ở nhiều điểm (hố chậu hai bên, dưới sườn hai bên). Tỷ lệ dương tính chỉ được 75% các trường hợp. Lượng máu trong bụng ít nhất phải từ 500 ml trở lên mới có hy vọng chọc hút ra máu.

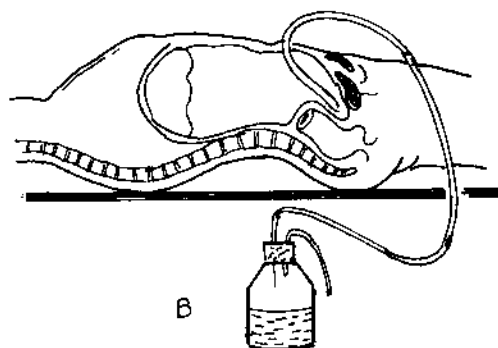
4.3.2. Chọc bơm rửa ổ bụng

+ Kỹ thuật: Kỹ thuật thực hiện trong phòng mổ.

Bệnh nhân nằm trên bàn mổ. Sát trùng vùng mổ như một ca mổ bình thường. Tiến hành gây mê bằng Xylocain 1-3%, Novocain từng lớp ở dưới rốn, dọc theo đường trắng giữa. Rạch da cách rốn 1-1,5 cm, dài độ 2,5-3 cm theo từng lớp. Qua cán, cầm máu kỹ. Nâng nhẹ phúc mạc lên và dùng Trocat chọc thủng phúc mạc theo một góc 45° nghiêng với thành bụng đưa xuống tận túi cùng Douglas. Rút nòng để lại ống plastique, quan sát nếu thấy máu chảy ra là có tổn thương tạng trong ổ bụng. Khi không có máu chảy ra, nối Trocat với dây truyền dịch huyết thanh mặn 9%⁰



Hình A.



Hình B

Hình 15

(Hình A) khoảng 500 ml chảy vào ổ bụng, sau đó cho dịch chảy ra và quan sát màu sắc. (Hình B).

+ Cách nhận định kết quả:

Dương tính khi: Nước máu rõ ràng

Trên 100.000 hồng cầu / ml nước chọc rửa.

Âm tính khi: Nước trong hoàn toàn

Nếu kết quả âm tính nhưng nghi ngờ có chảy máu:

Lưu kim, làm lại sau hai giờ.

Nếu kết quả âm tính nhưng nghi ngờ có chảy máu:

Lưu kim, làm lại sau hai giờ.

+ Nhận định về phương pháp: Rất nhạy, độ tin cậy cao, chỉ cần có 20-30 ml máu trong ổ bụng đã cho kết quả dương tính.

4.3.3. Soi ổ bụng cấp cứu

Hiện nay phẫu thuật nội soi ổ bụng phát triển nên việc soi ổ bụng để xử lý và chẩn đoán thực hiện một cách thường xuyên. Soi ổ bụng cho kết quả chính xác nhưng trong trường hợp chảy máu ít, từ từ nhất là trong sản phụ khoa có thể chỉ định được. Còn trong những trường hợp các dấu hiệu chảy máu khá rõ thì không nên áp dụng thường xuyên.

5. CÁC HÌNH THÁI LÂM SÀNG

5.1. Trường hợp điển hình

Các triệu chứng lâm sàng đầy đủ, rõ rệt: tình trạng mất máu cấp tính, biểu hiện sốc mất máu (mạch nhanh, huyết áp tụt), có các dấu hiệu điển hình trên thành bụng (co cứng, phản ứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc). Thường chỉ căn cứ vào lâm sàng đã đủ để chẩn đoán.

5.2. Trường hợp không điển hình

Các biểu hiện lâm sàng không đầy đủ: Đau bụng vừa phải, dấu hiệu co cứng hoặc phản ứng thành bụng không rõ rệt, huyết động không thay đổi nhiều, bao giờ huyết áp cũng trên 100ml Hg mạch dưới 90 lần /phút. Đứng trước những trường hợp này, những việc sau đây cần phải làm:

- Tiến hành các thăm khám để bổ sung: chụp X quang, siêu âm, nếu có scanner có thể cho làm ngay để xác định tổn thương sớm. Trong trường hợp nghi ngờ mà các phương tiện thăm dò khác không xác định được có thể tiến hành chọc bơm rửa ổ bụng,...

- Để bệnh nhân nằm yên tĩnh và theo dõi liên tục 24 - 48 giờ (nằm trong viện).

+ Theo dõi: Mạch, huyết áp động mạch 1 hoặc 2 giờ 1 lần (lập bảng ghi theo dõi liên tục).

- Nhiệt độ: 2 giờ 1 lần.

- Thử xét nghiệm máu 2 giờ 1 lần: hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrite.

- Thăm khám bụng, theo dõi diễn biến của các dấu hiệu thực thể trên thành bụng.

Nên để một người theo dõi để có thể so sánh giữa các lần khám.

5.3 . Chảy máu thứ phát (hay chảy máu thì 2)

Tất cả các triệu chứng qua đi rất nhanh sau khi xảy ra dấu hiệu đầu tiên. Sau đó, trong quá trình theo dõi mới thấy xuất hiện đột ngột ô ạt các dấu hiệu điển hình của chảy máu trong ổ bụng, khoảng thời gian “tiềm tàng”, có thể ngắn (vài giờ), có thể dài (vài ba ngày, tuần lễ). Cũng có khi hàng tháng sau (hiếm gặp), thường hay gặp thể này trong vỡ gan, lách dưới bao, vỡ chữa ngoài dạ con thành bọc sau đó mới vỡ ra vào ổ bụng.

Do đó khi có siêu âm hay có scanner nên tiến hành kiểm tra cho những trường hợp này có thể phát hiện được những khối máu tụ dưới bao, trong nhu mô hay tổn thương nhẹ khác.

5.4. Chảy máu trong ổ bụng trên bệnh nhân bị đa chấn thương

Điều khó khăn là những triệu chứng của chảy máu trong ổ bụng bị che lấp bởi tình trạng sốc do chấn thương hoặc bệnh nhân bị hôn mê (do chấn thương sọ não) chọc bơm rửa ổ bụng để chẩn đoán là áp dụng tốt nhất trong tình huống này.

6. QUY TẮC THAM KHẢO SAU ĐÂY CHO MỘT BỆNH NHÂN (NẠN NHÂN) NGHI CHẢY MÁU TRONG Ổ BỤNG

6.1. Khi bệnh nhân mê hay sốc

Phải rất khẩn trương làm những việc sau đây.

- Quan sát tình trạng chung: có sốc hay không (nét mặt, mạch huyết áp)
- Có khó thở (suy thở) hay không. Nếu có phải cấp cứu suy thở trước.
- Bệnh nhân tỉnh hay hôn mê.
- Nếu có sốc: đặt ngay truyền dịch, sau đó nhanh chóng truyền máu, cố định chi gãy.
- Ủ ấm nạn nhân (khi trời lạnh).
- Đặt thông đái theo dõi nước tiểu hàng giờ (chú ý theo dõi nước tiểu có máu hay không có máu).
- Thăm khám tử tử, toàn bộ lập bảng đánh giá các tổn thương.
- Trường hợp điển hình, chảy máu nặng, nhanh chóng chuyển vào nhà mổ, vừa chuyển vừa hồi sức.

6.2. Khi bệnh nhân tỉnh

Hỏi ngay: + Hoàn cảnh xảy ra rai nạn.

+ Thời gian xảy ra.

+ Loại chấn thương trực tiếp hay gián tiếp.

+ Các bệnh lý có từ trước: lách to, sốt rét, bệnh về máu...

+ Đã cấp cứu và sử dụng loại thuốc gì?

Thăm khám ngay: Xác định tình trạng ổ bụng khi cấp cứu và tổn thương khác.

Lập bảng theo dõi: Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ.

Xét nghiệm: hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrite....

Chỉ định các thủ thuật thăm dò: X quang, siêu âm, scanner...

8. KẾT LUẬN

Hội chứng chảy máu trong ổ bụng là một cấp cứu tối khẩn cấp của ngoại khoa đòi hỏi phải xử lý khẩn trương, hợp lý và bình tĩnh. Trong thời gian gần đây, tình trạng chấn thương bụng và đa chấn thương ngày càng tăng, do đó cần phải nắm vững quy trình cấp cứu, theo dõi và hồi sức đồng thời phải xác định nhanh để có chỉ định phẫu thuật kịp thời.

TAI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH

1. Baranger . B, Vicq. D.

Traumatismes de la rates.

Encyc. Med. Chir 9007. A 10 - 1995.

2. Bewhamou. G.

Hemoperitoneums spontanes non gynecologiques.

Encyc. Med. Chir. 9045. R 10 - 1989.

3. Gautier - Benoit. C. Buenon . P. Y. Mignot. H.

La laparotomie systematique dans le traitement des plaies penetrantes de l'abdomen en pratique civile.

Chirurgie 1987; 113. 892 - 896.

4. Paillier - J. L, Brissaud - J.C, Jancovicir..

Contusion et plaies de l'abdomen.

Encyc. Med. Chir. 9700. A10 - 1990.

5. Updaneeta - LF, Nielsen - JU.

Massive hemoperitoneum secondary to spontaneous rupture of hepatic metastases.

J. Surg. Oncol. 1986 - 31; 104 - 107.

KHÁM VÙNG BỆN ĐÙI

Thành bụng vùng bẹn đùi có những điểm yếu tự nhiên qua đó có thể hình thành các túi phình chứa ruột, mạc nối lớn. Đó gọi là các túi thoát vị. Hai loại thoát vị hay gặp ở vùng này: thoát vị bẹn và thoát vị đùi. Có thể nhận biết được các loại bệnh này chỉ bằng thăm khám lâm sàng một cách tỉ mỉ, có phương pháp.

I. HOÀN CẢNH XUẤT HIỆN BỆNH: Hai trường hợp

1.1 Đến khám bình thường (không cấp cứu)

Vì thấy có một khối phồng lên ở vùng bẹn - đùi

- Hỏi bệnh: cách xuất hiện của khối phồng
- Vốn có từ lúc còn nhỏ tuổi
- Mới thấy sau khi ho hoặc rặn mạnh
- Đứng lâu, chạy nhảy hoặc làm việc nặng: khối phồng to lên. Nằm nghỉ tại

giường: khối nhỏ lại hoặc mất hẳn.

- Sức khỏe chung không thay đổi
- Khám: ở tư thế đứng, sau chuyển sang nằm
- Không đau khi sờ nắn vào khối phồng
- Bảo bệnh nhân ho mạnh: thấy khối phồng căng lên, to nhanh và chuyển động

từ trên xuống dưới dọc theo ống bẹn, làm căng bìu phía cùng bên.

- Để bệnh nhân nằm xuống, dùng tay bóp dồn khối phồng từ bìu ngược lên trên về phía ổ bụng, có thể làm xẹp hoàn toàn khối phồng, đôi khi nghe thấy tiếng "lọc bọc" điển hình của hơi + nước trong lòng ruột

- Sau khi khối phồng xẹp hết, dùng đầu ngón tay trở đưa từ gốc bìu, đội da bìu lên, ngược về lỗ bẹn để phát hiện ra ống bẹn rộng. Ống này chéch lên trên và ra ngoài

Ngón tay có thể sờ thấy dây cung đùi ở dưới và khe giữa hai cột trụ của cơ chéo lớn ở phía sâu. Nếu bảo bệnh nhân ho mạnh, sẽ thấy hai cột trụ này co cứng và căng lên ở đầu ngón tay.

- Phân biệt thoát vị bẹn và thoát vị đùi: kẻ một đường nối giữa gai chậu trước trên và gai mu. Đó là đường Malgaigne. Nếu khối phồng (túi thoát vị) ở trên đường Malgaigne: đó là thoát vị bẹn. Nếu ở dưới đường Malgaigne (nằm ở gốc đùi, trong vùng tam giác Scarpa): đó là thoát vị đùi. Sự phân biệt này chỉ đặt ra khi khối phồng (túi thoát

vị) nằm ở vùng bẹn đùi. Nếu thoát vị xuống tận bìu: chỉ có thể là thoát vị bẹn (thoát vị bẹn gián tiếp).

- Phân biệt thoát vị bẹn gián tiếp và thoát vị bẹn trực tiếp:

Thoát vị bẹn gián tiếp: khi bảo bệnh nhân ho mạnh, thấy khối phồng di chuyển từ trên xuống, từ ngoài vào và có thể xuống tận bìu. Sau khi bóp dồn làm xẹp túi thoát vị, sờ thấy lỗ bẹn nông. để nguyên ngón tay trong lỗ bẹn, bảo bệnh nhân ho mạnh sẽ thấy ruột bị đẩy xuống và chạm vào đầu ngón tay. Thoát vị bẹn gián tiếp có thể là bẩm sinh (do tồn tại ống phúc tinh mạc) hoặc mắc phải (do thành bụng bị nhão, yếu ...)

Thoát vị bẹn trực tiếp: chỉ gặp ở người tráng niên hay người già. đây là thoát vị mắc phải. Không bao giờ túi thoát vị xuống tới bìu. Khi dồn bóp túi thoát vị: khối phồng di chuyển trực tiếp từ trước ra sau vào ổ bụng chứ không chéch lên trên và ra ngoài như thoát vị gián tiếp (chéo ngoài). Sự phân định giữa hai loại thoát vị gián tiếp và trực tiếp sẽ còn được khẳng định trong khi mổ, lấy mốc là động mạch thượng vị dưới

1.2 Đến khám cấp cứu

Vì đau, vì tắc ruột...Đó là dấu hiệu của thoát vị bị nghẹt: ruột sa tụt xuống túi thoát vị, bị cổ bao thoát vị bóp nghẹt, gây ra hội chứng tắc ruột cấp tính và có nguy cơ hoại tử ruột. Mọi loại thoát vị đều có nguy cơ thắt nghẹt nhưng nhiều nhất là thoát vị đùi nghẹt và thoát vị bẹn nghẹt.

Triệu chứng của thoát vị bẹn nghẹt:

- Cơ năng
- Đau dữ dội ở vùng bẹn-đùi. Đây là triệu chứng đầu tiên và chủ đạo.
- Nôn, buồn nôn
- Bí trung đại tiện
- Toàn thân
- Giai đoạn đầu không thay đổi, không sốt
- Muộn về sau: tình trạng shock do hoại tử ruột
- Thực thể
- Ấn vào khối phồng rất đau. Có một điểm đau chói, tương ứng với cổ bao thoát vị (chỗ gây nghẹt ruột)
- Khối thoát vị căng, không bóp thu nhỏ lại được. Không thay đổi thể tích khi ho, rặn.

Trong trường hợp đặc biệt của thoát vị nghẹt: trên đây là trường hợp một hay nhiều quai ruột bị nghẹt, để chẩn đoán vì ngoài các triệu chứng đau dữ dội, nôn, thì còn

thấy vùng bẹn đùi càng phồng, ấn vào khối phồng rất đau. Lại có trường hợp khó nhận biết hơn: chỉ một phần ruột bị kẹt vào lỗ thoát vị và bị bóp nghẹt giống như ngón tay bị kẹt vào cánh cửa đóng sập. Chỉ có triệu chứng đau dữ dội, nôn, sốt, nhưng nhìn vùng bẹn - bìu không thấy thay đổi gì. Trường hợp này phải tìm điểm đau chói ở ống bẹn hoặc vòng đùi.

Khi chẩn đoán là thoát vị nghẹt, phải chỉ định mổ ngay. Để muộn sẽ bị hoại tử ruột

KHÁM BÌU

Bìu là túi chứa tinh hoàn và các cơ quan phụ thuộc tinh hoàn, có 7 lớp từ ngoài vào trong: da bìu, cơ bìu (dartos), 3 lớp cân và 2 lớp màng tinh hoàn (lá thành và lá tạng).

Với thành phần cấu tạo đa dạng như vậy nên các triệu chứng của vùng này là phụ thuộc mật thiết vào bệnh lý riêng biệt của từng thành phần cấu tạo. Sau đây là một số bệnh lý thường gặp

1. Tinh hoàn lạc chỗ

Ở thai nhi bình thường, tinh hoàn di chuyển dần từ hố thất lưng xuống dưới, qua ống bẹn để xuống bìu. Quá trình này được hoàn tất vào tháng thứ 7. Trong quá trình di chuyển, tinh hoàn có thể dừng lại ở bất kỳ vị trí nào mà không xuống tới bìu.. sờ bìu không thấy tinh hoàn. đó gọi là tinh hoàn lạc chỗ.

Triệu chứng:

- Sờ nắn bìu chỉ thấy một tinh hoàn. Có khi cả hai đều không thấy. Cần phải đi tìm tinh hoàn. Tìm dễ nếu tinh hoàn lạc nằm ở ống bẹn, có thể sờ thấy được, nhưng không thể kéo xuống được. Đôi khi kéo xuống được tới tận đáy bìu nhưng bỏ tay ra, tinh hoàn lại co về vị trí cũ. Đó bao giờ cũng là những tinh hoàn nhỏ hơn bình thường và nhẽo chứ không chắc như bình thường.

Nếu tinh hoàn lạc nằm lại ở hố chậu hay hố thất lưng thì không sờ thấy được. Siêu âm có thể thấy.

Tinh hoàn lạc chỗ là một dị tật cần được điều trị, để lâu dài về sau sẽ phát triển thành ung thư. điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật, đưa tinh hoàn về đúng vị trí ở bìu.

2. XOẺN TINH HOÀN

Chính là xoắn thường tinh, xoắn một hay nhiều vòng quanh chính trục dọc của thường tinh. Bệnh gặp nhiều ở trẻ em đang bú hay trẻ lớn.

Bệnh cảnh lâm sàng thể hiện như một viêm tinh hoàn cấp:

- Đau dữ dội, đột ngột
- Bìu sưng đỏ, phù nề
- Khối "*mào tinh hoàn*" to lên rất nhanh, rất đau. Đau chuyển dọc theo thường tinh. Bản thân thường tinh cũng sưng to và rất đau.
- Lúc đầu không sốt, sau sốt $37^{\circ}5 - 38^{\circ}$
- Nước tiểu trong, điều đó để loại trừ sự nhiễm khuẩn bắt nguồn từ nước tiểu.
- Thăm trực tràng để loại trừ bệnh ở bộ phận sinh dục sâu (tiền liệt tuyến, niệu đạo).
- Làm siêu âm Doppler: động mạch tinh không đập

Bệnh cần được chẩn đoán và mổ sớm trước 6 giờ để tránh phải cắt bỏ tinh hoàn hoại tử.

KHÁM CÁC KHỐI U CỦA BÌU

Từ "*khối u*" ở đây được dùng để chỉ hiện tượng bìu to ra. Đây cũng chính là do chủ yếu khiến bệnh nhân quan tâm và đi khám bệnh.

Trình tự thăm khám ở đây gồm 2 bước:

- Trả lời câu hỏi: "*khối u*" này là xuất phát từ thành phần cấu tạo nào của bìu hay bộ phận nào nằm trong bìu (chẩn đoán định khu)

- Xác định nguyên nhân của khối u này (chẩn đoán nguyên nhân)

Trường hợp người bình thường, khi dùng tay khám, dưới lớp da bìu sẽ thấy được các thành phần cấu tạo của bìu với các đặc điểm như sau:

- Màng tinh: đó là lớp mạc bao quanh tinh hoàn, có thể "*kẹp*" nó ở dưới hai đầu ngón tay, gọi là dấu hiệu "*kẹp màng tinh*".

- Tinh hoàn: mật độ chắc, cảm giác như ấn vào nhãn cầu rất nhạy cảm

- Mào tinh hoàn:

Nằm ở bờ sau trên của tinh hoàn rất dễ xác định khi kẹp nó giữa 2 đầu ngón tay và lăn qua lăn lại. Bằng cách này thấy rõ ranh phân cách giữa tinh hoàn và mào tinh hoàn.

- Ống tinh tiếp nối với đoạn dưới của mào tinh hoàn là "*ống tinh*", cũng rất dễ xác định ống này khi kẹp nó giữa 2 đầu ngón tay lần qua lần lại. Cảm giác này thường được mô tả và so sánh như một "*dây doi ngựa*"

Khi khám bìu, thường bổ sung thêm các động tác:

- Thăm trực tràng bằng ngón tay: mục đích xem:
- Tuyến tiền liệt: khối lượng to bằng hạt đỗ, mặt độ chắc, có 2 thùy phân cách nhau bằng một rãnh giữa.
- Túi tinh: bình thường sờ không thấy
- Dội ánh sáng vào bìu để quan sát: xem khối u là đặc (cản ánh sáng) hay lỏng (dịch trong để ánh sáng xuyên qua).
- Siêu âm: rất hiệu quả trong việc xác định vị trí và bản chất u.

Một yêu cầu nữa là sau khi khám xong, nên minh họa bằng một sơ đồ (hình vẽ) những gì đã thấy. Sẽ rất dễ nhận biết khối u là thuộc bộ phận nào ở trong bìu.

1. TỔN THƯƠNG KHÁM THẤY LÀ THUỘC MÀO TINH HOÀN

- Tinh hoàn có kích thước và mặt độ bình thường
 - Khối sờ thấy nằm cuỗi lên tinh hoàn, đúng vào vị trí của mào tinh hoàn.
 - Cần xác định vị trí của khối này trên mào tinh hoàn:
 - Đó là một nhân nằm ở đuôi mào tinh hoàn: 3 nguyên nhân có thể gặp:
 - Lao: nhân nhẵn, đều, ranh giới không rõ lắm, không đau
 - Lậu: có giọt mủ khi nặn, vuốt vào đầu dương vật, tìm vi khuẩn lậu trong nước tiểu...
 - Viêm mào tinh hoàn do vi khuẩn thông thường (colibacilles, staphylocoques): có kèm theo viêm thừng tinh, viêm tuyến tiền liệt và có vi khuẩn trong nước tiểu.
 - Nhân nằm đơn độc ở đầu mào tinh hoàn : 2 nguyên nhân:
 - Lao: hiếm gặp
 - Nang mào tinh hoàn: khối tròn, căng căng, dội ánh sáng thấy trong suốt
 - Khối chiếm toàn bộ mào tinh hoàn: hình ảnh giống như một mũ bảo hiểm chụp lên đầu tinh hoàn : 2 nguyên nhân có thể gặp:
 - Lao
 - Viêm mào tinh hoàn ở người già có tiền liệt tuyến phải thông đái nhiều lần.
- Thường thấy tổn thương mào tinh hoàn ở cả 2 bên. Kèm theo nước tiểu đục, có khi đái mủ thực sự.

2. TỔN THƯƠNG LÀ THUỘC TINH HOÀN

Khối to khám thấy chính là tinh hoàn. Trên khối này sờ thấy mào tinh hoàn bình thường: đó là dấu hiệu Chevassu. Hai giả thiết về nguyên nhân:

- Ung thư tinh hoàn:
- Ứ chắc, cứng.
- Nâng tinh hoàn trong lòng bàn tay: cảm giác nặng như quả cân
- Tránh sờ nắn nhiều vào khối u (tránh di căn)
- Cần chuyển khám chuyên khoa ngay
- Giang mai tinh hoàn:
- Kèm theo có viêm thừng tinh
- Tinh hoàn được bao quanh bởi một vỏ chắc và có các hạt " lần sần" như rắc hạt chì.
- Tổn thương thường thấy ở cả 2 bên
- Phản ứng huyết thanh dương tính [BW(+)]

3. NƯỚC MÀNG TINH HOÀN

Toàn bộ bìu căng to:

- Da bìu căng mất các nếp nhăn
 - Không thay đổi kích thước khi ho mạnh
 - Không thu nhỏ lại được khi nặn bóp vào khối u
 - Cảm giác căng căng khi sờ nắn
 - Không sờ thấy tinh hoàn, mào tinh hoàn, thừng tinh
 - Không kẹp được màng tinh (dấu hiệu mất kẹp màng tinh)
 - Dọi sáng vào khối u: thấy tinh hoàn xẫm, tối nằm giữa một đám dịch trong suốt
- (tinh hoàn thường nằm ở thấp và phía sau).

- Siêu âm: cho biết dịch trong suốt hay mờ đục, đồng nhất hay không đồng nhất... Cũng cho biết tình trạng tinh hoàn và mào tinh hoàn.

4. VIÊM DÂY DÍNH MÀNG TINH HOÀN

Giống như nước màng tinh hoàn, nhưng:

- Sờ nắn không thấy cảm giác căng căng mà lại có cảm giác chắc, cứng như sờ vào một mảng mô cau.
- Cũng không sờ thấy tinh hoàn và mào tinh hoàn

- Siêu âm: màng tinh hoàn dày (lá thành), ở giữa là tinh hoàn và mào tinh hoàn với khối dịch bao quanh

5. U NANG THÙNG TINH

Sau khi khám có thể phân định được:

- Tinh hoàn, mào tinh hoàn bình thường
- Có một khối tròn, căng ở cạnh tinh hoàn và nằm đúng vào vị trí của thùng tinh.
- Siêu âm: khối loãng âm bên cạnh tinh hoàn và mào tinh hoàn

6. U BÌU KÈM THEO CÓ LỖ RÒ HAY LOÉT BÌU

Cần xác định:

- Vị trí tổn thương trên da bìu
- Ở phía sau hay sau dưới: nguyên nhân thường là từ mào tinh hoàn và là do lao
- Ở phía trước: nguyên nhân từ tinh hoàn và thường là ung thư tinh hoàn
- Trạng thái tổn thương:
- Rò do lao: màu thâm tím, bờ nhám nhở, gồ ghề
- Loét ung thư: đáy sần sùi dễ chảy máu, bờ thẳng đứng, da xung quanh thâm nhiễm cứng.

KHÁM HẬU MÔN TRỰC TRÀNG

Khám hậu môn trực tràng là một phần quan trọng của thăm khám bệnh toàn diện, đặc biệt khi bệnh nhân có các triệu chứng, dấu hiệu gợi ý đến các bệnh lý ở vùng ống hậu môn trực tràng.

Khi thăm khám ở vùng này, cần chú ý đến đặc điểm tâm lý của người bệnh, đặc biệt là đối với nữ, thường rất e ngại khi phải kể về các chi tiết bệnh ở vùng này. Bởi vậy việc giải thích kỹ cách thăm khám cho người bệnh là việc làm hữu ích, giúp tạo ra lòng tin của người bệnh đối với thầy thuốc.

Tổ chức để có một phòng khám chuyên khoa, với các trang thiết bị và dụng cụ khám chuyên dùng cũng là điều cần làm, tránh tình trạng khám trong điều kiện và tư thế không thoải mái, dẫn đến bỏ sót thương tổn hay không đánh giá đúng thương tổn.

1. CÁC DẤU HIỆU CƠ NĂNG GỢI Ý BỆNH LÝ VÙNG HẬU MÔN - TRỰC TRÀNG

Có thể phân thành ba nhóm triệu chứng biểu hiện các hiện tượng bệnh lý vùng hậu môn trực tràng:

1.1. Hiện tượng chảy máu, mủ, rỉ ướt từ hậu môn

- Chảy máu trực tràng: máu đỏ tươi, chảy máu thành tia hay nhỏ giọt. Đây là triệu chứng của nhiều bệnh, phổ biến là các bệnh sau đây:

- Trĩ nội: sau khi phân đi qua hậu môn, máu chảy thành tia như cắt tiết gà hay nhỏ giọt hoặc thấm vào giấy chùi. Không kèm theo đau. Máu chảy tự cầm sau khi đi đông xong.

Nứt kẽ hậu môn: máu chảy sau khi đi đông, mức độ không nhiều như trĩ nội, chỉ thấm vào giấy chùi hay bám dính vào phân. Nhưng đặc biệt kèm theo đau rất dữ dội. Đau kéo dài nhiều giờ sau. Mỗi lần đi đông lại đau trở lại như vậy.

- Ung thư trực tràng, ống hậu môn: chảy máu tươi mức độ vừa phải, bám dính quanh phân. Ung thư trực tràng và trĩ có thể cùng tồn tại trên một người bệnh. Vì thế khi thấy ỉa máu tươi, đừng vội kết luận ngay là trĩ mà không kiểm tra.

- Polype trực tràng: máu bám dính quanh phân, chảy rỉ rả kéo dài. Cũng có khi chảy thành tia như trĩ nội khi polype bị sang chấn do phân cứng cọ sát vào.

- Viêm loét trực tràng chảy máu: máu chảy không kèm phân, nghĩa là lẽ cả lúc không có phân ra, máu vẫn chảy. Phải qua soi trực tràng mới xác định được tổn thương cụ thể.

- Hiện tượng chảy mủ:

- Apxe cạnh hậu môn: mủ màu ngà ngà xanh, ngón tay ấn vào thành trực tràng hay cạnh hậu môn (chỗ căng đau) dòng mủ chảy ra mạnh hơn. Mủ chảy từ trong lòng hậu môn ra hay từ lỗ rò cạnh hậu môn

- Rò hậu môn: mủ thực sự hoặc chỉ là nước dịch đục thấm vào quần lót, gây ngứa và ẩm ướt khó chịu.

1.2. Đau

- Đau rất khó chịu và thường xuyên vùng hậu môn: hiện tượng này có thể gặp trong một số trường hợp rò hậu môn, rỉ ướt thường xuyên quanh hậu môn gây dị ứng nổi mẩn da quanh hậu môn.

- Đau sau khi đi đông, kéo dài nhiều giờ và lại xuất hiện ở lần đi đông tiếp theo: đó là đặc hiệu của bệnh nứt kẽ hậu môn. Khi hỏi bệnh thấy triệu chứng này thì khi

muốn thăm khám tiếp bên trong lòng ống hậu môn trực tràng, bắt buộc phải gây tê hoặc gây mê mới được thăm khám. Nếu không bệnh nhân đau quá có thể ngắt xiếu.

- Đau cạnh hậu môn liên tục, cảm giác đau dần dật làm mất ngủ hoặc kêu la: đó là dấu hiệu của apxe cạnh hậu môn. Thường kèm theo sốt cao.

1.3. xuất hiện một khối u ở vùng hậu môn

- Khối xuất hiện ở rìa hậu môn đột ngột kèm theo đau: đó là trĩ tắc mạch hoặc xung huyết trĩ ngoại

- Khối xuất hiện từ từ, trong vài ba ngày và kèm theo sốt, đau: đó là apxe cạnh hậu môn

- Khối xuất hiện và to lên một cách chậm chạp: nên nghĩ đến một u ung thư ở ống hậu môn hoặc u sùng của da rìa hậu môn.

Khi thấy một khối u hậu môn - trực tràng, phải thăm trực tràng bằng ngón tay và soi trực tràng. Chính mức độ cứng của khối u sẽ giúp ta định hướng chẩn đoán:

Nếu sờ thấy mềm như thạch hoặc mềm như nhung thì đó là điển hình của u tuyến nhung mao; u tuyến đơn thuần sờ thấy chắc tay hơn và có tính đàn hồi hơn. Các u ung thư sẽ có mật độ rắn, cứng. U có ranh giới không rõ ràng và lòng bụng giúp ta nghĩ tới một apxe dưới niêm mạc.

2. THĂM KHÁM HẬU MÔN TRỰC TRÀNG

Tất cả mọi bệnh nhân khi đã có các triệu chứng cơ năng vừa mô tả trên đây đều phải được thăm khám một cách hệ thống bắt buộc, mặc dù mới chỉ nhìn cũng đã có thể có được chẩn đoán, ví dụ như các trường hợp apxe cạnh hậu môn, tắc mạch trĩ... Tuy nhiên, trong các tình huống như vậy vẫn có thể trì hoãn các quyết định thăm dò khác cho tới cuối giai đoạn cấp tính của bệnh. Các thăm khám cơ bản gồm 4 phần: quan sát (nhìn), sờ nắn, nội soi và X quang

2.1. Quan sát (nhìn): các yêu cầu cần thiết

- Bộc lộ rõ vùng khám (vùng tầng sinh môn và hậu môn): để bệnh nhân ở các tư thế thích hợp:

- Tư thế quỳ chống mông: tư thế này không đòi hỏi phải có bàn khám chuyên dụng đặc biệt.

- Tư thế nằm nghiêng trái, cẳng chân trái ruỗi, cẳng chân phải hơi gấp

- Tư thế phụ khoa: nằm ngửa áp lưng xuống mặt bàn khám, đùi gấp, hai chân dạng

Điều quan trọng là bệnh nhân phải cảm thấy thoải mái trong tư thế khám.

- Vùng khám phải được chiếu sáng đầy đủ:
- Đèn đèn dò có độ tập trung tốt
- Đèn dò đeo ở trán người khám. Hiện nay có nhiều kiểu đèn trán với nguồn ánh sáng không những dùng để khám bên ngoài mà còn có thể soi ống hậu môn khi ống soi không cố trang bị nguồn sáng.

- Khi quan sát hậu môn, phải căng da để làm mất các nếp nhăn. Dưới các nếp da này có thể ẩn dấu một lỗ rò nhỏ hoặc một nứt kẽ. Nếu thấy các u xơ bị ở quanh rìa hậu môn, dùng đầu ngón tay hay que thăm có đầu tẩy mềm gạt qua gạt lại để phát hiện các lỗ rò, các nang lông....

- Kéo vào mép của lỗ hậu môn để ban rộng lỗ hậu môn, có thể quan sát được phần thấp của ống hậu môn, tại đây có các hốc hậu môn và các nhú hậu môn là những thành phần cần được khám xét kỹ để đánh giá đúng các tổn thương. Vừa kéo vào mép hậu môn vừa yêu cầu bệnh nhân hơi rặn nhẹ, có thể làm cho các búi trĩ hay polype ở trong sâu lộ tụt ra ngoài. Nếu bệnh nhân thật thư giãn, động tác kéo vào 2 bên mép hậu môn có thể làm giãn rộng lỗ hậu môn tới 3 cm đường kính hoặc hơn.

- Trong khi quan sát, còn phải chú ý đến cả vùng xương cùng cụt và phần còn lại của tầng sinh môn.

2.2. Sờ nắn hay thăm trực tràng bằng ngón tay

- Tay đeo găng, ngón trỏ được bôi trơn. Trước tiên là động tác sờ nắn nhẹ nhàng xung quanh mép hậu môn, tìm các mảng cứng hay điểm đau, vùng đau nếu có. Động tác sờ nắn này rất quan trọng: ngoài việc nó có thể phát hiện các tổn thương cần tìm, nó còn làm cho bệnh nhân quen dần với cảm giác động chạm ở vùng nhạy cảm này, không bị sợ mà co cứng cơ thắt hậu môn lại.

- Thăm trực tràng bằng ngón tay: nhẹ nhàng và từ từ, tránh động tác thô bạo đột ngột. Yêu cầu bệnh nhân rặn nhẹ như lúc đi đồng khi đưa ngón tay qua lỗ hậu môn. Khi ngón trỏ đã nằm trong lòng ống hậu môn, phối hợp ngón cái tì vào tầng sinh môn ở bên ngoài, sờ nắn toàn chu vi lỗ hậu môn để đánh giá trương lực của cơ thắt hậu môn, phát hiện các chỗ cứng, chỗ lũng nhùng, tìm các điểm đau hoặc khối u, loét ở thành hậu môn trực tràng. Về chiều sâu, ngón tay có thể thăm khám các tổn thương trong phạm vi ít nhất 10cm cách rìa hậu môn. Ngón tay trong lòng hậu môn trực tràng cũng có thể thăm khám qua thành trực tràng đối với các tạng lân cận như tử cung và các phần phụ, tuyến tiền liệt, túi cùng Douglas ... Sau khi thăm xong, lúc rút ngón tay ra cần chú ý xem cần có máu bám dính theo không.

2.3. Khám nội soi hậu môn trực tràng:

Là khâu thứ trong quá trình thăm khám hậu môn trực tràng, có nghĩa là bao giờ cũng phải quan sát và thăm bằng ngón tay trước khi soi.

Soi hậu môn có thể thực hiện ở ngay phòng khám chung nếu được trang bị ống soi vì không cần chuẩn bị thật tháo như soi trực tràng và soi đại tràng.

Soi hậu môn:

- Ống soi hậu môn: có nhiều loại tùy theo sự lựa chọn của người dùng. Các loại ống soi này không khác nhau nhiều, chủ yếu là về chất liệu (bằng kim loại, nhựa trong...) có gắn nguồn sáng hay không, khác do hình dạng đầu trong ống soi: thẳng hay vát..., đường kính ống soi có thể thay đổi từ 20-30mm, chiều dài ống soi thay đổi từ 5-8 cm

Đưa ống soi vào hậu môn: ống soi có nắp nòng, bôi trơn. Đưa nhẹ nhàng qua lỗ hậu môn cho ngập hết tới cán. Rút nòng. Quan sát thành ống hậu môn trong khi rút từ từ ống soi. Trong lúc này nên yêu cầu bệnh nhân hơi rặn, sẽ thấy rõ hơn các tổn thương nếu có.

- Sinh thiết: trong khi soi nếu thấy tổn thương nghi ngờ thì tiến hành sinh thiết. Kìm sinh thiết bao giờ cũng được chuẩn bị trước.

- Soi trực tràng:

- Chỉ định khi nghi ngờ tổn thương ở cao trong phạm vi 5-10cm (ung thư trực tràng, polype...)

- Về lý thuyết thì trong trực tràng không có phân, nhưng để đảm bảo chắc chắn nên có chuẩn bị thật tháo trước

- Ống soi trực tràng: ống cứng, đường kính từ 18-20mm, dài 25-30cm, có gắn nguồn sáng ở đầu trong (ít dùng) hoặc ở đầu ngoài (ánh sáng lạnh) và bộ phận để bơm hơi và giữ hơi.

- Đưa ống soi trực tràng vào hậu môn: ống soi có lắp nòng, đưa qua lỗ hậu môn theo chiều thẳng góc với mặt phẳng hậu môn. Khi qua khỏi hậu môn, hướng đầu ống soi chệch về phía xương cùng. Lúc này rút nòng ra, tiếp tục đẩy ống soi vào sâu dưới sự quan sát trực tiếp bằng mắt, lựa tránh các van Houston tiến sâu vào tới tận chỗ tiếp giáp đại tràng sigma và trực tràng.

- Việc quan sát và tìm tổn thương được thực hiện trong quá trình rút ống soi. Kết hợp làm sinh thiết khi cần thiết.

2.4. X quang

Chụp khung đại tràng có thuốc cản quang để xem toàn bộ đại tràng - trực tràng, trong đó có ống hậu môn trực tràng. Việc làm này cần thiết vì nhiều khi có những tổn thương phối hợp ở tít trên cao (Ploype, ung thư nhiều vị trí, bệnh Crohn...).

KHÁM CHẤN THƯƠNG LỒNG NGỰC

Lồng ngực bao gồm phần ngoài (có khung xương, các cơ hô hấp, phía dưới là cơ hoành) và các tạng bên trong (chủ yếu gồm phổi và tim).

Khi bị chấn thương (cả chấn thương kín lẫn vết thương xuyên thủng thành ngực, 2 chức năng quan trọng bị rối loạn: hô hấp và tuần hoàn)

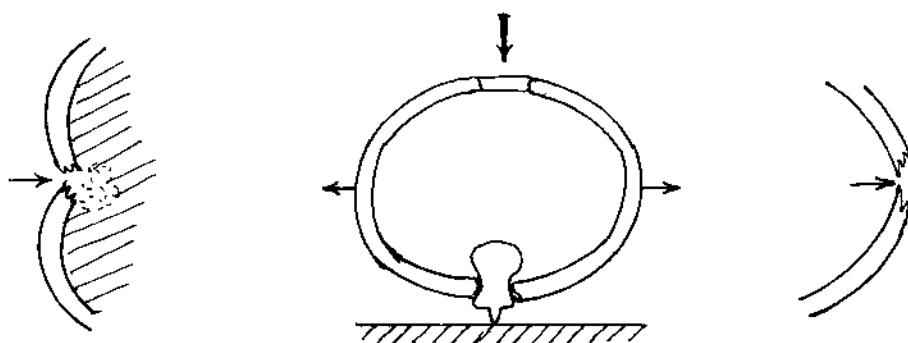
Sau khi phát hiện những triệu chứng, sơ cứu ban đầu đóng vai trò hết sức quan trọng để cứu người bệnh. Ngoài những dấu hiệu tại chỗ, vì ảnh hưởng của chấn thương tới hô hấp và tuần hoàn, nên bao giờ cũng phải khám toàn thân.

Chụp điện quang ngực đưa lại những thông tin hết sức quý giá nhiều khi là quyết định nhưng trong trường hợp khẩn cấp không nên đòi hỏi phải chụp vì có khi không kịp cấp cứu cho người bệnh.

1. NHỮNG DẤU HIỆU LÂM SÀNG

1.1. Gãy xương sườn

Có 2 cơ chế gãy: gãy trực tiếp khi tác nhân chấn thương tác dụng gãy ngay nơi đó, 2 đầu gãy hướng vào trong. Còn gãy gián tiếp khi tác nhân chấn thương gây gãy nơi khác, 2 đầu hướng ra ngoài (hình 16



Hình 16

Dấu hiệu lâm sàng bao gồm: đau, nhất là khi hít vào sâu, ho. Dùng ngón tay lần dọc theo cung xương sẽ thấy có chỗ lục cục xương gãy và bệnh nhân đau chói lúc ấn

vào. Cả bàn tay áp vào vùng này khi thở cũng sẽ thấy tiếng lạo xạo gãy xương.

Một điều hết sức quan trọng là tìm những thương tổn kèm theo gãy xương sườn: đối với loại gãy trực tiếp thường là phổi nằm ngay sát ổ gãy dễ bị chọc thủng, gây tràn khí và tràn máu màng phổi. Đối với loại gãy gián tiếp, trung thất (tim và các mạch máu lớn) dễ bị đe dọa.

2.1.Mảng sườn

Khi có nhiều xương gãy liền nhau, mỗi cung xương gãy 2 nơi sẽ làm thành 1 mảng sườn. ít nhất là 3 xương liền nhau (6 ổ gãy) thì 1 mảng sườn mới đủ gây những rối loạn về hô hấp và tuần hoàn.

Mảng sườn này nếu các ổ gãy cài vào nhau thì không có rối loạn nghiêm trọng, chỉ là nhiều gãy xương sườn (đau, chảy máu ổ gãy, phổi dễ thương tổn), nhưng khi không cài vào nhau (ngay từ đầu hoặc sau 1 thời gian) thì mảng sườn sẽ không còn di động cùng với phần lồng ngực còn lại, gây nên hiện tượng di động ngược chiều, nghĩa là khi hít vào trong khi lồng ngực phồng lên thì vùng mảng sườn lại thụt vào và ngược lại trong thì thở ra. Đây là dấu hiệu rất dễ phát hiện một khi cởi áo bệnh nhân. Do sự di động ngược chiều mà gây ra 2 hội chứng : hô hấp đảo ngược và trung thất lắc lư (xem phần vết thương ngực hở), dẫn bệnh nhân đến suy hô hấp cấp tính và suy tuần hoàn.

Cần phải nhanh chóng cấp cứu bệnh nhân: cố định tạm thời khi sơ cứu bằng độn 1 cuộn băng to vào vùng mảng sườn rồi băng vòng quanh ngực. Chuyển sớm bệnh nhân đi bệnh viện để điều trị thực thụ.

1.3.Tràn máu màng phổi

Tràn máu màng phổi rất hay gặp trong chấn thương lồng ngực. Máu từ phổi bị rách, từ thành ngực do gãy xương sườn hoặc từ các mạch máu lớn trong trung thất. Dấu hiệu chủ yếu là tràn dịch màng phổi + mất máu: nhợt, vã mồ hôi, khó thở (nhịp thở nhanh, cánh mũi phập phồng). Khám phổi có hội chứng 3 giảm: nghe mất tiếng rì rào phế nang, rồi mất rung thanh, gõ thấy đặc.

Chụp X quang ngực sẽ thấy rõ hơn vì khi bị chấn thương ngực khó khám bệnh nhân nhất là trong tình trạng choáng.

1.4.Tràn khí màng phổi

Không khí tràn vào khoang màng phổi có thể từ ngoài vào qua vết thương, có thể từ trong ra qua nhu mô phổi hay khí quản, phế quản. Do có không khí khoang màng phổi mà nhu mô phổi không nở lên hết được, co rúm lại. Khám sẽ thấy : sờ không có rung thanh phổi, nghe không còn rì rào phế nang, gõ thấy trong, đương nhiên bệnh nhân thấy dấu hiệu khó thở.

Ngoài loại tràn khí màng phổi thông thường này, cần chú ý phát hiện tràn khí màng phổi dưới áp lực nghĩa là không khí ngày càng tràn vào khoang màng phổi nhiều hơn, không những phổi bên thương tổn co rúm lại mà cả trung thất cũng bị đẩy sang bên đối diện, ép vào bên phổi lành làm cho bệnh nhân khó thở dữ dội, nếu không xử trí kịp thời sẽ chết do suy hô hấp tối cấp

1.5.Xẹp phổi

Sau khi chấn thương, đường hô hấp tiết nhiều đàm rãi do bị kích thích, máu hoặc dị vật cũng nằm trong đường hô hấp, bên cạnh đó một yếu tố hết sức thuận lợi là phản xạ ho khạc đàm giảm do đau. Từ 3 yếu tố trên làm cho đường hô hấp dễ bị tắc dẫn đến xẹp phổi. Trên lâm sàng thấy rung thanh tăng, rì rào phế nang mất, gõ đặc.

1.6.Vết thương ngực hở

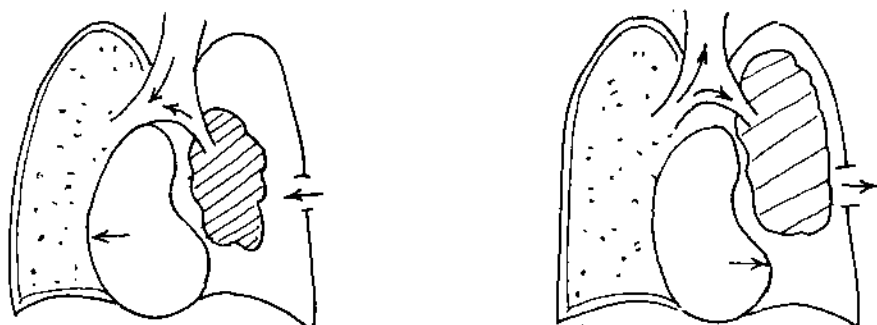
Vết thương ngoài da có thể xuyên thủng màng phổi lá thành làm cho khoang màng phổi thông tới không khí bên ngoài. Vết thương này không nhất thiết phải ở thành ngực hay lưng mà có thể từ cổ xuống hoặc từ bụng lên.

Khi có vết thương ngực hở, bệnh nhân đến viện vết thương này có thể đã kín (do sơ cứu hoặc do tự vết thương kín lại hoặc vẫn còn đang hở. Lúc đó khám sẽ thấy có tiếng phì phò ở vết thương do không khí qua lại khi thở. Bệnh nhân trong tình trạng khó thở, vật vã, hoảng hốt.

Hai hội chứng chính do vết thương ngực gây ra là: hô hấp đảo ngược và trung thất lác lư.

Hô hấp đảo ngược: khi thở vào đáng lẽ phổi nở lên thì bên phổi thương tổn co lại do áp lực âm tính khoang màng phổi không còn, bên phổi lành hút không khí một phần từ bên phổi thương tổn (không khí này là không khí cặn của lần thở trước). Khi thở ra hiện tượng trên ngược lại, dẫn đến thiếu ô xy nghiêm trọng.

- Trung thất lác lư: khi 2 khoang màng phổi còn áp lực âm tính thì trung thất đứng giữa, nhưng do một bên mất áp lực âm tính làm cho trung thất bị hút sang bên lành. Khi thở vào, áp lực âm tính tăng lên trung thất lại càng bị hút hơn, khi thở ra thì ngược lại. Trung thất lác lư làm cho máu về tim bị cản trở, máu lên phổi giảm, tình trạng thiếu ô xy càng nặng, bệnh nhân càng thở nhanh hơn thì hiện tượng thiếu ô xy lại càng tăng, làm thành một vòng lẩn quẩn dẫn đến tử vong dễ dàng. Chính vì thế mà phải ngay lập tức bịt kín vết thương hở lại, chịu một tràn khí và tràn máu màng phổi để rồi sẽ điều trị. (Hình 17)



Hình 17

1.7. Tràn khí dưới da

Không khí từ nhu mô phổi thoát vào khoang màng phổi rồi qua thành ngực nằm ở dưới da. Không khí lan vào các khoang dưới da ngày một nhiều, có thể lan lên tận đầu, xuống bụng và chân, làm biến dạng người bệnh (cổ rút lại, 2 mắt húp híp, mặt căng tròn to tướng). Gõ vào da có tiếng bồm bộp, ấn ngón tay thấy lép bép và dấu tay lõm sâu xuống.

Trông hình thù rất sợ nhưng không nguy hiểm, chỉ cần xử trí màng phổi thì tràn khí dưới da sau vài ngày sẽ hết

2. NHỮNG DẤU HIỆU CẬN LÂM SÀNG

Hai khám nghiệm cận lâm sàng quan trọng và thường làm nhất là xét nghiệm và chụp X quang lồng ngực.

2.1. Xét nghiệm

Ngoài những xét nghiệm thông thường như: nhóm máu, hồng cầu, Hematocrite, máu chảy, máu đông, xét nghiệm các khí trong máu có tác dụng định hướng tình trạng suy hô hấp và hướng giải quyết.

Những kết quả bình thường (trong máu động mạch):

Bão hoà ô xy (HbO_2)	$97\% \pm 2$	pH	$7,40 \pm 0,02$
Áp lực riêng phần oxy (P_aO_2)	$95\text{mmHg} \pm 5$	Kiểm chuẩn (SB)	24 mEq.
Áp lực riêng phần CO ₂ (P_aCO_2)	$40\text{mmHg} \pm 2$	Kiểm dư (BE)	0 ± 2 mEp.

2.2. X quang

Chụp ngực trong chấn thương gần như là 1 khám nghiệm không thể thiếu do những thông tin đem lại rất nhanh và rất quan trọng, mặt khác khi chấn thương, bệnh nhân nặng khó có thể khám 1 cách tỉ mỉ và toàn diện về lâm sàng vì không còn nhiều thời giờ và cũng không cho phép "vấn" người bệnh.

Tuy nhiên trong trường hợp rất cấp cứu, không nên phải đợi có kết quả X quang mới xử trí, tốt nhất là chụp ngay trên bàn mổ trong khi đang xử trí.

Do đó có 2 tư thế chụp thông thường: chụp thẳng trong tư thế đứng và tư thế nằm. Vì không quen đọc ở tư thế nằm nên rất dễ sai hoặc sót.

- Bình thường chụp ngực chú ý đến những dấu hiệu sau:

+ Hai khoang ngực có cân nhau không: thể hiện bằng trung thất ở giữa và các khoang liên sườn rộng bằng nhau (khi nhỏ hơn thì xương sườn sẽ xuôi hơn).

+ Cơ hoành bên phải cao hơn bên trái khoảng 1cm

+ Nhu mô phổi 2 bên sáng đều nhau: nhìn rõ các vân phổi.

+ Hai góc sườn hoành nhọn.

+ Ống khí quản nằm giữa cột sống: chứng tỏ trung thất không lệch.

- Khi thương tổn sẽ thấy những dấu hiệu sau:

+ Tràn máu màng phổi: khoang màng phổi sẽ mờ, tùy theo số lượng máu mà vùng mờ ít hay nhiều. Nếu chụp đứng máu tụ lại phía thấp nhưng nếu chụp nằm, máu sẽ lắng đều phía sau lưng do đó lồng ngực bên đó sẽ mờ đều từ đỉnh xuống đáy (Hình 18). Do phổi bị thương tổn nên không những máu mà cả không khí cũng tràn vào khoang màng phổi nên mức dịch trong màng phổi thường là ngang.

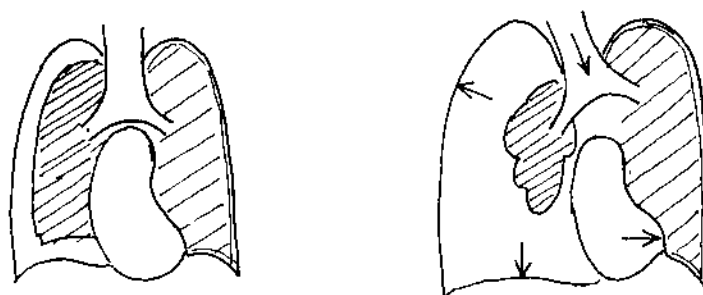


Hình 18

+ Tràn khí màng phổi: khí tràn vào trong khoang màng phổi sẽ làm cho phổi không nở lên được hoàn toàn. Hình chụp X quang sẽ thấy rõ ranh giới nhu mô phổi (nơi còn vân phổi), ngoài ranh giới đó sẽ sáng và không còn gợn của vân phổi.

Trong trường hợp tràn khí căng: trung thất sẽ bị đẩy sang bên đối diện, khoang

liên sườn rộng hơn (xương sườn nằm ngang hơn), cơ hoành hạ thấp, nhu mô phổi có máu lai chỉ còn là 1 khối mờ nhỏ ngay cạnh bóng tim (Hình 19)



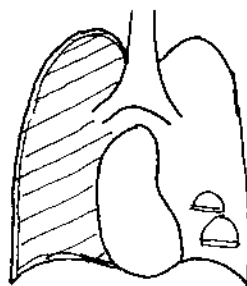
Hình 19

+ Gãy xương sườn: khi gãy xương sườn trên lâm sàng thường đã xác định được, chụp X quang nhằm phát hiện những thương tổn kèm theo. Hình ảnh rất rõ gãy xương, cần chú ý đọc cho đúng xương sườn thứ mấy bị gãy và gãy ở cung trước hay cung sau.

+ Xẹp phổi: nếu như trong tràn khí dấu hiệu điện quang là đẩy (lồng ngực nở hơn, trung thất sang bên bệnh, cơ hoành hạ xuống) thì trong xẹp phổi dấu hiệu điện quang là co : lồng ngực nhỏ hơn, trung thất bị kéo sang bên bệnh, cơ hoành kéo lên.

Cần phân biệt cho rõ giữa 2 thương tổn trên vì sẽ dẫn đến thái độ điều trị, nếu không sẽ làm ngược. Mặt khác 2 thương tổn trên có nhiều khi lại phối hợp với nhau, làm cho việc đọc gặp khó khăn.

+ Vỡ cơ hoành: thương tổn hiếm gặp nhưng đòi hỏi can thiệp sớm. Thường cơ hoành bên trái bị vỡ làm cho các tạng trong bụng bị hút lên khoang màng phổi. Ngoài các dấu hiệu lâm sàng như khó thở, nghe có tiếng lọc ọc trong ngực do nhu động ruột, chụp X quang sẽ thấy hình quai ruột (bóng hơi và mức nước), bờ cơ hoành mất (hình 20



Hình 20

KHÁM BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG Sọ NÃO

ĐẠI CƯƠNG

Thăm khám bệnh nhân chấn thương sọ não nhằm mục đích xác định các thương tổn từ ngoài vào trong hộp sọ để có thái độ xử trí:

1. Thương tổn ngoài hộp sọ

- Rách da đầu, tụ máu da đầu
- Lún sọ
- Vỡ xương sọ đơn thuần bao gồm vỡ vòm sọ hoặc vỡ nền sọ do vỡ từ vòm lan xuống nền sọ.

2. Tổn thương trong hộp sọ

2.1..Máu tụ

Là thương tổn đặc biệt quan trọng cần mổ cấp cứu ngay để cứu sống bệnh nhân; bao gồm:

- Máu tụ ngoài màng cứng (NMC)
- Máu tụ dưới màng cứng (DMC)
- Máu tụ trong não (TN)

2.2. Vết thương sọ não (VTSN)

2.3. Đập não, phù não

2.4. Chảy máu não thất

Thăm khám bệnh nhân bị chấn thương sọ não

Bao gồm:

- Thăm khám ban đầu
- Sơ cứu
- Thăm khám có hệ thống
- Theo dõi

1. THĂM KHÁM BAN ĐẦU

- Hỏi bệnh

1.1. Tình

- Hoàn cảnh xảy ra tai nạn
- Tác nhân gây chấn thương: tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt (hoả khí, bạch khí)
- Diễn biến từ khi bị tai nạn đến khi vào một tuyến điều trị (chủ yếu: tỉnh,

mê, choáng...), nơi xảy ra tai nạn → bệnh xá → bệnh viện huyện, tỉnh → bệnh viện trung ương.

1.2. Mê

- Xem xét đường thở: nhịp thở, kiểu thở, chú ý thở co kéo trên dưới hõm ức do tắc đường hô hấp trên để có thái độ xử trí kịp thời (NKQ, mở KQ).

2. TÌNH TRẠNG TỔN THƯƠNG BAN ĐẦU

- Tổn thương tại chỗ:

+ Rách da đầu, chảy máu: có dịch não tủy, có chất não (VTSN) lộ ra ngoài

+ Tụ máu da đầu quanh 2 mắt (dấu hiệu đeo kính râm)

+ Chảy máu mũi, tai + dịch não tủy

- Khám đồng tử: bằng đèn soi, đèn pin (hai đồng tử co nhỏ, giá trị của triệu chứng này).

- Liệt vận động:

+ Liệt tay, chân (vùng vận động)

+ Liệt nửa người (bó tháp)

3. THĂM KHÁM LÂM SÀNG: Tỷ mỉ, có hệ thống

3.1. Thương tổn da đầu : vết thương da đầu, tụ máu da đầu (thường kèm theo vỡ xương ở dưới)

3.2. Thương tổn xương

- Vỡ vòm sọ

- Vỡ nền sọ: vòm → nền

3.3. Thương tổn màng não, não

- Chủ yếu tri giác, đánh giá theo bảng điểm GLASGOW

- Chức năng sống (fonction vitale):

+ Mạch

+ HA

+ Nhiệt độ

+ Nhịp thở

Thường phối hợp với nhau và theo diễn biến của tri giác .

- Khám thần kinh:

+ Dấu hiệu màng não: cổ cứng, Kernig

+ Rối loạn vận động

+ Rối loạn phản xạ

- + Rối loạn cơ tròn
- + Rối loạn vận nhãn mắt (oculo - moteur)
- + 12 đôi dây thần kinh sọ não
- + Rối loạn ngôn ngữ

3.4. Thương tổn phối hợp

- Đa chấn thương (sọ não + hàm mặt + cột sống cổ, lồng ngực, bụng...)
- Cột sống (liệt tứ chi, 2 chi dưới)
- Bụng: vỡ gan, lách, tụy, thận...

3.5. Cận lâm sàng

- X quang không chuẩn bị (quy ước)
- + 4 phim: thẳng (trán, cằm) nghiêng (trái, phải)
- + Nếu cần chụp phim hàm mặt: gãy xương hàm dưới
- TMH, mắt, hàm mặt: khám chuyên khoa
- Những vấn đề khám tối thiểu một bác sỹ thực hành phải biết.
- Chụp động mạch não (AG)
- CT Sanner (giới thiệu sơ qua, không trọng tâm)

4. KHÁM THÂN KINH

4.1. Tri giác

Đánh giá bằng thang điểm GLASGOW (Glasgow coma scale).

Thang điểm xác định các biểu hiện của bệnh nhân như: mở mắt - đáp ứng bằng lời - đáp ứng bằng vận động. Điểm cho từ 3 điểm là thấp nhất đến 15 điểm là bình thường

Mở mắt:

- | | |
|------------|--------|
| + Tự nhiên | 4 điểm |
| + Gọi mở | 3 |
| + Cầu mở | 2 |
| + Không mở | 1 |

Đáp ứng bằng lời nói:

- | | |
|----------------------|---|
| + Trả lời đúng | 5 |
| + Lẫn lộn | 4 |
| + Từ không chính xác | 3 |
| + Ú ớ | 2 |
| + Không nói | 1 |

Đáp ứng bằng cử động

+ Làm theo lệnh	6
+ Cấu gặt đúng	5
+ Cấu gặt không đúng	4
+ Gấp cứng chi trên	3
+ Duỗi cứng chi trên, dưới	2
+ Không đáp ứng	1

4.2 Đồng tử

Hai đồng tử có bằng nhau không, phản xạ ánh sáng 2 bên, nếu có đồng tử giãn ra một bên mới xuất hiện thì thường có máu tụ cùng bên với đồng tử giãn.

4.3. Vận động

Liệt nửa người từ từ, mới xuất hiện có giá trị chẩn đoán khối máu tụ ở đối diện với bên liệt nửa người

4.4. Khám các thương tổn tại chỗ

- Vết xây sát, rách da đầu
- Khám cột sống tìm chỗ đau và biến dạng.

4.5. Chỉ định chụp CT Scanner

- Bệnh nhân mê ngay từ đầu nhất là Glasgow < 8 điểm
- Tri giác xấu đi Glasgow giảm 2 điểm
- Đau đầu, nôn kéo dài
- Có vỡ xương sọ trên phim X quang sọ
- Vết thương sọ não.

Thăm khám để đi đến 2 vấn đề chính sau đây

1). Về chẩn đoán

Thương tổn ở hộp sọ :

Rách da đầu, tụ máu

Vỡ xương, lún xương → máu tụ vào các vùng quan trọng: xoang hơi trán, xoang tĩnh mạch dọc trên

Thương tổn màng não, não

- Chủ yếu là máu tụ (các loại)
- Vết thương sọ não (thường nhiễm khuẩn nặng)

2). Về thái độ xử trí

Mổ cấp cứu ngay nếu chẩn đoán:

- + Máu tụ
- + VTSN

+ VTSN

+ Lún xương (có trì hoãn)

Nếu không mổ thì theo dõi tiếp:

+ Hoặc ra viện

+ Hoặc tri giác xấu đi: dựa vào Glasgow và các dấu hiệu khu trú xuất hiện: giãn đồng tử 1 bên, liệt nửa người đối diện, dấu hiệu thần kinh thực vật: M, HA, nhiệt độ, nhịp thở.

+ Hoặc tiếp tục điều trị nội khoa + phục hồi chức năng

+ Phương tiện hiện nay: CT Scanner hộp sọ

HỘI CHỨNG TẮC RUỘT

Tắc ruột không phải là một bệnh riêng biệt mà là một bệnh lý do rất nhiều nguyên nhân dẫn đến sự ứ đọng: phân, hơi, dịch tiêu hoá thức ăn trong đường ruột. Trong cấp cứu ngoại khoa người ta gặp khá nhiều có thể trong tình trạng trung tính cấp cứu tối cấp hay cấp cứu trì hoãn. Nếu chỉ dừng lại ở chẩn đoán hội chứng thì không khó, song chẩn đoán nguyên nhân tắc ruột lại là một việc khó.

1. NGUYÊN NHÂN

Dựa vào nguyên nhân chúng ta có thể chia ra 2 loại tắc ruột:

- Tắc ruột cơ năng

- Tắc ruột cơ học

1.1. Tắc ruột cơ năng

Về tắc ruột cơ năng chúng ta cũng có thể chia thành 2 nhóm dựa vào nguyên nhân:

1.1.1. Nguyên nhân gây liệt ruột

- Tất cả những nguyên nhân gây nên viêm màng bụng.

- Những thương tổn về thần kinh, ví dụ: Viêm nhiều rễ thần kinh, viêm tủy.

- Những nguyên nhân gây phản xạ:

+ Xoắn u nang buồng trứng.

+ Xoắn tinh hoàn

+ Xoắn mạc nối lớn

+ Cơn đau bụng thận

+ Cơn đau bụng gan.

- Tình trạng bệnh lý mạch máu mạc treo ruột.

1.1.2. Nguyên nhân gây co thắt ruột

- Thương tổn thần kinh trung ương.
- Ngộ độc.

1.2. Tác ruột cơ học

Về nguyên tắc cơ học chúng ta cũng có thể chia ra 2 nhóm:

1.2.1. Những nguyên nhân gây nên tình trạng lồng ruột bị bít lại

- Lồng ruột bị nút chúng ta thường gặp do giun đũa, bã thức ăn.
- U phát sinh từ tổ chức trong lòng ruột.
- Những khối u từ bên ngoài chèn vào.
- Do quá trình viêm nhiễm ruột làm cho lồng ruột dính lại.

1.2.2. Những nguyên nhân làm ruột bị nghẹt thất.

Nguyên nhân này làm cho bệnh tiến triển rất nhanh:

Lồng ruột của trẻ còn bú.

- Xoắn ruột
- Thoái vị nghẹt (bẹn, búi, bít.....)
- Ruột bị thắt do dây chằng.

2. TRIỆU CHỨNG

2.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau bụng: Đau bụng từng cơn, cơn đau có thể thưa hoặc mau, có thể đau nhiều khiến người bệnh không thể chịu được hoặc đau ít tùy thuộc vào từng người bệnh hoặc nói một cách khác, chính xác hơn là tùy vào nguyên nhân.

Nôn: Có thể xuất hiện sớm nếu như tắc ruột cao và nôn muộn, thậm chí có trường hợp nôn rất muộn nếu là tắc ruột thấp, lúc đầu có thể nôn ra phân.

Bí rắm và bí ỉa: Dấu hiệu không rắm và không ỉa thường được đi kèm với hai dấu hiệu trên, cũng có trường hợp tắc ruột mà người bệnh vẫn còn đi ỉa đó là loại tắc ruột cao, tất nhiên không phải là phổ biến.

2.2. Triệu chứng cụ thể

Một nguyên nhân cần phải nhắc lại ở đây là mỗi khi có một người bệnh được nghi ngờ là có tắc ruột cần phải thăm khám một cách toàn diện, tránh bỏ sót những dấu hiệu thực thể:

- Nhìn bụng
- Sờ nắn bụng
- Thăm khám các lỗ thoát vị.
- Thăm khám hậu môn trực tràng.
- Nghe.

2.2.1. Nhìn

Thường thấy bụng chướng, dấu hiệu này biểu hiện rất rõ khi tắc ruột thấp. Nhìn ta có thể thấy hình quai ruột nổi lên và di chuyển đặc biệt lúc có cơn đau, dấu "rắn bò", dấu hiệu này có tác dụng trong chẩn đoán tắc ruột cơ giới.

2.2.2. Sờ nắn

Thường là mềm, không có phản ứng, không có co cứng tùy thuộc vào nguyên nhân mà ta có thể thấy như khối u, búi giun....

2.2.3. Thăm trực tràng

Trực tràng rộng, có máu trong lòng ruột nhũ nhi, có thể có khối u trong ung thư trực tràng.

2.2.4. Thăm khám các lỗ thoát vị

Đàn ông có thể là do thoát vị bẹn nghe, phụ nữ là do thoát vị đùi nghe.

2.2.5. Nghe

Trong tắc ruột ta có thể nghe thấy tiếng lọc xọc khi dịch tiêu hoá di chuyển hoặc nghe thấy tiếng mạch trong ổ bụng đập vang lên thành tiếng thổi do tính cộng hưởng khi nhiều quai ruột dẫn ra xếp bên nhau.

2.3. Triệu chứng toàn thân

Tùy thuộc vào nguyên nhân, thời gian và diễn biến trên một người bệnh ở thể trung bình ta thấy:

- Thân nhiệt: $37^{\circ}5$ đến $38^{\circ}C$.
- Mạch nhanh
- Huyết áp thấp
- Biểu hiện tình trạng mất nước.

2.4. Triệu chứng lâm sàng

2.4.1. X quang

Chụp bụng không chuẩn bị ở tư thế đứng có mức nước - hơi, tùy thuộc vào tắc ruột cao hay thấp mà các mức nước - hơi nhiều hay ít, ổ bụng hơi mờ và viền các quai ruột đầy, điều này nói lên trong ổ bụng có nước.

2.4.2. Các xét nghiệm

- Dự trữ kiềm giảm
- ure máu tăng
- Na^{+} , K^{+} , Cl^{-} thấp
- Số lượng hồng cầu giảm hoặc tăng (máu cô do mất nước).
- Hematocrite tăng

3. ĐIỀU TRỊ

Điều trị tắc ruột không phải chỉ có thể mổ xẻ để giải quyết nguyên nhân gây tắc mà ngoài ra phải nắm chắc nguyên tắc điều trị, dựa trên sự biến loạn tại chỗ và toàn thân:

- Hút với mục đích làm xẹp ruột không chỉ tạo điều kiện cho việc mổ xẻ tránh được những biến cố khi gây mê mà còn tạo điều kiện cho việc phục hồi ruột.

- Song song với hút phải bù đắp nước và điện giải tốt nhất là dựa trên điện giải đồ.

- Cho kháng sinh để ngăn cản sự phát triển của vi trùng đường ruột.

Hút dạ dày tá tràng, bồi phục nước điện giải, kháng sinh toàn thân phải làm cả trước, trong và sau mổ. Công việc này không chỉ có tác dụng đối với loại tắc ruột phải mổ mà kể cả loại tắc ruột không chỉ định mổ.

Khi đã chẩn đoán là tắc ruột cơ học tất nhiên ngoài công việc như trên chúng ta phải mổ để loại trừ nguyên nhân.

KHÁM CHI, CỘT SỐNG, ĐẦU MẶT CỔ

1. ĐẠI CƯƠNG

Khi khám cơ quan vận động (cột sống, các chi) một phần quan trọng là các số đo: đo bề dài, chu vi các chi v.v...

Trước kia số đo được biểu hiện theo lối cũ, ví dụ: gối thẳng 180^0 , cổ chân vuông góc 90^0 . Chừng 30 năm nay, trong chuyên khoa đã thống nhất có một cách đo mới và cách đọc các số đo được ghi khác đi, nhất là đo biên độ vận động của các khớp.

Quy định đó như sau: Một bệnh nhân đứng thẳng, hai bàn tay áp hai bên hông, hai bàn chân khếp lại, các ngón chân cái chạm nhau, trong tư thế này, tất cả các khớp của toàn thân được ghi là 0^0 . Như vậy gối thẳng là 0^0 v.v.... Từ vị trí cơ bản đó, tính các khả năng cử động của khớp.

Ví dụ: 1: khám một khuỷu lành: gấp rưỡi $130^0/0/0$ tư thế 0^0 sinh lý để vào giữa.

Ví dụ 2: khám một lớp khuỷu bệnh lý, trật khớp cũ chẳng hạn: gấp rưỡi $40^0/20/0$. Viết như thế này có nghĩa là khuỷu không rưỡi thẳng như sinh lý (số 0 ghi một bên), cử động gấp rưỡi được 20^0 (tính từ 20- 40). Hiệu số giữa 40 và 20 là góc độ khuỷu còn nhúc nhích được. Nếu khuỷu cứng đờ ở 20^0 ta ghi: gấp rưỡi $20/20/0$. Hiệu số 20 - 20 bằng 0.

2. ĐO BỀ DÀI

Ở chi trên đo dựa vào các mốc xương: móm cùng vai, móm trên lồi cầu, móm khuỷu, móm châm quay, trụ.

Ở chi dưới: hai chấu trước trên, mắt cá trong. Khi có một chi dưới ngắn, cho chi ngắn đứng lên các mảnh gỗ có bề dày biết trước, cho đến khi đứng cân với hai gai chấu trước trên ngang nhau. Bề dày các mảnh gỗ là số đo chi ngắn.

3. ĐO CHU VI

Với thước dây, đo các mức tương ứng. Ví dụ: đo chu vi đùi ở 20^{cm} trên khe khớp gối trong, đo chu vi bắp chân chỗ cơ bắp to nhất.

4. VÍ DỤ MỘT HỒ SƠ ĐO CHO BỆNH NHÂN CÓ CHÂN TRÁI ĐAU

	Phải	Trái
+ Bề dài	89,6 cm	88,9 cm
+ Chu vi		
- 20 cm trên khe khớp gối trong	40,2	37,0
- Ngang khe khớp	36,0	36,6
- Bắp chân to nhất	37,8	33,0
- Vùng nhỏ nhất cổ chân	24,0	23,0
+ Cử động khớp háng		
- Gấp ruỗi	130/0/20	90/0/10
- Dạng khếp	0	20/0/20
- Xoay ngoài - xoay trong	50/0/40	25/5/0
+ Cử động khớp gối gấp ruỗi	40/0/50	15/15/0
	130/0/5	

5. CÁC KIỂU KHÁM KHÁC: Có một số kiểu khám và ghi số đo khác thông dụng

Cúi cổ: đo khoảng cách, cằm - xương ức.

Nghiêng đầu: đo khoảng cách dái tai - nền cổ,

Thẳng gối - cúi lưng: đo khoảng cách đầu ngón - nền nhà.

6. NHỮNG YÊU CẦU CHUNG

Khi khám cơ quan vận động, cần khám trong phòng đủ rộng, người khám ngồi quay lưng ra ngoài cửa sổ, bệnh nhân cởi hết quần áo ngoài, khám toàn thân trước: dáng đi, độ đều của hai bước chân, khả năng cúi nghiêng. Sau đó khám lúc nằm: các động tác của chi đau so chi lành, các số đo đã nêu .v.v.. Cuối cùng mới là các yêu cầu thêm như X quang, xét nghiệm sinh hoá, CT Scan, MRI (cộng hưởng từ) v.v...

Những dấu hiệu lâm sàng gợi ý như sau: sau chấn thương:

- Cánh tay dạng 30^0 , khuỷu xa thân mình, có dấu lò xo: nghi vật vai.
- Sưng vùng khuỷu, khuỷu gấp được nghi gãy trên lõi cầu.
- Khuỷu gấp 30^0 , dấu lò xo: trật khuỷu
 - Đau vùng háng, mất cơ năng, không sưng nề, không tụ máu: gãy cổ xương đùi nội khớp.
 - Đau như trên, gốc chi sưng to, máu tụ lan toả: vỡ máu chuyển xương đùi.
 - Gối bên đau tỷ lên gối bên lành: trật háng kiểu chậu.

CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN TRƯỚC KHI MỔ VÀ SĂN SÓC BỆNH NHÂN SAU MỔ

I- ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật là một sang chấn có những ảnh hưởng nhất định đến bệnh nhân. Muốn bệnh nhân chịu đựng được sang chấn đó, cần phải chuẩn bị chu đáo cho bệnh nhân về mọi mặt tinh thần và thể chất. Phẫu thuật là một phương pháp điều trị có ảnh hưởng tình trạng toàn thân và có những biến chứng. Vì vậy phải biết săn sóc và phát hiện các biến chứng sau mổ. Do đó, công tác chuẩn bị bệnh nhân trước mổ và săn sóc sau mổ là một trong những khâu quan trọng cho cuộc phẫu thuật tiến hành thuận lợi, an toàn và đạt kết quả.

- Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ bao gồm các công việc: Đánh giá tình trạng chung của người bệnh, khả năng chịu đựng phẫu thuật của người bệnh, phát hiện và điều chỉnh các rối loạn về tâm lý và sinh lý của người bệnh, dự kiến và chuẩn bị các phác đồ, phương tiện để sẵn sàng đối phó với các biến chứng có thể xảy ra. Công việc chuẩn bị bệnh nhân không chỉ đơn thuần về mặt hành chính, sổ sách, bệnh án ... mà ngay khi tiếp nhận bệnh nhân, phải đánh giá và chuẩn bị tốt về mặt tâm lý cũng như thể chất để cho người bệnh được phẫu thuật kịp thời, thuận lợi và an toàn.

- Săn sóc bệnh nhân sau mổ là một khâu rất quan trọng trong điều trị phẫu thuật. Săn sóc bệnh nhân sau mổ nhằm giúp cho người bệnh hồi phục sớm và phát hiện sớm các biến chứng để kịp thời xử lý, điều chỉnh, đảm bảo kết quả của phẫu thuật, là một công việc chung của thầy thuốc, y tá và hộ lý từ khi bệnh nhân hồi tỉnh sau mổ cho đến khi xuất viện. Tùy thuộc vào các loại bệnh và phương pháp phẫu thuật mà có các chế độ chăm sóc, theo dõi, điều trị khác nhau. Ngoài ra, trong cùng một phẫu thuật như nhau nhưng tình trạng chung của bệnh nhân lại khác nhau cũng đòi hỏi những mức độ chăm sóc khác nhau. Ở đây chủ yếu chỉ nêu lên những điểm chung cho các loại phẫu thuật

bụng để sinh viên nắm được những khái niệm chung và những nguyên tắc chủ yếu về sản sóc, theo dõi các thủ thuật ở bụng. Còn đối với các loại phẫu thuật như: Thần kinh, lồng ngực.... có những nguyên tắc và kỹ thuật chăm sóc riêng biệt mang tính chất chuyên khoa hơn.

1. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN TRƯỚC KHI MỔ

1.1. Mổ phiến

1.1.1. Thăm khám

1.1.2. Lâm sàng

- Tiền sử:

+ Tìm hiểu tiền sử bệnh nhân và gia đình. Chú ý các bệnh mãn tính như: hen lao, bệnh phổi, viêm thận, bệnh tim mạch. Nếu có phải xác định lại, nếu đã điều trị cũng nên xác định đã ổn định chưa.

+ Tiền sử phẫu thuật: Cần xác định loại phẫu thuật, thời gian và kết quả sau mổ. Nhất là đối với các phụ nữ cần chú ý thêm các loại phẫu thuật về sản phụ khác.

- Thăm khám:

+ Toàn thân:

Tình trạng huyết động: Mạch, nhiệt độ, huyết áp động mạch (bình thường: mạch 80- 90l/ph; HA 130/80mmHg)

Da -niêm mạc: Màu sắc.

Cần chú ý có thiếu máu, phù, dị ứng, xuất huyết hay không.

Trạng thái tinh thần: Các rối loạn thần kinh tâm thần.

Tình trạng dinh dưỡng:Cân nặng, toàn trạng của bệnh nhân gầy, suy kiệt hay béo...

Các khuyết tật bẩm sinh.

+ Bộ phận:

Tim phổi: Khám và phát hiện các biểu hiện bệnh lý của van tim, cơ tim. Nếu cần thiết có thể kiểm tra thêm bằng siêu âm tim, điện tim. Đặc biệt chú ý đến huyết áp của bệnh nhân bình thường HAĐM: 130/80mmHg. Nếu trên 60 tuổi sẽ đổi thay từ 160 trở lên. Một số bệnh nhân trước mổ huyết áp tăng lên do thần kinh, do vậy phải dùng thuốc an thần một vài ngày trước mổ.

- Hô hấp: Nghe phổi và chụp phổi để xác định tình trạng bệnh lý của phổi, phế quản đặc biệt là người già cần chú ý các bệnh viêm phế quản mãn, lao phổi cũ..

Thận - tiết niệu:Xác định một số bệnh lý về tiết niệu như:

- Viêm thận

- Viêm tiết niệu

Đối với nam giới cần chú ý đến u xơ tiền liệt tuyến sẽ dẫn tới bí đái sau mổ.

Thần kinh tâm thần:

Chú ý những bệnh nhân có tiền sử động kinh, di chứng của tai biến mạch máu não hoặc trạng thái tâm lý không ổn định để có các biện pháp đề phòng trước và sau mổ. Yếu tố tâm lý trước mổ rất quan trọng. Những trường hợp nào quá sợ sệt, có thể cho vào sớm để thích nghi với hoàn cảnh trong bệnh viện, chuẩn bị tâm lý cho người bệnh là rất quan trọng.

Tiêu hoá:

Thăm khám xác định thêm tình trạng ổ bụng như:

Cổ chướng, tuần hoàn bàng hệ, lách to, u bụng...

Gan mật: Kích thước, mật độ, tính chất đau...

Các thủ thuật cần làm: Thăm trực tràng, âm đạo.

Xác định thêm một số bệnh lý khác của tiêu hoá như viêm đại tràng co thắt, trĩ hay ở những người già hay bị táo bón sẽ dẫn tới liệt ruột sau mổ..

Nội tiết: Khám và phát hiện thêm một số bệnh nội tiết kèm theo thường gặp như bướu cổ, Basedow, đái đường...

Xương khớp: chú ý các bệnh xương khớp mãn tính, đề phòng tái phát và sử dụng thuốc sau mổ sẽ ảnh hưởng đến bệnh nhân như chảy máu tiêu hoá sau dùng Aspirin Acid Salicilate..hoặc sẽ hạn chế sự vận động sau mổ đối với bệnh nhân.

Máu và hệ thống bạch huyết

Các bệnh về máu cần xác định như: He'mophilie, He'moze'nie, leucose cấp mãn.

Các hệ thống hạch: nách, thượng đòn, bẹn. Có giá trị tiên lượng thời gian sống của bệnh nhân nhất trường hợp ung thư tiêu hoá.

Tai mũi họng: Cần phải kiểm tra trước khi phẫu thuật, nhất là những trường hợp có ổ mủ như viêm Amidan, viêm tai giữa của trẻ em.

Răng hàm mặt: Chú ý các bệnh nhân có răng giả, phải được cất giữ trước khi lên nhà mổ vì ảnh hưởng đến việc gây mê NKQ.

1.1.2. Cận lâm sàng: Gồm có cận lâm sàng cơ bản và cận lâm sàng chẩn đoán.

a) Cận lâm sàng cơ bản: Bất cứ phẫu thuật nào cũng có:

- Xét nghiệm;

Máu: Chỉ số bình thường

Số lượng hồng cầu: $3,9 - 4,2 \times 10^{12}$ lít

Số lượng bạch cầu: $6 - 9^6 \times 10^6$ /lít

Huyết sắc tố : 70 - 80 g%

Máu chảy : 2 - 4 phút

Máu đông : 8 - 15 phút

Urê : 3,3 - 6,6µ%

Đạm : 70 - 80 g%

- Nước tiểu : Đường niệu: không có
- Đạm : không có
- Xquang: Chiều tim phổi: phổi sáng không mờ, hình tim bình thường
- Chụp tim phổi: có thể chụp nếu trên bệnh nhân có bệnh lý cũ, người già hoặc nghi ngờ bệnh lý khi chiếu xquang.
- Điện tim: Những người già trên 60 tuổi hoặc có bệnh lý tim mạch.
- b) Cận lâm sàng chẩn đoán: Tuỳ theo các loại bệnh lý khác nhau đòi hỏi những yêu cầu khác nhau, bao gồm:

- Xét nghiệm: Máu để tìm:

Bilirubin

α FP

Au

VSS

CEA

Transaminaza...

Yếu tố đông máu

Nước tiểu để tìm:

Muối mật, sắc tố mật

- Xquang: chụp bụng không chuẩn bị

Chụp télégran

Chụp dạ dày

Chụp khung đại tràng - tá tràng.

Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị.

Chụp hệ tiết niệu không có thuốc cản quang: UIV, UPR...

- Siêu âm: Chỉ định để xác định nhiều loại bệnh tiêu hóa.

Siêu âm bình thường và siêu âm Doppler (khi cần thiết)

- Nội soi tiêu hoá: Soi dạ dày - tá tràng.

Soi đường mật - Tuy ngược dòng (Endoscopic Retrograde cholangio -

Pancreatographie: ERCP)

- Soi ổ bụng (Laparoscopie)

- CT. Scanner: Theo yêu cầu.

- Chọc sinh thiết (Ponction biopsie).

1.2. Bệnh án: Khi chuẩn bị bệnh nhân phẫu thuật phải chuẩn bị tốt hồ sơ bệnh án với các yêu cầu sau:

1.2.1. Phân hành chính

Phải ghi đầy đủ, rõ ràng, sạch sẽ: Họ tên, tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp, địa chỉ liên lạc..... và người làm bệnh án.

1.2.2. Nội dung bệnh án: Đây đủ bao gồm: phần hành chính, lý do vào viện, tiền sử, bệnh sử, cận lâm sàng, kết luận và chẩn đoán. Ngoài ra còn có cách thông qua mổ. ý kiến hội chẩn, các yêu cầu cần phải làm thêm.

1.2.3. Sắp xếp bệnh án phải theo thứ tự: Phần nội dung, xét nghiệm cận lâm sàng, các thăm dò khác để dễ đọc, dễ tìm.....

1.3. Điều chỉnh các rối loạn

Dựa vào thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng để phát hiện các rối loạn để đề ra các chỉ định điều chỉnh.

1.3.1. Thiếu máu: Thiếu máu dưới $2,9 \times 10^{12}$ /lít ở nam và $2,7 \times 10^{12}$ /lít ở nữ chứng tỏ tình trạng thiếu đậm, thiếu dinh dưỡng nghiêm trọng cần phải truyền máu một vài lần trước khi phẫu thuật.

1.3.2. Thiếu đạm: Bình thường từ 72g - 82g/lít. Nếu đạm toàn phần trong máu dưới 60g/lít thì hậu quả tiên lượng sẽ xấu. Cần phải cho bệnh nhân ăn đủ các chất dinh dưỡng có chế độ đậm cao hơn hoặc có thể truyền dung dịch đạm (Mori Amin, Nutrisol...)

1.3.3. Rối loạn điện giải

Chú ý nhất là Na^+ , CL và K^+

Bình thường mỗi người cần 1 ngày 5 - 10 g muối Na^+ và 3 - 4 g K^+ . Nếu có rối loạn điện giải nên điều chỉnh dùng chế độ ăn uống hoặc truyền dung dịch muối đẳng trương 9% hay dung dịch Clorua Kali tiêm truyền tĩnh mạch.

1.3.4. Sinh tố: Cần tăng cường chế độ ăn nhiều sinh tố nhất là B và C, vì chúng có ảnh hưởng rất lớn đến vết thương.

1.3.5. Chế độ ăn

Khẩu phần ăn hàng ngày cần phải đủ số calo cũng như các yếu tố dinh dưỡng khác. Chế độ ăn ít chất xơ, dễ tiêu hoá, không gây nhiễm độc hay rối loạn lưu thông ruột.

1.4. Ngày trước mổ

Các việc cần phải làm

1.4.1. Thủ tục hành chính: Ký giấy mổ, cân, lấy mạch, đo huyết áp và kiểm tra tài sản, giải thích để bệnh nhân an tâm.

1.4.2. Vệ sinh: Bệnh nhân tắm rửa sạch sẽ, vệ sinh vùng mổ, thụt tháo sạch phân. Nếu phẫu thuật đại tràng phải được chuẩn bị một tuần nên thụt tháo kèm theo uống Manitol 20% - 500ml

- Nếu bệnh nhân hẹp môn vị: Rửa dạ dày

1.4.3. Ăn uống: Vẫn ăn nhẹ, nhất là buổi chiều hôm trước. Không nên nhịn hoàn toàn, ngày hôm sau mổ không được ăn.

1.4.4. Tối: Thuốc an thần: Thuốc ngủ tránh cho bệnh nhân lo lắng sợ sệt.

- Gacdenan 0,1 x một viên
- hoặc - Seduxen 0,05g x hai viên

1.4.5. Sáng hôm mổ

- Tiền mê tại phòng bệnh hoặc phòng mổ.
- Thử Test kháng sinh và tiêm kháng sinh dự phòng, thường dùng Ampiciline 1g hoặc celotaxin 1g trước mổ và 1g sau mổ.

2. MỔ CẤP CỨU

2.1. Khó khăn

Cấp cứu do tai nạn hoặc bệnh tật thường xảy ra bất ngờ, do không có thời gian để điều chỉnh các rối loạn chức phận. Vì vậy mổ cấp cứu biến chứng thường xảy ra hơn là mổ phiên.

2.2. Chuẩn bị bệnh nhân mổ cấp cứu

2.2.1. Loại cấp cứu

Không trì hoãn: Không có thì giờ chuẩn bị mổ.

Mổ ngay

Vừa hồi sức vừa mổ. Như các vết thương động mạch chảy máu trong....

- Trì hoãn: Có thời gian tối thiểu từ 1 - 2 giờ để chuẩn bị hồi sức trước lúc mổ.

2.2.2. Chuẩn bị

- Thủ tục hành chính: khám xét, chẩn đoán và bệnh án.
- Các thăm dò tối thiểu đủ để chẩn đoán trong cấp cứu như: Xquang, siêu âm.
- Xét nghiệm cơ bản tối thiểu: Công thức máu, máu chảy, máu đông, nhóm máu.
- Một số chỉ định khác: Tiêm phòng uốn ván bằng SAT 1500 đ/v
- Kháng sinh dự phòng.

3. SẴN SÓC BỆNH NHÂN SAU MỔ

3.1. Một số đặc điểm sinh lý học

Bất kỳ một can thiệp phẫu thuật nào cũng đều là một chấn thương đối với bệnh nhân. Mổ càng phức tạp thì chấn thương càng nặng.

- Chấn thương do phẫu thuật gồm 2 mặt
- Chấn thương hệ thống thần kinh và tinh thần.
- Chấn thương đến quá trình chuyển hoá.

Để nắm vững những nguyên tắc sẵn sóc: Cần phải biết những rối loạn tiêu hoá sau phẫu thuật.

3.1.1. Nhu cầu dinh dưỡng của người bình thường

Một cơ thể bình thường (với tiêu chuẩn 70kg cao 1,7m) cần mỗi ngày 1500 calo. Số Calo này được cung cấp bởi hai nguồn chính: Chất đường (Glucid), mỡ (Lipid), và đạm (Protid) có giá trị lính theo năng lượng như sau:

1g Glucid cho 4, Calo

1g Protid cho 4,1 Calo

1g Lipid cho 9,3 Calo.

Như vậy trong 1 ngày cần : 70gProtid

50 g Lipid

200 g Glucid (theo Cradon)

Và các chất điện giải cần thiết phải có thể bù lại số mất do nước giải và những chất mất mát không đo được bao gồm: 2 lít nước, 5 g muối (muối ăn), 3 g muối Potanium (Kalium.Ngoài ra cần một số thành phần khác như Calium (Ca), Magnéium,Iode... cùng các loại sinh tố B1, B2, C...

3.1.2. Nhu cầu ở bệnh nhân mổ xẻ

Các nhu cầu đối với bệnh nhân được phẫu thuật đều thay đổi.

- Nhu cầu nhiệt độ tăng lên rõ rệt do các yếu tố:

+ Bệnh nhân vật vã, giãy dụa tăng 10 - 30 %

+ Sốt: Mỗi độ tăng 13%

+ Hiện tượng phá huỷ tổ chức 10%

Như vậy bệnh nhân cần một chế độ dinh dưỡng từ 3000 - 50000 Calo.

- Nhu cầu về chất đạm: Có vai trò chủ yếu ở thời kỳ sau mổ về mặt dinh dưỡng.

Đó là điều kiện để cho phẫu thuật thành công. Nhu cầu đạm tăng lên rõ rệt vì số lượng chất đạm bị tiêu huỷ ở các giai đoạn trước, trong và sau khi mổ rất cao. Do các bệnh về tiêu hoá ảnh hưởng nhiều đến chế độ dinh dưỡng như chán ăn, ỉa chảy.. hoặc do ung thư, nhiễm trùng... và do mất máu trong phẫu thuật nên lượng đạm sẽ mất nhiều, chính điều đó làm cho bệnh nhân hậu phẫu phức tạp, quá trình liền vết mổ và các thủ thuật khâu nối bị ảnh hưởng khá lớn. Bệnh nhân ở trong tình trạng choáng mãn tính, dẫn đến liệt, loét (Escarre) do nằm lâu.

- Nhu cầu về sinh tố.

Do ảnh hưởng của tình trạng thiếu dinh dưỡng sau mổ dẫn đến thiếu sinh tố rất lớn, đặc biệt là sinh tố C sẽ ảnh hưởng đến vết mổ. Do vậy đòi hỏi tăng cường thêm các sinh tố cho bệnh nhân.

4. SĂN SÓC SAU MỔ

Kết quả của phẫu thuật phụ thuộc một phần lớn vào công tác săn sóc và theo dõi bệnh nhân sau mổ. Tuỳ theo từng phần phẫu thuật mà việc theo dõi có sự khác nhau. Trong thực hành lâm sàng đã tạm thời quy định chế độ hộ lý cấp 1,2,3.

+ Hộ lý cấp 1: Là những bệnh nhân nặng, bất động, hôn mê hoặc tỉnh nhưng không thể tự mình săn sóc cho mình được, đồng thời có khả năng xuất hiện các triệu chứng nguy hiểm nên đòi hỏi phải theo sát từng giờ (có khi từng 15 phút , 30 phút). Đối với bệnh nhân này đòi hỏi phải cho thuốc từng ngày.

+ Hộ lý cấp 2: Là những trường hợp bệnh nhân tỉnh, biết nhưng không tự mình phục vụ được. Huyết động đã ổn định được, nhưng lưu thông ruột chưa bình thường (chưa gas, chưa đại tiện) có thể cho thuốc trước 1 ngày.

+ Hộ lý cấp 3: Bệnh nhân đã khoẻ mạnh hoặc đã tự ngồi dậy, đi lại không cần người phục vụ, tự ăn uống được. Không có biến chứng gì. Việc phân chia cấp hộ này chỉ nhằm để tiện việc theo dõi nhất là khi bệnh nhân đông. Bệnh nhân có thể chuyển từ hộ lý cấp 2 thành hộ lý cấp 1 hoặc ngược lại. Đó là tùy tình hình diễn biến của bệnh.

Dù là hộ lý cấp nào thì nội dung săn sóc cho bệnh nhân mổ bụng cũng sẽ bao gồm:

- Theo dõi hồi tỉnh của bệnh nhân.
- Theo dõi diễn biến của phẫu thuật.
- Chế độ dinh dưỡng.
- Chế độ thuốc men.
- Theo dõi và phát hiện các biến chứng.

4.1. Theo dõi và săn sóc các bệnh nhân hồi tỉnh

- Bệnh nhân chưa tỉnh: Cần phải làm những việc sau:
 - + Chuyển bệnh nhân từ từ nhẹ nhàng từ cẳng lên giường.
 - + Kê gối ở giữa vai cho dễ thở.
 - + Nghiêng đầu bệnh nhân sang một bên tránh có nôn hít vào phổi.
 - + Đặt ống Mayo đè gốc lưỡi cho dễ thở.
 - + Ủ ấm và sưởi ấm ngay cho bệnh nhân (nhất là về mùa rét)
 - + Buộc chân tay tránh bệnh nhân quờ quạng khi hồi tỉnh.
 - + Lập bảng theo dõi: Mạch, HA, nhịp thở, màu sắc môi và đầu chi.
- Nếu bệnh nhân tỉnh thì đặt bệnh nhân đầu đặt cao 15 -20 cm để dễ thở, lập bảng theo dõi:

Giai đoạn này cần theo dõi (choáng) sau mổ sẽ biểu hiện:

- + Mặt bệnh nhân tái đi, trắng bệch.
- + Thở nhanh và nông.
- + Chân tay lạnh.
- + Các phản xạ chậm.
- + Mạch nhanh trên 100/p, mạch nhẹ
- + Huyết áp động mạch yếu, có khi không lấy được mạch

Xử trí chống choáng ngay:

- +Ủ ấm sưởi ấm
- +Truyền ngay máu hoặc huyết thanh .

Trợ tim: Ouabain, Cloracanzi.

Nếu choáng nhẹ do di chuyển chỉ nửa giờ sau tình trạng bệnh nhân sẽ tốt hơn. Nếu không, thì phải nghĩ tới nguyên nhân gây choáng như: chảy máu sau mổ.

2.2 .Theo dõi diễn biến của phẫu thuật

2.2.1 Tình trạng toàn thân:

Cần phải theo dõi hàng ngày các yếu tố sau :

+ Nhiệt độ: 1-3 ngày sau mổ bệnh nhân thường sốt nhẹ ,dao động nhưng thường chỉ $37^{\circ}5$ sau đó giảm dần .Nếu có nhiễm trùng sẽ sốt cao kéo dài.

+ Mạch và huyết áp động mạch.

Theo dõi mạch HA từ 12-24 giờ sau mổ nếu mổ bình thường . Nếu diễn biến phức tạp sẽ tiếp tục theo dõi vài ngày sau .Khi nhiệt độ tăng thì mạch sẽ tăng. Nếu mạch tăng và nhiệt độ tăng, huyết áp tụt thì phải chú ý đến huyết khối tĩnh mạch .

+ Các dấu hiệu sau mổ theo bảng sau(Check list)

Nét mặt bình thường.

Móng tay, chân hồng không tím.

Mặt, mũi, trán ẩm.

Băng khô không thấm dịch .

Bụng không chướng, mềm, không có phản ứng, không có cầu bàng quang.

2.2.2.Các biểu hiện sau khi mổ

Đau đầu

Nguyên nhân: Tác dụng của thuốc mê, sự mệt mỏi, nhiệt độ trong phòng quá cao.

Đề phòng : Sự yên tĩnh tuyệt đối ,thoáng khí và tư thế thích hợp sẽ ngăn ngừa đau đầu .Đôi khi có thể chườm lạnh hoặc chườm nóng vào đầu và chân sẽ giảm đau.

Đau lưng: Nằm lâu với một tư thế sẽ đau lưng. Cần thay đổi tư thế, xoa bóp và đặt gối ở lưng để giảm đau .

- Khát và khó chịu ở miệng

Nguyên nhân : mất nước ,mất máu và nhất là tác dụng của atropin.

Xử trí : cho bệnh nhân nhấp 1 ít nước hoặc dùng khăn ướt lau mặt và lưỡi

Nôn

Tùy theo từng loại phẫu thuật có biểu hiện nôn sớm hay buồn nôn ,nhất là trường hợp gây mê kéo dài.

Xử trí : Đặt sonde dạ dày, hút giảm bớt khó chịu này.

Nấc

Sau mổ do cơ thất cơ hoành đột ngột và kéo dài sẽ xuất hiện nấc,bệnh nhân rất khó chịu và đau mỗi khi nấc. Nấc cũng có thể do gây mê, do kích thích thần kinh X nhất là những phẫu thuật ở tầng trên đại tràng ngang

Xử lý: Hollender khuyên thở nhanh, kéo dài nếu có thể. Dùng thuốc Metoclopramide (primperant) 10mg tiêm tĩnh mạch hoặc Atorpin, Procaine.

Chướng bụng sau mổ

Do liệt ruột cơ năng bắt đầu từ 24 giờ đến 72 giờ sau khi mổ.

Cho bệnh nhân thay đổi tư thế và hút dạ dày.

Bí đái

Nguyên nhân: Ảnh hưởng của thuốc mê, gây tê tuỷ sống, phẫu thuật ở tầng sinh môn, theo thói quen không đái nằm. Nam trên 50 tuổi thường là do u xơ tiền liệt tuyến.

Xử trí : Chườm nóng, châm cứu hoặc có thể dùng Baralgin 10 mg tiêm bắp. Nếu sau đó không đái được phải thông đái - chú ý không để ống Sonde tránh nhiễm trùng tiết niệu .

Đau bụng

+ Đau nông: Đau vết mổ, do chỉ khâu .

+ Đau bên trong: Do rối loạn thần kinh co giãn các tạng trong ổ bụng có thể dùng thuốc an thần, giảm đau, chống co thắt

2.2.3. Theo dõi và phát hiện biến chứng sau khi mổ

* Trong 24 giờ đầu:

- Sốc sau khi mổ: Sau mổ bệnh nhân phải tỉnh, tự thở, huyết động ổn định lưng khi chuyển về phòng bệnh có thể choáng. Thể hiện ở các dấu hiệu sau

+ Mặt bệnh nhân tái xanh.

+ Thở yếu, nhanh và nông.

Chân tay lạnh.

+ Mạch nhanh trên 100l/p , mạch yếu.

+ Huyết áp động mạch giảm : tối đa dưới 90mmHg.

Xử trí + ủ ấm hoặc sưởi ấm ngay.

+ Truyền máu hoặc huyết thanh

+ Trợ tim : Ouabain, chloruacanxi..

Nếu nguyên nhân sốc là do di chuyển thì sau khi xử lý xong, bệnh nhân sẽ ổn định trở lại. Nếu không sẽ phải nghĩ đến chảy máu trong ổ bụng.

Cần đề phòng bằng:

- Chuyển bệnh nhân nhẹ nhàng từ cang lên giường.

- Kê gối ở vai cho dễ thở.

- Nghiêng đầu bệnh nhân sang một bên tránh nôn sẽ hít vào phổi

- Ủ ấm hoặc sưởi ấm ngay cho bệnh nhân khỏi bị lạnh.

- Lấy mạch, huyết áp - động mạch, nhịp thở và lập bảng theo dõi để ở đầu giường.

*** Chảy máu sau mổ**

- Chảy máu trong ổ bụng: Do tụt chỉ buộc các mạch máu thông ổ bụng. Thể hiện: Truy tìm mạch: Nhợt nhạt, da niêm mạc bợt, người lạnh, mạch nhanh nhỏ, huyết áp hạ.

Nếu có dẫn lưu: Chảy máu đỏ tươi, có cục máu đông, số lượng nhiều.

Nếu không có dẫn lưu: Bụng chướng có cảm giác phúc mạc, gõ đục ở thấp.

Xét nghiệm: Hồng cầu, Hematorit giảm

- Thái độ xử lý:

Trường hợp diễn hình các triệu chứng rõ: Mổ lại.

Trường hợp không diễn hình: Cần theo dõi

Chảy máu vào đường tiêu hoá: Thường gặp trong các phẫu thuật cắt ống tiêu hoá. Nguyên nhân khâu nối cầm máu không kỹ máu chảy từ miệng nối hoặc niêm mạc dạ dày - ruột vào ống tiêu hoá.

Thể hiện:

- Ống Sonde dạ dày ra máu tươi.

- Nôn máu cục và máu tươi

- Biểu hiện mất máu: Truy tìm mạch, vật vã, đau tức bụng, buồn nôn.

Xử trí: Rửa dạ dày nếu cắt nối được lâu.

- Đặt ống Faucher.

- Nước ấm 37° - 40° khoảng 20 - 30 lít.

- Rửa sạch cho đến khi nước trong.

* Trong những ngày sau:

Viêm phúc mạc sau mổ:

Thường do các bọc chỉ các miệng nối ống tiêu hoá, bọc mồm tá tràng hoặc dò mật chân Kehr, xuất hiện ngày thứ 3 - 5, biểu hiện:

+ Bệnh nhân đau bụng dữ dội, bí trung đại tiện.

+ Toàn thân nhiễm trùng, nhiễm độc.

+ Bụng chướng, có cảm ứng phúc mạc, Douglas phồng đau.

Xử trí: Phải mổ lại sớm.

- Tắc ruột sau mổ

Do dính, do xoắn ruột sau mổ, xuất hiện ngày thứ 3 - 5. Sau khi đã có trung tiện. Biểu hiện:

+ Đau từng cơn, nôn, bí trung tiện.

+ Bụng chướng, có quai ruột nổi. Có dấu hiệu rắn bờ. Xquang có nước - hơi.

Xử trí: Hút dịch dạ dày, truyền dịch và điều trị kháng sinh, theo dõi nếu không được mổ lại.

- Viêm phổi sau mổ:

Hay gặp ở người già lâu hoặc trẻ con. Biểu hiện:

Ho, đau tức ngực, sốt.

Nghe phổi có rale.

Chụp phim phổi có hình ảnh viêm phổi.

Xử trí:

- Ngồi sớm, vỗ ho khạc đờm ứ đọng.

- Điều trị kháng sinh.

- Viêm thận cấp sau mổ

Thường gặp những phẫu thuật gan mật, viêm phúc mạc. Thể hiện:

Đái ít, dần dần đi đến vô niệu.

Urê huyết tăng.

Phải theo dõi:

+ Nước tiểu 24 giờ.

+ Xét nghiệm Urê huyết Urê niệu, Creatinin, điện giải đồ, tỉ trọng nước tiểu.

Xử trí: Điều trị tích cực ngay, có thể dùng thuốc lợi tiểu, chống toan máu nếu vô hiệu phải thẩm phân phúc mạc hoặc chạy thận nhân tạo.

- Rối loạn lưu thông ruột:

+ 3 - 4 ngày đầu biểu hiện: Chướng bụng, bụng mềm, đái ít sau đó có trung tiện và đi ngoài. Nếu 5 - 10 ngày sau vẫn không có trung tiện có thể liệt ruột sau mổ.

+ Táo bón: Thường do phẫu thuật kéo dài, tụ máu hoặc phù nề rễ mạc treo, rối loạn thần kinh, hay gặp ở phụ nữ béo nếu kiểm tra không thấy tắc ruột có thể:

Xử lý: Thụt dầu Parafin 30ml

- Proctimin: 0,5 mg tiêm bắp sau 6 giờ hoặc 12 giờ có trung tiện.

- Dung dịch Sorbitol 5% (Rorbostyl) 1 ống 20ml tiêm tĩnh mạch.

- Microlax 5ml bơm vào trực tràng có tác dụng tốt.

2.2.4. Một số công việc săn sóc sau mổ bụng

+ Hút dịch dạ dày:

Trong phẫu thuật bụng có thể những ngày đầu có ứ đọng dịch ở dạ dày, ruột. Bệnh nhân khó chịu, hút dạ dày nên đặt qua mũi có thể đặt được lâu. Hàng ngày hút dịch vào buổi sáng, nếu trong ngày bệnh nhân cảm giác tức bụng, bụng chướng có thể hút. Khi đỡ chướng bệnh nhân sẽ dễ chịu. Để hút dịch ruột người ta có thể dùng Sode Müller - Abbott.

+ **Săn sóc ống dẫn lưu:** Có 2 loại dẫn lưu:

- Ống dẫn lưu đặt trong các khoang tự nhiên hoặc vùng phẫu thuật để dẫn lưu các ứ đọng thường là ống cao su hoặc chất dẻo có tráng Silion. Dẫn lưu phải được nối và

dẫn xuống lọ kín có nước sát trùng đặt ở chân giường. Hoặc ống dẫn lưu Redon có nhiều lỗ đặt ở thành bụng hoặc khoang bụng để nối bình áp lực đặt trên giường hay bệnh nhân đeo vào người. Hàng ngày cần vuốt, theo dõi ống dẫn lưu có thông không, số lượng dịch, màu sắc. Có thể rút ống dẫn lưu sau 24 giờ - 72 giờ.

↳ Sonde cao su đặt vào các tạng rỗng (Malecot, Perzer, Nelaton) nhằm dẫn lưu dịch, giảm áp lực hoặc mở thông dạ dày, ruột để cho ăn. Hàng ngày theo dõi lượng ra cũng như sự lưu thông. Rút theo chỉ định từng loại phẫu thuật.

+ Săn sóc vết mổ

-Băng gồm 3 loại:

Băng che kín vết mổ (pansement protecteur) gồm 1 - 3 lớp băng nhằm bảo vệ vết mổ, có thể thay băng ngày ngày hôm sau.

Băng chèn ép do vết mổ chảy máu (pansement compresif). Băng ép nhiều lớp bằng băng dính to bản hoặc băng cuộn có thể để 1 - 3 ngày

Băng hấp phụ dịch (pansement absorbant) nhằm thấm dịch, mủ, máu, thay băng hàng ngày.

- Cắt chỉ: Hàng ngày phải xem vết mổ đánh giá dựa vào màu sắc, dịch rỉ, sốt...để có thể cắt chỉ sớm.

Chú ý tùy theo các loại khâu: Khâu phúc mạc, cân, cơ, da mà có thời gian cắt chỉ khác nhau.

Chỉ khâu da: Người lớn từ ngày thứ 7, nếu nhiễm trùng có thể cắt sớm cắt quãng, trẻ em cắt lâu hơn (10 ngày - 2 tuần).

Khâu 1 lớp toàn thể: Cắt chỉ theo chỉ định của phẫu thuật viên, thường sau 15 ngày.

Khâu 1 lớp da hở: Cắt chỉ sau 12 ngày.

- Cho bệnh nhân vận động dậy sớm.

Sau mổ 12 giờ nên cho bệnh nhân ngồi dậy dựa vào tường hoặc thành giường vận động chân tay, xoa nắn cho máu lưu thông, tránh ứ đọng, viêm phổi, nhiễm trùng tiết niệu và loét nhất là vùng xương cùng cụt, gót chân, mông. Sau 24- 48 giờ có thể khuyến khích bệnh nhân tập đi lại quanh giường, có người dìu. Vận động sớm sẽ giúp cho nhu động ruột chóng trở lại bình thường.

3. CHẾ ĐỘ NUÔI DƯỠNG BỆNH NHÂN SAU MỔ

3.1. Nuôi dưỡng bằng đường truyền tĩnh mạch

Thường sau khi mổ bụng phải lập đường truyền tĩnh mạch để nuôi dưỡng. Có thể dùng kim truyền bình thường hoặc kim lùn để giữ được vài ngày, nếu cần nuôi dưỡng lâu có thể dùng Cathéter lùn tĩnh mạch dưới đòn, cánh ngoài hoặc bộc lộ ven. Đối với những trường hợp lùn Catheter chú ý không được để quá lâu có thể sẽ nhiễm

trùng máu. Khi nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch cần chú ý đến dịch truyền có đủ năng lượng, sinh tố điện giải và đạm. Khi bệnh nhân có biểu hiện lưu thông ruột trở lại bình thường (có trung tiện, đại tiện) thì bắt đầu cho bệnh nhân ăn.

3.2. Nuôi dưỡng bằng đường ăn uống

Khi có trung tiện cho bệnh nhân ăn uống từ lỏng như sữa, cháo, súp, sau đó tùy theo từng trường hợp mổ mà cho ăn đặc dần, chú ý chế độ ăn phải đảm bảo vệ sinh thực phẩm, tránh ỉa chảy ảnh hưởng đến tình trạng bệnh nhân hoặc chú ý đến chất xơ, không cho bệnh nhân ăn sớm vì sẽ có nguy cơ tắc ruột do bã thức ăn (Phytobézoar)

4. CHẾ ĐỘ THUỐC MEN

Đảm bảo bù đủ nước và chất điện giải

- Kháng sinh: Đủ liều đặc hiệu, phối hợp.
- Các thuốc giảm đau, chống co thắt.
- Các loại thuốc đặc trị
- Các loại thuốc khác như: Sinh tố, đạm...

5. CHẾ ĐỘ VỆ SINH

- Vệ sinh răng miệng: Lau rửa miệng hàng ngày cho bệnh nhân một ít nước tránh khô miệng, đánh răng súc miệng cho bệnh nhân
- Tắm rửa: Dùng khăn ẩm lau rửa mặt, người, chân tay, ngực, lưng nếu bệnh nhân nằm lâu. Lau mồ hôi vào mùa hè tránh viêm phổi.
- Cạo râu, gội đầu: Nếu nằm lâu phải gội đầu, cho bệnh nhân chải tóc cho gọn hoặc cạo râu, cắt móng chân, móng tay cho bệnh nhân.
- Vệ sinh sạch sau khi đại tiện, tiểu tiện: Nhất là những ngày đầu sau mổ.

6. KẾT LUẬN

1. Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ là một công việc quan trọng trong phẫu thuật bụng. Trong mổ phiên vì có thời gian điều chỉnh rối loạn chức phận nên cuộc mổ diễn ra tốt đẹp, ít biến chứng và hậu phẫu bình thường hơn là trong mổ cấp cứu
2. Săn sóc bệnh nhân sau mổ bụng nói chung có nhiều vấn đề phức tạp, các biến chứng có thể là toàn thân, có thể là tại chỗ xảy ra tùy theo loại mổ, tùy theo mức độ nặng nhẹ và tùy theo thể trạng bệnh nhân. Nhưng cần phải nắm vững các nguyên tắc chung về săn sóc, theo dõi và phát hiện các biến chứng để phòng ngừa và bảo đảm kết quả mổ tốt nhất.

TRIỆU CHỨNG HỌC VỀ GÃY XƯƠNG SAI KHỚP

TRIỆU CHỨNG HỌC VỀ GÃY XƯƠNG

1- ĐẠI CƯƠNG VÀ ĐỊNH NGHĨA

1.1. Malgaigne năm 1947 định nghĩa: (gãy xương là sự gián đoạn về cấu trúc giải phẫu của 1 xương xảy ra sau một chấn thương đột ngột).

1.2. Về triệu chứng học trong bài này người ta nghiên cứu

- Các triệu chứng lâm sàng của gãy xương kín do chấn thương
- Các triệu chứng xquang của gãy xương
- Triệu chứng của các biến chứng sớm trong gãy xương kín
- Triệu chứng của gãy xương bệnh lý.

Với những trường hợp gãy xương hoàn toàn, đến sớm thì các triệu chứng lâm sàng cũng đủ để chẩn đoán là xương bị gãy, nhưng trong những trường hợp gãy không hoàn toàn, triệu chứng thể hiện nghèo nàn và do đó phải dựa vào các triệu chứng xquang, và khi cần thiết, vào các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác như chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ hạt nhân vv... để chẩn đoán.

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG CỦA GÃY XƯƠNG KÍN

2.1. Các triệu chứng tại chỗ của gãy xương

Phần này mô tả các triệu chứng ban đầu của gãy xương kín và đến sớm.

2.1.1. Cảm nhận chuyển động gãy rắc tại xương : Đây là một cảm nhận chủ quan, trong tai nạn, nạn nhân cảm thấy có một chuyển động "*Gãy rắc*" tại xương của mình. Dấu hiệu này phát hiện qua hỏi bệnh và không phải nạn nhân nào cũng có được cảm nhận này.

2.1.2. Đau tại chỗ xương gãy

- Đau khi chủ động vận động chi khi có người động vào chi.
- Đau dữ dội khi gãy xương lớn, Đau vừa khi gãy xương nhỏ, đau nhiều khi gãy không hoàn toàn (gãy xương, gãy cài) hoặc khi gãy một trong hai xương (cẳng tay, cẳng chân). Gặp trường hợp đau không rõ ràng thì cách sờ nắn tìm triệu chứng đau một thời điểm nhất định có giá trị: Dùng ngón tay trở ấn ngược rồi lại ấn xuôi dọc theo trục xương (nên lợi dụng mặt xương trước da để nắn) nếu có gãy bao giờ cũng thấy đau ở một điểm nhất định.

2.1.3 Giảm cơ năng vận động chi gãy: Giảm ở đây là do đau xương chỗ gãy xương.

- Giảm hoàn toàn khi gãy xương rời.
- Giảm một phần cơ năng khi gãy cài, gãy 1 trong 2 xương, gãy không hoàn toàn.

Trong gãy cài ở cổ xương đùi người già có khi nạn nhân vẫn đi lại và chỉ hơi đau khớp háng như bong gân, đụng dập.

2.1.4. Các tư thế bất thường và các biến dạng

Các tư thế bất thường, các biến dạng góp phần làm phong phú triệu chứng gãy xương. Sau đây là một vài ví dụ:

- Người nghiêng sang bên gãy, tay lành đỡ tay đau (gãy xương chi trên như xương đòn, xương cánh tay)
- Bàn chân xoay ngoài, cạnh bàn chân đổ sát mặt giường (gãy cổ xương đùi).
- Gấp góc bất thường, các biến dạng của trục chi thấy rõ trong gãy thân xương dài, gãy đầu dưới xương quay.

2.1.5. Các dấu hiệu khi thăm khám

- Sờ nắn có thể thấy một đầu xương gồ lên. Triệu chứng này dễ thấy ở những xương có mặt xương ở sát da (xương chày, xương trụ, các xương bàn ngón tay).

- Sờ nắn thận trọng và nhẹ nhàng có thể thấy triệu chứng cử động bất thường của 2 đoạn gãy. Cách này ít người làm vì gây đau cho bệnh nhân và có nguy cơ làm tổn thương thêm.

- Tiếng lạo xạo do 2 đầu xương cọ vào nhau: nếu vô tình trong lúc thăm khám được thì rất có giá trị nhưng không nên cố tìm triệu chứng này vì gây đau và có thể gây tổn thương thêm cho bệnh nhân.

Trong trường hợp gãy xương sườn vì bệnh nhân phải hô hấp nên có thể dùng ống nghe để phát hiện tiếng lạo xạo xương. Các triệu chứng khác thì không chấn thương phần mềm, chấn thương khớp và đây chẳng ít nhiều cũng gặp.

2.2. Các triệu chứng toàn thân của gãy xương

- Gãy xương lớn (thân xương đùi, xương chậu), gãy dập nát (xương cẳng chân), đa chấn thương đều có thể do triệu chứng shock chấn thương, triệu chứng này xuất hiện trong những giờ đầu sau tai nạn:

- + Nét mặt nạn nhân lo lắng hoặc thờ ơ hoặc trái lại có trạng thái kích động: nói nhiều, dẫy dụa...

- + Da xanh, niêm mạc nhợt, vã mồ hôi, lạnh các đầu chi, nhịp thở nhanh, mạch nhanh, huyết áp hạ.

Ngoài triệu chứng shock, khi khám xét toàn trạng cần tìm triệu chứng biểu hiện có tổn thương thêm các cơ quan quan trọng ở ngực bụng, sọ não. Mà trong phạm vi bài này không đề cập tới.

2.3. Các triệu chứng xuất hiện muộn hơn khi gãy xương kín

Khi mới gãy, các dấu hiệu này không xuất hiện ngay nhưng chỉ sau vài giờ sẽ xuất hiện: sưng nề, các nốt phỏng nước ở ngoài da, bầm tím dưới da, xuất tiết dịch trong một số khớp. Các dấu hiệu này có một giá trị tương đối trong chẩn đoán gãy xương kín.

2.3.1. Sưng nề chi gãy

Là do máu tụ, do rối loạn vận mạch do phù nề. Dấu hiệu sưng nề xuất hiện một vài giờ sau gãy làm cho việc thăm khám khó khăn. Có một số gãy xương sưng nề xuất hiện sớm và mạnh (sau 30 - 40 phút) như gãy xương cánh tay ở trên vị trí trên lồng cầu, gãy mâm chày, gãy xương cẳng chân. Vì phù nề mạnh nên gãy ở những chỗ này hay thấy xuất hiện các nốt phỏng nước.

2.3.2. Các nốt phỏng nước ở ngoài da

Đây là một biểu hiện tình trạng sưng nề mạnh do rối loạn vận mạch sau gãy xương, tại biểu bì xuất hiện các nốt phỏng như trong tổn thương ở bỏng độ 2, trong các nốt phỏng chứa dịch vàng chanh hoặc đỏ nhạt nước máu.

Không phải bất cứ gãy xương nào cũng gặp dấu hiệu có nốt phỏng ngoài da thường chỉ gặp trong gãy trên lồng cầu xương cánh tay, gãy đầu trên hoặc gãy thân xương chày. Trong bong gân, sai khớp, đụng dập phần mềm tứ chi người ta thấy không có nốt phỏng nước ở ngoài da. Cũng cần lưu ý thêm là trong gãy xương không hoàn toàn, ở các vị trí trên người ta cũng thấy có các nốt phỏng nước.

2.3.3. Bầm tím dưới da

Dấu hiệu này xuất hiện do máu từ ổ gãy ngấm từ từ dưới da. Những ca gãy xương nội khớp (như gãy cổ xương đùi), không có dấu hiệu này vì máu tụ nằm trong khoang khớp.

Ở một vài nơi, bầm tím dưới da có ý nghĩa chỉ điểm: Bầm tím mặt trong cánh tay và thành ngực thấy trong gãy cổ phẫu thuật xương cánh tay, bầm tím gan bàn chân trong vỡ xương gót, bầm tím vùng bẹn vùng mông trong gãy xương liên mấu chuyển xương đùi...

2.3.4. Dấu hiệu tràn dịch khớp

Cũng chỉ xuất hiện khi gãy xương ở một vài vị trí, hay gặp và rõ rệt nhất là tràn dịch khớp gối trong gãy cổ hoặc gãy thân xương đùi. Xác định tràn dịch khớp gối bởi dấu hiệu bẹp bênh xương bánh chè. Gãy xương dưới xương đùi hoặc đầu trên xương chày vì sưng nề khu vực nên khó thấy dấu hiệu tràn dịch khớp gối

3. TRIỆU CHỨNG X QUANG TRONG GÃY XƯƠNG

Các thăm khám lâm sàng chỉ cho biết là xương đã bị gãy. Muốn biết chi tiết về ổ gãy xương như: Đường gãy ngang hay chéo vát, hoặc chéo xoắn, hoặc vụn nhiều mảnh phụ hoặc thành răng cưa....gãy thành 2 đoạn hay 3 đoạn, vị trí ổ gãy ở đoạn nào của

xương , có các đường nứt dọc xương không, di lệch như thế nào, có gãy nứt vào khớp khôngngười ta phải cần đến chụp X quang.

Dựa vào các thăm khám lâm sàng và các hình ảnh X quang người ta đề ra được các phương pháp điều trị tối ưu cho từng ca gãy xương.

3.1. Các triệu chứng X quang của gãy xương kín và các điều cần lưu ý khi đọc phim

- Gãy rời đơn giản:

+ Hình gián đoạn chiếm hết vị trí chiều ngang của xương.

+ Lưu ý gãy ngang? gãy chéo vát hay xoắn?

+ Có thành bậc hay có hình răng cưa ở hai đầu gãy? vị trí gãy ở phần nào của xương ? độ di lệch.

- Gãy rời phức tạp:

+ Có mảnh thứ ba lớn và thường có hình cánh bướm. Mảnh cánh bướm nằm ngay tại chỗ là màng xương chỗ ấy chưa bị tổn thương mấy, nếu đã tách ra khỏi ổ gãy thậm chí xoay ngang là đã rách màng xương.

+ Hoặc gãy thành ba đoạn hoặc nhiều mảnh gãy to nhỏ.

+ Lưu ý: độ di lệch (thường cũng phức tạp), và các đường nứt chạy dọc thành xương (nhiều khi rất khó nhận biết các đường nứt dọc này).

- Gãy thấu khớp và gãy có kèm trật khớp:

+ Các đường nứt trên phim âm bản đi vào mặt khớp là các khe đen và hình mất liên tục tại mặt xương có bọc sụn.

+ Lưu ý xem hình ảnh mặt khớp vẫn bình thường hay có biến đổi khoảng cách, liên quan giải phẫu giữa hai mặt khớp bình thường hay đã thay đổi.

- Gãy cài: gặp ở các xương xóp ở hai đầu xương. Hai đầu xương gãy cài vào nhau do lực ấn ép của chấn thương. Có thể gặp các hình ảnh sau đây:

+ Hình đậm cản quang bất thường ở phần xương xóp, ở chỗ đối hướng có thể thấy một chỗ đậm.

+ Hình đối hướng của các " Sọc" (bề xương tăng cường) của xương xóp.

- Gãy lún: gặp ở gãy thân đốt sống, ở mâm chày.

+ Thân đốt sống bẹp ở phía trước, chiều cao trước thấp hơn sau.

+ Mâm mâm chày lún một bên thấp xuống một cấp thành bậc thang. Xương xóp ở chỗ gãy lún cũng cho hình cản quang đậm.

+ Gãy bong sụn tiếp: đường gãy đứng vùng sụn tiếp, có hình khe sụn tiếp "Nhoe" và kèm di lệch đầu xương sang bên.

- Gãy cành tươi: gặp ở trẻ em. Có các hình X quang sau đây:

+ Xương gãy chỉ hơi cong hoặc gấp góc rõ nhưng không di lệch sang bên, hướng của thành xương bị thay đổi.

- + Một bên thành xương bị nứt một kẽ nhỏ.
- + Một chỗ của thành xương bị "chùn" lồi nhẹ cao hơn thành phần hai bên. Hoặc cả hai thành xương đều bị "chùn" lồi đều hai bên. Các sách Pháp dùng từ "hình cục bơ bị ấn lồi lên - *Fracture en motte de beurre* " để hình tượng kiểu gãy này.

3.2 Các hình X quang bất thường trong gãy xương hở

Trong gãy xương hở có thể mảnh xương thứ 3 gãy rời ra ngoài, mặt khác không khí và dị vật có thể lọt vào ổ gãy tạo nên hình ảnh:

- Mất một phần xương → cần lưu ý sự thiếu, khuyết của các mảnh lớn.
- Bóng hơi trong phần mềm.
- Hình các dị vật cản quang trong ổ gãy (sỏi, đá, ở ngoài chui vào ổ gãy).

4. TRIỆU CHỨNG CỦA CÁC BIẾN CHỨNG SỚM TRONG GỠ XƯƠNG KÍN

4.1. Triệu chứng tổn thương mạch máu

Các mạch máu lớn có thể bị chèn căng hoặc dập, đứt trong gãy xương. Có thể có các biểu hiện sau:

- Mạch ngoại biên mất hoặc đập yếu: ở chi trên kiểm tra mạch quay, ở chi dưới bắt mạch chày sau và mạch mu bàn chân.
- Nạn nhân có cảm giác tê như kiến bò hoặc tê dại hẳn. Nếu mất vận động ngón là mức tổn thương trầm trọng.
- Đầu các ngón lạnh và tím (cần phân biệt với lạnh và tím do trời rét hoặc chỉ bị ngâm nước).

4.2. Hội chứng chèn ép khoang trong gãy xương

Ở cẳng chân, cẳng tay, bàn chân bàn tay có nhiều các vách cân chia khu vực cơ thành các khoang.

Gãy xương gây ra máu tụ, phù nề, đứt các mạch trong cơ, tổn thương các mạch máu lớn trong các khoang chật hẹp gây ra hội chứng chèn ép khoang.

Hội chứng chèn ép khoang hay gặp trong gãy hai xương cẳng chân, 2 xương cẳng tay. Thể hiện bằng:

- Đau nơi gãy với mức dữ dội hơn bình thường và không tương xứng với các dấu hiệu thực thể. Đau tăng khi căng, thụ động cơ bắp.
- Nắn chi gãy thấy căng cứng, da nhợt nhạt vì mất tuần hoàn mao mạch, chi lạnh, tê như kiến bò hoặc tê hoàn toàn. Mất vận động các ngón là nặng.
- Đo áp lực khoang bằng cách chọc kim có ống thông: Bình thường áp lực trong cơ bắp là $8,5 \pm 6$ mmHg và có thể lên tới 30mmHg trong thì tâm thu. Trên 50mmHg là không bình thường. Từ 30 - 50 mmHg cần theo dõi có thể không bỏ sót chèn ép khoang.

4.3. Tổn thương thần kinh

Có thể gặp ở các gãy xương dài ở chi trên, chi dưới nhưng đặc biệt ở dây thần kinh quay nằm sát xương trong rãnh xoắn của xương cánh tay là nhiều nguy cơ tổn thương khi gãy 1/3 giữa thân xương này.

Các biểu hiện: tê bì toàn bộ hay một vùng nào đó ở bàn tay bàn chân, giảm hay mất vận động một hay nhiều nhóm cơ do thần kinh chỉ huy. Trong gãy xương đốt sống nếu có tổn thương thần kinh tuỷ sống là rất nặng vì thường liệt hai chi dưới hoặc ở cổ là liệt cả tứ chi.

4.4. Gãy xương hở

Có thể coi gãy xương hở là một biến chứng của gãy xương kín. Lực tác động quá mạnh làm rách da khiến cho ổ gãy thông với bên ngoài.

Triệu chứng gãy xương hở rõ: trông thấy đầu xương gãy ở dưới vết rách da. Không trông thấy xương nhưng tại vết thương máu chảy ra có kèm các giọt mỡ của tuỷ xương.- Hoặc khi cắt lọc vết thương phần mềm thấy có đường thông với ổ gãy.

5. TRIỆU CHỨNG GÃY XƯƠNG BỆNH LÝ

Xương bị bệnh do lao, viêm, ung thư, u xương thường bị tổn thương làm mỏng thành xương chắc, làm rỗng các xương xốp. Vì vậy dễ gãy và gọi là gãy xương bệnh lý.

Gãy xương bệnh lý cũng có gần đầy đủ các triệu chứng lâm sàng và X quang như gãy xương do chấn thương. Chỉ có mấy triệu chứng sau đây có phần khác gãy xương do chấn thương.

- Xương thường gãy do một chấn thương nhiều khi rất nhẹ bởi vậy khi hỏi cần khai thác nguyên nhân và cường độ của lực tác động lên xương gãy.
- Trước đó thường đã có tiền sử đau ở xương do viêm xương, lao hoặc u
- Xương gãy bệnh lý thường đau ít hơn hay do chấn thương
- Chụp X quang thấy hình các tổn thương xương do viêm, lao, u với các thành xương là xương xốp không bình thường.

TRIỆU CHỨNG HỌC VỀ SAI KHỚP

1. ĐẠI CƯƠNG

Sai khớp (trật khớp) là một tình trạng mất liên quan giải phẫu bình thường giữa các mặt khớp sau một chấn thương mạnh vào chi, khớp.

Sai khớp phần lớn xảy ra ở tuổi lao động, ở các khớp động và nguyên nhân chủ yếu là do chấn thương. Khớp càng có biên độ vận động lớn càng dễ bị sai khớp (ở người là khớp vai).

Ngoài sai khớp do chấn thương còn có sai khớp do bẩm sinh, sai khớp cũ, sai khớp tái phát, sai khớp bệnh lý.

Trong phần này chỉ trình bày các triệu chứng của sai khớp mới do chấn thương và không đề cập đến sai khớp cũ, sai khớp tái phát, sai khớp bệnh lý, sai khớp bẩm sinh.

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG CỦA SAI KHỚP MỚI DO CHẤN THƯƠNG

2.1. Triệu chứng cơ năng

2.1.1. Triệu chứng đau

Trong sai khớp hoàn toàn, bao khớp bị rách nên bệnh nhân bao giờ cũng đau : đau không dữ dội như gãy xương, các động chạm vào chi đều gây đau tăng lên. Sai khớp chi trên (ở vai, khuỷu) bệnh nhân đến với tư thế tay lành đỡ tay đau, nghiêng người sang bên sai khớp..... cũng là để cho đỡ đau.

2.1.2. Giảm hoặc mất hoàn toàn cơ năng vận động khớp

Vì bị trật ra chỗ khác nên khớp như bị bó chặt trong tư thế bất thường của chi. Trong cấp cứu thường gặp những trường hợp giảm cơ năng hoàn toàn, một phần vì mất liên quan giải phẫu giữa hai mặt khớp, một mặt vì đau do bao khớp, dây chằng bị căng, bị rách.

Tóm lại bệnh nhân không thể thực hiện các động tác bình thường của khớp như trước.

Hai triệu chứng đau và giảm cơ năng vận động không giúp nhiều cho chẩn đoán xác định là sai khớp vì trong gãy xương và tổn thương dây chằng cũng có triệu chứng này.

2.2. Triệu chứng thực thể

Người ta nghiên cứu các dấu hiệu và các biến dạng chi trong sai khớp.

2.2.1. Dấu hiệu hõm khớp rỗng: dấu hiệu này đặc biệt cho sai khớp

- Có dấu hiệu này là do một đầu xương đã trật ra chỗ khác.

- Không phải bất cứ trật khớp nào cũng có dấu hiệu này mà thường chỉ thấy được trong sai khớp vai, khớp hàm và một phần nào trong sai khớp khuỷu.

- Tìm dấu hiệu hõm khớp rộng trong những trường hợp sai khớp đến muộn đã có sưng nề tại chỗ, thường không được rõ như lúc mới sai, thậm chí có khi không thấy được dấu hiệu này.

2.2.2. Dấu hiệu chỗ gồ bất thường

Trong một số trường hợp sai khớp có thể thấy được những chỗ gồ, lồi lên bất thường ở khớp. Thí dụ: trong sai khớp vai ra trước và vào trong có thể sờ thấy đầu trên xương cánh tay ở trong hõm nách, trong sai khớp khuỷu ra sau mỏm khuỷu lồi ra sau rất rõ, trong sai khớp bàn một trên tự cốt bàn tay đầu trên đốt bàn tay lồi lên làm mất hõm lao giải phẫu.

2.2.3. Biến dạng toàn chi

Đó là những biến đổi trong tư thế của toàn chi. Trong sai khớp vai tư thế cánh tay luôn luôn dạng và không thể nào khép sát vào thân. Trong sai khớp háng kiểu chậu có tư thế chi ngắn, đùi khập, đầu gối xoay vào trong, bàn chân bên sai gác lên cổ chân bên lành.

Trong gãy xương cũng có biến dạng toàn chi nên trong thăm khám phải biết phân biệt hai loại biến dạng với nhau.

2.2.4. Cử động đàn hồi

Dấu hiệu này còn gọi là dấu hiệu lò so chỉ có trong sai khớp (cũng như dấu hiệu cử động bất thường chỉ có trong gãy xương). Do đầu xương bị trật ra chỗ khác và bị bó chặt trong khối cân cơ gây chằng nên có dấu hiệu này. Gọi là cử động đàn hồi khi người ta cố ý kéo hay đẩy vào chi trong tư thế đang sai để đưa nó sang một tư thế khác, nó vẫn bật trở lại tư thế ban đầu.

Thí dụ: trong sai khớp vai, cánh tay đang dạng, dù cố đẩy khép cánh tay vào thân nó lại vẫn bật ra trong tư thế dạng. Trong sai khớp khuỷu ra sau ta thường gấp cẳng tay ở tư thế hơi gấp, kéo cho khuỷu duỗi thẳng ra hoặc đẩy cho khuỷu gấp 90° , khi bỏ tay ra cẳng tay lại trở về tư thế hơi gấp.

Cũng không phải vị trí sai khớp nào cũng có dấu hiệu này và tuy đặc hiệu nhưng người ta khuyên không nên cố tìm dấu hiệu này vì có thể làm tổn thương thêm bao khớp và dây chằng.

2.2.5. Một số biến dạng đặc hiệu

- Dấu hiệu vai vuông

Còn gọi là dấu hiệu ngù vai (Signe d'e'paulette) thấy trong sai khớp vai, do chỏm xương cánh tay đã trật ra phía trước không đội cơ delta lên nữa, bờ vai bẹp xuống lộ rõ

bờ móm cùng vai , nhìn từ phía trước sẽ thấy hai bờ vai hợp với nhau thành một góc gần vuông bên gọi là dấu hiệu vai vuông.

- *Dấu hiệu nhất diu* (Signedu coudpe hache) thấy được trong trật khớp khuỷu ra sau. Móm khuỷu trồi ra phía sau làm với cánh tay một bậc lõm vào, nhìn nghiêng mới thấy rõ dấu hiệu này trông như gốc cây bị diu chặt dở dang.

Dấu hiệu phím đàn dương cầm (Signe du touched de pianno) có trong trật khớp cùng vai- đòn hoàn toàn. Do cơ kéo của cơ ức đòn - chum nên đầu ngoài xương đòn được kéo nâng lên lộ rõ da , ấn xuống được nhưng rồi lại bật lên như ấn vào phím dương cầm .

Dấu hiệu nòng bơm tiêm

(Signe du piston) thấy trong sai khớp háng kiểu chậu. Do chỏm xương đùi đã trật ra khỏi bao khớp và nằm dưới các lớp cơ nông và cũng do cơ kéo đàn hồi của khối cơ này vào đầu xương trên xương đùi nên khi kéo vào đầu gối trong tư thế háng hơi gấp sẽ thấy gối nhích đi một đoạn, bỏ tay ra gối lại thụt về vị trí cũ.

2.3. Triệu chứng quang trong sai khớp

- Mục đích chụp x quang

+ Xác định chắc chắn là có sai khớp.

+ Xác định vị trí của đầu xương bị trật ra.

+ Xác định có hay không có tổn thương phối hợp: bong xương, vỡ mẻ hõm khớp, gãy xương mặt khớp, gãy đầu xương kèm theo.

- Chụp các phim thẳng, nghiêng có thể thấy : 2 diện khớp mất hoàn toàn liên quan giải phẫu, cách xa nhau (sai khớp hoàn toàn) hoặc vẫn còn một phần tiếp xúc với nhau (sai khớp không hoàn toàn). Nếu đã quen đọc phim khớp bình thường sẽ rất dễ nhận biết có sai khớp hay không trên phim chụp thẳng, nghiêng.

Trong sai khớp háng chỏm xương đều có thể trật ra trước hay ra sau khi hõm khớp, làm cho rất khó phân biệt trên các phim chụp thẳng vì các hình chồng lên nhau.

2.4. Triệu chứng của các biến chứng có thể gặp trong sai khớp

2.4.1. Chèn ép mạch và thần kinh

Trong một số trường hợp sai khớp hoàn toàn có thể mạch và thần kinh bị chèn, bị căng. Trong sai khớp vai ra trước, vào trong, đám rối thần kinh cánh tay có nguy cơ bị căng chèn.

- Biểu hiện chèn ép mạch: mạch đập yếu hoặc mất, chi lạnh tím tê như kiến bò ở các đầu ngón

- Biểu hiện chèn ép thần kinh: Vì các sợi dây thần kinh chi trên, chi dưới là loại sợi hỗn hợp (vận động và cảm giác) nên khi bị sẽ có thể vừa tê theo vùng chi huy cảm giác vừa bại hay liệt vận động các nhóm cơ do thần kinh chi huy. Người khám cần biết

sự phân bố thần kinh vận động và cảm giác cho từng vùng mới kiểm tra phát hiện được tổn thương thần kinh.

2.4.2. Sai khớp hở

Cũng như gãy xương hở từ trong ra, sai khớp hở được coi như một biến chứng của sai khớp. Về chẩn đoán không khó vì trong khi xử trí vết rách da người ta sẽ phải thăm dò xem tình trạng khoang khớp rách và thông với bên ngoài như thế nào.

2.4.3. Sai khớp kèm mẻ xương, gãy xương

Khám lâm sàng ít khi xác định được rõ. Tuy nhiên những trường hợp khớp sưng to nhanh chọc hút có máu phải nghĩ đến có tổn thương xương mặt khớp. Chỉ có chụp X quang mới có xác định chắc chắn là xương có bị gãy ở mặt khớp hoặc bị bong ra khỏi chỗ bám của gân và dây chằng hay không

UỐN VÁN

1. ĐẠI CƯƠNG

Uốn ván là nhiễm khuẩn cấp tính do trực khuẩn yếm khí gram (+) *Clostridium tetani* gây nên những cơn co giật. Đó là trực khuẩn hình que dài 4 - 8 μ , một đầu hình tròn đường kính 0,3 - 0,8 μ lan rộng khắp nơi dưới dạng nha bào.

Năm 1884 Carle gây bệnh trên thỏ.

Năm 1927 Ramon dùng giảm độc tố uốn ván (tetanus toxoid) gây được miễn dịch chủ động.

Cơ chế chính xác và cách gây bệnh chưa hoàn toàn rõ ràng

Về lâm sàng từ thời cổ đã mô tả uốn ván sơ sinh, Hippocrate đã mô tả bệnh này.

Năm 1889, S.Kitanato đã nuôi cấy được trực khuẩn này.

Về sinh bệnh học, trong thời gian nung bệnh, vi khuẩn nằm ở vết thương, tiết ra ngoại độc tố ngấm vào hệ thần kinh trung ương (sợi thần kinh càng dài, ngấm càng lâu). Độc tố ngấm theo sợi thần kinh cơ vào tuỷ sống, gây triệu chứng tại chỗ, sau đó lan khắp tuỷ đến toàn thân và qua máu đến não.

Tiền lượng bệnh càng nặng nếu có:

- Thời gian ủ bệnh ngắn dưới 7 ngày.
- Thời gian từ khi có triệu chứng khít hàm (trismus) đến khi có cơn giật toàn thân ngắn dưới 48 giờ (gọi là Onset time).

Tử vong chung còn cao 40-50 %, Cần chú ý các vết thương ở chi dưới, cả các vết thương rất nhỏ ví dụ vết thương gây máu tụ dưới móng, đâm phải đinh vv..

Nhờ tiêm chủng giảm độc tố uốn ván (AT) kết quả rất tốt. Ở Mỹ kinh nghiệm của đại chiến thế giới thứ II, nhờ tiêm miễn dịch chủ động AT cho lính, không còn bị uốn ván nữa. Thời bình, còn thấy bệnh ở người già không tiêm chủng, nhất là ở nông thôn: Còn thấy nhiều tử vong do uốn ván sơ sinh ở các nước nghèo.

Vi khuẩn nằm tại vết thương, có thể ngủ nhiều năm ở các vết thương cũ. Khi gây bệnh vi khuẩn tiết hai ngoại độc tố:

- Tetanolysin, đây là 1 hemolysin gây biểu hiện bệnh.
- Tetanospasmin một độc tố thần kinh cực độc ,liều rất bé đủ gây chết người.

Nha bào uốn ván rất khoẻ, cần luộc 1 - 4 giờ để giết nó. Cho vào nồi hấp 120° cần trên 10 phút mới được.

2. TRIỆU CHỨNG

2.1. Thời gian nung bệnh từ 4 - 14 ngày, bị thương gần đầu có khi chỉ một ngày, trái lại có thể trên 1 tháng, thậm chí 4 - 5 tháng. Nhiều bệnh nhân quên mất vết thương nhỏ trên đầu. Cần chú ý ngừa bệnh khi mổ lấy lại mảnh đạn, khi khâu lại một vết thương cũ.

2.2. Giai đoạn sớm các dấu hiệu sớm là quan trọng để điều trị sớm, chú ý quan sát lúc thay băng.

- Dấu hiệu chủ quan: đau dai dẳng, co cứng cơ vùng vết thương, co cứng cơ đầu, cổ cột sống. Cảm giác nhai khó, nuốt khó khi nhai thức ăn rắn. Nói ngọng.

- Dấu hiệu khách quan: Co giật bó cơ tại vết thương khi pine hay bông gạc chạm phải. Hạn chế cử động hàm dưới. Khó cúi đầu (kê gối thì rõ), vã mồ hôi mà không thay đổi thân nhiệt.

Cần phân biệt với nhiễm độc Strychnin viêm não, viêm màng não, tetanie, mọc răng khôn.

2.3. Giai đoạn toàn phát: bệnh nhân bắt đầu cấp tính như sau

Cơ nhai mỗi khi ăn, rồi xuất hiện dấu khít hàm (trismus), khó há mồm.

Ở một số bệnh nhân cơ cơ vùng có vết thương và cơ bạnh mép với dấu hiệu cười nhăn (Risus sardonius). Cơ giật lan nhanh ra cơ cổ, cơ lưng, cơ chân. từng cơ co nối tiếp nhau kèm theo cơn đau trong cơ làm bệnh nhân rã rời, mất sức. Cơ co xuất hiện với một kích thích nhỏ: tiếng gõ, tiếng kẹt cửa, ánh sáng, nói to. Dần dần lan toàn thân mình với dấu hiệu cong ưỡn (Opisthotonus) do co cơ cổ, cơ cột sống, cơ chi dưới, bệnh nhân cong ưỡn chỉ có gáy và gót chân chạm giường.

Ta thấy tam chứng:

- Khít hàm
- Cười nhăn.
- Cong ưỡn.

Trong các cơ, cơ nào có lực cơ học càng khoẻ thì cơ càng mạnh và trương lực càng tăng.

Các cơ co kéo dài nhiều giây đến nhiều phút làm suy kiệt bệnh nhân. Hết cơ giât, cơ vẫn căng trương lực. Cơ co mạnh có thể làm xẹp nhiều đốt sống. Co cơ tăng sinh môn làm khó đái, ỉa.

Bệnh nặng cơ hầu và cơ hoành bị co nên bệnh nhân không thở được, bị ngạt do rối loạn thông khí phổi, thêm rối loạn tưới máu nuôi phổi và viêm phổi do trào ngược vào đường thở. Bệnh nhân bị suy thở nặng, có thể bị chết ngạt. Bệnh nhân sốt ngay từ ngày đầu do co cơ. Sốt $> 41 - 42^{\circ}$, mạch nhanh 120, tim đập mạnh, vã mồ hôi.

2.4. Các thể lâm sàng khác

- Thể khu trú, chỉ co giât một phần chi
- Thể sét đánh, chết sau 1 - 2 ngày.
- Thể mãn tính, cơn giât giảm dần sau 10 - 70 ngày.
- Thể sơ sinh, tử vong 98%.

3. DỰ PHÒNG

- Cắt lọc vết thương thật tốt.
- Miễn dịch thụ động với SAT 1500 - 4500 đơn vị, cần thử phản ứng trước khi tiêm. Tác dụng bảo vệ được 10 - 14 ngày, sau đó thuốc bị loại.
- Miễn dịch chủ động với AT, giảm độc tố uốn ván. Tiêm 3 mũi vào bắp thịt hay dưới da. Tác dụng sau 2 ngày bảo vệ được 10 - 20 năm. Sau 10 năm nên tiêm nhắc lại. Lúc bị thương nếu cách mũi cuối cùng > 6 tháng cần tiêm nhắc lại.

Ở tiêm chủng mở rộng cho trẻ còn bú đã có miễn dịch chủ động ngừa uốn ván.

Ở các nước phát triển, có thuốc miễn dịch thụ động bằng Globulin người 250 đơn vị.

Nhờ AT, quân đội Mỹ 1956 - 1976 không có uốn ván.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Dùng SAT pha loãng trong dung dịch sinh lý, cho 50000 đơn vị vào tĩnh mạch, 40000 đơn vị tiêm bắp và hàng ngày cho 5000 đơn vị cho đến khi khỏi. Liều cao chỉ cho 2 - 3 ngày. Tổng cộng cho 20 - 35 vạn đơn vị. Có thể tiêm thấm quanh vết thương.

4.2. Cắt lọc vết thương

4.3. Làm dịu và gây ngủ

- Pentothal tĩnh mạch dung dịch 0,5 - 1,0‰.
- Thụt hậu môn dung dịch Cloral hydrat 2 - 4%. Cộng 1 - 2g.
- Cho Coclaillutique: hỗn hợp thuốc liệt hạch thần kinh.

4.4. Thở máy có thể đến 18 ngày

4.5. Mở khí quản cho ca nặng bị co hầu, co thanh quản

- 4.6. Kháng sinh liều cao Penixilin, Tetraxiclin, Streptomycin.
- 4.7. Cho ăn tốt qua ống thông dạ dày.
- 4.8. Trợ tim, buồng oxy cao áp (đang thử nghiệm)

HỘI CHỨNG VÀNG DA - TẮC MẬT

1. ĐẠI CƯƠNG

Vàng da là một biểu hiện do nhiều nguyên nhân sinh ra.

Trong phạm vi bài này chỉ nói tới vàng da do tắc mật, còn gọi là vàng da ngoại khoa.

Về mặt điều trị vàng da tắc mật chủ yếu chỉ có thể giải quyết được bằng can thiệp ngoại khoa hoặc nội soi can thiệp.

2. SINH LÝ BỆNH VỀ VÀNG DA

Sắc tố mật được cấu tạo từ sắc tố máu. Khi hồng cầu già bị huỷ. Sắc tố máu oxy hoá dần biến thành bilirubin tự do (hay gián tiếp), khi tới gan được kết hợp với acid glucuronic thành bilirubin kết hợp, là một thành phần của mật. Theo các vi quản mật được đổ vào các đường mật ngoài gan, một phần dự trữ tạm thời trong túi mật. Khi vào đường tiêu hoá, muối mật tham gia vào việc tiêu hoá mỡ và chất hoà tan trong mỡ, bilirubin biến thành urobilinogen, urobilinogen một phần theo đường tiêu hóa tiếp tục biến thành Stercobilinogen và thành stercobilin nhuộm phân có màu vàng xám và thải ra ngoài, một phần hấp thụ lại vào máu. Sau khi vào máu một phần urobilinogen tạo thành bilirubin, một phần thải ra thận dưới dạng urobilinogen và Urobilin.

Bình thường trong máu chỉ có ít sắc tố mật (17 mmol/lít).

Trong nước tiểu sắc tố mật và muối có rất ít chỉ ở dưới dạng vết.

Phân có sắc tố mật dưới dạng stercobilinogen và Stercobilin làm phân có màu vàng xanh.

Khi tắc mật, mật ứ đọng ở đường mật trong và ngoài gan làm gan to và túi mật căng to.

Trong trường hợp mật không xuống được ruột nên phân có mầu (phân bạc mầu có mầu vàng nhạt như mầu vôi tường và hơi bóng vì không tiêu hoá được mỡ, do không tiêu hoá được mỡ nên không hấp thụ được sinh tố K, dẫn đến không cấu tạo được Prôthombine nên ảnh hưởng tới chức năng đông máu. Mật ứ đọng trong gan và đổ vào máu nên thấy bilirubin toàn phần trong

máu tăng cao và tăng chủ yếu là bilirubin trực tiếp và xuất hiện sắc tố mật và muối mật trong nước tiểu.

3. HỘI CHỨNG VÀNG DA TẮC MẬT

Trong trường hợp điển hình ta thấy:

- Vàng da: Vàng da nhạt hay đậm tùy thuộc ứ đọng mật nhiều hay ít. Trong trường hợp vàng da nhẹ chỉ thể hiện ở nơi có nền trắng như củng mạc mắt, viêm mạc lợi, da gan lòng bàn tay, bàn chân nếu vàng đậm thì ngay chỗ da bình thường cũng nhận rõ.

- Nước tiểu vàng màu mật và để lại màu vàng trên nền vải trắng.

- Phân bạc màu: màu vôi tương giống màu mật tít.

- Các dấu hiệu nhiễm độc muối mật:

Ngứa: Khám trên người có những vết xước trên da do gãi để lại.

Tim đập chậm do nhiễm độc muối mật.

- Gan to

- Túi mật căng to.

- Sờ nắn bụng đôi khi thấy u trên rốn không di động trong u đầu tụy hoặc u nhỏ di động ở một phần từ phía trên bên phải của bụng. U tính chất giống như u trong phì đại môn ở trẻ nhũ nhi trong u bóng Vater hoặc thấy u ở một phần tư trên bên phải của bụng với tính chất mềm căng liên tục với bờ sườn trong trường hợp u nang ống mật chủ.

- Xét nghiệm:

* Bilirubin toàn phần trong máu tăng, tăng chủ yếu là bilirubin trực tiếp.

* Phosphatase kiềm trong máu tăng.

* Tỷ lệ Prothrombin trong máu giảm.

* Sắc tố mật và muối mật xuất hiện trong nước tiểu.

-Xquang:

* Chụp gan xa: Bóng gan to hơn bình thường

Thấy bóng túi mật

* Chụp đường mật: (đường uống, đường tiêm tĩnh mạch) qua da và qua gan, chụp ngược dòng bằng nội soi tiêu hoá với ống soi mềm) thấy đường mật giãn.

* Chụp cắt lớp ổ bụng bằng máy vi tính: thấy kích thước gan to hơn bình thường và đường mật giãn.

- Siêu âm: kích thước gan to hơn bình thường

Túi mật to

Đường mật giãn

4. CÁC NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP GÂY HỘI CHỨNG VÀNG DA TẮC MẬT VÀ CÁC PHƯƠNG PHÁP CHẨN ĐOÁN

4.1. Tắc mật do sỏi

Sỏi có thể nằm bất cứ chỗ nào của hệ thống đường mật. Sỏi ở một nơi đường mật hoặc sỏi ở nhiều nơi của hệ thống đường mật.

4.1.1. Triệu chứng cơ năng

- Con đau bụng gan: Đau bụng đường gan và dưới sườn phải đau có thể dữ dội (con đau quận gan) đau lan vai phải và xuyên ra sau lưng.
- Sốt 38° - 39° thường kèm theo rét run.
- Vàng mắt, vàng da

Ba triệu chứng này xuất hiện theo trình tự trên và cũng mất đi theo trình tự trên, đây là tam chứng Charcot, ba triệu chứng này xảy ra từng đợt mỗi đợt từ 4 ngày đến 1 tuần.

Ngoài ba triệu chứng trên ta thấy:

Nước tiểu vàng số lượng ít.

Phân bạc màu ít gặp vì thường tắc không hoàn toàn và nếu tắc hoàn toàn thì bệnh nhân đã được mổ cấp cứu nên không thấy phân bạc màu trên lâm sàng.

Các triệu chứng nhiễm độc muối mật thường không rõ và nếu có thì thường gặp trên những bệnh nhân đã bị xơ gan - mật nhất là những bệnh nhân bị sỏi trong gan.

4.1.2. Triệu chứng toàn thân biểu hiện bằng hội chứng nhiễm trùng và các triệu chứng của hội chứng tắc mật: nhiệt độ 38° - 39° , mắt vàng, da vàng.

4.1.3. Triệu chứng thực thể

- Gan to: gan có thể to theo mọi chiều không gian gan to toàn bộ hoặc to một phần tùy theo vị trí sỏi mật. Rung gan và ấn kê sườn đau tùy theo gan có áp xe đường mật hay không có áp xe đường mật.

- Túi mật căng to dưới sườn phải khi sỏi nằm ở ống mật chủ hay sỏi ống mật chủ kết hợp với sỏi nơi khác của hệ thống đường mật. Túi mật to và đau hay không tùy tình trạng tắc mật. Sỏi trong gan đơn thuần ít khi thấy túi mật to. Túi mật to và đau là một dấu hiệu thực thể có giá trị để chẩn đoán và chỉ định can thiệp cấp cứu trong tắc mật do sỏi đường mật chính. Ở đây định luật Courvoisier - Terrier:

U đầu tụy: Túi mật căng to

Sỏi mật: Túi mật teo

Không đúng vì sỏi mật ở Việt Nam thường hình thành tại chỗ chứ không phải là sỏi thứ phát di chuyển từ túi mật xuống.

4.1.4. Các xét nghiệm và thăm dò cận lâm sàng

- Xét nghiệm: Bilirubin toàn phần trong máu tăng cao, chủ yếu là trực tiếp. Sắc tố mật và muối mật xuất hiện trong nước tiểu photphatase kiềm trong máu tăng cao.

Ba xét nghiệm nói trên nói lên vàng da do tắc mật.

Số lượng bạch cầu tăng cao, nếu làm công thức bạch cầu thì tăng chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính. Tốc độ máu lắng tăng cao sau giờ thứ nhất và giờ thứ hai.

Hai xét nghiệm trên nói lên tắc mật do nhiễm trùng.

- Xquang:

* Chụp gan xa: thấy bóng gan to, bóng túi mật. Nếu có sỏi cản quang túi mật ta thấy vết cản quang mang đặc điểm nhiều vòng tròn đồng tâm và trên phim nghiêng vết cản quang ở trước cột sống. Sỏi đường mật chính thường không cản quang nên ít khi thấy.

* Chụp đường mật qua da và qua gan cho thấy đường mật giãn và hình những khuyết sáng trong đường mật nếu có giun lên đường mật kèm theo thấy hình ảnh đường ray xe lửa. Thuốc xuống tá tràng hay không tùy thuộc tắc không hoàn toàn hay hoàn toàn.

* Chụp đường mật tuy ngược dòng bằng nội soi ống soi mềm đường tiêu hoá (C.P.R.E: Cholangio - pancreatography - retrograde - andoscopique) kết quả tương tự như chụp đường mật qua da- qua gan.

- Siêu âm: Kích thước của gan lớn hơn bình thường, đường mật giãn, thấy những vùng giấu âm vang nằm trong đường mật với bóng cản hình nón phía sau. Nếu sỏi mật đã gây áp xe đường mật thấy những ổ rỗng âm vang trong nhu mô gan.

Túi mật kích thước lớn hơn bình thường có sỏi hay không có sỏi, thành túi mật dày hay không, thành túi mật hình hai bờ hay không. Có dịch ở khoang Morisson hay không.

Nhưng khó thăm dò chính xác khi sỏi nằm trong đường mật sau tá tràng và sau tụy vì tá tràng và quai ruột khác trong ổ bụng giãn chứa đầy hơi.

2. TẮC MẬT DO U ĐẦU TUY

2.1. U phát triển chèn ép dẫn vào đoạn ống mật chủ sau tụy gây hội chứng tắc mật tăng dần

Da vàng ngày một tăng

Nước tiểu sẫm màu.

Phân bạc màu.

Mạch chậm

Vết xước trên da do gãi

Gan to

Túi mật to

Đôi khi thăm khám bụng thấy u trên rốn, lệch sang phải không di động.

2.2. Xét nghiệm

Bilirubin toàn phần trong máu tăng rất cao, chủ yếu là trực tiếp.

Phốtphatase kiềm trong máu tăng cao.

Sắc tố mật, muối mật xuất hiện trong nước tiểu

Tỷ lệ Prothorombin giảm

Các xét nghiệm tắc mật do nhiễm trùng kín đáo trong giai đoạn đầu, rõ trong giai đoạn sau vì nhiễm trùng do ứ đọng mật.

2.3. X quang

- Chụp gan xa: Bóng gan to và bóng túi mật to

- Chụp đường mật - tụy ngược dòng khi chưa chít hoàn toàn đường mật thấy đường mật trong gan giãn rộng và phần thấp ống mật chủ chít hẹp.

- Siêu âm: Kích thước gan lớn hơn bình thường, túi mật căng to, đường mật trong và ngoài gan giãn kích thước đầu tụy lớn hơn bình thường

- Chụp cắt lớp ổ bụng bằng máy vi tính:

Kích thước gan lớn hơn bình thường, túi mật to, đường mật trong và ngoài gan giãn rộng, kích thước đầu tụy lớn hơn bình thường.

- Chụp khung tá tràng:

Trên phim thẳng: khung tá tràng rộng

Trên phim nghiêng: dạ dày bị đẩy ra trước

4.2.4. Hút dịch tá tràng: không thấy cả ba thứ mật A. B. C

3. Ung thư đường mật phần thấp ống mật chủ, u bóng Vater, xơ chít Oddi

Các triệu chứng cũng giống như u đầu tụy chỉ khác là khung tá tràng không giãn rộng, khám không thấy u trên rốn và hình ảnh siêu âm và chụp cắt lớp không kích thước đầu tụy không lớn hơn bình thường.

4.4. Đường mật bẩm sinh

- * Teo đường mật: Có thể chẩn đoán dựa vào mô hình sau:

- Hội chứng tắc mật + phân trắng + Siêu âm thấy túi mật hoặc túi mật có kích thước bé = teo toàn bộ đường mật ngoài gan

- Hội chứng tắc mật + phân trắng + Siêu âm thấy túi mật nhưng điều trị thử bằng lợi mật và Prednisolon không tiến triển = teo toàn bộ đường mật ngoài gan.

- Hội chứng tắc mật + phân trắng + Siêu âm thấy giãn đường mật ngoài gan = teo đoạn cuối ống mật chủ

- * Nang ống mật chủ:

Trong số các di tật nang của đường mật thì nang ống mật chủ hay gặp nhất và thấy cả ở trẻ em cũng như ở người lớn.

Các lý do khiến bệnh nhân đi khám bệnh thường là:

Đau dưới sườn phải, sốt và vàng da

Đau dưới sườn phải, vàng da

Đau dưới sườn phải và thấy khối u dưới sườn phải

Chẩn đoán chính xác dựa vào siêu âm và chụp đường mật tụy ngược dòng bằng nội soi đường tiêu hoá.

5 NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

Dù nguyên nhân gì gây nên hội chứng vàng da tắc mật đều phải được can thiệp bằng ngoại khoa hoặc nội soi can thiệp tùy từng nguyên nhân và tình trạng thương tổn và toàn trạng của bệnh nhân nhưng phải đảm bảo không còn dị vật trong đường mật và lập lại lưu thông của đường mật với đường tiêu hoá

HOẠT THU SINH HÔI

Là một bệnh nặng do nhiễm khuẩn yếm khí

1. NGUYÊN NHÂN

- Vi khuẩn yếm khí gồm 3 loại chính là:

+ *Bacillus Perfringens* 44-90%

+ *Bacillus Oeclematiens* 15-50%

+ *Vibrio Septique* 10-30%

Đó là các trực khuẩn yếm khí, gram (+) có nha bào gồm nhiều loại, họ *Clostridium*.

Vi khuẩn yếm khí có mặt ở khắp nơi: đất, phân, xác chết, trên da người (chỉ dưới, hậu môn....) ở quần áo (83-90%)

- Vi khuẩn yếm khí có mặt ở vết thương chiến tranh đến 80-90% ca song bệnh nhiễm khuẩn yếm khí chỉ chiếm 1-2% tổng số vết thương vì vi khuẩn có gặp điều kiện tốt mới phát triển bệnh.

- Điều kiện đó là vết thương dập nát ở vùng cơ có nhiều bắp thịt như mông, đùi, bắp chân, thường có gãy xương kèm theo, có các mảnh chột. Điều kiện phát triển bệnh quan trọng là có rối loạn tuần hoàn như đứt mạch máu, đặt garô, bó bột chèn ép. Nơi nào máu đến kém, oxy đến kém hay bị.

Những bệnh nhân bị bệnh này thường được sơ cứu không tốt, vận chuyển quá lâu, cắt lọc quá muộn cắt lọc kém, để lại nhiều ngò ngách, dị vật. Chú ý những bệnh nhân bị mất máu, sốc, quá mệt mỏi.

- Thường có vai trò phối hợp của vi khuẩn ái khí. Chúng tiêu thụ mất oxy ở vết thương. Tạo điều kiện cho vi khuẩn yếm khí phát triển, hậu quả là tác hại của 2 loại vi khuẩn ái và yếm khí được tăng thêm rất nhiều lần. Hay gặp nhất là vi khuẩn ái khí như tụ cầu (57%) liên cầu (29,3%), trực khuẩn gram (+) (13,8%).

2. LÂM SÀNG

Hoại thư sinh hơi là một thể lâm sàng nặng của nhiễm khuẩn yếm khí, chiếm 14,4% tổng số nhiễm khuẩn yếm khí. Đa số (78%) xuất hiện sớm vào 2- 5 ngày sau khi bị thương, xuất hiện từ 6- 10 ngày chỉ 15,4%, xuất hiện từ 11- 45 ngày chỉ 5,4% số ca.

Vết thương hay bị hoại thư sinh hơi ở chi dưới: 69,6%, ở chi trên 21,8%, ở khung chậu 3,5%, các nơi khác hiếm gặp.

Mô tả một thể nặng: Thể hoại thư khô và sinh hơi:

- Giai đoạn sớm: viêm tấy sinh hơi khu trú: nạn nhân kêu đau ở vết thương, có cảm giác như băng chặt quá. Tháo băng ra thấy vết thương tương đối khô, mặt xám bẩn, tiết dịch rất ít. Toàn thân sốt nhẹ, dấu nhiễm độc nhẹ,

- Giai đoạn 2: viêm tấy sinh hơi lan rộng: đau dữ dội và đột ngột. Ví dụ vết thương ở cẳng chân bỗng hết đau tại chỗ mà lại đau lan lên đùi, sốt vừa, mạch 120 l/phút đến 130 l/phút, huyết áp hơi tụt.

Tại chỗ: mặt vết thương xám bẩn, loét miệng, tiết ra chất nước lờ lờ, rơ bẩn có mùi thối. Quanh vết thương phù nề to, da bám căng có vạch vân hay chấm nâu, sờ thấy lạo sạo có hơi.

- Giai đoạn 3: Hoại thư sinh hơi điển hình:

- Mất mạch ngoại vi, chi lạnh. Vết thương hoại tử đen bẩn, màu cơ xám lại, tiết ra một ít nước mùi thối khẳn như mùi chuột chết. Quanh vết thương da màu nâu rồi ủa đen, chi nề to rất nhanh, ấn không lõm, sờ lạo sạo, hơi lan rộng, có các mảng mục hoại tử.

- Trong sâu bắp thịt còn bị thương tổn hơn da: bắp thịt hoại tử màu nâu xám cắt không rung động, không chảy máu, thối khẳn, không có mủ không có hạch ở gốc chi.

- Giai đoạn 4: Nhiễm khuẩn huyết và nhiễm độc: bệnh nhân hoảng hốt, khó thở, sốt rất cao hay thấp hơn 37°, mạch rất nhanh và chet trong tình trạng suy thở và trụy mạch do nhiễm độc.

Các thể lâm sàng khác:

- Thể phù và ướt: tiến triển gần như trên, song nổi bật triệu chứng phù chi rất to, gấp 2-3 lần chi lành và tại vết thương tiết ra rất nhiều chất dịch lờ lờ đỏ, hơi thối. Do nhiễm khuẩn yếm khí hoạt động của thận và sự chuyển hóa nước bị rối loạn. Khối lượng máu tuần hoàn giảm, máu cô lại. Đạm độ độc tố trong máu và trong tổ chức tăng lên xuất hiện dấu hiệu nhiễm độc thần kinh trung ương: buồn nôn và nôn. Thể này ít gặp chỉ chiếm 5- 6% tổng số nhiễm khuẩn yếm khí

- Thể có mủ và hơi: hay gặp. Do tác dụng của vi khuẩn yếm khí lẫn ái khí đặc biệt là từ vết thương tiết ra mủ lẫn bọt khí.

Thể tối cấp diễn: tiến triển rất nhanh, phù to, căng, không lao xao, rạch da không có hơi. Tổ chức cơ xám bầm có ít hơi. Chết do nhiễm độc trong vòng 2-4 ngày. Trước khi chết vẫn tỉnh táo.

3. DỰ PHÒNG

3.1. Sơ cứu và cắt lọc vết thương sớm, đúng phương pháp. Nếu xử trí thì đầu chưa tốt thì cắt lọc rạch rộng lại

3.2. Cho kháng sinh: Cloromyxetin, Syntomycin, Penicilin. Streptomycin ít tác dụng

3.3. Đề phòng bệnh lan rộng: Cách ly bệnh nhân. Sau khi thay băng cần rửa tay kỹ, đốt bông băng đã dùng. Quần áo ngâm vào nước xút (NaOH) 1-2% rồi hấp bằng hơi hay luộc kỹ. Dụng cụ cần đun sôi 1 giờ trong nước xút 1%.

3.4. Huyết thanh chống hoại thư: tiêm dự phòng tiêm dưới da, xa vết thương. tiêm 30.000 đơn vị gồm 10.000 đơn vị chống B. Perfringens. 15.000 đơn vị chống B. Oedem và 5.000 đơn vị chống V. Septicus.

4. XỬ TRÍ

4.1. Mổ: tiến hành sớm, không gây tê, gây mê (nội khí quản)

- Đối với viêm tấy khu trú: rạch rộng, cắt lọc các tổ chức hoại tử, dập nát, lấy máu tụ, dị vật.

- Đối với viêm tấy lan rộng: cắt lọc xong, tùy theo mức độ phù nề và lao xao cần rạch nhiều đường da và cân dài theo hướng dọc, tránh đụng vào cơ.

- Đối với hoại thư sinh hơi: cắt cụt. Cắt trên 1 khớp. Bì lên cánh tay và đùi thì tháo khớp vai, háng và rạch ở da thân mình nếu cần.

4.2. Thuốc

Kháng sinh liều cao.

- Huyết thanh chống hoại thư 50.000 đơn vị pha loãng 500 ml dung dịch sinh lý nhỏ giọt tĩnh mạch. trong 3 ngày có thể dùng 300.000 đơn vị.

- Toàn thân: cho máu, huyết thanh, sinh tố. Nếu có gãy xương chỉ đặt máng bột không quấn tròn. thở dùng oxy cao áp.

5. KẾT QUẢ CHUNG

Tử vong 20 - 30%.

MỤC LỤC

Stt	Tên bài	Tên tác giả	Trang
1.	Lịch sử ngoại khoa	Phạm Văn Phúc	3
2.	Khám lâm sàng hệ tiết niệu sinh dục nam	Lê Ngọc Từ	11
3.	Nhiễm khuẩn ngoại khoa	Phạm Văn Phúc	24
4.	Hội chứng chảy máu trong	Hà Văn Quyết	39
5.	Khám vùng bẹn đùi	Đỗ Đức Vân	49
6.	Khám bìu	Đỗ Đức Vân	51
7.	Khám các khối u của bìu	Đỗ Đức Vân	51
8.	Khám hậu môn trực tràng	Đỗ Đức Vân	55
9.	Khám chấn thương lồng ngực	Đặng Hanh Đệ	60
10.	Khám bệnh nhân chấn thương sọ não	Dương Chạm Uyên	66
11.	Hội chứng tắc ruột	Hà Văn Quyết	70
12.	Khám chi, cột sống, đầu mặt cổ	Nguyễn Đức Phúc	73
13.	Chuẩn bị bệnh nhân trước khi mổ và săn sóc bệnh nhân sau mổ	Hà Văn Quyết	75
14.	Triệu chứng học về gãy xương sai khớp	Đào Xuân Tích	89
15.	Triệu chứng học về sai khớp	Đào Xuân Tích	95
16.	Uốn ván	Nguyễn Đức Phúc	98
17.	Hội chứng vàng da - tắc mật	Đoàn Thanh Tùng	101
18.	Hoại thư sinh hơi	Nguyễn Đức Phúc	106

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

NGOẠI KHOA CƠ SỞ

Chịu trách nhiệm xuất bản:

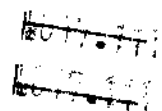
Giám đốc: HOÀNG TRỌNG QUANG

Biên tập: BS. NGUYỄN THỊ TỐT

Sửa bản in: BS. NGUYỄN THỊ TỐT

Trình bày bìa: DOÃN VƯỢNG

In 2000 bản, khổ 19 x 27cm tại Xưởng in Nhà xuất bản y học.
Giấy chấp nhận xuất bản số 26-1550/XB-QLXB ngày 28/12/99.
In xong và nộp lưu chiểu Quý III/2000.



Mã số: $\frac{61 - 617}{YH - 2000}$ 1550 - 99

Giá: 13.000đ