**THỔI NGẠT**

**I. MỤC ĐÍCH**

Thổi một lượng khí thở ra của bác sĩ hay điều dưỡng vào phổi nạn nhân hay người bệnh bằng cách áp miệng vào mũi hoặc miệng nạn nhân bị ngừng thở.

**II. CHỈ ĐỊNH**

 - Ngừng thở, ngừng tim đột ngột do: điện giật, ngạt nước, ngộ độc thuốc ngủ, thuốc phiện…

 - Sơ sinh bị ngạt do đẻ khó, ngạt thở do nước ối.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

 - Nhiễm độc thuốc trừ sâu, hơi ngạt.

 - Người bệnh nhiễm HIV.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa:** bác sĩ, điều dưỡng, nhân viên cấp cứu đã được đào tạo.

**2. Người bệnh**

 - Nằm ngửa, ưỡn cổ, hàm dưới đẩy ra phía trước, gối kê vai nếu có.

 - Nếu trên bãi biển: đào một hố dưới đầu nạn nhân, cho nạn nhân ngửa cổ.

**3. Phương tiện:** gạt để lau miệng dãi, nhớt.

**4. Nơi làm thủ thuật:** tại nơi xảy ra tai nạn.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

 - Để nạn nhân nằm nghiêng sang một bên, nhanh chóng móc họng lấy hết dị vật.

 - Lau sạch miệng hay mũi nạn nhân, để người bệnh ở tư thế nằm ưỡn cổ.

**1. Hô hấp miệng – miệng**

a. Thầy thuốc quỳ chân, ngửa đầu lên hít một hơi dài rồi cuối xuống áp chặt vào miệng nạn nhân, một tay bịt hai lỗ mũi nạn nhân, một tay đẩy hàm dưới ra phía trước. Thở hết hơi ra, đồng thời mắt ngước nhìn lồng ngực xem có phồng lên hay không.

 - Người lớn tuổi 12 – 12 lần/phút.

 - Trẻ nhỏ, theo dõi lồng ngực để thổi cho vừa đủ lượng khí, không cần hít hơi dài và thổi hết hơi, thổi 25 – 30 lần/phút.

b. Tiếp tục làm như vậy cho đến khi có người đến ứng cứu. Kịp thời kết hợp bóp tim ngoài lồng ngực nếu có kèm ngừng tim.

**2. Hô hấp miệng – mũi:** làm như trên nhưng thổi qua 2 lỗ mũi, bịt miệng bằng 2 ngón tay.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

a. Đồng tử co lại, mạch đập trở lại.

b. Tình trạng ý thức: ngừng thổi ngạt khi người bệnh đã tỉnh và thở lại.

**2. Xử lí**

a. Chướng bụng do hơi vào dạ dày: đặt ống thông dạ dày.

b. Tràn khí màng phổi ở trẻ nhỏ do thổi quá mạnh: chọn hút màng phổi.

**BÓP BÓNG AMBU**

**I. MỤC ĐÍCH**

Đưa một lượng không khí qua bóng Ambu vào phổi người bệnh bằng cách áp mặt nạ của bóng vào miệng và mũi người bệnh rồi bóp bóng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

 - Ngừng thở, ngừng tim đột ngột do điện giật, ngạt nước, ngộ độc thuốc ngủ, thuốc phiện…

 - Sơ sinh bị ngạt do đẻ khó, ngạt thở do nước ối.

 - Suy hô hấp cấp nguy kịch.

 - Liệt hô hấp do các nguyên nhân khác nhau.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Không có.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa:** bác sĩ, điều đưỡng, nhân viên cấp cứu đã được đào tạo.

**2. Phương tiện**

 - Bóng Ambu và mặt nạ cho người lớn

 - Bóng Ambu và mặt nạ cho trẻ em

 - Bình oxy

**3. Người bệnh:** nằm ngửa, ưỡn cổ, gối kê vai nếu có.

**4. Nơi làm thủ thuật:** tại nơi xảy ra tai nạn.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Nhanh chóng để nạn nhân nằm nghiêng sang một bên.

2. Móc họng lấy dị vật.

3. Lau sạch miệng hay mũi nạn nhân, để người bệnh ở tư thế nằm ngửa, ưỡn cổ; lấy tay đẩy hàm dưới ra phía trước. Nối bình oxy với bóng ambu, mở khóa oxy. Tốt nhất là để oxy 100%

4. Thầy thuốc áp sát mặt nạ vào miệng, mũi người bệnh, bóp bóng:

 - 12 – 14 lần/phút ở người lớn.

 - 25 – 30 lần/phút ở trẻ em.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÍ TAI BIẾN**

1. Bóp bóng cho đến khi người bệnh tỉnh lãi hoặc thở lại, đồng tử co (trừ trường hợp rắn hổ cắn, đồng tử không co).

2. Tràn khí màng phổi: chọc hút màng phổi.

**BÓP TIM NGOÀI LỒNG NGỰC VÀ THỔI NGẠT**

**I. MỤC ĐÍCH**

 - Bóp tim ngoài lồng ngực nhằm thiết lập lại tuần hoàn trong cơ thể, bằng cách tạo một sức ép vào tim qua lồng ngực.

 - Bóp tim ngoài lồng ngực không thể tách rời thổi ngạt hoặc bóp bóng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Ngừng tuần hoàn gây chết lâm sàng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** không có.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa:** bác sĩ, điều dưỡng, nhân viên cấp cứu đã được đào tạo; quỳ gối nếu người bệnh nằm dưới đất.

**2. Phương tiện:** không có gì hoặc bóp bóng Ambu có mặt nạ.

**3. Người bệnh:** nằm ngửa ưỡn cổ trên một mặt phẳng cứng.

**4. Nơi thực hiện:** tại nơi xảy ra tai nạn.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Trước khi bóp tim ngoài lồng ngực, thử đấm vào vùng trước 5 cái thật mạnh. Thổi ngạt 2 cái.

2. Sờ mạch cảnh, nếu không đập: tiến hành bóp tim.

a. Nơi bóp tim: 1/3 dưới xương ức.

b. Người thực hiện: hai bàn tay ngửa 900, áp cườm tay (mô cái và mô út) vào 1/3 dưới xương ức nạn nhận, bàn tay kia đặt chéo lên trên, 2 cánh tay duỗi thẳng ép thẳng góc với lồng ngực.

c. Tần số: 80 – 100 lần/phút ở người lớn.

d. Không nhấc tay lên sau khi ấn. Lồng ngực phải lún xuống 4 – 5 cm ở người lớn.

3. Phối hợp thổi ngạt:

a. Một người cứu: cứ 2 lần thổi ngạt, 15 lần bóp tim.

b. Hai người cứu: cứ 1 lần thổi ngạt, 5 lần bóp tim.

4. Ngoài thổi ngạt hoặc bóp bóng Ambu, kiểm tra mạch bạn để đánh giá hiệu quả của bóp tim (2 phút kiểm tra 1 lần). Tiếp tục thực hiện đến khi mạch đập trở lại hoặc có thêm đội ứng cứu.

5. Trẻ em:

a. Sơ sinh: lấy hai ngón tay cái bóp tim.

b. Trẻ lớn: lấy một phần ban trền lòng bàn tay ép.

c. Tỉ lệ bóp tim/thổi ngạt giống như ở người lớn.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:** đồng tử, mạch bẹn, nhịp thở.

**2. Xử lí**

a. Gãy xương sườn do ấn tay sang bên cạnh xương ức; gãy sụn sườn ở người già do ấn quá mạnh: băng cố định bằng băng dính to bản.

b. Tràn khí màng phổi: hút dẫn lưu khí màng phổi.

**ĐẶT ỐNG NỘI KHÍ QUẢN CẤP CỨU**

**I. MỤC ĐÍCH**

Đặt ống nội khí quản cấp cứu là luồn qua mũi hoặc miệng một ống nội khí quản trong trường hợp khẩn trương, đe dọa tử vong như suy hô hấp cấp thể nguy kịch sau ngừng tim, sặc bùn, ngạt nước, chấn thương sọ não, ngộ độc cấp…

**II. CHỈ ĐỊNH**

 - Hút đờm hoặc dị vật hoặc dịch đột nhập vào khí phế quản.

 - Bóp bóng Ambu và thông khí nhân tạo.

 - Rửa dạ dày ở người bệnh hôn mê.

 - Sau khi rút ống nội khí quản vài phút đến vài giờ, người bệnh đột nhiên bị co thắt thanh môn, tím, thở rít, khó thở vào.

 - Bảo vệ đường thở ở người bệnh hôn mê sâu hoặc liệt hô hấp.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tùy theo đường mũi hay miệng có chống chỉ định riêng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa**

Bác sĩ chuyên khoa hồi sức cấp cứu, đã đặt ống nội khí quản nhiều lần. Hoặc chuyên khoa sơ bộ đã được đào tạo về thực hiện thủ thuật.

**2. Phương tiện**

 - Đèn soi thanh quản.

 - Oxy và các ống dẫn.

 - Kẹp Magill.

 - Ống nội khí quản 3 cỡ đã kiểm tra bóng chèn.

 - Bộ mở khí quản cấp cứu (đặt qua màng nhẫn giáp).

 - Ống nghe, máy đo huyết áp, đèn soi khí quản.

 - Thuốc tiền mê.

**3. Người bệnh**

 - Người bệnh tỉnh: giải thích, động viên.

 - Người bệnh mê: giải thích cho thân nhân lợi ích của việc đặt ống thông nội khí quản.

 - Thở oxy 100% trong 5 phút hoặc người bệnh hít 3 lần oxy 100%, tư thế nằm ngửa, ưỡn cổ, kê vai. Người bệnh ngừng thở thì bóp bóng Ambu có oxy 100% trước.

**4. Nơi thực hiện:** tại nơi xảy ra bệnh cấp cứu hoặc tai nạn.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Người bệnh tỉnh: 2 – 3 phút trước khi đặt nội khí quản tiêm tĩnh mạch xylocain 1mg/kg và pancuronium hoặc vecuronium 0,01 – 0,02mg/kg. Có thể dùng xylocain 1% dạng phun.

2. Một phút trước khi đặt ống nội khí quản tiêm thiopental 4mg/kg,TMC hoặc midazolam (Hypnovel)0,05 – 0,2mg/kg hay ketamin 0,5–1mg/kg. Dùng ketamin nếu có hạ huyết áp giảm thể tích máu hoặc co thắt phế quản, hen phế quản.

3. Đặt ống nội khí quản qua mũi hoặc mồm ở người bệnh đã ngừng thở: một người phụ lấy 2 ngón tay ấn vào sụn nhẫn giáp, (thủ thuật Sellick). Luồn ống nội khí quản vào khí quản. Chỉ thôi ấn vào sụn giáp khi ống đã được luồn vào khí quản. Nghe phổi kiểm tra, bóp bóng Ambu theo nhịp thở của người bệnh.

4. Thông khí nhân tạo:

 - Bắt đầu bằng thông khí với áp lực dương ngắt quản.

 - Tỉ lệ thở vào/thở ra = 1/2 ở người hen phế quản.

 - Thể tích lưu thông từ 10 – 12ml/kg.

 - Tần số: 16 lần/phút/

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÍ TAI BIẾN**

1. Mạch, huyết áp, nhịp thở, tình trạng ý thức.

2. SpO2.

3. Điện tim.

4. Xem quy định: đặt ống nội khí quản qua đường mũi có đèn soi thanh quản.

**RỬA DẠ DÀY TRONG NGỘ ĐỘC CẤP**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Rửa dạ dày là kĩ thuật luồn ống thông vào dạ dày người bệnh để tháo rửa các chất độc.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các trường hợp ngộ độc cấp trong vòng dưới 6 giờ sau khi uống độc chất.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Uống các chất ăn mòn mạnh (acid, bazơ mạnh).

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa:** điều dưỡng và 1 bác sĩ đeo yếm nylon, găng tay nếu người bệnh ngộ độc lân, (P) hữu cơ.

**2. Phương tiện**

 - Ống Faucher cỡ to 14 – 42 (đường kính trong từ 6 – 10mm)

 - Phễu to hay bốc có ngấn.

 - Xô đựng 20 lít.

 - Nước sôi để nguội có pha 5g muối ăn cho 1 lít.

 - Trời lạnh phải dùng nước ấm 370C.

 - Canun Guedel.

 - Chậu đựng nước thải.

 - Máy hút.

 - Lọ lấy độc chất (100ml).

 - Ống nghe.

 - Ống nội khí quản và dụng cụ nội khí quản: đèn soi.

**3. Người bệnh**

 - Nằm đầu thấp, nghiêng về bên trái.

 - Nếu hôn mê có nguy cơ sặc: đặt nội khí quản có bóng chèn, bơm căng bóng.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Dùng dụng cụ mở miệng hoặc canun Guedel, luồn ống thông qua miệng.

2. Nếu khó khăn có thể luồn qua mũi với ống thông cỡ bằng ngón tay út người bệnh.

3. Vừa luồn nhẹ ống vừa động viên người bệnh nuốt phối hợp nếu người bệnh tỉnh.

a. Độ dài của ống khoảng 45 cm (đến vạch số 1).

b. Kiểm tra bằng bơm khí và nghe vùng thượng vị.

4. Cắm phễu hoặc bốc, nâng cao ít nhất 30cm so với người bệnh.

5. Đổ nước khoảng 300 – 500ml/lần hạ thấp đầu ống vào trong chậu cho nước tự chảy ra hoặc dùng máy hút hút ra.

6. Lặp lại cho đến khi nước trong.

7. Lượng nước rửa:

a. Với lân (P) hữu cơ phải pha than hoạt trong những lít đầu tiên và rửa khoảng 10 lít lần đầu, khoảng 5 lít với lần 2.

b. Với thuốc ngủ: 5 – 10 lít và chỉ rửa một lần đến khi nước trong.

8. Kết thúc rửa: hút hết dịch trong dạ dày, bơm vào dạ dày 20g than hoạt uống cùng 20g sorbitol, nhắc lại sau 2 giờ cho đến khi đạt 120g than hoạt.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

a. Toàn trạng: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ.

b. Phản xạ ho sặc tránh hít phải dịch.

c. Kết quả của than hoạt và tẩy: đi ngoài ra than hoạt.

**2. Xử lí**

a. Nôn mửa gây sặc dịch dạ dày: nội khí quản có bóng chèn, rót 1 lần dưới 500ml.

b. Nhịp tim chậm, ngất do kích thích dây X: hồi sức cấp cứu.

c. Rối loạn nước, điện giải do ngộ độc nước nếu không pha muối và rửa quá nhiều (trên 20 lít): phải dùng lợi tiểu mạnh (Lasix) kết hợp truyền dung dịch NaCl ưu trương.

d. Tăng natri máu và mất nước nếu pha muối trên 9g/lít: bù dịch rồi cho Lasix, theo dõi và điều chỉnh điện giải theo kết quả xét nghiệm.

**CỐ ĐỊNH XƯƠNG SƯỜN GÃY**

**TRONG MẢNG SƯỜN DI ĐỘNG**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Gãy xương sườn hai nơi trên cùng một xương, tối thiểu từ 3 xương trở lên được gọi là mảng sườn. Mảng sườn có thể di động kì đầu, có thể di động thứ phát sau vài ngày. Mảng sườn được chi làm 4 loại tùy theo vị trí tổn thương.

 - Mảng sườn sau: ít di động do khối cơ lưng dày.

 - Mảng sườn bên: rất dễ di động.

 - Mảng sườn trước: rất di động.

 - Mảng sườn hai bên: tiên lượng rất nặng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Suy hô hấp do mảng sườn di động, đã dẫn lưu màng phổi và hút liên tục.

2. Mảng sườn di động kèm các tổn thương trong ngực, có chỉ định mở ngực.

3. Mảng sườn trước, suy hô hấp nặng.

4. Chèn “bao cát” hoặc băng dính to bản trong sơ cứu và vận chuyển người bệnh.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Mảng sườn sau: dẫn lưu màng phổi và thở máy, không dặt vấn đề cố định xương sườn.

2. Mảng sườn di động không gây suy hô hấp sau khi đã dẫn lưu màng phổi.

3. Mảng sườn di động đến muộn.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa**

Phẫu thuật viên ngoại khoa chung, bác sĩ gây mê hồi sức.

**2. Phương tiện**

a. Cố định trong

 - Ống nội khí quản, ống mở khí quản (Krishaberg hoặc Sjoberg).

 - Máy thở, thuốc giãn cơ và gây mê.

 - Bộ đồ mở khí quản, đèn soi thanh quản.

b. Cố định ngoài

 - Nẹp Judet, đinh Kirschner, chỉ thep hoặc perlon số 1 hay 2

 - Bộ đồ kéo tạ (ròng rọc, tạ).

 - Dẫn lưu màng phổi, máy hút, khoan xương, các cặp khăn phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Cố định trong**

a. Chỉ nên áp dụng khi có đội ngũ bác sĩ, y tá (điều dưỡng) có kinh nghiệm chăm sóc theo dõi người bệnh thở máy.

b. Cho thuốc giãn cơ, thuốc ngủ.

c. Đặt nội khí quản (mở khí quản khi thời gian thở máy kéo dài quá một tuần).

d. Lắp với máy thở (sau khi đã đặt các thông số của máy).

e. Thực hiện đúng những nguyên tắc của một người bệnh thở máy trong chăm sóc, đặc biệt là hút đờm dãi, thở chống máy, dinh dưỡng và chống loét.

g. Sau khoảng 10 ngày để người bệnh tập cai máy (có theo dõi tình trạng suy hô hấp) để có thể bỏ hẳn máy thở.

h. Chụp ngực kiểm tra tại giường trong những ngày thở máy.

i. Khi có điều kiện cần thử áp lực các khí trong máu để điều chỉnh thông số máy thở, nhất là lúc cai máy.

**2. Cố định ngoài**

a. Nẹp Judet:

 - Bộc lộ các ổ gãy để rõ 2 đầu xương sườn gãy.

 - Lấy nẹp Judet kẹp cố định 2 đầu xương.

b. Xuyên đinh Kirschner:

 - Bộc lộ các ổ gãy.

 - Dùng khoan xuyên đinh Kirschner từ xương sườn 1 bên qua ổ gãy sang xương sườn bên kia.

c. Kéo liên tục:

 - Dùng các cặp khăn mổ ngoạm quanh xương sườn (4 góc của mảng sườn), cả 4 cặp này buộc lại với nhau để kéo qua hệ ròng rọc (nếu là mảng sườn bên thì kéo ra ngoài, nếu là mảng ức sườn trước thì kéo lên trên rồi qua ròng rọc thứ 2 để kéo ra ngoài, xuống dưới).

 - Có thể dùng chỉ thép vòng quanh xương sườn hoặc dùng chỉ perlon cỡ số 1, 2 thay cho các cặp khăn mổ.

 - Chú ý trong khi mổ có thể gây thủng màng phổi thành tràn khí và máu màng phổi. Kiểm tra lâm sàng và X-quang. Khi có tràn khí hay máu phải dẫn lưu màng phổi ngay.

 - Lực kéo phụ thuộc vào từng người bệnh, làm sao cho mảng sườn bị kéo không bị thụt vào trong thì hít của người bệnh.

 - Sau khoảng 10 ngày có thể thử không kéo liên tục hoặc giảm dần trọng lượng kéo để đi đến bỏ hẳn.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**

1. Mạch, huyết áp, nhịp thở và dẫn lưu 1 giờ/một lần trong 6 giờ đầu.

2. Bù đủ khối lượng máu mất, kháng sinh liều cao.

3. Săn sóc tốt trong trường hợp thở máy.

4. Rút dẫn lưu ngực sau 72 giờ.

5. Tràn dịch màng phổi, dày dính màng phổi, ổ cặn màng phổi, viêm xương sườn.

**THÔNG TIỂU**

**I. MỤC ĐÍCH**

Thông tiểu là phương pháp dùng ống thông đưa qua niệu đạo vào bàng quang để dẫn nước tiểu ra ngoài, chẩn đoán, theo dõi và điều trị một số bệnh đường tiết niệu.

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Nhiễm khuẩn tiết niệu cần chẩn đoán chính xác nguyên nhân.

2. Phân biệt: bí đái hay vô niệu.

3. Bí đái: làm cho người bệnh dễ chịu.

4. Theo dõi diễn biến của suy thận cấp.

5. Chuẩn bị: phẫu thuật, đẻ và lọc màng bụng.

6. Giữ sạch sẽ và khô ráo vùng tiết niệu – sinh dục trong trường hợp: hôn mê, tai biến mạch máu não, vết thương nhiễm khuẩn vùng đó.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Nhiễm khuẩn niệu đạo.

2. Dập, rách niệu đạo.

3. Đứt niệu đạo.

4. Đối với phụ nữ có thai không nên dùng ồng thông bằng kim loại hoặc thủy tinh.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa**

Điều dưỡng hoặc bác sĩ; đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay vô khuẩn.

**2. Phương tiện**

 - Ống thông dùng một lần vô khuẩn; tùy trường hợp chỉ định mà chọn loại và cỡ thích hợp.

 - Ống thông cao su mềm thường hoặc tự cố định (Foley) dùng trong niệu đạo bị liệt.

 - Ống thông cao su cứng (Nelaton dùng trong co thắt niệu đạo.

 - Ống thông cao su đầu cong dùng trong u tuyến tiền liệt.

 - Ống thông kim loại dùng khi sử dụng ống thông cao su không kết quả.

 - Trẻ em: cỡ 8F – 14F; nữ: cỡ 14F – 18F; nam: cỡ 18F – 20F.

 - Khay quả đậu hoặc bô vịt.

 - Khay men để ống thông.

 - Kìm Kocher.

 - Đèn soi, đèn pin.

 - Khăn mổ có lỗ, bông, gạc, tăm bông, găng vô khuẩn.

 - Vải nylon lót dưới mông người bệnh.

 - Nước xà phòng, nước đun sôi để nguội.

 - Dầu parafin đã tiệt khuẩn.

 - Thuốc sát khuẩn: thuốc đỏ 2%, thuốc tím 0,1%, cystomyacine.

 - Bơm tiêm nhựa dùng một lần 10ml, 20ml.

 - Ống nghiệm (3 cái).

**3. Người bệnh**

 - Thông đái làm ở phòng riêng có đủ ánh sáng, sạch sẽ và kín đáo.

 - Giải thích trước để người bệnh yên tâm, hướng dẫn cách hít vào dài và rặn nhẹ để dãn cơ thắt bàng quang.

 - Người bệnh nằm ngửa, dưới mông trải vải nylon, đùi co và hơi dạng.

 - Để sẵn một bô dẹt dưới mông người bệnh.

 - Rửa bộ phận sinh dục ngoài bằng nước xà phòng. Rửa từ trên xuống dưới, rửa từ trong ra ngoài. Sau khi rửa xong phải bỏ hết các chất bẩn ra ngoài.

 - Sát khuẩn hậu môn bằng thuốc đỏ 2%.

 - Để sẵn khay quả đậu vào giữa vùng 2 đùi người bệnh gần háng.

 - Thủ thuật viên rửa tay lại.

 - Trải khăn vô khuẩn dưới mông người bệnh và bao quanh bộ phận sinh dục ngoài, chỉ để hở lỗ thông đái.

 - Hồ sơ bệnh án: ghi rõ chẩn đoán, chỉ định thông đái, kết quả thông đái.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**A. Thông đái nam**

1. Thông đái bằng ống thông cao su.

a. Thủ thuật viên sát khuẩn tay, đi găng; đứng bên phải người bệnh.

b. Tay trái cầm gạc nắm dương vật người bệnh đã bội thuốc đỏ ở quy đầu; tay phải dùng gạc cầm ống thông cao su đã bôi dầu parafin.

c. Đưa nhẹ nhàng ống thông vào niệu đạo người bệnh, nếu có cảm giác vướng thì bảo người bệnh hít thở mạnh và hơi rặn, ống thông sẽ vào bàng quang dễ dàng.

d. Tùy theo chỉ định mà lấy nước tiểu đẩ xát nghiệm hoặc bơm thuốc điều trị.

e. Sau khi rút ống thông phải sát khuẩn lại quy đầu bằng thuốc đỏ 2%.

2. Thông đái bằng ống thông kim loại

a. Thủ thuật viên sát khuẩn tay.

Thì 1: tay phải cầm ống thông, tay trái cầm dương vật sang ngang, đưa ống thông cho tới túi bịt hành xốp.

Thì 2: tay trái đưa dương vật và ống thông trở về đường giữa trước còn song song với thành bụng, sau nâng dương vật thẳng lên. Không cần đẩy ống thông cũng có cảm giác ống thông tự trôi vào niệu đạo sau; nếu chưa thấy cảm giác ấy thì làm lại.

Thì 3: chỉ cần gập dương vật xuống là ống thông tự động trôi vào bàng quang.

Thì 4: Rút ống thông, rút ra bằng động tác ngược lại với các thì cho vào. Trước khi rút ống thông ra, bơm vào bàng quang 20ml cystomyacine để tránh nhiễm khuẩn.

c. Thông đái xong, sát khuẩn bộ phận sinh dục ngoài.

d. Giúp người bệnh trở lại tư thế nằm nghỉ bình thường.

e. Thu dọn dụng cụ.

**B. Thông đái nữ**

1. Thủ thuật viên sát khuẩn tay, đi găng.

2. Tay trái vành hai môi bé để nhìn xuống lỗ niệu đạo, tay phải cầm ống thông cao su hoặc ống thông kim loại ngắn đã bôi dầu parafin. Đưa ống thông từ từ qua lỗ niệu đạo vào khoảng 5cm sẽ đến bàng quang và nước tiểu chảy ra tháo vào khay quả đậu hoặc lấy làm bệnh phẩm xét nghiệm hoặc bơm thuốc điều trị vào bàng quang.

3. Thông đái xong, sát khuẩn bộ phận sinh dục ngoài.

4. Giúp người bệnh trở lại tư thế nằm nghỉ bình thường.

5. Thu dọn dụng cụ.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

a. Sắc mặt, nhịp thở, đau vùng hạ vị, màu sắc nước tiểu.

b. Sốt, đái rắt, đái buốt.

**2. Xử lí**

a. Choáng do đau hoặc lấy hết nước tiểu nhanh quá.

b. Rách niệu đạo do ống thông quá cỡ.

c. Tổn thương tuyến tiền liệt do ống thông kim loại hoặc kỹ thuật tiến hành không đúng.

d. Đái máu.

e. Nhiễm khuẩn.

**THÔNG TIỂU LIÊN TỤC**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

 - Thông tiểu liên tục là dùng ống thông cố định, lưu giữ một thời gian để dẫn nước tiểu từ bàng quang vào túi vô khuẩn hoặc vào bô can sát khuẩn.

 - Thông đái liên tục giữ cho những vùng xung quanh lỗ đái được sạch sẽ, khô ráo, đề phòng loét mông nhiễm khuẩn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Người bệnh đi tiểu không tự chủ trong hôn mê, viêm tủy ngang, tai biến mạch não, liệt cơ vòng.

2. Sau phẫu thuật tầng sinh môn, âm đạo, tuyến tiền liệt, niệu đạo, bàng quang, niệu quản, thận.

3. Bí đái kéo dài.

4. Theo dõi suy thận cấp thể vô niệu: diễn biến bệnh và tác dụng của thuốc.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** viêm niệu đạo cấp.

**VI. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa**

Đeo mũ, khuẩ trang, rửa tay theo phương pháp ngoại khoa, đi găng vô khuẩn.

2. Phương tiện

 - Ống thông Foley vô khuẩn, phải kiểm tra lại bóng trước khi dùng.

 - Bơm tiêm 10ml và kim tiêm (nếu cần).

 - Khay quả đậu.

 - Chai hoặc bình chứa nước tiểu vô khuẩn, có vạch chia 50ml, 100ml,… đến 200ml.

 - Dây dẫn nước tiểu vô khuẩn có khóa.

 - Kìm Kocher.

 - Khăn mổ có lỗ, gạc, bông, băng vô khuẩn.

 - Băng dính, kim băng, dây chun.

 - Thuốc đỏ 2% hoặc cồn iod 0,1%.

 - Nước cất ống hay dung dịch NaCl 0,9% (để bơm vào bóng).

**3. Người bệnh**

a. Đã thông báo trước cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh.

b. Rửa cơ quan sinh dục ngoài bằng xà phòng, lau khô.

c. Hồ sơ bệnh án: có ghi chép chỉ định thông đái liên tục.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**A. Đặt ống thông**

1. Trợ thủ sát khuẩn cơ quan sinh dục ngoài bằng thuốc đỏ 2%

2. Thủ thuật viên rửa tay lại, đi găng vô khuẩn.

3. Đưa ống thông Foley vào bàng quang theo đúng kĩ thuật thông đái (ở nam, nữ), cho nước tiểu chảy ra khay quả đậu.

4. Dùng bơm tiêm 5ml lấy nước cất hoặc dung dịch NaCl 0,9% bơm vào nhánh thông với bóng (số lượng nước bơm vào theo số lượng ghi ở đuôi ống, thông thường là 5ml) để bóng phình ra, ống thông không bị tuột ra ngoài.

5. Gắn ống cao su dẫn nước tiểu vào ống thông, cho ống dẫn vào chai hoặc bình chứa nước tiểu có vạch đặt ở chân giường.

6. Dán băng dính vào các chỗ nối cho kín và chắc chắn không để nước tiểu thấm qua. Cố định ống thông và ống dẫn nước tiểu đủ rộng cho người bệnh trở mình dễ dàng.

**B. Rút ống thông**

Theo chỉ định điều trị hoặc thay ống thông khác, thường để ống thông liên tục trong 5 ngày. Mỗi ngày đo lượng nước tiểu, thay bình, chai đựng mới.

1. Dùng bơm tiêm rút nước trong bóng ra, lấy hết lượng nước đã bơm vào.

2. Gập ống lại và từ từ rút ống thông ra, bỏ vào khay quả đậu.

3. Rửa sạch bộ phận sinh dục bằng nước xà phòng.

4. Lau khô sát khuẩn bằng thuốc đỏ 2% và đặt người bệnh ở tư thế thoải mái.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

a. Sắc mặt người bệnh, đau.

b. Quan sát hằng ngày sự lưu thông nước tiểu và vị trí của ống thông, tình trạng người bệnh.

c. Màu sắc và số lượng nước tiểu chảy ra, ghi bản theo dõi và hồ sơ.

**2. Xử lí**

a. Xây xác niệu đạo, đau, nước tiểu đỏ: dùng kháng sinh.

b. Viêm niệu đạo.

c. Nhiễm khuẩn tiết niệu: dùng kháng sinh thích hợp.

d. Đứt bóng cao su do chưa rút hết nước đã kéo ống thông ra: soi bàng quang và gắp ra.

 **GIÁC HÚT**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Giác hút sản khoa do Malmstrom chế tạo là dụng cụ dùng lực hút chân không tác động lên ngôi thai để kéo thai ra ngoài, trường hợp thai không sổ tự nhiên được.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Giác hút có chỉ định hạn chế hơn forceps, được làm khi mẹ rặn yếu, mệt nhưng còn sức rặn.

**III. ĐIỀU KIỆN**

 - Thai sống. Cổ tử cung mở hết.

 - Ối đã vỡ hay đã bấm ối.

 - Ngôi lọt thấp.

**IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

 - Mẹ có bệnh nội khoa nên không được phép rặn đẻ vì phải gắng sức quá nhiều.

 - Mẹ có vết mổ tử cung cũ, rặn đẻ có thể làm nứt vết mổ.

 - Thai non tháng.

 - Đầu có bướu huyết thanh quá to.

**V. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa**: y sĩ, bác sĩ chuyên khoa Phụ sản.

**2. Phương tiện**

 - Máy giác hút bơm điện hay bơm tay, các chụp giác hút bằng kim loại cỡ to nhỏ khác nhau, một tay cầm để kéo, dây xích và các ống cao su.

 - Một hộp đỡ đẻ và khâu cắt tầng sinh môn.

 - Khăn mổ vô khuẩn.

**3. Sản phụ**

Giải thích cho sản phụ hiểu việc cần thiết phải phối hợp rặn khi ta kéo giác hút.

**VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Người làm thủ thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

2. Sát khuẩn vùng âm hộ, tầng sinh môn.

3. Thông đái.

4. Kiểm tra lại kiểu thế và độ lọt của ngôi.

5. Chọn một chụp giác hút thích hợp với độ mở của cổ tử cung. Thường khi cổ tử cung mở hết, dùng chụp số 7 – 8. Lắp tay cầm, dây xích, ống cao su vào chụp và lắp vào bộ phận bơm.

6. Trên mặt chụp có một lỗ lòi nhỏ gọi là đầu vú. Cầm nghiêng chụp cho vào âm đạo, qua cổ tử cung, đặt vào ngôi thai. Đối với ngồi chỏm thì tốt nhất là đặt chụp ở vùng chẩm sát với thóp sau, đầu vú dùng để định hướng nghĩa là ở thế chẩm chậu trái trước thì đầu vú phải đặt ở chỗ 1 – 2 giờ, khi ngôi quay chẩm vệ sẽ thấy đầu vú ở khoảng 12 giờ, qua đó nhận định được sự quay của ngôi thai.

7. Người phụ bơm từ từ cho kim của áp kế chỉ (âm) -200mmHg, người làm thủ thuật dùng ngón tay kiểm tra lại xem chụp giác hút đã bám chặt vào ngôi chưa, có chỗ nào kênh không và có hút nhầm vào tử cung hay thành âm đạo không?

Nếu hút phải phần mềm hoặc chụp kênh chưa hút chặt vào ngôi thì tháo hơi và đặt lại.

 - Người phụ tiếp tục bơm từ từ trong 1 – 2 phút cho tới áp lực -700 hoặc -800 mmHg thì người làm thủ thuật bắt đầu kéo. Nên kéo khi có cơn co tử cung và phối hợp với sức rặn của sản phụ. Khi kéo phải chú ý để cho dây kéo luôn luôn thẳng góc với diện chụp, nếu kéo lệch dễ bị trượt, không kéo bằng lực của toàn thân mà chỉ dùng sức của hai cẳng tay để kéo.

 - Khi hạ chẩm đã tì vào dưới khớp vệ thì kéo lên trên cho đầu sổ. Sau đó tháo hơi từ từ, bỏ chụp ra ngoài, cho sản phụ rặng tiếp một hơi, đầu thai nhi sẽ sổ ra ngoài âm hộ, đỡ đẻ như bình thường.

***Chú ý***

 - Thời gian bơm hút hơi cũng như lúc xả hơi phải kéo dài 1 – 2 phút để bướu huyết thanh được thành lập và được nhả ra từ từ, không được làm quá nhanh.

 - Không được kéo lâu quá 10 phút, nếu kéo mãi thai nhi vẫn không sổ, có thể do chỉ định sai.

 - Nếu trong lúc đang kéo giác hút bị trượt, có thể đặt lại chụp một lần nữa nhưng đặt lại giác hút lần thứ 2 thường khó khăn, do vướng bướu huyết thanh to.

 - Bướu huyết thanh do đặt giác hút sẽ mất đi sau 3 – 4 ngày.

**VII. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**

1. Theo dõi: mạch, huyết áp, toàn trạng sản phụ.

2. Rách thành âm đạo, cổ tử cung làm chảy máu: khâu lại để cầm máu.

3. Sang chấn thai nhi thường là chấn thương sọ não tuy bên ngoài không thấy rõ thương tích: phải khám kĩ thai nhi để xử lí.

**HỒI SỨC SƠ SINH NGẠT**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Sơ sinh ngạt là sơ sinh đẻ ra không thở, không khóc được. Đây là loại cấp cứu tức thời: tỉ lệ sống và di chứng phụ thuộc vào tình trạng thai ngạt lâu hay mau. Vì vậy công tác cấp cứu phải được tiến hành nhanh chóng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tất cả trẻ sơ sinh đẻ ra không khóc, không thở, chỉ số Apgar dưới 7 điểm.

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa:** bác sĩ, y sĩ, nữ hộ sinh đã được đào tạo về hồi sức sơ sinh.

**2. Phương tiện**

 - Ống hút có gắn bầu thủy tinh dùng để hút nhớt.

 - Ambu và mặt nạ sơ sinh để hô hấp nhân tạo.

 - Đèn nội khí quản và ống nội khí quản sơ sinh.

 - Catheter dùng tiêm thuốc vào tĩnh mạch rốn.

 - Thuốc: dung dịch natri bicarbonat 4,2%.

 - Dung dịch glucose 10%.

 - Bình Oxy.

**3. Trẻ sơ sinh ngạt:** được đặt trên bàn hồi sức, đầu ngửa và thấp hơn mặt bàn.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Phương pháp hút** (thông đường hô hấp)

Tất cả trẻ sơ sinh ngạt đều phải được hút nhớt, dãi và các chất dịch mà thai nhi hít phải khi đi qua đường sinh dục: trước tiên hút ở mồm, rồi đến họng hầu, hai lỗ mũi, sau đó cho ống hút vào sâu tới khí quản để hút sạch các loại dịch tiết và nước ối.

**2. Phương pháp hô hấp nhân tạo**

a. Trước tiên kích thích hô hấp qua đường da bằng cách xoa má, ngực, bụng, lưng và búng vào gan bàn chân

b. Nếu chưa có kết quả thì hô hấp nhân tạo theo 2 cách:

 - Hô hấp nhân tạo qua mặt nạ: dễ thực hiện, chỉ cần có mặt nạ nhỏ thích hợp chụp kín mồm và mũi sơ sinh ngạt.

 + Phương pháp này chỉ được làm sau khi đã hút sạch nhớt dãi, nước ối, đường hô hấp đã thông, lúc đó hơi khí (gồm oxy và không khí) sẽ được bóp vào Ambu bằng 1 – 2 ngón tay để vào phổi của sơ sinh với tần số 40 – 60 lần bóp một phút, bóp nhẹ để tránh vỡ phế nang cho đến khi trẻ khóc được hoặc có nhịp thở đầu tiên thì ngừng.

 + Nếu thấy vùng thượng vị trẻ bị căng, hơi có thể đã vào dạ dày, cần ấn vào thượng vị để hơi thoát ra.

 - Hô hấp qua ống nội khí quản

 + Trong trường hợp sơ sinh ngạt, chỉ số Apgar dưới 5 cần đặt nội khí quản ngay để hút đờm dãi và tiến hành hô hấp nhân tạo bằng oxy. Nối Ambu trực tiếp vào ống nội khí quản, bóp 30 – 40 nhịp/1 phút, hoặc nếu có máy thở tự động thì nối vào máy thở và điều chỉnh nhịp thở và điều chỉnh oxy cho phù hợp.

 + Kiểm tra hiệu quả hô hấp nhân tạo bằng cách nhìn thấy lồng ngực giãn nở đều cả hai bên và nghe thấy rì rào phế nang rõ ở cả hai bên phổi.

**3. Tiêm thuốc vào tĩnh mạch rốn**

Để hòi sức chống toan máu dùng ống thông nhỏ luồn vào tĩnh mạch rốn, thường dùng ống có đường kính 1mm đặt vào tĩnh mạch ở cuống rốn, đẩy vào sâu 8 – 9cm.

Thuốc tiêm vào tĩnh mạch rốn gồm:

 - Dung dịch natri carbonat 42% 4 – 5ml/1 cân nặng cơ thể.

 - Dung dịch glucose 10%: 3 – 5ml cho 1 cân nặng cơ thể/1 giờ.

**4. Bảo đảm duy trì huyết động**

 - Nếu trẻ bị ngạt trắng Apgar dưới 3 thì đặt ngay ống nội khí quản rồi xoa bop tim ngoài lồng ngực nếu tim rời rạc hoặc nhịp tim dưới 100 lần/phút sau khi đã thông khí tốt. Xoa bóp tim ở vị trí 1/3 dưới xương ức ngang đường nối hai núm vú, xoa bóp với tần số 120 lần/phút.

 - Đồng thời nhỏ adrenalin vào ống nội khí quản, liều lượng 0,1mg/1 cân nặng.

**5. Bảo vệ nhiệt độ cho trẻ**

 - Giữ ấm cho trẻ khi bị ngạt là vô cùng quan trọng, dùng khăn lau khô da cú trẻ, không để da trẻ trực tiếp với mặt bàn đá, ủ ấm cho trẻ bằng quấn tã khô hoặc bằng khăn bông to.

 - Giữ cho trẻ không bị mất thân nhiệt là một yêu cầu cần thiết trong khi hồi sức, trẻ phải được giữ trong môi trường 370C.

**V. THEO DÕI VÀ XỬ LÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

a. Để trẻ ở nhiệt độ 370C tiếp tục thở oxy.

b. Chống nhiễm khuẩn bằng kháng sinh.

c. Thử pH máu, cấy vi khuẩn ở họng hầu mũi, chụp phổi.

d. Nuôi dưỡng trẻ bằng đường tiêm truyền.

**2. Xử lí**

a. Thời gian ngừng thở lâu quá 15 phút có thể dẫn tới nhiều di chứng về sau: xử lí thích hợp.

b. Dụng cụ hồi sức không đảm bảo tiệt khuẩn sẽ dẫn tới viêm đường hô hấp: kháng sinh.

c. Hô hấp viện trợ có thể làm vỡ phế nang, tràn khí phế mạc, hơi vào dạ dày phải xử lí ngay cho trẻ dễ thở.

**CẮT KHÂU TẦNG SINH MÔN**

**I. MỤC ĐÍCH**

Trong khi đẻ âm hộ và tầng sinh môn có thể bị rách, nếu rách rộng có thể lan tới hậu môn. Để tránh những thương tổn đó người ta chủ động cắt âm hộ và tầng sinh môn trước. Như vậy sẽ thẳng và đều, sau đó khâu lại thì kết quả sẽ tốt hơn, thai sổ cũng dễ dàng hơn, đỡ sang chấn cho đầu thai nhi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

**1. Người mẹ**

 - Âm hộ hẹp, tầng sinh môn rắn và ngắn (con so).

 - Âm hộ và tầng sinh môn phù nề do chuyển dạ kéo dài, nhiễm khuẩn.

**2. Thai nhi**

 - Thai to.

 - Thai non yếu, thiếu tháng, tránh sang chấn đầu khi thai qua tầng sinh môn.

 - Ngồi chỏm sổ kiểu chẩm cùng, đầu hậu trong ngôi mông.

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa**: nữ hộ sinh, y sĩ, bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản.

**2. Phương tiện**: hộp cắt, khâu tầng sinh môn (kéo thẳng, kim, kẹp cầm kim, chỉ catgút và lanh, gạc củ ấu, thuốc gây tê novocain 2%).

**3. Sản phụ:** được hướng dẫn cách rặn và ta cắt tầng sinh môn trong cơn rặn.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Nguyên tắc**

 - Cắt đúng lúc, không quá sớm cũng không muộn quá, cắt khi âm hộ và tầng sinh môn đã phồng căng do ngôi thai đã xuống sâu trong âm đạo, cắt lúc cơn co tử cung và sản phụ đang rặn. Cắt như vậy sản phụ sẽ đỡ đau.

 - Khi đỡ đầu hậu ở ngôi mông có thể cắt ngay từ trước khi sổ đầu.

**2. Kĩ thuật**

a. Vô cảm: gây tê vùng âm hộ tầng sinh môn bằng novocain 2%, 5 – 10ml.

b. Vị trí cắt: vị trí 7 giờ, cắt ở bờ âm hộ giữa 3/4 trên và 1/4 dưới, cắt chếch từ trên xuống dưới và ra ngoài, chếch 450 so với đường trục âm hộ, đường cắt trung bình dài 4 – 5cm tùy theo mức độ cần thiết. Như vậy sẽ cắt một phần cơ thắt âm hộ, cơ ngang nông và sâu cùng với thành âm đạo và da vùng tầng sinh môn.

**3. Phương pháp cắt:** cắt bằng kéo thẳng, lưỡi dài và sắc, dùng 2 ngón tay cho vào âm đạo nâng vùng định cắt lên và lùa 1 bên lưỡi kéo vào cắt một nhát nhanh gon khi đang rặn.

**4. Khâu phục hồi tầng sinh môn**

a. Thường khâu phục hồi tầng sinh môn sau khi sổ rau.

b. Rửa sạch vùng âm hộ tầng sinh môn, trải khăn vô khuẩn, mặc áo, đi găng vô khuẩn.

c. Cách khâu: Đặt một bấc to vào âm đạo trên chỗ cắt để cho máu rỉ từ tử cung ra không cản trở thủ thuật. Người phụ dùng van banh rộng âm đạo ra cho dễ khâu. Vết cắt gồm 3 tổ chức là thành âm đạo, cơ tầng sinh môn và da, được khâu làm 3 lớp.

 - Lớp âm đạo: khâu từ trong ra ngoài, khâu mũi rời bằng catgút số 0 hay 1. Mũi khâu lấy tất cả bề dày của thành âm đạo, không những lớp niêm mạc mà cả lớp cơ cho tới tổ chức liên kết xung quanh (dầy ít ra từ 5 – 7mm). Cẩn thận cho 2 mép của vết cắt khớp đúng với nhau và khi khâu tới âm hộ phải lấy nếp màng trinh và đường ranh giới giữa niêm mạc âm đạo và da tầng sinh môn làm chuẩn.

 - Lớp cơ: khâu cơ mũi rời với chỉ catgút số 0 hay 1. Cẩn thận đừng để lại những khoảng trống giữa cơ và da, vì vậy nên khâu sâu gần tới da.

 - Lớp da: khâu mũi rời với chỉ lanh. Có thể khâu liền lớp cơ và lớp da thành một thì, như vậy mũi khâu phải móc sâu tới lớp cơ. Cũng có the63khau6 lớp da bằng chỉ chromic 00, khâu liền mũi dưới da, sẹo đẹp hơn. Cuối cùng sát khuẩn, lau khô, phủ gạc vô khuẩn và cho đóng khố.

**V. THEO DÕI VÀ XỬ LÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

a. Phải hết sức chu đáo.

b. Nếu giữ vết khâu luôn được sạch và khô thì sẽ liền tốt. Bởi vậy phải cho sản phụ đóng khố vô khuẩn, năng thay khố, lau sạch và thấm khô vùng âm hộ, tầng sinh môn, nhất là sau mỗi lần ỉa đái. Có thể rắc bột kháng sinh nếu cần, nhưng không nên dùng các loại thuốc nước hay thuốc mỡ. Cắt chỉ vào ngày thứ 5.

c. Nếu không liền có thể khâu lại ngay nếu khâu sạch không có mủ, thường thì vết khâu bị toác do nhiễm khuẩn, do đó không nên khâu lại ngay, để một thời gian sau mới khâu lại.

**2. Xử lí**

a. Chảy máu do có khoảng trống giữa các lớp khâu: khâu lại cho các lớp liền và ép vào nhau.

b. Nhiễm khuẩn: cắt chỉ tầng sinh môn cách quãng, rửa sạch, kháng sinh tại chỗ và toàn thân.

**BÓC RAU NHÂN TẠO**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Bóc rau nhân tạo là cho tay vào buồng tử cung lấy rau ra sau khi đã sổ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

 - Rau chậm bong: thường thì sau khi sổ thai được 15 – 20 phút rau sẽ tự bong, nếu quá 30 phút rau không tự bong thì phải bóc rau.

 - Chảy máu trong thời kì sổ rau khi rau còn trong tử cung.

 - Những trường hợp cần kiểm tra sự vẹn toàn của buồng tử cung sau khi sổ thai, thường là bóc rau nhân tạo ngay để đồng thời kiểm soát buồng tử cung.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**: sản phụ đang sốc, phải hồi sức mới bóc rau nhân tạo.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa**: nữ hộ sinh trung cấp, y sĩ, bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản.

Thủ thuật viên rửa tay đến khuỷu, mặc áo, đi găng tay vô khuẩn.

**2. Phương tiện**

 - Thuốc giảm đau Dolosal 0,1g hay atropin 0,25mg tiêm bắp thịt.

 - Thuốc trợ tim, hồi sức để dùng khi cần.

**3. Sản phụ**

 - Được giải thích phải bóc rau để khỏi chảy máu và động viên sản phụ nằm yên, thở đều, không co cứng bụng.

 - Thông đái, sát khuẩn tầng sinh môn, âm đạo, trải khăn vô khuẩn.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**: phải bóc bằng hai tay

1. Tay phải cho vào âm đạo và lần theo dây rốn tới vùng rau bám. Bóc bánh rau bằng cách dùng bờ trong củ bàn tay để lách giữa bánh rau và thành tử cung. Bóc từ dưới, từ ngoài rìa bánh rau rồi vòng lên tận bờ trên bánh rau để tránh sót.

2. Tay trái đặt lên thành bụng để cố định đáy tử cung.

3. Khi rau bong hết ra thì tay trong tử cung đẩy bánh rau ra ngoài, nhưng không rút tay ra, nếu cần tay ngoài kéo dây rốn lấy rau ra.

4. Khi bánh rau đã lấy ra ngoài phải kiểm tra cả 2 mặt bánh rau: mặt màng và mặt túi.

5. Sau khi bóc rau nhân tạo phải kiểm soát buồng tử cung ngay.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÍ TAY BIẾN**

**1. Theo dõi**

a. Mạch, huyết áp, toàn trạng và phản ứng của sản phụ.

b. Lượng máu chảy từ tử cung ra.

**2. Xử lí**

Sốc do đau và sợ hãi khi cho tay vào móc rau: vấn đề hồi sức trước và sau bóc rau là vô cùng quan trọng.

**NẠO PHÁ THAI – HÚT ĐIỀU HÒA KINH NGUYỆT**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

 - Nạo phá thai và hút điều hòa kinh nguyệt là hai phương pháp đình chỉ thai nghén chủ động qua đường âm đạo.

 **II. CHỈ ĐỊNH**

 - Phụ nữ khỏe mạnh, có thai rõ ràng tự nguyện xin phá thai.

 - Phụ nữ chậm kinh dưới 14 ngày thì hút điều hòa kinh nguyệt.

 - Phụ nữ có thai dưới 12 tuần thì nạo phá thai.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

 - Thai trên 12 tuần không được phá thai.

 - Chậm kinh trên 14 ngày hoặc dưới 7 ngày không được hút điều hòa kinh nguyệt vì thai quá lớn hay quá non hút đều dễ sót.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa**: nữ hộ sinh trung cấp, y sĩ, bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản đã được đào tạo. Thủ thuật viên và người phụ rửa tay, mặc áo, đội mũ, khẩu trang, đeo găng vô khuẩn.

**2. Phương tiện**

 - Bộ nạo thai gồm các thổi nong cổ tử cung từ số bé đến số 12, cách nhau nửa số, kẹp Pozzi, kẹp hình tim, thìa nạo, thước đo buồng tử cung, van âm đạo, bông gạc, khăn vô khuẩn.

 - Bộ hút điều hòa kinh nguyệt gồm: bơm Karman 50ml, ống thông cỡ 4 – 6mm, kẹp Pozzi, van âm đạo, bông gạc, khăn vô khuẩn.

 - Thuốc giảm đau: atropin 0,25mg; dolosal 0,1g; seduxen 10mg. Thuốc gây tê tại chỗ novocain 2% 10ml. Thuốc co hồi tử cung oxytocin 5 đơn vị.

**3. Người bệnh**

 - Được tiêm thuốc giảm đau trước 15 phút, nằm thoải mái, thở đều để thành bụng mềm.

 - Khám lại để kiểm tra lần cuối tư thế ngả trước hay ngả sau và khối lượng tử cung.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

 - Sát khuẩn âm đạo, âm hộ và tầng sinh môn sau khi đã thông đái.

 - Trải khăn vô khuẩn. Đặt van âm đạo, sát khuẩn 2 môi và lỗ tử cung.

**1. Nạo phá thai**

a. Gây tê tại chỗ ở cổ tử cung bằng novocain.

b. Dùng kìm Pozzi cặp vào môi trước hay môi sau cổ tử cung tùy theo tư thế ngả trước hay ngả sau của tử cung để kéo trục cổ tử cung thẳng với trục của thân tử cung.

c. Đo chiều cao buồng tử cung.

d. Nong cổ tử cung lần lượt từ số nhỏ đến số to. Nong bằng áp lực củ cổ và bàn tay, không dùng sức mạnh của cẳng tay. Nếu khi nong số to hơn mà không lọt thì nong lại số cũ rồi lại đổi sang số to, nong nhẹ nhàng, tránh đẩy ống nong quá thô bạo làm thủng eo tử cung.

e. Nong tới số 12 rồi thì dùng kẹp hình tim luồn vào buồng tử cung , phá ối, gắp thai và rau.

g. Dùng thìa cùn nạo sạch buồng tử cung, lần lượt nạo mặt trước, mặt sau, cùng đáy, hai bờ và hai sừng tử cung. Khi niêm mạc tử cung sạch sẽ ta sẽ thấy ra bọt hồng và có cảm giác gờn gợn ở đầu thìa nạo.

h. Trong khi gắp thai và nạo có thể tiêm bắp 5 đơn vị oxytocin để tử cung co tốt.

i. Lau sạch và sát khuẩn âm đạo, cổ tử cung.

k. Chất nạo được xét nghiệm giải phẫu bệnh lí.

**2. Hút điều hòa kinh nguyệt**

a. Chuẩn bị như nạo phá thai.

b. Không cần dùng thước đo vì ống hút đã có vạch chỉ chiều dai buồng tử cung.

c. Tạo áp lực âm trong ống bơm, lắp vào ống hút.

d. Cho ống hút mềm vào đáy tử cung, quay vòng nhiều lần để các lỗ cử sổ tiếp xúc với các thành và góc của buồng tử cung. Các mảnh tổ chức vụn và máu sẽ bị hút vào trong ống bơm.

e. Việc hút hoàn thành khi có cảm giác gợn, ống hút như bị hút chặt vào thành tử cung và không hút được gì nữa. Nhẹ nhàng rút ống ra.

g. Sát khuẩn âm đạo, cổ tử cung.

h. Gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lí chất hút được để tìm gai rau.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

a. Sau khi nạo phá thai và hút điều hòa kinh nguyệt phải hẹn người bệnh khám lại sau 2 tuần để xem tử cung có to lên tiếp tục không, nếu nghi còn thai, phải thử lại HCG.

b. Sau khi nạo hay hút, người bệnh có thể có kinh trở lại sau 4 tuần. Nếu không có kinh, phải đến khám lại, đề phòng dính buồng tử cung.

**2. Xử lí**

a. Thủng tử cung do nong, hút, nạo: phẫu thuật để khâu lỗ thủng.

b. Nhiễm khuẩn sau nạo hút: điều trị kháng sinh.

c. Sót rau, màng rau sau nạo, hút: nạo hay hút lại để lấy rau và màng, điều trị kháng sinh.

d. Dính buồng tử cung sau nạo hút: phải nong hoặc phẫu thuật tách chỗ dính.

**CẮT RỐN VÀ LÀM RỐN TRẺ SƠ SINH**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

 - Cắt rốn là cắt rời dây rốn khỏi bánh rau khi thai đã sổ ra ngoài vì khi đó việc duy trì sự sống của thai qua trao đổi máu và khí giữa tử cung và bánh rau thông qua dây rốn không còn nữa.

 - Làm rốn là cắt ngắn dây rốn, sát khuẩn và băng phần rốn về phía thai nhi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Sau khi thai sổ, hút nhớt xong, chờ khi động mạch rốn ngừng đập thì dùng kéo vô khuẩn cắt dây rốn giữa hai kẹp, đặt trẻ sơ sinh lên bàn để chăm sóc và làm rốn.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

 - Khi động mạch rốn còn đập, trẻ sơ sinh chưa thở tốt phải hút nhớt và mũi họng hầu sạch, chờ cuống rốn hết đập rồi mới kẹp và cắt rốn.

 - Sau khi cắt rốn, nếu trẻ sơ sinh chưa thở được thì ủ ấm và hồi sức đã rồi mới làm rốn.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa:** nữ hộ sinh đỡ đẻ có mũ áo khẩu trang đầy đủ, rửa sạch tay và đeo găng vô khuẩn.

**2. Phương tiện**

 - Hộp cắt rốn và làm rốn (gọi là hộp rốn).

 - Khăn mổ vô khuẩn, gạc bông vô khuẩn, một cuộn băng rốn, cồn iod 5%.

- Bàn làm rốn có đủ ánh sáng và có lò sưởi mùa rét.

**3. Sơ sinh**

 - Sau khi sơ sinh sổ xong, người đỡ đẻ một tay cầm hai chân, một tay đỡ gáy, để đầu sơ sinh thấp hơn chân và thấp hơn bàn đẻ, nghiêng đầu để tránh cho sơ sinh hít phải dịch ở mũi miệng.

 - Ngay sau đó hút dịch ở mũi họng sơ sinh rồi mới cắt rốn.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Cắt rốn**

 - Người phụ mở hộp rốn, lấy hai kẹp, kẹp thứ nhất cặp cách rốn 15 – 20cm để đề phòng phải hồi sức sơ sinh qua tĩnh mạch rốn, kẹp thứ hai cặp cách kẹp thứ nhất 2cm về phía người mẹ.

 - Lấy kéo vô khuẩn cắt dây rốn giữa hai kẹp, khi cắt nên vuốt máu và che bằng tay để máu dây rốn khỏi bắn ra xung quanh.

 - Sau đó người đỡ đẻ cầm lấy kẹp rốn đặt sơ sinh lên bàn làm rốn.

**2. Làm rốn**

a. Nâng kìm kẹp dây rốn lên cao, sát khuẩn từ chân rốn lên phía kẹp rốn 2 lần bằng cồn iod 5%. Dùng một miếng gạc che quanh chân rốn để cồn iod không rớt xuống da bụng sơ sinh.

b. Buộc rốn bằng một sợi dây chỉ lanh đã ngâm vào cồn iod, buộc vòng cách chân rốn chừng 2,5 – 3cm. Phải buộc chặt để tránh chảy máu. Có thể buộc 2 vòng chặt cách nhau 0,5cm. Có thể dùng kẹp rốn nhựa vô khuẩn cặp rốn thay cho buộc chỉ.

c. Cắt bỏ phần dây rốn còn lại trên nút buộc.

d. Sát khuẩn mặt cắt và dây rốn còn thừa.

e. Cắt phần chỉ buộc rốn còn thừa.

g. Bọc kín mẩu cuống rốn bằng gạc vô khuẩn, phủ thêm một miếng gạc khác bên ngoài.

h. Băng rốn vừa phải không chặt quá. Băng phải che kín hết gạc bọc rốn.

Việc cắt rốn và làm rốn phải cẩn thận và triey65 để vô khuẩn.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

a. Nơi buộc rốn trong những giờ đầu sau đẻ xem rốn có bị chảy máu do buộc lỏng không.

b. Tuyệt đối không để rốn bị ướt, để đề phòng nhiễm khuẩn.

**2. Xử lí**

a. Chảy máu rốn: buộc lại

b. Rụng rốn sớm có chảy máu chân rốn: khâu lại cầm máu.

c. Nhiễm khuẩn chân rốn: rửa sạch hàng ngày, thấm khô, bôi thuốc chống nhiễm khuẩn.

**ĐỠ ĐẺ THƯỜNG NGÔI CHỎM**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Đỡ đẻ thường ngôi chỏm kiểu chẩm vệ là thủ thuật để giúp sản phụ sinh đẻ được an toàn cho mẹ và con theo đường âm đạo, không cần can thiệp trừ trường hợp cắt tầng sinh môn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Thai bình thường, đủ tháng, ngôi chỏm, ngôi lọt sâu trong tiểu khung và chuẩn bị sổ theo kiểu chẩm vệ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

 - Thai có nguy cơ cao không có khả năng đẻ được theo đường dưới.

 - Ngôi chỏm chưa lọt.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa**

 - Nữ hộ sinh, y sĩ hay bác sĩ chuyên khoa phụ sản. Ngoài người đỡ chính cần một người phụ.

 - Hai người đỡ phải mặc áo choàng, đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng.

 - Rửa tay sạch tới tận khuỷu khi đỡ đẻ.

**2. Phương tiện**

 - Bộ dụng cụ đỡ đẻ và bộ khăn mổ vô khuẩn.

 - Bộ khâu, cắt tầng sinh môn.

 - Khăn, bông, băng, gạc hấp, chỉ khâu, kim khâu.

 - Ống nhựa để hút nhớt sơ sinh.

 - Thông đái.

**3. Sản phụ**

 - Được động viên, hướng dẫn cách thở, cách rặn và thư giãn ngoài cơn rặn

 - Được hướng dẫn đi đại tiện hoặc thụt tháo phân lúc mới bắt đầu chuyển dạ và tiểu tiện khi sắp đẻ. Nếu có cầu bàng quang mà không tự đái được thì thông tiểu.

 - Rửa vùng sinh dục ngoài bằng nước chín.

 - Sát khuẩn rộng vùng sinh dục và bẹn, đùi, trải khăn mổ vô khuẩn.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Nguyên tắc**

a. Người đỡ đẻ phải tôn trọng nguyên tắc vô khuẩn trong khi đỡ đẻ, phải kiên nhẫn chờ đợi, hướng dẫn sản phụ rặn khi cổ tử cung mở hết và có cơn co tử cung, không được nong cổ tử cung, không được đẩy bụng.

b. Ở thì lọt, xuống và xoay không can thiệp, chỉ theo dõi cơn co tử cung, tim thai, độ xóa mở cổ tử cung, độ lọt, khi cổ tử cung mở hết mới cho sản phụ rặn.

c. Thời gian của một cuộc đẻ bình thường tính từ khi cổ tử cung mở hết ở người con so là 40 phút, ở người con rạ là 30 phút. Nếu quá thời gian này cần phải can thiệp.

d. Trong thời gian sản phụ rặn đẻ vẫn phải theo dõi tim thai thường xuyên, ít nhất 10 phút một lần.

**2. Tư thế sản phụ**

Nằm ngửa trên bàn đẻ, nâng giường đẻ lên để có tư thế nửa nằm nửa ngồi, đầu cao, hai tay nắm vào hai thành bàn đẻ, hai đùi giang rộng, mông sát mép bàn, hai cẳng chân gác trên hai cọc chống giữ chân.

**3. Kĩ thuật**

a. Người đỡ đẻ chỉ bắt tay vào đỡ đẻ khi có đủ điều kiện sau:

 - Cổ tử cung mở hết.

 - Ối đã vỡ (chưa vỡ thì bấm ối).

 - Ngôi thai đã lọt và thập thò ở âm môn làm tầng sinh môn căng giãn, hậu môn loe rộng.

b. Các thao tác hầu hết đều làm trong cơn rặn của sản phụ và cần phải:

 - Nhẹ nhàng.

 - Giúp cho thai sổ từ từ.

 - Kiên nhẫn động viên sản phụ, không thúc ép, giục giã, sốt ruột.

Nhớ là đỡ đẻ chứ không phải kéo thai.

c. Các thao tác đỡ đẻ gồm:

* ***Đỡ đầu***

 - Giúp đầu cúi tốt: ấn nhẹ nhàng vào vùng chẩm trong mỗi cơn co tử cung.

 - Khi hạ chẩm tì khớp vệ: sản phụ ngừng rặn, 1 tay giữ tầng sinh môn, 1 tay đẩy vào vùng trán ngược lên trên, giúp đầu ngửa dần, mắt, mũi, miệng, cằm, sẽ lần lượt sổ ra ngoài.

 - Khi đầu đã sổ hết, hút dịch ở miệng thai nhi bằng ống hút, hoặc dùng một miếng gạc vô khuẩn quấn vào 1 ngón tay móc nhớt nhẹ nhàng trong miệng thai nhi.

* ***Đỡ vai***

 - Quan sát xem đầu thai có xu hướng quay về bên nào thì giúp cho chẩm quay về bên đó (chẩm trái – ngang hoặc chẩm phải – ngang), kiểm tra dây rau nếu cuốn cổ: gỡ hoặc cắt (khi chặt không gỡ được).

 - Hai bàn tay ôm đầu thi nhi ở hai bên đỉnh thái dương, kéo thai xuống theo trục rốn – cụt để sổ vai trước. Khi bờ dưới cơ delta tì khớp vệ thì một tay giữ đầu (cổ nằm giữa hai khe ngón tay trỏ và giữa) tay kia giữ tầng sinh môn, nhấc thai lên phái trên và cho sổ vai sau.

* ***Đỡ thân, mông và chi***

 - Khi đã sổ xong hai vai, bỏ tay giữ tầng sinh môn để thân thai nhi sổ và khi chân ra ngoài thì bắt lấy hai bàn chân.

 - Giữ thai ở tư thế ngang, đầu hơi thấp (hoặc để thai nằm nghiêng) rồi tiến hành cặp cắt rốn. Nếu người đỡ chính còn bế giữ thai nhi thì động tác cặp cắt rốn do người đỡ phụ thực hiện.

 - Chuyển thai ra bàn hồi sức, làm rốn, đánh giá chỉ số Apgar phút thứ 1 và thứ 5.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

a. Sau mỗi cơn rặn người đỡ phụ lại nghe nhịp tim thai, báo lại cho người đỡ chính, phòng ngừa suy thai để có thái độ xử lí thích hợp.

b. Luôn quan sát bụng sản phụ phát hiện kịp thời dấu hiệu dọa vỡ.

c. Hạ bàn đẻ nằm ngang khi thai đã ra ngoài.

d. Trong khi người đỡ chính bận chăm sóc sơ sinh ở bàn làm rốn người phụ quan sát sản phụ và theo dõi:

 - Chảy máu.

 - Co tử cung.

 - Âm hộ, âm đạo có rách không.

e. Ghi lại tình hình diễn biến cuộc đẻ vào hồ sơ.

**2. Xử lí**

a. Ngay sau khi sổ thai, rau bong dở dang băng huyết: bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung.

b. Rách âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn (hoặc cắt chủ động): khâu lại sau khi đã sổ rau và kiểm tra bánh rau.

c. Thai ngạt: phải hồi sức thai.

**KHÁM XÁC ĐỊNH CHUYỂN DẠ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Chuyển dạ là một loạt hiện tượng diễn ra trên người có thai ở giai đoạn cuối làm cho thai được tống ra ngoài, có thể đủ tháng hoặc chưa đủ tháng (đẻ non).

**II. CHỈ ĐỊNH**

Phụ nữ có thai đủ tháng hay chưa đủ tháng khi có những dấu hiệu bất thường:

 - Ra chất nhầy như nhựa chuối, màu hồng như có lẫn máu.

 - Nghi ra nước ối.

 - Đau bụng từng cơn.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Nếu không có các dấu hiệu nghi ngờ kể trên thì nên khám thai ngoài, hạn chế khám âm đạo.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa**: nữ hộ sinh, y sĩ, bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản được khám xác định chuyển dạ.

**2. Phương tiện**

 - Ống nghe tim thai.

 - Máy đo huyết áp để khám nội khoa.

 - Dụng cụ khám sản: thước dây, thước đo khung xương, ống nghe tim thai, găng hấp vô khuẩn, dầu nhờn bôi trơn, dung dịch sát khuẩn, thông đái.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Hỏi**

 - Tiền sử: cá nhân, gia đình, tiền sử phụ khoa và quá trình sinh đẻ từ trước.

 - Tình hình kì thai này.

 - Kinh cuối cùng.

**2. Khám toàn thân**

**3. Khám sản khoa**

 - Quan sát: toàn bộ (cao, lùn, thọt) bụng to hay nhỏ, đổ trước nhiều hay ít.

 - Đo chiều cao tử cung, đo vòng bụng.

 - Sờ nắn bụng xem ngôi thế.

 - Nghe nhịp tim thai.

 - Đo cơn co tử cung.

 - Đánh giá tình trạng cổ tử cung: cổ tử cung đã xóa mở chưa.

 - Đánh giá tình trạng ối, thành lập chưa.

 - Đánh giá mức độ tiến triển của ngôi thai (cao, chúc), kiểu thế.

 - Đánh giá khung chậu.

**Bảng phân biệt chuyển dạ thật và chuyển dạ giả**

**CHUYỂN DẠ THẬT**

***- Cơn co tử cung***

- Đều đặn về khoảng cách, mỗi lúc một mạnh lên, dài ra và mau hơn.

***- Cổ tử cung***

- Xóa dần rồi mở dần

***- Đầu ối***

- Có thể thành lập

**CHUYỂN DẠ GIẢ**

- Không đều, không tăng lên rõ rệt về tần số và cường độ.

- Còn dài, đóng kín

- Chưa có đầu ối

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÍ TAI BIẾN**

1. Nếu chuyển dạ thật cho sản phụ nhập viện và tiếp tục theo dõi đến khi đẻ.

2. Khi chưa rõ chuyển dạ:

a. Nằm theo dõi nếu thai nghén có nguy cơ cao.

b. Về nhà chờ chuyển dạ thệt nếu thai nghén bình thường.

c. Nếu ối vỡ mà chưa chuyển dạ: gây đẻ chỉ huy để tránh cho mẹ và thai nhi bị nhiễm khuẩn.

d. Nếu sản phụ ở xa, tiền sử đẻ khó, cán bộ chuyên khoa chưa xác định được chuyển dạ thật: cho nằm lưu theo dõi thêm, đề phòng có chuyển dạ và có nguy cơ cho mẹ và thai.

LẤY DỊ VẬT MŨI

I. ĐẠI CƯƠNG

Dị vật mũi rất đa dạng: Trẻ em nghịch nhét vào mũi: giấy, nút cao su, nhựa, khuy áo, hạt cưòm, đoạn dây nhựa, dây thép, các hạt hữu cơ…

Ở người lớn: khi làm thủ thuật bỏ sót những mảnh bông, mảnh gạc…, trong chiến tranh có the có mảnh đạn, bom… Trưòng hợp bệnh lý có sỏi ở mũi.

II. CHỈ ĐỊNH: Khi có dị vật ở trong mũi phải lấy ra.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Không có.

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ chuyên khoa: bác sĩ chuyên khoa định hướng về tai mũi họng.

2. Phương tiện

- Bộ khám mũi và lấy dị vật.

- Bông, bấc để có thể phải nhét bấc.

- Thuốc co mạch, thuốc tê tại chỗ xylocain 3-6%

3. Người bệnh: Ngưòi bệnh được giải thích kỹ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh:

- Người lớn: ngồi trên ghế.

- Trẻ em: phải có ngưòi lớn bế ngồi trên ghế.

2. Vô cảm:

- Trẻ nhỏ không phối hợp được với thầy thuốc để tiến hành thủ thuật thì có thể gây mê ngắn.

3. Kỹ thuật:

a. Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc kéo từ sau ra trước.

b. Dị vật để lâu, khó lấy:

- Cố định đầu người bệnh cẩn thận.

- Hút sạch mũi, mủ, chất xuất tiết ở hốc mũi.

- Đặt vào mũi bấc có thấm thuốc adrenalin 1%, hoặc ephedrin 1-3%, thuốc co mạch làm cho hốc mũi rộng ra.

- Giỏ 1-2 giọt thuốc tê niêm mạc (xylocain 3%) làm tê tại chỗ.

- Banh mũi, dùng móc luồn ra phía sau của dị vật rồi kéo dị vật từ từ ra ngoài.

- Trong trưòng hợp khó khăn cần phải gây mê rồi lấy dị vật theo nguyên tắc trên

- Trong trưòng hợp dị vật để lâu canxi hoá, có khi phải mổ lấy ra được.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

1. Chảy máu: tuỳ mức đô nặng nhẹ mà quyết định nhét bấc mũi trước hay không.

2. Sau khi lấy dị vật xong, nhỏ mũi bằng Argyrol 1-3%, ngày 2 lần, trong 3 ngày.

3. Nếu phải phẫu thuật: chăm sóc như môt ca phẫu thuật mũi.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Làm xây xát niêm mạc gây chảy máu mũi: cầm máu.

2. Trẻ em sợ có thể gây choáng ngất do đau: chống choáng, giảm đau tốt.

LẤY DỊ VẬT TAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Dị vật tai thưòng có 2 loại:

- Dị vật hạt: Trẻ em nghịch hay nhét vào tai hạt cưòm, đậu, ngô…, ngưòi lớn có thể là hạt chanh, hạt thóc…

- Dị vật sống: gián đất, kiến, ve… chui vào tai gây đau và khó chịu.

Ngoài ra có thể gặp những dị vật vô cơ hoặc hữu cơ khác: mảnh bông…

II. CHỈ ĐỊNH: Khi dị vật rơi vào tai thì phải lấy ra.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Không có.

IV. CHUẨN BỊ

**1. Cán bộ chuyên khoa:** Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ lấy dị vật.

- Nước ấm (khoảng 37- 38oC).

3. Người bệnh: làm các xét nghiệm cơ bản để gây mê nếu ở trẻ em, dị vật khó lấy. Trẻ nhỏ được bế giữ cẩn thận.

V. CÁC BƯỚC TIÊN HÀNH

1. Dị vật hạt

a. Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc tai.

b. Dị vật khó lấy:

- Trẻ em có thể phải gây mê toàn thân.

- Soi tai kỹ để đánh giá vị trí của dị vật.

- Dùng nước ấm 37oC bơm vào thành trên của ống tai ngoài dưới áp lực, áp lực nước sẽ đẩy dị vật ra ngoài.

- Nếu bơm không ra thì dùng dụng cụ để lấy dị vật ra.

- Trong trưòng hợp dị vật lớn, ống tai sưng nề có thể rạch sau tai rồi bổ? đôi ống tai ra lấy dị vật.

2. Dị vật sống

- Phải làm chết dị vật rồi mới lấy ra.

- Người bệnh nằm nghiêng, tai có dị vật hướng lên trên, nhỏ vào tai mấy giọt dung dịch chloramphenicol 0,4% hoặc dầu Gomenol. Đợi 10 phút cho côn trùng chết đi rồi lấy bằng bơm nước hoặc kìm gắp.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

1. Nếu viêm tấy ống tai phải dùng kháng sinh toàn thân, thuốc chống phù nề.

2. Nếu làm xây sát, chảy máu: phải đặt bấc thấm dầu + kháng sinh.

3. Thuốc giảm đau cho ngưòi bệnh.

4. Nếu bị rách màng nhĩ: làm thuốc điều trị ổn định sau đó vá màng nhĩ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1.Rách ống tai ngoài gây chảy máu và viêm tấy ống tai ngoài.

2. Dị vật sát màng nhĩ: có thể làm rách màng nhĩ, khi lấy dị vật phải hết sức nhẹ nhàng, không thô bạo.

**TRUYỀN TĨNH MẠCH**

**CÁC LOẠI THUỐC CẤP CỨU**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Trong trường hợp cấp cứu, việc truyền tĩnh mạch các thuốc cấp cứu là bắt buộc. Nhưng nguy cơ tai biến khi truyền tĩnh mạch cũng rất nhiều. Bác sĩ và điều dưỡng cần phối hợp chặt chẽ. Bác sĩ phải luôn theo dõi việc truyền dịch và có kế hoạch cho điều dưỡng thực hiện.

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Các trường hợp cấp cứu cần truyền tĩnh mạch các loại dịch hoặc thuốc để có tác dụng nhanh.

2. Hồi phục thể tích máu đã mất

3. Chống sốc

4. Nuôi dưỡng người bệnh bằng các dung dịch acid amin, chất béo qua đường tĩnh mạch.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**1. Lượng dịch:**

- Vô niệu: không truyền dịch quá 300ml/24h

- Suy tim nặng: không truyền dịch quá 500ml/24h, phải dùng thêm lợi tiểu và trợ tim.

- Phù toàn thân: không truyền quá 500ml/24h, phải dùng thêm lợi tiểu.

+ Nhưng có thể dùng bơm tiêm điện để truyền thuốc mà không tăng thể tích máu.

+ Không dùng thuốc đã gây phản ứng đối với người bệnh có tiền sử

+ Không phối hợp các loại thuốc có tác dụng đối kháng lẫn nhau trong một lọ dung dịch.

**2. Đường truyền:**

Không truyền kali chlorua qua tĩnh mạch trung tâm (dễ gây ngừng tim)

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa:**

Điều dưỡng dưới sự chỉ đạo của bác sĩ nếu phải truyền các dung dịch đặc biệt như atropin liều cao, các thuốc chống loạn nhịp, kali chlorua v.v…

**2. Phương tiện:**

- Dụng cụ tiêm truyền

- Bơm tiêm điện nếu có

- Thuốc hoặc dung dịch tiêm truyền

- Dụng cụ khử khuẩn tại chỗ

- Dụng cụ lấy máu làm xét nghiệm khi cần

- Các thuốc cấp cứu, chống sốc phản vệ

- Bóng Ambu

- Cột đo áp lực tĩnh mạch trung tâm nếu truyền dịch nhanh qua catheter vào tĩnh mạch trung tâm.

**3. Người bệnh:**

- Được điều tra về cơ địa dị ứng, các phản ứng dị ứng với thuốc đã dùng

- Nằm ngửa

- Đo huyết áp, lấy mạch, nhiệt độ, nhịp thở

- Kiểm tra các nhóm máu nếu phải truyền máu

- Theo dõi điện tim trên màn hình nếu người bệnh có dấu hiệu bệnh tim đặc biệt khi truyền kali ở người bệnh có nhồi máu cơ tim.

**4. Hồ sơ bệnh án:**

- Kiểm tra và đối chiếu chỉ định về y lệnh trong hồ sơ như thường lệ

- Ghi chép vào bảng theo dõi diễn biến trong khi truyền dịch

- Ghi phiếu truyền dịch

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

 Theo quy trình truyền tĩnh mạch

**VI. THEO DÕI**

- Điều dưỡng phải thường xuyên bên cạnh người bệnh hoặc trong phòng cấp cứu.

- Đặc biệt trong 15 phút đầu bác sĩ phải đứng cạnh người bệnh ghi chép các diễn biến của người bệnh nếu không có gì dặc biệt mới rời khỏi người bệnh, sau khi đã trao đổi bàn giao cho điều dưỡng.

- Điều dưỡng ghi 15 phút/lần thông số về mạch, huyết áp, nhịp thở, thep dõi 1 giờ/lần thông số về nhiệt độ. Đồng thời ghi chép các diễn biến bất thường xảy ra khi truyền dịch. Ghi điện tim nếu có thay đổi bất thường trên màn hình.

- Theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm nếu phải truyền dịch nhanh hoặc số lương nhiều.

- Theo dõi mạch cảnh, nhịp thở. Nếu mạch cảnh nổi, nhịp thở nhanh lên: phải đo áp lực tĩnh mạch trungt âm và giảm bớt tốc độ truyền dịch.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ LÍ**

1. Sốc xảy ra ngay từ các giọt đầu tiên: nhừng ngay truyền, điều trị như cấp cứu sốc phản vệ.

2. Phù phổi cấp: giảm bớt tốc độ và khối lượng, xử lí phù phổi cấp.

3. Tăng huyết áp: giảm bớt truyền dịch và khối lương dịch. Nếu đang dùng thuốc vận mạch phải giảm bớt.

4. Nhiễm khuẩn huyết: rút catheter đầu catheter, kháng sinh, làm lại thủ thuật ở các tĩnh mạch khác.

**CHOÁNG ĐIỆN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Choáng điện là tạo nên một cơn co giật kiểu động kinh cơn lớn, người bệnh mất ý thức một thời gian ngắn sau đó tỉnh lại dần bằng cách đưa dòng điện một chiều có điện thế, cường độ và thời gian nhất định qua đầu người bệnh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Trạng thái trầm cảm nặng không đáp ứng các thuốc chống trầm cảm.

2. Trạng thái trầm cảm có ý tưởng hành vi tự sát, tự hủy hoại thân thể.

3. Trạng thái bất động, bán bất động, căng trương lực sững sờ, chống đối không ăn ở người bệnh tâm thần phân liệt.

4. Trạng thái kích động mãnh liệt hoặc có hành vi nguy hiểm.

5. Người bệnh tâm thần phân liệt có hoang tưởng ảo giác không đáp ứng điều trị với các loại thuốc an thần kinh.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Người bị bệnh nội khoa nặng: suy tim, suy gan, thận, lao phổi tiến triển, nhiễm khuẩn cấp, nhiễm độc nặng, tăng huyết áp độ III, cường tuyến giáp.

2. Người bị bệnh não: u não, chấn thương sọ não, động kinh, tai biến mạch máu não…

3. Phụ nữ đang mang thai.

4. Bệnh loãng xương.

5. Trẻ em dưới 16 tuổi và người già yếu trên 60 tuổi.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa:**

- 1 bác sĩ chuyên khoa tâm thần đã được đào tạo.

- Bác sĩ chuyên khoa gây mê hồi sức nếu làm choáng điện có gây mê.

- 1 điều dưỡng phụ.

**2. Phương tiện:**

***a. Dụng cụ:***

- Máy choáng điện đồng bộ.

- Paste hoặc dung dịch NaCl 0,9% để thẩm ướt điện cực.

- Đệm đè lưỡi bằng cao su dày hoặc que cuốn gạc dày.

- 2 gói cuộn, 1 chăn mỏng.

- Bơm tiêm, bông cồn 70%, ống nghe, máy đo huyết áp.

- Phương tiện cấp cứu gây mê hồi sức nếu làm choáng điện có gây mê.

- Khăn lau nước bọt miệng người bệnh.

- Phiếu theo dõi quá trình choáng điện có ghi chép mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tình trạng chung, kết quả choáng điện.

***b. Thuốc:***

- Thuốc trợ tim, trợ hô hấp, oxy.

- Thuốc dãn cơ (nếu choáng điện có gây mê).

**3. Người bệnh:**

- Giải thích cho người bệnh, gia đình yên tâm, tin tưởng đây là phương pháp điều trị khi cần thiết.

- Tiến hành làm choáng điện khi người bệnh đói.

- Người bệnh đi đại, tiểu tiện trước khi choáng điện.

- Người bệnh nằm ngửa, nới dây lưng, tháo răng giả (nếu có).

- Đặt gối mỏng kê vai, thắt lưng và khoeo chân.

**4. Nơi làm thủ thuật:** tại phòng riêng, kín, không để người bệnh khác nhìn thấy.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Thành lập một kíp 3-4 người tùy theo từng loại máy choáng điện. Bác sĩ quyết định cường độ, thời gian dòng điện. Thường sử dụng dòng điện có hiệu điện thế 80-120 v, cường độ 50-250 mA, thời gian từ 0,5-0,9 giây.

2. Đặt 2 điện cực đã thấm dung dịch NaCl hoặc Paste vào 2 bên thái dương hoặc 1 bên thái dương và 1 đỉnh đầu.

3. Người phụ 1 đặt đè lưỡi và giữ chặt hàm dưới. Người phụ 2 giữ khớp vai và khớp gối.

4. Bác sĩ bấm nút điện. Người bệnh lên cơn co giật toàn thân khoảng 20-35 giây. Sau khi hết co giật nghiêng người bệnh sang một bên để đờm dãi dễ thoát. Sau khi người bệnh thở được thì để người bệnh nằm như vậy hoặc nằm ngửa đến khi tỉnh hoàn toàn.

5. Nếu người bệnh không thở sau 2-3 phút, phải tiến hành cấp cứu hà hơi, thổi ngạt, thở máy (nếu có) và ép tim ngoài lồng ngực đến khi người bệnh thở trở lại.

6. Theo dõi toàn trạng người bệnh: ý thức, sắc mặt, mạch, huyết áp, nhịp thở. Không để người bệnh đi lại tự do nếu có cơn hoàng hôn.

7. Trường hợp không gây được cơn co giật điển hình, cần phải thực hiện lại 2 – 3 phút.

8. Liều tấn công: 1 lần/ngày. Một đợt từ 5-7 ngày. Liều củng cố: 1 lần/2 ngày trong 1 tuần tiếp theo.

9. Ghi kết quả vào hồ sơ bệnh án, phiếu theo dõi choáng điện.

10. Thu dọn dụng cụ.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÍ TAI BIẾN**

1. Về cơ thể:

a. Trật khớp hàm, khớp vai: nắn lại ngay sau khi hết cơn trong lúc người bệnh chưa tỉnh.

b. Gãy xương ống, trật đốt sống: chuyển khoa ngoại cấp cứu.

c. Trụy tim mạch sau co giật: tiêm adrenalin 0.25mg x 01 ống thẳng vào tim, ép tim ngoài lồng ngực, thở oxy.

d. Ngừng thở sau co giật khoảng 20 giây: tiến hành hô hấp nhân tạo cho đến khi người bệnh thở được. Tiêm thuốc trợ tim mạch, hô hấp.

2. Về tâm thần:

a. Giảm trí nhớ: thường chỉ tạm thời, làm giảm tác dụng phụ này bằng choáng điện cách nhật.

b. Lú lẫn tâm thần: thấy trong cơn hoàng hôn kèm theo kích động, thường tự mất đi sau 5-10 phút. Nếu lú lẫn kéo dài phải ngừng choáng điện.

**CHÍCH LẸO VÀ CHẮP**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Lẹo và chắp là do viêm tuyến ở mi.

Viêm tuyến Zeiss ở bờ mi gây leo.

Viêm tắc ống tuyến Meibomus ở sụn mi, gây chắp.

**II. CHỈ ĐỊNH:** chích chắp và lẹo khi đã hình thành mủ và khu trú.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Chắp lẹo dạng viêm tấy không chích vì sẽ gây viêm tấy lan rộng tới toàn bộ mi, tới tổ chức hố mắt, thậm chí cả viêm tĩnh mạch mắt và tĩnh mạch xoang hang.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa:** bác sĩ, y sĩ, điều dưỡng chuyên khoa mắt.

**2. Phương tiện:**

\* Thuốc:

- Thuốc giỏ gây tê bề mặt kết mạc: dicain 1%.

 - Thuốc tiêm: để gây tê tại chỗ: xylocain 2% hoặc novocain 3%.

\* Dụng cụ:

 - Cặp cố định chắp

 - Cặp có răng

 - Dao lưỡi nhỏ

 - Kéo cong

 - Dụng cụ nạo chắp

 - Kim khâu

 - Cặp kim

**3. Người bệnh:** chuẩn bị như các trường hợp làm thủ thuật khác.

**4. Hồ sơ bệnh án:** theo quy định chung.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Gây tê tại chỗ bằng xylocain 2%.

 - Gây tê kết mạc và giác mạc bằng giỏ dicain.

 - Dùng cặp cố định chắp.

 - Phẫu thuật chắp đi đường kết mạc, dùng dao lưỡi nhỏ rạch kết mạc vị trí chắp vuông góc bờ tự do. Dùng kéo cong nhọn phẫu tích lấy gọn chắp. Cố gắng lấy cả bọc chắp. Nếu không lấy được bọc chắp, thì nạo kĩ ổ chắp.

 - Khâu 1 tới 2 mũi chỉ tự tiêu hoặc chỉ khâu da nếu đường rạch quá 5mm.

 - Tra thuốc sát khuẩn

 - Băng mắt; Thay băng sau 24 giờ.

 - Thuốc dùng sau chích chắp tùy theo mức độ nặng nhẹ của chắp, lẹo:

 Toàn thân: Kháng sinh, vitamin C. Tại chỗ: Thuốc nhỏ mắt.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**

1. Chảy máu: băng ép.

2. Nhiễm khuẩn: kháng sinh toàn thân.

**NHỔ RĂNG THƯỜNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nhổ răng thường là một kĩ thuật cơ bản trong chuyên khoa răng hàm mặt.

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Răng sữa đến thời kì thay.

2. Răng bệnh lí: viêm quanh chóp, viêm quanh răng…không bảo tồn được.

3. Trong nắn chỉnh hàm và nắn chỉnh răng.

4. Răng bị sâu vỡ thân lớn không thể bảo tồn được.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Bệnh thần kinh và tâm thần (nếu cần thiết phải có ý kiến bác sĩ chuyên khoa).

2. Có thai (nếu thật cần thiết phải có ý kiến của bác sĩ sản khoa).

3. Có kinh nguyệt (nên hoãn vì dễ chảy máu ổ răng).

4. Bệnh về máu: bệnh ưa chảy máu..

5. Đang có bệnh nhiễm khuẩn toàn thân, sức đề kháng kém.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa:** y, bác sĩ chuyên khoa răng hàm mặt.

**2. Phương tiện:**

***a. Dụng cụ:***

 - Dao, kéo, cây bóc tách vạt niêm mạc.

 - Kìm gặm xương ổ răng, cây dũa xương

 - Bẩy và kìm thích hợp.

 - Dụng cụ gây tê: chỉ dùng một lần ống tiêm tê tại chỗ với ống thuốc, kim tiêm riêng.

 - Bông gạc vô khuẩn.

***b. Thuốc:***

 - Thuốc tê: loại có adrenalin và không có adrenalin (đối với người có bệnh huyết áp).

 - Thuốc sát khuẩn.

 - Nước oxy già 5 thể tích, cồn iốt 4%.

 - Thuốc cầm máu, gelaspon

**3. Người bệnh:**

 Thăm khám và làm các xét nghiệm cơ bản: máu chảy, máu đông, chụp Xquang răng. Nếu cần thiết phải hội chẩn và phối hợp điều trị với các chuyên khoa khác sau đó mới nhổ răng.

**4. Hồ sơ bệnh án:** theo quy định chung.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Sát khuẩn tại chỗ bằng cồn.

2. Vô cảm: gây tê tại chỗ.

3. Tách lợi và dây chằng quanh răng bằng cây bóc tách.

4. Nhổ răng bằng bẩy và kìm theo kĩ thuật qui định.

**VI. THEO DÕI**

**1. Khi làm thủ thuật:**

 Tình trạng toàn thân, nếu thấy có dấu hiệu sốc do người bệnh quá sợ ảnh hưởng đến hệ giao cảm hoặc do dị ứng thuốc tê, sang chấn gây đau, mất máu. Xử lí: chống sốc theo phác đồ phòng chống sốc phản vệ.

**2. Sau khi làm thủ thuật:**

a. Chảy máu: nên giữ người bệnh lại, sau 15-30 phút kiểm tra lại. Dùng gạc vô khuẩn cắn chặt ổ răng từ 30 phút đến 1 giờ nhằm tạo sức ép, bảo vệ cục máu đông.

b. Đau: dùng thuốc giảm đau.

c. Dặn người bệnh không nên mút chíp nhiều.

d. Tránh nhai mạnh ổ răng mới nhổ.

e. Nếu có sưng nề: chườm lạnh, dùng thuốc kháng sinh, chống viêm, nâng cao thể trạng và an thần.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ LÍ**

**1. Khi làm thủ thuật:**

a. Gãy chân răng: cố gắng lấy hết bằng bẩy hay phẫu thuật mở xương.

b. Gãy lìa xương ổ răng, tách nốt mảnh xương gãy và làm nhẵn.

c. Lung lay răng bên cạnh: nếu lung lay ít, có thể ấn chặt xuống ổ răng, không nhai bên tổn thương, theo dõi. Nếu lung lay nhiều: buộc cố định nút số 8 vào răng bên cạnh.

d. Thủng đáy xoang hàm: khâu kín lỗ thủng.

e. Đẩy chân răng vào xoang hàm: phải phẫu thuật lấy chân răng và tạo hình bịt kín lỗ thủng.

g. Tổn thương phần mềm quanh răng: khâu phục hồi.

h. Sai khớp hàm: nắn lại khớp.

**2. Sau khi làm thủ thuật:**

a. Chảy máu: phải xác định rõ nguyên nhân nếu tại chỗ ổ răng thì bơm rửa thật sạch ổ răng, cắn gạc chặt. Nếu chảy máu nhiều thì khâu 1-2 mũi catgut. Nấu chảy máu tái phát nhiều lần kéo dài 2-3 ngày thì nạo sạch cục máu đông, dùng gélaspon nhét chặt ổ răng, phối hợp điều trị kháng sinh chống nhiễm khuẩn.

b. Viêm ổ răng: rửa sạch ổ răng bằng oxy già, đặt gạc có tẩm kháng sinh chống viêm ổ răng.

**GHI ĐIỆN TÂM ĐỒ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

 Điện tâm đồ là hình ảnh hoạt động điện học của tim được ghi lại dưới dạng đồ thị qua các điện cực tiếp nhận ở ngoài da.

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Chẩn đoán rối loạn nhịp tim

2. Chẩn đoán phì đại cơ nhĩ, cơ thất

3. Chẩn đoán rối loạn dẫn truyền

4. Chẩn đoán các rối loạn điện giải

5. Theo dõi máy tạo nhịp

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Không có.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa:** kĩ thuật viên chuyên khoa nội, tim mạch, hồi sức cấp cứu, bác sĩ.

**2. Phương tiện:**

 - Máy điện tâm đồ có đủ dây dẫn và bản điện cực.

 - Có hệ thống dây đất tốt.

 - Các chất dẫn điện (paste) hoặc nước muối sinh lí 0,9%.

 - Gạc để lau bẩn trên da người bệnh trước khi gắn điện cực và lau chất dẫn điện sau khi ghi

**3. Người bệnh:**

 - Được giải thích về cách tiến hành kĩ thuật.

 - Nằm yên tĩnh, mắt nhìn vào một điểm.

 - Nếu người bệnh kích thích vật vã thì phải dùng thuốc an thần.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Thử test trước khi ghi điện tâm đồ: v/d: 1mV = 10 mm

2. Thông thường ghi ở tốc độ 25mm/s ở cả 12 chuyển đạo thông thường. Cũng có thể ghi ở những tốc độ khác nhau tùy theo từng bệnh.

**VI. TAI BIẾN:** Không có

**CHỌC HÚT DỊCH MÀNG BỤNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Chọc hút dịch màng bụng là thủ thuật đưa kim qua thành bụng vào khoang ổ bụng để hút dịch màng bụng làm xét nghiệm chẩn đoán hoặc điều trị.

**II. CHỈ ĐỊNH**

**1. Chọc dịch để xác định chẩn đoán:**

 - Lấy dịch làm xét nghiệm tế bào, vi khuẩn, hóa sinh để tìm nguyên nhân gây cổ trướng như: lao màng bụng, xơ gan, ung thư hoặc do các nguyên nhân khác…

 - Tạo điều kiện để khám bụng dễ dàng hơn khi quá nhiều dịch làm bụng quá căng khó xác định được các tạng hoặc các u trong ổ bụng.

**2. Chọc dịch để điều trị khi:**

 - Dịch nhiều quá gây cho người bệnh khó thở.

 - Dịch nhiều gây chèn ép vào các tạng làm cho người bệnh khó chịu.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Nếu chọc tháo, cẩn thận trong những trường hợp sau:

1. Tiền hôn mê gan hoặc hôn mê gan (chống chỉ định tuyệt đối).

2. Tình trạng tụt huyết áp.

3. Có rối loạn đông máu và cầm máu.

4. Bụng chướng hơi nhiều.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa:** 1 bác sĩ, 1 y tá (điều dưỡng) phụ.

 Thầy thuốc rửa tay, đi găng vô khuẩn.

**2. Phương tiện:**

***a. Dụng cụ chọc dò:***

 - Kim chọc dài 5-6 cm đường kính 10/10 mm bằng polystirene hay teflon có nòng kim loại, tốt nhất là dùng 1 catheter tĩnh mạch trung tâm dài 30 cm có kim chọc bằng sắt.

 - Ống dẫn bằng cao su nhỏ dài khoảng 1 m để nối vào đuôi kim.

 - Bơm tiêm 10 ml (có khi dùng loại 50-100 ml) vô khuẩn.

 - Thuốc sát khuẩn: cồn 70o, Betadin, kep, bông, gạc, băng dính.

 - Một tấm ni lông, khăn mổ có lỗ đã diệt khuẩn, găng.

 - 3 ống nghiệm có dán sẵn, giấy xét nghiệm.

 - Thuốc gây tê xylocain.

 - Thuốc cấp cứu.

 - Một cốc thủy tinh chứa 100 ml nước cất đã hòa 2 giọt acid axetic đậm đặc để làm phản ứng Rivalta

 - Khay men hình chữ nhật để đựng dụng cụ và một khay quả đậu.

***b. Dụng cụ cần thêm khi chọc tháo:***

 - Kim chọc tháo dài 15/10 mm – 20/10 mm bằng polystiren hay teflon có nòng kim loại đã được diệt khuẩn.

 - Một bình đựng thủy tinh sạch có sẵn vạch chia thể tích.

**3. Người bệnh:**

 - Được giải thích trước về kĩ thuật.

 - Bảo người bệnh ỉa đái trước khi tiến hành thủ thuật (nếu chọc tháo).

 - Chuẩn bị chọc ở buồng riêng (phòng tiểu phẫu thuật) để đảm bảo vô khuẩn cho người bệnh. Nếu không có buồng riêng, có thể tiến hành ngay tại giường người bệnh, nhưng phải có bình phong che bên ngoài.

 - Chuẩn bị giường: trải ni lông lên giường, che bình phong.

 - Để người bệnh nằm ngửa, đầu cao, chọc sát bờ giường.

 - Nếu lạnh, phải sưởi ấm cho người bệnh.

**4. Hồ sơ bệnh án:** theo quy định chung.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Trước khi chọc:**

a. Khám lại người bệnh để xác định mức độ cổ trướng, đo mạch và huyết áp.

b. Vén áo và kéo cạp quần xuống để lộ bụng.

c. Sát khuẩn vùng chọc: vạch một đường nối rốn với gai chậu trước trên, chia đường này thành 3 phần, sát khuẩn kĩ điểm nối 1/3 ngoài và giữa, thường chọc ở bên trái để tránh chọc vào góc hồi manh tràng. Đôi khi chọc ở vị trí khác theo vị trí và lượng dịch.

d. Sát khuẩn tay thấy thuốc bằng cồn iốt sau đó bằng cồn và đi găng.

e. Gây tê vùng chọc.

**2. Trong khi chọc**

a. Chọc kim vuông góc với thành bụng, đi từ nông đến sâu cho đến khi thấy có dịch chảy ra hoặc hút ra dịch. Rút nòng kim loại ra sau khi luồn tiếp ống nhựa vào ổ bụng.

b. Nếu chọc để xát nghiệm: hút 20 ml vào bơm tiêm và bơm vào 3 ống để xét nghiệm (tế bào, vi khuẩn và hóa sinh).

c. Nếu chọc tháo thì nối ống cao su vào đốc kim để dẫn dịch cổ trướng chảy vào bình.

d. Băng phủ kín đầu kim và lấy băng dính cố định đầu kim.

e. Theo dõi sắc mặt và mạch của người bệnh.

**3. Sau khi chọc:**

a. Thấy thuốc rút kim, cần bảo đảm vô khuẩn, sát khuẩn da bụng.

b. Nếu kim chọc to và còn nhiều dịch cần khâu bịt lỗ hoặc kẹp móc bấm để dịch không chảy theo lỗ chọc ra ngoài hoặc dịch thấm lan vào trong lớp cơ bụng.

c. Dùng gạc vô khuẩn băng lại.

d. Để người bệnh nghỉ ngơi, nằm nghiêng sang phía đối diện với nơi chọc.

e. Nhanh chóng gửi xét nghiệm.

g. Đo lại mạch, huyết áp và ghi nhận xét về tình trạng người bệnh, tính chất dịch (số lượng, màu sắc) các xét nghiệm cho làm.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

 - Sắc mặt.

 - Mạch.

 - Dịch chảy ra như thế nào? Không lấy dịch nhanh và nhiều.

**2. Tai biến và xử lí:**

a. Quai ruột bịt kín đầu kim. Lúc đầu dịch chảy nhanh sau đó chảy yếu dần và ngừng chảy, nên nhẹ nhàng xoay ống thông hoặc lui ống thông vài cm, thay đổi tư thế người bệnh, đổi hướng kim cho đến khi thấy dịch chảy tiếp tục.

b. Chọc vào ruột: ít khi gặp, Nếu chọc vào ruột sẽ thấy hơi hoặc nước bẩn, thầy thuốc phải rút kim ra ngay, băng kín. Theo dõi tình trạng đau, nhiệt độ và phản ứng thành bụng. Hội chẩn chuyên khoa ngoại.

c. Chọc vào mạch máu: ít gặp, nếu gặp phải rút kim ra ngay.

d. Choáng do lấy nước ra quá nhiều và nhanh gây giảm lực ổ bụng đột ngột biểu hiện: mạch nhanh, huyết áp tụt, mặt tái, choáng váng. Phải ngừng chọc, truyền dịch và chống sốc. Tốc độ dịch màng bụng chảy ra 2 lít trong 30 – 40 phút là vừa.

e. Nếu dịch còn rỉ ra theo vết chọc thì dùng móc bấm kẹp lại.

g. Nhiễm khuẩn thứ phát sau chọc do công tác vô khuẩn không tốt. theo dõi mạch, nhiệt độ, trạng thái đau ở thành bụng, nếu cần thiết phải cho kháng sinh, hội chẩn khoa ngoại.

h. Xuất huyết do chọc vào mạch máu thành bụng, chọc nhầm vào tạng hoặc các khối u trong ổ bụng.

Chú ý:

 - Không nên để kim sắt lưu trong ổ bụng sau khi chọc vì dễ gây tổn thương ruột. Nên dùng kim có ống thông bằng chất dẻo.

 - Không đẩy thêm kim hoặc ống thông vào khi có tắc.

**TIÊM CORTICOSTEROID**

**VÀO Ổ KHỚP, PHẦN MỀM QUANH KHỚP**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Tiêm corticosteroid vào khớp là phương pháp điều trị tại chỗ hữu hiệu trong việc khống chế đau và hạn chế vận động do viêm. Có thể gặp những tai biến nếu chỉ định không đúng và tiêm sai kỹ thuật, đôi khi nguy hiểm có thể đưa đến những hậu quả khó lường trước.

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Một số bệnh khớp: viêm không do nhiễm khuẩn, viêm khớp dạng thấp, viêm khớp mạn tính thiếu niên, viêm khớp vẩy nến…

2. Thoái hóa khớp giai đoạn sớm.

3. Viêm gân, viêm bao hoạt dịch, thúi thanh dịch.

4. Đau vùng thắt lưng, đau thần kinh tọa.

5. Viêm khớp và các phần mềm quanh khớp sau chấn thương.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Những tổn thương của phần mềm do vi khuẩn, kí sinh trùng.

2. Đang dùng thuốc chống đông.

3. Thoái hóa khớp nặng.

4. Tổn thương loét trên da vùng da tiêm.

5. Bệnh loãng xương nặng.

6. Đang có bệnh nhiễm khuẩn toàn thân.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa:** Bác sĩ chuyên khoa khớp và 1 điều dưỡng phụ việc.

**2. Phương tiện:**

***a. Dụng cụ:***

 - Buồng thủ thuật vô khuẩn.

 - Bơm kim tiêm vô khuẩn, găng vô khuẩn dùng một lần.

 - Bông, Betadin, băng y tế.

***b. Thuốc:*** có hai loại.

 - Loại thuốc tác dụng nhanh: hydrocortison acetat, prednisolon acetat. Tiêm 3 lần cho một đợt điều trị. Mỗi mũi tiêm cách nhau 3 – 4 ngày.

 - Loại thuốc tác dụng chậm: Depomedrol, Diprospan. Tiêm không quá 2 mũi cho một đợt điều trị, mỗi mũi cách nhau từ 7 đến 10 ngày.

3. Người bệnh:

 - Hỏi người bệnh tiền sử dị ứng thuốc.

 - Giải thích cho người bệnh yên tâm trước khi tiêm.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Thăm khám trước khi tiêm, hướng dẫn người bệnh nằm hoặc ngồi đúng tư thế để tiến hành thủ thuật thuận tiện nhất.

2. Xác định vị trí tiêm.

3. Sát trùng 3 lần vùng tiêm.

4. Tiêm đúng vị trí và liều lượng thuốc.

5. Sát khuẩn sau khi tiêm và băng chỗ tiêm.

6. Dặn dò người bệnh sau khi tiêm.

**VI. THEO DÕI**

**1. Khi làm thủ thuật**

a. Chảy máu.

b. Sốc (ít gặp)

**2. Sau khi làm thủ thuật:**

 - Không rửa nước và xoa thuốc vào vết tiêm trong vòng 12 giờ.

 - Theo dõi các dấu hiệu nhiễm khuẩn nếu có.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ LÍ**

**1. Khi làm thủ thuật:**

***a. Chảy máu:*** cầm máu tại chỗ.

***b. Sốc:*** xử lí như sốc phản vệ.

**2. Sau khi làm thủ thuật:**

***a. Phản ứng tại chỗ tiêm*** trong vòng 24 giờ (sưng, đau, nóng, đỏ vùng tiêm): cho người bệnh uống thuốc chống viêm, giảm đau, an thần.

***b. Nhiễm khuẩn*** tại chỗ hoặc nặng hơn là viêm mủ sau 24 giờ: kháng sinh đặc hiệu, chọc tháo mủ hoặc mổ dẫn lưu mủ.

***c. Teo da, cơ, thay đổi sắc tố da vùng tiêm.*** Không nên tiếp tục tiêm thuốc vào vị trí cũ, người bệnh cần được theo dõi và điều trị nội khoa hợp lí liệu pháp.

**CHỌC HÚT DỊCH KHỚP**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Chọc hút dịch khớp là thủ thuật dùng kim nhỏ đưa vào ổ khớp để hút dịch nhằm chẩn đoán và điều trị một số bệnh xương khớp.

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Chẩn đoán nguyên nhân dựa trên phân tích các thành phần dịch khớp hoặc bơm thuốc cản quang vào ổ khớp trong các bệnh có viêm và tràn dịch ổ khớp: viêm khớp dạng thấp, viêm khớp do nhiễm khuẩn, viêm khớp vi tinh thể… nong.

2. Điều trị chọc tháo, bơm thuốc và rửa khớp: viêm mủ khớp, viêm màng hoạt dịch mạn tính, kén nhầy màng hoạt dịch (kyste synovial). Riêng với khớp vai: trường hợp co thắt bao khớp vai, chụp ổ khớp còn có tác dụng nong ổ khớp.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Tràn máu ổ khớp do các bệnh về máu.

2. Nhiễm khuẩn vùng da ổ khớp cần chọc hút.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa:** 1 bác sĩ và 1điều dưỡng với y phục, mũ, khẩu trang, rửa tay và sát khuẩn tay bằng cồn. Nếu có điều kiện, dùng găng tay vô khuẩn.

**2. Phương tiện:** thủ thuật được tiến hành trong buồng thủ thuật vô khuẩn.

 - Bơm tiêm vô khuẩn loại 10 – 20ml.

 - Lam kính, ống nghiệm vô khuẩn, ống nghiệm có heparin chống đông.

 - Bông, cồn 70 độ, Betadin, băng dính vô khuẩn.

 - Hộp dụng cụ chống sốc.

**3. Người bệnh**: ở tư thế thuận lợi để bọc lộ khớp cần chọc hút.

**4. Hồ sơ bệnh án:** theo quy định chung, phim Xquang (nếu có).

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Sát khuẩn vùng khớp cần chọc hút 3 lần bằng Betadin, cồn 70 độ.

2. Xác định mốc giải phẫu, vị trí sẽ chọc hút.

3. Chọc hút dịch bằng bơm tiêm vô khuẩn qua mốc đã được xác định.

4. Hút dịch ra từ từ, tránh hút quá nhanh.

5. Rút kim, sát khuẩn và băng dính vô khuẩn vị trí chọc hút.

6. Xử lí dịch học hút: tùy trường hợp.

 - Phết lam kính làm xét nghiệm tế bào (ít nhất là 2 lam).

 - Cho dịch vào ống vô khuẩn để nuôi cấy.

 - Cho dịch vào ống nghiệm vô khuẩn có heparin để làm các xét nghiệm sinh hóa và miễn dịch.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÍ TAI BIẾN**

Chọc hút dịch khớp cần thiết tiến hành bảo đảm vô khuẩn, đúng vị trí giải phẫu (tránh đường đi của thần kinh, mạch máu) và đúng kĩ thuật.

Tai biến có thể gặp:

**1. Chảy máu trong ổ khớp:** theo dõi mức độ chảy máu, băng ép khớp.

**2. Nhiễm khuẩn:** tại khớp chọc hút và toàn thân, điều trị kháng sinh.

**CHỌC HÚT MÁU TỤ KHỚP GỐI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

 - Máu tụ khớp gối là một triệu chứng lâm sàng phản ánh đúng do chấn thương có tổn thương nội khớp

 - Đã có máu tụ trong khớp nhất thiết phải hút ra. Để lại máu tụ trong khớp dễ dẫn đến viêm, nhiễm khuẩn khớp.

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Gãy xương bánh chè không di lệch.

2. Gãy mâm chày trong hoặc ngoài không di lệch.

3. Gãy mâm chày không di lệch.

4. Gãy lồi cầu trong hoặc lồi cầu ngoài không di lệch.

5. Gãy liên lồi cầu trong đùi không di lệch.

6. Tổn thương các dây chằng vùng gối.

7. Những tổn thương trên có di lệch, chỉ định phẫu thuật nhưng vì một lí do nào đó chưa phẫu thuật được ngay: phải cho hút máu tụ sớm để giải ép.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Đến muộn máu tụ đã chuyển thành máu cục. Đã có nhiễm khuẩn.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa:** một bác sĩ, một điều dưỡng.

**2. Phương tiện:**

 - Một kim to và một bơm tiêm 20ml. 1 – 2 khăn mổ vô khuẩn.

**3. Người bệnh:** giải thích cho người bệnh hiểu và chấp nhận thủ thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** theo quy định, làm một số xét nghiệm tối thiểu.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa trên bàn.

2. Sát khuẩn rộng toàn bộ vùng khớp gối 3 lần.

3. Kĩ thuật:

a. Trải khăn mổ vô khuẩn.

b. Gây tê dưới da vùng định chọc hút.

c. Điểm chọc hút: chọn điểm ở mặt ngoài bờ dưới cực trên xương bánh chè.

d. Sau khi gây tê dưới da dùng kim to chọc thẳng vào vị trí trên. Dùng bơm tiêm to để hút.

* Chú ý: Vừa hút vừa ấn đẩy vào mặt bên trong khớp gối để tạo áp lực.

Thường hút ra dịch khớp lẫn máu số lương trung bình 50 – 150ml, sau chọc hút phải tiến hành bất động và băng ép ngay.

**VI. THEO DÕI**

1. Cho dùng kháng sinh uống hoặc tiêm 3 – 5 ngày.

2. Cho thuốc giảm đau. Theo dõi nhiễm khuẩn sau chọc hút.

3. Nếu phải bất động bằng bột: phải rạch dọc bột và kiểm tra bột sau 24 giờ.

4. Nếu thấy chén ép do bột: cho mở rộng bộ.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ LÍ**

Sốc phản vệ do thuốc tê: điều trị sốc phản vệ.

**CHÍCH NHỌT – CHÍCH ÁP XE VÀ CHÍN MÉ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Nhọt là áp xe của tuyến mồ hôi và của nang lông. Phản ứng viêm lan rộng dẫn tới hoại tử tổ chức và hình thành một nhân hay ngòi ở trung tâm, ở ngoại vi là vùng viêm tấy tổ chức.

- Áp xe là một ổ mủ khu trú, xung quanh là tổ chức viêm có xung huyết và thâm nhiễm bạch cầu.

- Chín mé là viêm nhiễm mủ ở đốt 3 các ngón tay, ở đầu ngón cái. Tùy theo vị trí có các loại: chín mé dưới da ở mép ngón tay, ở đây có các vách xơ phân chia mép ngón thành nhiều khoang nhỏ. Chín mé có viêm xương do viêm mủ phá vỡ vách xơ ngăn, xương đốt 3 có thể bị viêm hoại tử, lan vào khớp gian đốt xa. Rất hiếm khi bị viêm bao hoạt dịch gân gấp.

**II. CHỈ ĐỊNH:** nhọt, áp xe, chín mé cần rạch dẫn lưu sớm.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** không có.

**IV. CHUẨN BỊ:**

**1. Cán bộ chuyên khoa:** bác sĩ chuyên khoa ngoại.

**2. Phương tiện:** bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật.

**3. Người bệnh:** tắm rửa, cạo tóc lông vùng mổ 5 – 10cm, sát khuẩn da, làm các xét nghiệm cơ bản.

**4. Hồ sơ bệnh án**: theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**A. Chích nhọt, áp xe:**

***1. Vô cảm:***

Gây tê tại chỗ qua da lành. Viêm nặng cần gây tê vùng, gây mê tĩnh mạch hay nội khí quản đối với trẻ nhỏ.

***2. Kĩ thuật***

a. Chọc hút dịch bằng kim trước khi rạch da.

b. Rạch dẫn lưu ổ áp xe đủ rộng, vị trí thấp, nạo sạch ổ áp xe, đặt ống dẫn lưu nếu ổ áp xe sâu và rộng.

c. Chú ý: có nhiều ổ áp xe cũng chích rạch dẫn lưu như vậy nhưng phải gây mê toàn thân.

**B. Chín mé:**

Đối với chín mé dưới da, chín mé sâu có viêm xương ở đầu ngón 2, 3, 4 thì rạch bên ngón về phía trụ, ở đầu ngón 1, 5 thì rạch bên ngón về phía quay. Có thể rạch đầu ngón theo kiểu mõm cá. Sau rạch nạo sạch ổ viêm nhất là viêm xương. Để da hở (không khâu). Nếu cần phải cắt bỏ một phần móng để làm sạch.

**VI. THEO DÕI**

1. Cho uống kháng sinh thêm 3 – 4 ngày.

2. Điều trị đúng: người bệnh sẽ cảm thấy nhẹ nhàng, hết sốt, ăn ngủ được.

3. Rút dẫn lưu sau 48 giờ.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ LÍ**

1. Không chọc thử mũi kim sẽ rạch nhầm các khối u khác, nhất là ở vùng bẹn: sa ruột, u mạch máu.

2. Rạch ít quá dẫn lưu không hết mủ.

3. Rạch non quá, viêm lan tỏa, còn để lại ổ mủ.

 **PHẪU THUẬT LẤY BỎ CÁC U BÃ U MỠ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Các u bã u mỡ gặp khá nhiều.

- Vị trí các u rất khác nhau và có thể ở bất kì chỗ nào trên cơ thể.

- Phẫu thuật lấy bỏ các u nhằm loại bỏ chúng ra khỏi cơ thể.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các u bã, u mỡ trên cơ thể đã phát triển lớn gây vướng và đau khi vận động.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Người có bệnh toàn thân nặng.

2. Tuổi quá cao.

3. U đang trong giai đoạn nhiễm khuẩn tiến triển.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa:** phẫu thuật viên là bác sĩ ngoại khoa.

**2. Phương tiện:** dụng cụ như một ca phẫu thuật thông thường.

**3. Người bệnh:** được giải thích về loại hình phẫu thuật này.

**4. Hồ sơ bệnh án:** thoe quy định chung.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

**2. Kĩ thuật:**

***a. Sát khuẩn*** rộng vùng mổ 3 lần.

***b. Rạch da:*** cần tuân theo các nguyên tắc:

 - Rạch dọc theo các thớ cơ

 - Càng gần u càng tốt.

 - Tránh các mạch và thần kinh quan trọng nếu có thể.

***c. Bóc tách khối u*** ra khỏi tổ chức lành, có thể dùng kéo hoặc kẹp hoặc tay.

Chú ý bóc hết cả vỏ u nếu là u có ranh giới rõ ràng.

***d. Cầm máu*** kĩ bằng dao điện, hoặc buộc thắt mạch máu nhỏ.

***e. Đặt một dẫn lưu*** nếu là u ở sâu hoặc u to.

***g. Khâu lại các lớp giải phẫu*** bằng các chỉ khâu thông thường.

**VI. ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT**

1. Kháng sinh, giảm đau.

2. Khối u cần phải được gửi đi làm chẩn đoán tế bào để theo dõi sau này.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ LÍ**

1. Chảy máu: cầm máu kĩ

2. Vỡ u nếu là u bã: cần kẹp lại u nếu là vỡ nhỏ, hoặc lấy hết tổ chức bã (nếu là u lớn). Sau đó bóc tách để lấy vỏ u sau.

**PHẪU THUẬT LÀM SẠCH**

**TỔ CHỨC HOẠI TỬ TRÊN VẾT THƯƠNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật nhằm loại bỏ những tổ chức đã bị hoại tử, làm mủ gây ảnh hưởng xấu đến quá trình điều trị vết thương, nếu làm tốt, đúng sẽ rút ngắn ngày điều trị.

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Hoại tử da (khô hoặc ướt)

2. Các tổ chức dưới da, cơ… bị nhiễm khuẩn hoại tử gây ra mủ.

3. Các vết thương ứ đọng dịch, mủ sau một thời gian điều trị kháng sinh và chăm sóc vết thương tiến triển không tốt lên.

4. Vết thương ở chi đang có nguy cơ phải cắt bỏ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Các vết thương chi đã có chỉ định cắt cụt.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa:** là bác sĩ ngoại chung hay bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

**2. Phương tiện:** bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường.

**3. Người bệnh:**

Giải thích kĩ cho người bệnh có thể phải làm nhiều lần kể cả chuyển và vá da.

**4. Hồ sơ bệnh án:** theo quy định chung.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Sát khuẩn:** sát khuẩn từ vết thương ra xung quanh.

**2. Tiến hành cắt lọc:**

 - Từ nông vào sâu: da, tổ chức tế bào dưới da, cơ.

 - Phải cắt hết tổ chức đã hoại tử.

 - Đối với cơ phải cắt lọc kĩ, cắt đến chỗ tổ chức cơ lành và chảy máu, kích thích vào cơ thấy cơ co. Cần tách rộng các khe cơ để tránh ứ đọng.

 - Rửa vết thương nhiều lần bằng oxy già và dùng thìa nạo vét sạch các tổ chức mủn nát.

 - Nếu có xương gãy kèm theo thì phải làm sạch, lấy bỏ xương vụn, viêm. Nếu lộ xương: chuyển tổ chức da , cân, cơ che kín xương nếu đủ điều kiện.

 - Xương phải được bất động, tốt nhất là cố định ngoài.

 - Đặt dẫn lưu chỗ thấp nếu thấy cần thiết.

 - Cầm máu kĩ.

 - Đắp gạc và băng nhẹ vết thương.

**VI. ĐIỀU TRỊ, THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT**

1. Kháng sinh liều cao, kể cả dùng kháng sinh đường tĩnh mạch.

2. Theo dõi người bệnh và làm các xét nghiệm sinh hóa để tiên lượng.

3. Sau 3 – 4 ngày người bệnh sốt giảm dần, tổ chức tại vết thương đỏ, dễ chảy máu là tốt.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ LÍ**

Chảy máu: cần tiến hành cắt lọc một cách tỉ mỉ, cầm máu kĩ.

 **PHẪU THUẬT LẤY BỎ DỊ VẬT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Các dị vật thường là kim loại, còn các dị vật khác không cản quang trên phim Xquang nên chúng được lấy ra thường do tình cờ hoặc một biến chứng nào đó.

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Các dị vật nhìn thấy trên phim X quang.

2. Các dị vật nằm ở các vùng được tiên lượng là nguy hiểm.

3. Các dị vật gây đau và cản trở đến hoạt động của người bệnh.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Các dị vật nằm quá sâu trong cơ thể mà việc lấy bỏ nó có thể ảnh hưởng đến một số cơ quan quan trọng.

2. Các dị vật không ảnh hưởng đến hoạt động bình thường của con người hoặc không gây đau, các dị vật không xác định được rõ ràng do không cản quang như: tre, gỗ, thủy tinh.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa:** phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương hay chuyên khoa khác tùy thuộc vào vị trí và mức độ phức tạp của dị vật.

**2. Phương tiện:** bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường hay bộ dụng cụ chuyên khoa tùy theo vị trí dị vật.

**3. Người bệnh:**

 - Được giải thích kĩ loại hình phẫu thuật này.

 - Găm 3 kim bằng kim loại vào vùng có dị vật dưới máy điện quang ở 3 bình điện khác nhau.

**4. Hồ sơ bệnh án:**

 - Có đầy đủ phim X quang ở các tư thế cần thiết, tiêm đủ liều SAT và AT phòng uốn ván.

 - Nếu có máy điện quang tăng ánh sáng trong khi phẫu thuật thì việc này có thể làm dễ dàng.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** gây mê nội khí quản hoặc gây tê tại chỗ, gây tê vùng.

**2. Kĩ thuật:**

a. Rạch da: tùy theo vị trí của dị vật mà có đường rạch cho thích hợp nhưng phải đảm bảo:

 - Theo dọc các cơ.

 - Càng gần dị vật càng tốt.

b. Tìm dị vật: căn cứ vào 3 kim làm mốc trên phim Xquang mà lựa chọn cách tìm cho thích hợp, dụng cụ thăm dò nên đi thẳng góc với kim chọn làm mốc hoặc dựa vào Xquang tăng sáng để lấy.

c. Khâu lại các khớp giải phẫu sau khi đã lấy dị vật ra, có thể đặt dẫn lưu hoặc không.

**VI. TAI BIẾN TRONG PHẪU THUẬT**

1. Chảy máu: chú ý bóc tách từng lớp, cầm máu kĩ.

2. Không tìm thấy dị vật, cần găm lại kim mốc và chụp Xquang lại để xác định lại vị trí của dị vật (nếu không có X quang tăng sáng).

**VII. ĐIỀU TRỊ, THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT**

1. Theo dõi chảy máu qua dẫn lưu.

 2. Dùng kháng sinh và giảm đau thông thường.

**BỘT CÁNH – CẲNG – BÀN TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Bột cánh cẳng bàn tay bất động các khớp cổ tay, khuỷu và 2 xương cẳng tay.

Giới hạn:

- Xa: nếp gấp gan tay cho phép gấp các ngón, sau phủ đầu đốt bàn.

- Gần: dưới mấu động to, giải phóng hõm nách.

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Trật khớp khuỷu đã nắn vào khớp.

2. Gãy hai xương cẳng tay và đầu dưới xương cánh tay (chủ yếu là gãy trên lồi cầu ở trẻ em).

3. Gãy kín hoặc gãy hở độ I hai xương cẳng tay, trên lồi cầu cánh tay.

4. Gãy hở độ II trở lên đã xử lí phẫu thuật.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Hội chứng chèn ép khoang hoặc đụng dập sưng nề nặng.

2. Gãy hở chưa xử lí phẫu thuật.

3. Có tổn thương mạch máu.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa:** bác sĩ, kĩ thuật viên chuyên khoa. Nếu trẻ em hoặc gãy khó cần thêm một chuyên khoa gây mê.

**2. Phương tiện:**

 - Một bàn nắn có đai vải to bản để kéo đối lực.

 - Bột 4 cuộn (cỡ 10 – 12 cm) trong đó một cuộn để dải thành nẹp bột.

 - Thuốc tê hoặc thuốc mê (nếu gây mê)

 - Dụng cụ bóp bóng và oxy để hô hấp hỗ trợ khi cần thiết.

 - Bông mỡ, 1 cuộn giấy vệ sinh mềm, mỏng.

**3. Người bệnh:**

 - Được giải thích, động viên để yên tâm khi làm thủ thuật.

 - Cởi hoặc cắt bỏ áo bên tay gãy. Vệ sinh.

 - Nếu người bệnh gây mê: nhịn ăn uống 6 giờ trước khi làm thủ thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:**

 - Ghi rõ ngày giờ xảy ra tai nạn, ngày giờ nắn bó bột, ghi rõ tình trạng tại chỗ tay gãy: mạch máu, cảm giác, vận động.

 - Dặn dò hẹn ngày giờ khám lại.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh:** nằm ngửa, đai vải đối lực ở nách hoặc ở khuỷu tùy vị trí gãy.

**2. Vô cảm:** gây tê tại chỗ hoặc gây mê (nếu trẻ em hoặc gãy khó).

**3. Nắn xương:**

a. Với gãy trên lồi cầu thứ tự nắn sửa di lệch: di lệch trong ngoài, di lệch trước sau, di lệch xoay.

b. Với gãy xương cẳng tay: thứ tự nắn sửa di lệch: di lệch chồng, di lệch sang bên, di lệch xoay, di lệch gốc.

c. Sau nắn chuyển sang giai đoạn bó bột: người nắn phải giữ chi gãy luôn luôn căng – thẳng trục và để ở tư thế cơ năng.

Chú ý tách màng liên cốt khỏi trụ hình chữ K.

**4. Bó bột:**

a. Đặt dây rạch dọc.

b. Quấn giấy vệ sinh tối thiểu 2 lớp lót bộng vùng khớp.

c. Đặt nẹp bột phía sau cẳng bàn tay.

d. Quấn bột: thứ tự đều đặn tránh căng hoặc cộm vùng khuỷu,

e. Giữ bột cho khô (nếu gãy xương quay ở 1/3 giữa trở lên: ngửa tay tránh di lệch xoay xương quay).

g. Rạch dọc bột: như các loại bột rạch dọc khác.

h. Ghi rõ ngày bó bột, tên người bó bột.

i. Vẽ sơ đồ xương gãy lên bột.

k. Sau 7 – 10 ngày: nếu bột lỏng thay bột tròn.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÍ TAI BIẾN**

**1. Khi làm thủ thuật:**

a. Choáng do thuốc gây tê: an thần hồi sức.

b. Ngừng thở do gây mê: đặt nội khí quản, hô hấp nhân tạo.

**2. Sau thủ thuật:**

a. Sưng nề rối loạn dinh dưỡng: nới rộng bột, gác cao tay, thuốc chống sưng nề, phong bế quanh thân xương gốc chi.

b. Di lệch thứ phát: nắn lại, phẫu thuật.

c. Xương chọc ra gây gãy xương hở thứ phát: sát khuẩn sạch, kháng sinh, theo dõi nội trú.

**BỘT CÁNH – CẲNG – BÀN TAY ĐIỀU TRỊ**

**GẪY TRÊN LỒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY TRẺ EM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là loại bột giới hạn: phía trên là bờ dưới vai và phía dưới là khớp bàn ngón.

- Là một phương pháp thường dùng vì gẫy trên lồi cầu ở trẻ em rất hay gặp.

- Trước khi bó bột phải thăm khám kĩ tình trạng mạch quay và vận động, cảm giác của cổ bàn tay.

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Gãy trên lồi cầu kín.

2. Gãy hở độ I, sớm.

3. Ngoài ra: bột cánh – cẳng – bàn tay còn để điều trị gãy các lồi cầu cánh tay, gãy 2 xương cẳng tay.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Gãy hở độ II trở lên chưa qua phẫu thuật.

2. Hội chứng chèn ép khoang.

3. Có tổn thương mạch máu, thần kinh.

4. Có rối loạn dinh dưỡng nặng vùng khuỷu.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa:** bác sĩ, kĩ thuật viên chuyên khoa.

**2. Phương tiện:**

- Dụng cụ và thuốc gây mê.

- Khung kéo nắn, bàn nắn.

- Một dây nẹp (da) 8 cm.

- 1 cuốn giấy xốp.

- Bông mỡ để độn.

- Băng vải.

- 5 cuộn bột (10 – 15cm).

**3. Người bệnh:** người nhà người bệnh: được giải thích động viên để người bệnh yên tâm khi làm thủ thuật. Nếu gây mê: nhịn ăn uống trước 6 giờ.

**4. Hồ sơ bệnh án:** theo qui định chung. Đánh giá kĩ: mạch, vận động, cảm giác cổ - bàn tay.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** gây mê nội khí quản hoặc gây mê tĩnh mạch.

**2. Tư thế người bệnh:**

- Nằm ngửa.

 - Khuỷu gấp 900.

 - Vai giạng nhẹ.

**3. Nắn xương gãy:**

 - Đặt bông độn mặt trước cẳng tay, dưới nếp khuỷu. Đặt lên trên đó một dây nẹp và giao cho người phụ kéo thẳng theo trục cánh tay.

 - Lực đối trọng là một dây nẹp buộc cánh tay cố định vào bàn nắn.

Tùy theo sự di lệch của xương gãy trên Xquang mà nắn chỉnh.

**4. Bó bột:**

 - Đặt một dây rạch dọc mặt trước cánh cẳng bàn tay, vào kẽ ngón 2 – 3 (phía gan tay).

 - Quấn giấy xốp.

 - Đặt một nẹp bột mặt sau cánh, cẳng bàn tay.

 - Cẳng tay ở tư thế trung bình sấp ngửa, khuỷu tay gấp 900.

 - Giữ bột khô.

 - Rạch dọc bột: không để sót gạc, băng.

 - Treo tay vào cổ.

 - Ghi họ tên người bó, ngày bó và vẽ sơ đồ.

 - Chụp Xquang kiểm tra.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÍ TAI BIẾN**

**1. Khi làm thủ thuật:**

a. Tai biến của gây mê, gây tê: hồi sức, chống sốc.

b. Đề phòng xương gãy chọc vào thần kinh, mạch máu: nắn thật nhẹ nhàng.

**2. Sau thủ thuật:**

a. Lưu theo dõi bột 24h hoặc hẹn kiểm tra ngày hôm sau.

b. Sưng nề, rối loạn dinh dưỡng: banh rộng bột, giảm đau, chống phù nề, treo tay.

c. Di lệch thứ phát: nắn lại hoặc phẫu thuật kết hợp xương.

**KHÁM NGƯỜI BỊ BỎNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Khám người bị bỏng là khám toàn diện người bị bỏng và khám tại chỗ tổn thương bỏng để chẩn đoán, tiên lượng và đề ra phương pháp điều trị thích hợp.

**II. CHỈ ĐỊNH:** Người bị bỏng

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**: Không có

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa**

Bác sĩ chuyên khoa bỏng hoặc bác sĩ ngoại khoa và điều dưỡng được đào tạo.

**2. Phương tiện**

 - Bộ dụng cụ khám mũi họng, ống nghe, huyết áp kế, nhiệt kế, giấy quỳ.

 - Dụng cụ và phương tiện thay băng.

**3. Người bệnh**

 - Hồ sơ bệnh án theo quy định chung có vẽ hình mô tả tổn thương bỏng.

 - Khám tại buồng cấp cứu.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**A. Phần hỏi bệnh** (hỏi người bệnh hoặc người nhà)

 - Tên, tuổi, nghề nghiệp, giới, cân nặng

 - Thời gian bị bỏng

 - Tác nhân gây bỏng, thời gian tiếp xúc với tác nhân gây bỏng

 - Hoàn cảnh bị bỏng

 - Xử lí của tuyến trước

 - Tiền sử bệnh nhân

**B. Khám toàn thân**

1. Ý thức, da niêm mạc, mồ hôi, nhiệt độ.

2. Tuần hoàn: Đo mạch, huyết áp động mạch, nghe tim.

3. Khám hô hấp: Tần số nhịp thở, nghe phổi, khám mũi họng xem có bỏng đường hô hấp không.

4. Khám tiêu hóa

 - Lưỡi (rêu, chất lưỡi), chướng bụng, liệu ruột, chất nôn, màu sắc phân

 - Gan lách

5. Khám tiết niệu

 - Cầu bàng quang. Đo lượng nước tiểu, màu sắc, mùi.

6. Các xét nghiệm:

 - Máu: hồng cầu, huyết sắc tố, bạch cầu, công thức bạch cầu, nhóm máu, urê, creatinin, glucose, điện giải, dự trữ kiềm.

 - Nước tiểu: albumin, glucose.

**C. Khám bỏng đường hô hấp**

- Tiếng nói: khàn, mất tiếng, khó thở

- Ho: khàn, đờm màu đen xám, có rỉ máu

- Mồm, họng: viêm nề, tiết dịch, đám hoại tử

- Mũi: cháy lông mũi, viêm nề tiết dịch

- Phổi: rên bệnh lí, X-quang. Soi khí, phế quản nếu có chỉ định.

**D. Khám tổn thương** (mô tả diện tích và độ sâu từng vị trí).

**1. Chẩn đoán độ sâu của bỏng:**

a. Bỏng độ I: da đỏ, đau rát, phù nhẹ

b. Bỏng độ II: vòm nốt phỏng mỏng, trền nền đỏ, ướt, dịch vàng chanh, chạm vào nền vết bỏng đau nhiều.

c. Bỏng độ III: vòm nốt phỏng dày, nền nốt phỏng trắng bóng hoặc có rỉ máu. Chạm vào nền vết bỏng cũng gây đau.

d. Bỏng độ IV: hoại tử ướt da trắng bệch, nổi cao hơn da bình thường; hoại tử khô đen xám lõm dầy cứng, có hình mạch máu dưới da bị đông tắc. Có thể rút lông tóc ra khỏi da một cách dễ dàng hoặc dùng đầu kim nhọn chọc vào đám hoại tử, người bệnh không thấy đau.

e. Bỏng độ V: đần gân cơ xương khớp và các tạng ở sâu.

**2. Tính diện tích bỏng**: theo % diện tích cơ thể

a. Người lớn:

 - Đầu mặt cổ 9%

 - Thân trước 18%

 - Thân sau và 2 mông 18%

 - Một chi dưới 18%

 - Một chi trên 9%

 - Sinh dục ngoài 1%

b. Cách tính diện tích bỏng trẻ em dựa vào bảng:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Phần cơ thểTuổi | Đầu và mặt(%) | Hai đùi(%) | Hai cẳng chân(%) |
| 1 | 17 | 13 | 10 |
| 5 | 13 | 16 | 11 |
| 10 | 10 | 18 | 12 |
| 15 | 8 | 19 | 13 |

Các phần khác của cơ thể cách tính diện tích như ở người lớn.

c. Phương pháp bàn tay người bệnh: tương đương 1%.

d. Phương pháp 1, 3, 6, 9, 18:

 - 1%: mu, gan bàn tay, tầng sinh môn, cổ, gáy.

 - 3%: cánh, cẳng tay, da mặt, da đầu, 1 bàn chân.

 - 6%: cẳng chân, 2 mông.

 - 9%: đùi, 1 chi trên.

 - 18%: 1 chi dưới, thân trước, thân sau (cả 2 mông).

**3. Cách ghi chẩn đoán**

 Diện tích bỏng chung (Độ sâu) % - Tác nhân bỏng

Bỏng + Thời gian, bệnh kèm

theo Độ bỏng + Vị trí bỏng

 **KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ SỐC BỎNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Sốc bỏng là một trạng thái phản ứng toàn thân của cơ thể khi bị bỏng với mức độ tổn thương mô lớn gây các rối loạn bệnh lí: suy sụp tuần hoàn, rối loạn hô hấp, rối loạn cân bằng nước điện giải, rối loạn cân bằng kiềm trong cơ thể.

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Người già, trẻ nhỏ có diện tích bỏng bằng và trên 5% diện tích cơ thể; người lớn bằng và trên 15% diện tích cơ thể trong 3 ngày đầu sau bỏng.

2. Người bỏng có sốc cương, sốc nhược.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Không có

**IV. CHUẨN BỊ:**

**1. Cán bộ chuyên khoa**

Bác sĩ chuyên khoa bỏng hoặc bác sĩ chuyên khoa hồi sức cấp cứu và điều dưỡng được phân công.

**2. Phương tiện**

 - Bộ tiểu phẫu, bộ dụng cụ mở khí quản, các kim và ống thông chọc và truyền dịch tĩnh mạch, đo huyết áp tĩnh mạch trung tâm, nhiệt kế.

 - Ống thông dạ dày, ống thông tiểu…

 - Dịch truyền các loại oxy

 - Thuốc hồi sức cấp cứu.

**3. Người bệnh**

 - Hồ sơ bệnh án, có bảng vẽ hình tổn thương bỏng

 - Nằm trên giường hồi sức cấp cứu, được cân nặng nếu có thể

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**A. Khám người bệnh sốc bỏng**

1. Khám toàn thân: ý thức, da niêm mạc, nhiệt độ, môi tím, vã mồ hôi, lạnh…

2. Khám tuần hoàn: mạch, huyết áp động mạch, huyết áp tĩnh mạch trung tâm; nghe tim

3. Khám hô hấp: tần số thở, nghe phổi

4. Khám tiêu hóa: nôn, buồn nôn, chướng bụng, khám lưỡi

5. Khám tiết niệu: cầu bàng quang, theo dõi nước tiểu, lượng nước tiểu 24 giờ, màu, sắc, mùi, tỉ trọng.

6. Khám tổn thương bỏng, vẽ mô tả tổn thương

7. Làm các xét nghiệm cấp cứu: hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrit, bạch cầu, công thức bạch cầu, nhóm máu, urê, creatinin, protit máu; điện giải, pH máu, dự trữ kiềm, kiềm dư, PaO2, nước tiểu…

8. Ghi các chỉ số vào bảng theo dõi sốc bỏng

9. Theo dõi các biến chứng:

a. Suy thận

b. Suy hô hấp

c. Tràn máu phế nang

d. Liệt dạ dày ruột cấp

e. Chảy máu đường tiêu hóa, rối loạn đông máu.

**B. Điều trị sốc bỏng**

1. Cho thở oxy, hút đờm vãi, mở khí quản khi có chỉ định.

2. Đặt 1 đường truyền dịch (tĩnh mạch dưới đòn, bẹn hoặc tĩnh mạch ngoại vi…), đo huyết áp tĩnh mạch trung tâm, nếu có điều kiện.

3. Đặt thông dạ dày, đặt thông hậu môn.

4. Đặt thông tiểu: theo dõi số lượng từng giờ và 24 giờ, màu sắc nước tiểu, làm xét nghiệm nước tiểu.

5. Truyền dịch: áp dụng 1 trong các công thức truyền sau đây:

a. Công thức EVANS (1952):

 - Dịch keo: 1ml/kg (cân nặng) x % diện tích bỏng.

 - Dịch điện giải: 1ml/kg (cân nặng) x % diện tích bỏng.

 - Dung dịch glucose 5%: 2000ml cho người lớn; 8 giờ đầu truyền một nửa lượng dịch, 16 giờ sau truyền nửa còn lại. Ngày thứ hai dịch keo và điện giải bằng 1/2 ngày thứ nhất.

b. Công thức Parkland (1994): chỉ dùng Ringer lactat với cách tính trọng lượng dịch dùng trong 24 giờ đầu: 4ml/kg (cân nặng) x % diện tích bỏng.

c. Công thức Viện Bỏng Quốc Gia:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tuổi**Mức độ sốc | **Người lớn** | **14 – 7t** | **6 – 3t** | **2 – 1t** | **<1t** |
| - Nhẹ- Vừa- Nặng, rất nặng | 3.000ml5.000ml6000 – 10.000ml | 2.500ml3.000ml4.000 – 5.000ml | 2.000ml2.500ml3.000 – 4000ml | 1.500ml2.000ml2.500 – 3000ml | 750ml1.000ml1.250 – 1.500ml |

 - Nhẹ và vừa: 1/3 dịch keo, 1/3 dịch điện giải, 1/3 glucose 5% và dịch khác.

 - Nặng và rất nặng: 1/4 máu, 1/4 dịch keo, 1/4 dịch điện giải, 1/4 dung dịch glucose 5% và dịch khác.

6. Nếu nhiễm toan chuyển hóa: truyền natri bicarbonat 5% theo Mellemgaard – Astrup:

 Kg (cân nặng) x kiềm hụt

 = … ml natri bicarbonat 5%

 2

7. Các biện pháp điều trị khác

a. Giảm đau: promedol, dolargan, hypnoven…

b. Kháng histamin: dimedrol

c. Trợ tim mạch: uabain, dopamin

d. Trợ hô hấp: nếu co thắt phế quản dùng diaphylin.

e. Phòng loét cấp ống tiêu hóa: cimetidin, tagamet.

g. Phòng nhiễm khuẩn: kháng sinh

h. Truyền đủ dịch, dùng thước trợ tim mà huyết áp động mạch không lên được: thì dùng hidrocortison hoặc depersolon.

i. Lợi niệu: lasix, manitol (chỉ dùng khi đã bổ sung đủ dịch mà lượng nước tiểu ít: thiểu niệu, vô niệu).

k. Vitamin C.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÍ TAI BIẾN**

1. Suy thận cấp

2. Suy hô hấp cấp, phù phổi cấp

3. Chảy máu đường tiêu hóa

4. Đông máu rải rác trong lòng mạch

**CẤP CỨU VÀ ĐIỀU TRỊ BỎNG ĐIỆN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

 - Bỏng điện do dòng điện truyền dẫn qua cơ thể, tạo nhiệt năng gây tổn thương tại chỗ và toàn thân.

 - Bỏng tia lửa điện xử lí như bỏng nhiệt khô.

**II. CHỈ ĐỊNH:** Các người bệnh bỏng do luồng điện

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Dòng điện đi qua cơ thể nhưng không gây tổn thương

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa:** bác sĩ, điều dưỡng chuyên khoa bỏng, hồi sức cấp cứu.

**2. Phương tiện:** Các phương tiện cấp cứu ngừng hô hấp và tuần hoàn.

**3. Người bệnh:** Đưa người bệnh ra khỏi nguồn điện.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kĩ thuật:**

***a. Cấp cứu tại nơi xảy ra tai nạn***

 - Nhanh chóng ngắt dòng điện: cắt cầu dao điện, lấy bỏ cầu chì, dùng vật không dẩn điện tách người bệnh ra khỏi nguồn điện.

 - Nếu có ngừng tim ngừng hô hấp: tiến hành ngay tại chỗ bóp tim ngoài lồng ngực, hô hấp nhân tạo khi nào tim đập lại, người bệnh tự thở được mới chuyển đến cơ sở điều trị.

 - Tiêm thuốc trợ tim, thuốc trợ hô hấp.

***b. Tại cơ sở điều trị***

 - Khám phân loại người bệnh.

 - Nếu bỏng nặng, có sốc phải điều trị sốc bỏng.

 - Chú ý bỏng điện thường biến chứng suy thận cấp phải đo nước tiểu và xét nghiệm.

 - Khám tại chỗ xác định điểm vào và điểm ra của dòng điện; trên đường đi của dòng điện thường có hoại tử dưới da như cân, cơ, xương đặc biệt mạch máu, thần kinh.

 - Bỏng điện thường có biến chứng chảy máu thứ phát cần phải để garô chờ, cắt bỏ hoại tử sớm. Nếu mạch máu đứt hoặc hoại tử thì thắt.

 - Bỏng điện thường gây hoại tử sinh hơi.

 - Nếu không bảo tồn chi thể được thì có chỉ định cắt cụt.

 - Không dùng các loại kháng sinh và thuốc độc cho nhu mô thận.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

 - Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở đến khi người bệnh hồi phục.

 - Nước tiểu, xét nghiệm nước tiểu.

 - Chảy máu.

 - Hoại thư sinh hơi.

 - Rối loạn tâm thần kinh và các tổn thương khác.

**2. Xử lí:**

 - Suy thận cấp: điều trị suy thận (thuốc lợi niệu, dịch kiềm bicacbonat, chạy thận nhân tạo, thẩm phân và lọc máu).

 - Ngừng thở ngừng tim đột ngột: xoa bóp tim, bóp bóng, hỗ trợ hô hấp.

 - Nhiễm khuẩn máu: điều trị theo phác đồ nhiễm khuẩn máu.

 - Hoại thư sinh hơi: rạch rộng, rửa oxy già, cắt bỏ hoại tử, dùng kháng sinh tại chỗ và toàn thân.

 - Chảy máu: cầm máu, thắt mạch.

 **CẤP CỨU VÀ ĐIỀU TRỊ BỎNG DO ACID**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Acid gây bỏng làm đông vón protein mô và hút nước của tế bào gây hoại tử mô.

**II. CHỈ ĐỊNH:** Người bị bỏng acid.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Không có.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa:** Bác sĩ, điều dưỡng

**2. Phương tiện:** Dụng cụ phẫu thuật, thay băng cho một người bệnh.

**3. Người bệnh:** Được khám các vị trí tổn thương đặc biệt các hốc tự nhiên như mắt, tai, mũi họng.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tại nơi xảy ra tai nạn:**

 - Ngâm vết bỏng bằng nước sạch, lạnh nhiều lần để giảm nồng độ acid bám trên da.

 - Trung hòa bằng kiềm nhẹ như: rửa bằng nước xà phòng, nước vôi 5%.

 - Chuyển tới cơ sở điều trị.

**2. Tại cơ sở điều trị:**

 - Rửa lại vết bỏng bằng nước xà phòng.

 - Rửa vết bỏng bằng dung dịch NaCl 0,9%.

 - Rửa vết bỏng bằng dung dịch natri bicacbonat 10 – 20%.

 - Thấm khô.

 - Đắp gạc tẩm dung dịch natri bicacbonat 10 – 20%.

**3. Bỏng mắt:**

 - Rửa bằng dung dịch NaCl 0,9% nhiều lần tiếp đó rửa bằng dung dịch đệm phốt phát có pH bằng 7,4 nhỏ giọt mạnh.

 - Rửa sạch bằng dung dịch NaCl 0,9%.

 - Thấm khô.

 - Nhỏ thuốc mỡ tetracylin. Mời chuyên khoa mắt khám và điều trị.

**4. Bỏng thực quản dạ dày:**

 - Trung hòa bằng uống ngay nước có pha loãng lòng trắng trứng gà (4 lòng trắng trứng gà trong 500ml nước) hoặc nước sữa.

 - Không được uống dung dịch Natri bicabonat 5%.

 - Truyền dịch nuôi dưỡng.

 - Các biện pháp dùng ống đặt qua mũi, miệng và thực quản, dạ dày, phải có chỉ định đúng để phòng gây thủng thực quản, dạ dày.

 - Kết hợp với chuyên khoa ngoại tiêu hóa theo dõi và điều trị.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

 - Mạch, huyết áp, nhiệt độ.

 - Tình trạng sốc, nhiễm khuẩn bỏng.

 - Thủng thực quản, thủng dạ dày.

**2. Xử lí:**

 - Hoại tử khô gây chèn ép: rạch mở hoặc cắt bỏ hoại tử sớm.

 - Thủng giác mạc điều trị chuyên khoa mắt.

 - Hoại tử vành tai: phẫu thuật, lấy bỏ sụn hoại tử.

**CẤP CỨU CHẾT ĐUỐI**

**I. CƠ SỞ SINH LÍ BỆNH**

Chết đuối có thể do:

 - Co thắt thanh quản gây ngạt thở bởi một ít nước tràn vào đường hô hấp.

 - Hoặc nước tràn vào làm ngập phổi, làm giảm sức đàn hồi gây xẹp phổi.

 - Hoặc do phù phổi vì tăng tính thấm thành mạch.

 - Kết hợp trụy tim mạch bởi giảm thể tích tuần hoàn.

Về sau nạn nhân vẫn có thể bị suy thở vì viêm phổi.

**II.KĨ THUẬT CẤP CỨU**

**1. Lúc ban đầu:**

 - Phải nhanh chóng vớt nạn nhân ra khỏi nước.

 - Tìm cách đưa mặt người bệnh nhô khỏi mặt nước, móc họng làm giảm tắc đường hô hấp, hà hơi thổi ngạt. Tốt nhất đặt được nạn nhân lên một tấm ván, vừa bơi vừa làm hô hấp nhân tạo.

**2. Ra khỏi nước:**

a. Cởi quần áo, lau mình, quấn vải khô, ủ ấm nạn nhân, để nơi kín gió, đặt ống thông dạ dày hút dịch ra.

b. Tùy trình trạng hô hấp, tuần hoàn, thần kinh của nạn nhân mà nhanh chóng điều trị.

 - Nếu người bệnh tỉnh táo: chỉ cần động viên nạn nhân an tâm, theo dõi trong 24 giờ.

 - Nếu người bệnh bị thiếu oxy nhẹ: vật vã, ho nhiều, hơi khó thở, thở nhanh, 2 phổi có một ít ran, mạch nhanh chỉ cần cho thở oxy và theo dõi trong 48 giờ.

 - Người bệnh có biểu hiện thiếu oxy nặng: từ lơ mơ đến hôn mê, suy thở nặng: tím tái ở môi, ở móng tau, thở nhanh, nông, 2 phổi đầy ran ẩm: phải hô nhân tạo bằng bóp bóng Ambu hay đặt nội khí quản hô hấp hỗ trợ với áp lực dương hay với chế độ PEEP. Người bệnh tỉnh thì không cần đặt nội khí quản, chỉ cần thở chế độ áp lực dương liên tục (CPAP).

 - Người bệnh ngừng hô hấp tuần hoàn: nhanh chóng hà hơi thổi ngạt hoặc hô hấp chỉ huy bằng bóng qua mặt nạ hay qua ống nội khí quản. Kết hợp nhịp nhàng với bóp tim ngoài lồng ngực và hút dạ dày. Nếu nạn nhân có thân nhiệt giảm nên giữ ở nhiệt độ 300C và kéo dài thời gian cấp cứu vì có nhiều hi vọng hồi phục

 - Ngoài ra cần áp dụng các biện pháp điều trị khác chống phù não: duy trì thông khí giữ áp lực CO2 trong máu khoảng 30mmHg, cho thuốc lợi tiểu (manitol 10% 200ml, truyền nhỏ giọt tĩnh mạch hoặc furosemid 0,5mg/kg tiêm tĩnh mạch) sau khi đã điều chỉnh được các rối loạn nước và điện giải. Có thể dùng bacbituric (thiopental: 1 – 2g/nhỏ giọt trong 24 giờ). Cho kháng sinh và cocticoid để điều trị viêm nhiễm ở phổi.

**CẤP CỨU ĐIỆN GIẬT**

**I. CƠ SỞ SINH LÍ BỆNH**

Nạn nhân có thể chết đột ngột hay bị bỏng nặng, tùy theo các yếu tố sau:

 - Cường độ: 1mA gây rung giật nhẹ cơ.

 10mA gây co cứng cơ.

 80mA đủ để làm ngừng tim.

- Điện thế: càng cao càng gây cháy, bỏng nặng, bỏng sâu nếu chỉ nhìn diện tích da bị bỏng thì chẩn đoán sẽ không đầy đủ.

- Tần số: ở cùng một cường độ thì dòng điện xoay chiều nguy hiểm hơn dòng điện một chiều.

- Thời gian tiếp xúc càng lâu, điện trở da càng thấp (ướt, ẩm), đường đi của dòng điện qua tim (tay trái – tay phải; tay trái – chân trái…) sẽ làm nặng thêm.

Khi bị điện giật: nạn nhân có thể bị rung thất, rối loạn tính kích thích, dẫn truyền của cơ tim. Nạn nhân có thể bị co quắp chân tay nên dễ rơi từ trên cao xuống gây sang chấn. Nạn nhân có thể bị rối loạn tri giác: động kinh, hôn mê do thiếu oxy, phù não và tác dụng trực tiếp của sốc điện lên tế bào não.

**II. KĨ THUẬT CẤP CỨU**

1. Tại chỗ bị nạn:

 - Trước hết cắt nguồn điện.

 - Nếu không cắt được, dùng sào khô tách nguồn điện ra khỏi nạn nhân. Hoặc người kéo đứng trên ván khô, tay quấn vải khô kéo nạn nhân ra khỏi nguồn điện. Trong khi kéo nhớ giữ thẳng trục đầu cổ thân để tránh tổn thương tủy thứ phát phòng khi nạn nhân bị gãy cột sống cổ.

 - Tác dụng trên tim mạch có thể xảy ra muộn sau vài giờ cần theo dõi nạn nhân trong 24 giờ.

2. Nếu nạn nhân bị ngừng tim, ngừng thở: làm thông đường hô hấp trên, đồng thời đấm mạnh vào ngực vùng trước tim 5 cái. Nếu tim không đập lại thì kết hợp bóp tim ngoài lồng ngực với hô hấp nhân tạo bằng miệng hay bằng Ambu.

3. Ở người bệnh được đo điện tim, tùy kết quá mà chống rung nếu rung thất (từ 200 – 350 joule), hoặc bóp tim kết hợp với adrenalin hay CaCl2 nếu vô tâm thu. Đồng thời làm hô hấp chỉ huy bằng bóp bóng hay chạy máy thở với oxy 100%.

4. Nếu nạn nhân bị bỏng nặng phải điều trị bỏng.

5. Nạn nhân có thể bị hội chứng “Kiểu vùi lấp” do tiêu cơ nên phải bồi phụ đủ nước điện giải, rồi cho thuốc lợi tiểu (furosemid) để phòng suy thận cấp.

6. Ngoài ra có chấn thương phối hợp: gãy xương, vỡ tạng đặc, gãy cột sống thì phải kết hợp các biện pháp hồi sức với điều trị ngoại khoa thích hợp.

**CẤP CỨU NGỪNG HÔ HẤP VÀ TUẦN HOÀN**

Cấp cứu ngừng hô hấp và tuần hoàn dựa trên 4 bước (A – B – C – D) như sau:

A- airway: làm thông đường thở.

B- breathing: thông khí nhân tạo.

C- circulation: ép tim ngoài (hoặc trong) lồng ngực.

D- drugs: dùng thuốc.

Chú ý các điểm sau:

**I. CHẨN ĐOÁN SỚM VÀ GỌI NGƯỜI TIẾP ỨNG NGAY**

Cần phải chẩn đoán nhanh trong vòng 30 giây. Nếu gặp một người đột nhiên mất tri giác, không còn thấy phản ứng hoặc sau vài cử động nhẹ, mắt trợn ngược, không thở hoặc thở hắt ra, cần phải bắt ngay động mạch đùi, hoặc mạch cổ không thấy đập thì bắt đầu ngay việc cấp cứu và gọi người đến tiếp ứng ngay.

Nếu người bệnh đang được mắc điện tim thì trên điện tim có thể thấy nhịp thất chậm, rung thất hoặc điện tim là đường thẳng thì cần bắt đầu cấp cứu và gọi người tiếp ứng ngay. Không nên mất thời gian soi đồng tử.

**II. CÁC ĐỘNG TÁC CẤP CỨU CƠ BẢN**

1. A: làm thông đường thở: thông thường ngay lập tức đặt người bệnh nằm ngửa trên nền cứng, chỉ cần hơi ngửa đầu ra sau, dùng 2 ngón tay nâng nhẹ hàm dưới, còn trong trường hợp nghi có gãy cột sống cổ chỉ nên nâng hàm dưới là đủ. Nếu nghi ngờ có dị vật ở trong đường thở có thể tiến hành thủ thuật Heimlick, hoặc dùng ngón tay móc dị vật qua miệng người bệnh qua một miếng khăn vải.

Nếu có thể đặt ống thở qua miệng (Canun Mayo) và hút.

2. B: Tiến hành ngay thông khí bằng phương pháp thổi miệng – miệng hay miệng – mũi, hoặc nếu có thể cho bóp bóng qua mặt nạ và cho ngay oxy 100%.

Mỗi lần thở vào từ 1,5 đến 2 giây và chờ cho khi thở ra hoàn toàn (3 đến 4 giây) mới thông khí lần tiếp theo. Tần số thông khí 10 – 12 lần/phút và cố gắng đạt thông khí từ 10 – 15ml/kg ở người lớn.

Chỉ tiến hành đặt ống nội khí quản vào giai đoạn sau khi đã có đầy đủ phương tiện và người đặt có kinh nghiệm, tốt nhất là cho thở oxy 100% trước. Ngày nay người ta có thể dùng ống mở khí quản nhỏ loại chọc qua màng giáp nhẫn để thông khí cấp cứu.

Cần nhớ tiến hành thông khí nhân tạo xen kẽ với ép tim ngoài (hoặc trong) lồng ngực.

3. C: Bảo đảm tuần hoàn: Nên bắt đầu bằng một cú đập mạnh vào vùng ngực trái của người bệnh. Sau đó tiến hành ép tim ngoài lồng ngực càng sớm càng tốt. Chỉ ép tim trong lồng ngực khi đã có sẵn vết mổ ngực hoặc bụng trên.

**\* Kĩ thuật ép tim ngoài lồng ngực:**

- Đặt người bệnh nằm ngửa trên nền cứng.

- Người tiến hành ép tim tốt nhất là nên đứng giạng 2 chân hai bên người bệnh, mặt hướng về phía mặt người bệnh. Cùi lòng bàn tay đặt lên điểm 1/3 dưới xương ức, cách mũi ức 2 khoát ngón tay, tay thứ hai đặt trên tay thứ nhất, các ngón tay xen kẽ nhau.

- Động tác ép tim phải tiến hành theo chiều thẳng đứng, hai tay chống ép thẳng bằng trọng lượng cơ thể, biên độ ép xuống mỗi lần 4 – 5cm, sau khi ép xuống cần phải thả ra đủ thời gian để tim dãn nở sao cho tần số ep tim lí tưởng là 80 – 100 lần/phút. Khi chỉ có một người cấp cứu nên làm thay đổi, cứ 15 lần ép tim lại thổi thông khí 2 lần. Khi có 2 người cùng cấp cứu, cứ 5 lần ép tim lại thông khí một lần.

- Chống rung tim sớm chỉ thực hiện được khi ở một đơn vị chuyên khoa và chẩn đoán có rung thất. Chống rung ngoài phải có 2 điện cực, đường kính ít nhất là 8cm, một đặt trước tim, một đặt ở đường nách giữa trái, bắt đầu chống rung từ 200joules tăng dần lên 360joules.

4. D: Điều trị bằng thuốc:

 - Adrenalin vẫn là thuốc hồi sức cơ bản. Nên dùng ngay liều cao 1 – 3mg tiêm tĩnh mạch cách nhau 3 – 5 phút một lần kết hợp với ép tim. Khi không thể tiêm tĩnh mạch có thể dùng liều thuốc gấp đôi pha trong 10ml huyết thanh mặn 0,9% và bơm khí quản (qua màng giáp nhẫn hoặc ống nội khí quản) rồi bóp thông khí mạnh 2 – 3 lần. Tuyệt đối không tiêm adrenalin trực tiếp vào tim.

 - Hạn chế truyền natri bicarbonat, chỉ truyền khi ngừng tim trên 15 phút hoặc người bệnh biết trước là có toan chuyển hóa hoặc tăng kali máu. Nên dùng liều đầu 1mmol/kg và cứ 10 phút sau lại cho 0,5mmol/kg.

 - Chỉ cho lidocain 1 – 2mg/kg sau khi đã cho adrenalin và chống rung thất bại.

 - Bù dịch tĩnh mạch: chỉ bắt buộc khi người bệnh có mất máu hoặc thiếu khối lượng tuần hoàn. Nên dùng huyết thanh mặn 0,9%, không dùng dung dịch đường.

 - Atropin nên cho khi có ngộ độc phospho hữu cơ hoặc có nhịp chậm.

 - Canxi: cho khi có hạ canxi máu từ trước hoặc ngộ độc bởi các chất ức chế canxi hoặc tăng kali máu.

 - Kích thích tim bằng máy (pacemaker): chỉ làm khi nhịp tim chậm mà không đáp ứng với thuốc.

 - Bảo vệ não: chủ yếu là tránh tụt huyết áp lâu, tránh tăng đường máu, và độ thẩm thấu máu, tránh sốt cao và co giật.

**III. MỘT SỐ TÌNH HUỐNG ĐẶC BIỆT**

**1. Trong chấn thương:**

 - Chú ý người bệnh có mất khối lượng tuần hoàn và lưu ý có thể có chèn ep trong lồng ngực do tràn máu, tràn khí màng phổi, màng tim.

 - Người bệnh hãy cột sống cao cần cho atropin liều cao khi có cường phó giao cảm.

 - Người bệnh bị hội chứng vùi lấp hoặc nghiền nát khi cần cho kiềm và canxi sớm.

**2. Trong ngộ độc:**

Cần điều trị đối kháng như ngộ độc cyanua cho hydroxocobamin, ngộ độc phospho hữu cơ cho atropin liều cao…

**3. Ở phụ nữ có thai:**

Cấp cứu như bình thường, chú ý kê cao mông bên phải để đẩy tử cung sang trái và nếu có thể phẫu thuật lấy thai nhanh trong vòng 5 phút có thể cải thiện cơ hội sống sót của cả mẹ và thai nhi.

**4. Do điện giật:**

Chú ý tránh không để bị cùng tiếp xúc với nguồn điện, cắt ngay điện nguồn. Ưu tiên làm chống rung ngay. Chú ý bù dịch và kiềm nếu có bỏng rộng và sâu, chú ý có thể hãy cột sống.

**5. Do chết đuối:**

Cần chú ý hút dạ dày và hô hấp với áp lực dương cuối thì thở ra sớm (PEEP).

**6. Do tụt nhiệt độ:**

Cần cấp cứu kiên trì hơn, tần số thông khí và ép tim có thể chậm hơn. Và nhớ sưởi ấm người bệnh.

**IV. ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ**

1. Mạch cảnh đập.

2. Môi hồng.

3. Đồng tử co lại.

4. Tự thở.

5. Tri giác hồi phục.

**KIỂM TRA ĐƯỜNG SINH DỤC DƯỚI SAU ĐẺ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

 - Thường gặp nhất là chấn thương sau các thủ thuật sản khoa: Forceps, giác hút, cắt thai, đẻ ngôi mông.

 - Trong các trường hợp đẻ mà cơn co tử cung mạnh tác động lên cổ tử cung hoặc có sẹo cũng gây rách cổ tử cung nghiêm trọng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

 - Thường quy sau các thủ thuật sản khoa.

 - Các trường hợp chảy máu sau đẻ phải kiểm tra cổ tử cung ở các trường hợp tử cung co tốt chảy máu nhiều.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Không có.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa:** y, bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản, nữ hộ sinh.

**2. Phương tiện:** đèn gù, dụng cụ khám phụ khoa, khâu tầng sinh môn.

**3. Người bệnh:**

 - Tư vấn cho sản phụ trước khi tiến hành thủ thuật

 - Khám trước thủ thuật: đo mạch, huyết áp, hồi sức khi có mất máu

4. Hồ sơ bệnh án: bệnh án sản khoa, ghi đầy đủ trước và sau thực hiện thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

 - Sản phụ nằm tư thế sản phụ khoa, thủ thuật viên mở rộng âm đạo bằng hai van âm đạo. Trợ thủ viên ấn vào đáy tử cung đẩy nhẹ xuống để cổ tử cung xuống thấp hơn trong âm đạo để có thể nhìn thấy rõ cổ tử cung. Quan sát từng giai đoạn và chú ý kĩ vị trí hai bên 3 giờ và 9 giờ. Dùng gạc khô để thấm máu xác định xem chảy máu ở đâu.

 + Nếu chảy máu ở buồng tử cung: phải kiểm soát tử cung, thuốc co tử cung, xoa bóp tử cung.

 + Nếu chảy ở cổ tử cung hoặc nghi ngờ rách cổ tử cung dùng hai kẹp hình tim kiểm tra toàn bộ tử cung.

 - Bọc lộ chỗ rách và kẹp mỗi bên mép rách bằng một kẹp hình tim kiểm tra toàn bộ cổ tử cung. Khâu bằng chỉ catgut chromic mũi rời, mũi đầu tiên trên đỉnh vết rách 1cm để loại trừ mạch đứt bị co lên.

 - Sau đó kiểm tra lại toàn bộ thành âm đọa vùng tiền đình và tầng sinh môn nếu tổn thương khâu phục hồi.

 + Nếu rách cổ tử cung sâu chảy máu không khâu được đường dưới phải chèn gạc và xử lí như trường hợp vỡ tử cung.

**VI. THEO DÕI**

 - Kháng sinh uống hoặc tiêm tùy tổn thương hoặc nguy cơ nhiễm khuẩn.

 - Trong 2 giờ đầu sau đẻ:

 + Thăm khám 30 phút một lần ghi hồ sơ. Đếm mạch, đo huyết áp.

 + Nắn đáy tử cung qua thành bụng. Lượng giá máu mất qua băng vệ sinh.

 - Trong 4 giờ tiếp theo 1 giờ thăm khám 1 lần với các nội dung trên

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ LÍ:** Không có.

**ĐIỀU TRỊ VIÊM TUYẾN BARTHOLIN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

 - Viêm tuyến Bartholin thường do vi khuẩn lậu, liên cầu, tụ cầu hoặc chlamydia gây ra.

 - Nhiễm khuẩn có thể xuất phát từ viêm âm hộ lan đến tuyến hoặc ống tuyến bị tắc biến thành nang và bị nhiễm khuẩn thứ phát.

 - Viêm tuyến Bartholin có 2 hình thái: cấp tính và mạn tính.

**II. VIÊM TUYẾN BARTHOLIN CẤP TÍNH**

**1. Triệu chứng:**

 - Người bệnh xuất hiện sưng, nóng đỏ, đau ở vùng âm hộ, thường là một bên. Lúc đầu khối viêm còn khu trú, sau một vài ngày thì lan tỏa sưng to có thể đến 6 – 7cm, nếu đến muộn có thể vỡ mủ. Người bệnh đi lại khó khăn do đau. Toàn thân có thể sốt. Khám bằng ngón tay cái và ngón trỏ thấy một khối sưng nề một bên âm hộ, bóp nhẹ thấy có mủ chảy ra ở cửa tuyến Bartholin mặt trong môi nhỏ. Cần xét nghiệm mủ tìm loại vi khuẩn gây bệnh.

**2. Đều trị**

*a. Nội khoa:*

 - Kháng sinh:

 + Nếu do lậu dùng Quinolon như Peflacine 800mg/ngày liều duy nhất

 + Với chlamydia dùng doxycyclin 200mg/ngày trong 10 ngày.

 + Với các vi khuẩn khác dùng theo kháng sinh đồ tùy trường hợp cụ thể.

 - Thuốc giảm đau: dùng nhóm paracetamol

 - Thuốc chống viêm, giảm phù nề:  αchymotrypsin, danzen…

*b. Ngoại khoa:* chích dẫn lưu khi khối viêm đã áp xe hóa

 - Giảm đau toàn thân: Fentanyl 1%/1ml pha loãng tiêm TM, Seduxen…

 - Gây tê tại chỗ: Xylocain 1%

 - Đường rạch dẫn lưu ở nếp gấp giữa tuyến Bartholin và mội bé, nơi lồi và phồng nhất, cần mở đủ rộng, phá hết các vách, có thể đặt 1 gạc nhỏ dẫn lưu.

 - Làm thuốc bằng Bethadin, thay gạc dẫn lưu 2 – 3 ngày.

**III. VIÊM TUYẾN BARTHOLIN MẠN TÍNH**

**1. Triệu chứng:**

 - Tiền sử đã có những lần sưng đau âm hộ hoặc chích dẫn lưu mủ.

 - Sau kinh nguyệt, sau giao hợp hoặc khi người mệt mỏi tuyến lại sưng to lên, nắn thấy rắn, đau và có ít mủ chảy ra.

 - Nếu tuyến bị nang hóa: khám thấy một khối căng, bờ rõ, di động, có thể ở nông ngay dưới da vùng mội lớn hoặc ở sâu, kích thước có thể nhỏ từ 1cm đến to 4 – 5cm, nắn không đau. Trường hợp này cần chẩn đoán phân biệt với các khối u khác ở vùng môi lớn như: u tuyến bã, u xơ thành âm đạo lồi ra ngoài, thoát vị môi lớn…

**2. Điều trị:**

Ngoại khoa là chính, cắt bỏ nang tuyến

 - Chọn thời điểm: xa hành kinh, tốt nhất là sau sạch kinh.

 - Giảm đau toàn thân: Fentanyl 1%/1ml pha loãng tiêm TM, Seduxen…

 - Gây tê tại chỗ: Xylocain 1%

 - Chọn đường rạch: có 3 đường:

 + Giữa nếp gấp môi lớn và môi bé

 + Mặt ngoài môi lớn

 + Bờ môi lớn chỗ căng phồng của tuyến, dọc theo khối u

 - Bóc tách nhẹ nhàng lấy toàn bộ nang tuyến, tránh làm vỡ, tránh làm thủng vào bên trong âm đạo.

 - Cầm máu kĩ: có thể khâu từng mũi rời rạc hoặc dùng dao điện.

 - Khâu phục hồi khoang bóc tách: khâu 2 lớp, chú ý khâu kín đáy của khoang bóc tách bằng các mũi rời chữ X, da có thể khâu mũi rời hoặc luồn trong da bằng chỉ tiêu.

 - Chăm sóc sau phẫu thuật: làm thuốc hàng ngày bằng Betadine, kháng sinh toàn thân, thuốc giảm đau, thuốc chống viêm, giảm phù nề.

 - Tai biến có thể gặp: tụ máu do cầm máu không tốt; nhiễm khuẩn bục vết khâu do làm vỡ nang, làm thủng hố bóc tách sang âm đạo.

**ĐIỀU TRỊ BẰNG TIA HỒNG NGOẠI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

 - Điều trị bằng tia hồng ngoại là dùng ánh sáng có bước sóng lớn hơn 750nm để điều trị và phòng bệnh.

 - Tác dụng sinh lí chủ yếu của tia hồng ngoại là tác dụng nhiệt.

 - Hồng ngoại có hai nguồn chính là nguồn tự nhiên (ánh sáng mặt trời) và nguồn nhân tạo (các loại đèn được chế tạo). Trong phần kĩ thuật này chỉ nói đến sử dụng đèn để điều trị.

**II. CHỈ ĐỊNH**

 - Giảm đau, dãn cơ, tăng cường lưu thông máu.

 - Chống viêm: viêm khớp mạn tính, viêm sụn vành tai, viêm dây thần kinh, viêm tổ chức dưới da, nhọt, viêm xoang, bong gân, đụng giập phần mềm sau 24 giờ.

 - Trước khi làm một số kĩ thuật khác như: xoa bóp, vận động, kích thích điện…

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

 - Vùng da vô mạch (sẹo bỏng).

 - Các bệnh ngoài da cấp tính.

 - Thận trọng các vùng da mất cảm giác; mắt miệng; người bệnh quá mẫn cảm.

 - Những người bệnh hay bị say nóng, say nắng.

 - Người bệnh sốt cao; quá suy kiệt.

 - Tình trạng choáng, chảy máu, đe dọa chảy máu.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa:** kĩ thuật viên Vật lí trị liệu, bác sĩ Phục hồi chức năng.

**2. Phương tiện:** đèn hồng ngoại (Kiểm tra đèn, các thông số kĩ thuật).

**3. Người bệnh:**

 - Các xét nghiệm liên quan.

 - Kiểm tra mạch, huyết áp, nhịp thở…

 - Để người bệnh ở tư thế thoải mái, phù hợp.

**4. Hồ sơ bệnh án:** chuẩn bị hồ sơ bệnh án, phiếu điều trị vật lí và các xét nghiệm liên quan.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

 - Giải thích cho người bệnh để họ hợp tác, an toàn tin tưởng.

 - Bộc lộ phần cơ thể cần điều trị.

 - Để đèn hồng ngoại hướng vào vùng da điều trị chếch một góc khoảng 450, khoảng cách từ đèn đến da người bệnh khoảng 40 – 50cm.

 - Bật đồng hồ theo chỉ định, bật công tắc cho đèn hồng ngoại sáng.

 - Hỏi người bệnh về cảm giác, nếu cảm thấy nóng hoặc chưa đủ ấm thì cần điều chỉnh khoảng cách đèn cho phù hợp.

 - Hết thời gian điều trị, tắt đèn hồng ngoại.

 - Cho người bệnh ngồi dậy, kết thúc điều trị, dặn dò người bệnh.

 - Ghi chép hồ sơ.

**VI. THEO DÕI**

**1. Trong khi điều trị:** tình trạng của người bệnh, độ nóng vùng điều trị (hỏi cảm giác người bệnh).

**2. Sau điều trị:** tình trạng người bệnh, mạch, nhiệt độ, huyết áp.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ LÍ**

**1. Trong và sau khi làm kĩ thuật có thể gặp tai biến:**

 - Bỏng da do quá liều hoặc vỡ bóng đèn.

 - Điện giật.

**2. Xử lí:**

 - Điều trị bỏng da, không chiếu hồng ngoại vào vùng bị bỏng

 - Nếu bị điện giật: ngắt nguồn điện, cấp cứu điện giật.

**SỬ DỤNG KHUNG, NẠNG, GẬY TRONG TẬP ĐI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Các dụng cụ trợ giúp di chuyển bao gồm: khung tập đi, nạng, gậy và các dụng cụ cần thiết để giúp người giảm khả năng đi lại.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Khung tập đi, nạng gậy được chỉ định cho người bệnh liệt nửa người, liệt hai chi dưới, người bệnh tập sử dụng chân giả, nẹp chỉnh hình, trẻ bại não, bại liệt, một số bệnh lí chi dưới khác.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Khi người bệnh có khả năng tự đi lại được.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa:** bác sĩ chuyên khoa phục hồi chức năng, kĩ thuật viên vật lí trị liệu.

**2. Phương tiện:**

 - Khung tập đi, nạng, gậy.

 - Kích thước của các dụng cụ này phải phù hợp với từng người bệnh vì vậy cần đo trước khi tập luyện

**3. Người bệnh:**

**4. Hồ sơ bệnh án:**

 - Các xét nghiệm liên quan

 - Lượng giá các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở và tình trạng người bệnh

 - Đọc kĩ phiếu điều trị.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tập với khung tập đi:**

 - Hướng dẫn người tàn tật đứng, hai tay nắm lấy phần trên khung, hai chân đứng phần giữa khung, hơi nghiêng về phía trước để giữ trọng lượng.

 - Hướng dẫn người tàn tật đi như sau:

 + Người tàn tật di chuyển khung lên phía trước bằng cách đẩy hoặc nâng khung lên.

 + Di chuyển một chân lên phía trước.

 + Tiếp tục di chuyển chân kia.

**2. Tập với nạng**

 + **Cách 1:** đưa một chân và một nạng bên đối diện sau đó đưa chân và nạng còn lại lên (đi 4 điểm).

 + **Cách 2:** bước chân yếu và cả hai nạng lên cùng một lúc sau đó chân khỏe tiếp theo (đi 3 điểm).

 + **Cách 3:** hai nạng đi trước, hai chân văng theo (Dùng cho người bị bại liệt hai chi dưới). (đi 2 điểm).

- Bài tập đi với một nạng: hướng dẫn người tàn tật để nạng bên lành, đưa chân liệt và nạng bước lên cùng một lúc, tiếp theo sau là chân lành.

- Tập đi với gậy: hướng dẫn người bệnh cầm gậy bên lành, bước chân yếu và gậy lên cùng, sau đó, tiếp chân khỏe lên.

**VI. THEO DÕI**

Theo dõi tình trạng, mạch, nhiệt độ, huyết áp của người bệnh trong và sau khi làm kĩ thuật.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ LÍ**

 - Trong khi tập với các dụng cụ như khung tập đi, nạng, người bệnh hoặc người tàn tật có thể bị ngã hoặc dụng cụ bị gãy.

 - Xử lí: kiểm tra kĩ các dụng cụ trước khi tập, phải luôn có một người đi cạnh để trợ giúp người bệnh hoặc người tàn tật.

**SỬ DỤNG XE LĂN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

 - Xe lăn là phương tiện di chuyển sử dụng cho những người không tự đi lại được.

 - Xe lăn tay bao gồm loại có tay vịn, loại không có tai vịn.

 - Các kĩ thuật hướng dẫn người bệnh di chuyển ra vào xe lăn tay bao gồm: di chuyển từ giường sang xe lăn tay loại không có tay vịn, di chuyển từ giường sang xe lăn nhờ một ván trượt, từ xe lăn xuống nền nhà và ngược lại.

**II. CHỈ ĐỊNH**

 - Liệt hai chi dưới do tổn thương tủy sống.

 - Các tật bẩm sinh, các bệnh cơ xương khớp ở chi dưới làm cho người bệnh mất khả năng đi lại.

 - Cụt hai chân hoặc cụt một chân và chân còn lại bị yếu.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không sử dụng xe lăn cho những người có thể tự đi lại được.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa:** bác sĩ chuyên khoa phục hồi chức năng, kĩ thuật viên vật lí trị liệu.

**2. Phương tiện:**

 - Xe lăn tay có vịn hoặc không có tay vịn.

 - Một tấm ván trược nhẵn, rộng 25cm dài 165cm, chắc chắn, nhẹ.

 - Một ghế đẩu nhỏ, chắc chắn, chiều cao gần bằng mặt ghế xe lăn tay.

**3. Người bệnh:**

 - Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở…

 - Lượng giá tình trạng người bệnh, đặc biệt chú ý khả năng nâng trọng lượng cơ thể của hai tay.

**4. Hồ sơ bệnh án và các xét nghiệm liên quan, đọc kĩ phiếu điều trị:**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tâm lí trị liệu, giải thích về kĩ thuật người tàn tật hợp tác, phối hợp làm kĩ thuật:**

**2. Làm kĩ thuật:** tùy theo tình trạng và khả năng cảu người tàn tật, tùy theo loại xe lăn mà chọn một trong các quy trình kĩ thuật sau:

***a. Hướng dẫn người tàn tật tự di chuyển từ giường sang xe lăn:***

 - **Bước 1:** hướng dẫn người tàn tật để xe lăn tay cạnh giường, khóa phanh xe lại.

 - **Bước 2:** dùng hai tay di chuyển dần hai chân liệt và cơ thể ra sát giường.

 - **Bước 3:** dùng hai tay nâng hai chân đặt lên chỗ để chân của xe lăn tay.

 - **Bước 4:** dùng một tay chống lên giường, tay kia chống lên ghế xe lăn, nâng mông và cơ thể lên ghế của xe lăn.

 - **Bước 5:** chỉnh lại tư thế và ngồi thoải mái vào xe lăn.

*b. Hướng dẫn người tàn tật di chuyển từ giường sang xe lăn có tay vịn:*

 - **Bước 1:** đặt xe lăn cạnh giường sao cho tay của người tàn tật với đến tận tay vịn của xe lăn, khóa bánh xe lăn (phanh).

 - **Bước 2:** dùng hai tay di chuyển dần hai chân liệt và cơ thể ra sát giường.

 - **Bước 3:** dùng hai tay nâng hai chân đặt lên chỗ để chân của xe lăn tay.

 - **Bước 4:** một tay của người tàn tật để lên tay vịn của xe, một tay chống lên giường nâng thân thể qua ghế xe lăn.

 - **Bước 5:** chỉnh lại tư thế thoải mái trong xe lăn.

*c. Chuyển sang xe lăn nhờ ván trượt:*

 - **Bước 1:** hướng dẫn người tàn tật để xe lăn cạnh giường, khóa bánh xe bằng phanh.

 - **Bước 2:** đặt một đầu ván dưới hông, một đầu trên xe lăn, người tàn tật dùng hai tay di chuyển dần chân và thân ra ngoài giường.

 - **Bước 3:** dùng sức mạnh của hai tay nâng cơ thể lên và di chuyển sang phía xe lăn theo ván.

 - **Bước 4:** người tàn tật tự rút ván ra và để trên ghế xe lăn cạnh người.

 - **Bước 5:** chỉnh lại tư thế, ngồi thoải mái.

*d. Nâng người từ nền nhà lên xe lăn:*

 - **Bước 1:** để xe lăn tay bên cạnh, khóa phanh xe, để ghế đẩu bên cạnh đối diện với xe lăn, người tàn tật ngồi với chân thẳng.

 - **Bước 2:** người tàn tật một tay để trên xe lăn, một tay để trên ghế, thẳng đầu, thẳng gối, dùng sức mạnh của tay nâng cơ thể lên ghế đẩu.

 - **Bước 3:** ngồi vào ghế.

 - **Bước 4:** dùng sức mạnh hai tay chuyển cơ thể từ ghế sang xe lăn.

 - **Bước 5:** chỉnh lại tư thế, ngồi thoải mái.

Ghi chú: khi người tàn tật đã khỏe mạnh, thành thạo xe lăn, có thể hướng dẫn họ xuống sàn và ngược lại không cần ghế đẩu.

**VI. THEO DÕI**

 - Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.

 - Theo dõi khả năng làm các thao tác để sẵn sàng trợ giúp.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ LÍ**

Khi thao tác có thể bị ngả người, đổ xe. Vì vậy cần tập cho tay người tàn tật đủ khỏe để dễ dàng thao tác, kiểm tra xe, phanh xe trước khi thao tác.

 **BỆNH GÚT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

 Bệnh Gút (Gout) là bệnh lý rối loạn chuyển hoá purine, gây tăng acid uric máu và lắng đọng các tinh thể urate ở một số mô, đặc biệt là ở màng hoạt động dịch khớp, gây các cơn viêm khớp cấp. Nếu không được điều trị đầy đủ bệnh có thể tiến triển đến viêm đa khớp mạn tính, kèm nổi hạt tophi ở nhiều nơi, sỏi thận và những biến chứng khác. Bệnh thừong gặp ở nam (90%), đa phần khởi phát ở độ tuổi trung niên (30-50 tuổi). Phụ nữ cũng có thể bị gút, song thường ở tuổi sau mãn kinh.

**Nguyên nhân và phân loại**

* **Tăng acid uric máu và gút tiên phát:** (90%), do tăng tổng hợp acid uric hoặc thường gặp hơn là do giảm đào thải acid uric ở thận; nguyên nhân không rõ, có thể do bẩm sinh, khiếm khuyết về di truyền kết hợp với một số yếu tố khác.
* **Tăng acid uric máu và gút thứ phát:** (10%), chủ yếu là do giảm đào thải acid uric ở thận do suy thận, do thuốc (aspirin, lợi tiểu, một số thuốc khác), do rượu, hoặc do tạo acid uric trong một số bệnh máu ác tính, bệnh vẩy nến.

**II. TRIỆU CHỨNG**

**1. Lâm sàng.** Điển hình bệnh trải qua 4 giai đoạn:

**1.1. Tăng acid uric máu không triệu chứng.** Bệnh nhân chưa bao giờ bị viêm khớp gút, không có sỏi thận urate, không có tophi. Kéo dài từ vài năm đến vài chục năm. Một tỷ lệ nhỏ những ngừoi có tăng acid uric máu sẽ xuất hiện bệnh gút.

**1.2. Các cơn viêm khớp gút cấp.** Thường xuất hiện sau bữa ăn nhiều protid, uống rượu bia nhiều, gắng sức, căng thẳng, nhiễm lạnh, chấn thưong, phẫu thuật. Đa phần ở một khớp hoặc vài khớp. Viêm khớp bàn ngón chân cái chiếm 50%-70%; vị trí khác gốm khớp bàn chân, cổ chân, gối; muôn hơn có thể viêm các khớp ở chi trên; rất hiếm gặp viêm đa khớp cấp. Thường đột ngột, đau dữ dội kèm sưng, nóng, tấy đỏ ở một khớp, hay xảy ra về đêm; có thể sốt, lạnh run, mệt mỏi. Viêm khớp thừong kéo dài 5-10 ngày và có thể khỏi hoàn toàn dù được điều trị hay không.

**1.3. Giai đoạn giữa các cơn viêm khớp gút cấp.** Thường không có triệu chứng. Khoảng cách giữa các cơn đầu tiên và cơn tiếp theo có thể từ vài tháng đến vài năm, hoặc hàng chục năm. Xu hướng càng về sau khoảng cách càng ngắn lại, thời gian viêm khớp kéo dài hơn, số khớp viêm tăng.

**1.4. Viêm khớp gút mạn.** Viêm nhiều khớp mạn tính, có thể đối xứng, biến dạng khớp, teo cơ, cứng khớp, khớp đau liên tục, không thành cơn điển hình, không tự hết. Có thể xuất hiện các hạt, cục tophi ở cạnh khớp, quanh khớp, sụn vành tai và những nơi khác. Biến chứng: vỡ, loét và nhiễm trùng tophi, thiếu máu mạn, sỏi thận, suy thận mạn, v.v…

**2. Cận lâm sàng**

* Có thể tăng nhẹ bạch cầu máu ngoại biên; VS tăng, CRP tăng.
* Acid uric máu tăng, song có thể bình thừong trong cơn gút cấp (20%-30%). Nên định lượng acid uric niệu 24 giờ (được coi là thấp khi <80mg với chế độ ăn bình thường).
* Dịch khớp có tăng số lượng tế bào, chủ yếu là bạch cầu trung tính, có thể thấy tinh thể urate.
* X quang: sớm thấy sưng nề phần mềm; muộn có thể thấy huỷ xưong, biến dạng khớp. Siêu âm khớp, CT-scan có thể giúp đánh giá sự lắng đọng của tinh thể urate trong khớp.

**III. CHẨN ĐOÁN**

**1. Tiêu chuẩn chẩn đoán**

|  |
| --- |
| **Tiêu chuẩn của hội Thấp khớp học Hoa Kỳ (Wallace et al, 1977)** |
| **a)** Có tinh thể urate đặc trưng trong dịch khớp, hoặc**b)** Tophi được chứng minh có chứa tinh thể urate, hoặc**c)** Có 6/12 đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và X quang sau đây: 1) Tình trạng viêm tiến triển đạt 8) Có biểu hiện tophi mức tối đa trong vòng 1 ngày 9) Tăng acid uric máu 2) Có trên 1 cơn viêm khớp cấp 10) Sưng nề không đối xứng tại  3) Viêm ở một khớp một khớp trên X quang 4) Đỏ vùng khớp viêm 11) Kén xưong dưới vỏ xương, 5) Sưng, đau khớp bàn ngón không kèm bào mòn xương chân cái trên X quang 6) Viêm khớp bàn ngón chân cái 12) Cấy dịch khớp vi khuẩn âm một bên tính trong cơn viêm khớp 7) Viêm khớp bàn chân (tarsal  joint) một bên |

**2. Chẩn đoán phân biệt: Với viêm khớp gút cấp:** Viêm khớp nhiễm trùng, viêm mô tế bào quanh khớp, bệnh giả gút (pseudogout), chấn thương khớp, viêm khớp phản ứng, lao khớp. **Với viêm khớp gút mạn:** Viêm khớp dạng thấp, viêm khớp vảy nến, thoái hóa khớp.

**IV. ĐIỀU TRỊ**

**1. Tăng acid uric máu không triệu chứng.** Nhìn chung không cần điều trị; chủ yếu là thay đổi chế độ ăn uống, sinh hoạt, điều chỉnh việc dùng những thuốc có khả năng làm tăng acid uric máu. Có thể cân nhắc điều trị cho một số bệnh nhân có acid uric máu quá cao (chẳng hạn >12mg/dl) có nguy cơ tổn thương thận hoặc sỏi thận (acid uric niệu >800mg/24giờ) hoặc có nguy cơ tim mạch cao.

**2. Điều trị các đợt viêm khớp gout cấp.** Lựa chọn **NSAID, colchicine**, hoặc **corticosteroid** (đơn thuần hoặc phối hợp NSAID hoặc corticoid với liều thấp colchicine) tuỳ thuộc vào cơ địa bệnh nhân, chống chỉ định, nguy cơ tác dụng phụ.

*a. Thuốc kháng viêm không steroid (NSAID)*

* Sử dụng liều kháng viêm tối đa trong 5-7 ngày, sau đó dùng liều thông thừong cho đến khi khớp hết sưng đau hoàn toàn (tổng thời gian ~10-15 ngày). Lưu ý các tác dụng phụ của NSAID (tiêu hoá, thận, tim mạch,…), chống chỉ định khi suy thận, thận trọng ở người già. Nếu nguy cơ tiêu hóa cao chọn nhóm ức chế chọn lọc COX-2, hoặc phối hợp với thuốc ức chế bơm proton.
* Liều dùng: Naproxen 50mg x 2 lần/ngày; Diclofenac 50mg x 3 lần/ngày hoặc 75mg x 2 lần/ngày (tiêm bắp hoặc uống); Meloxicam 15mg/ngày (tiêm bắp hoặc uống); Celecoxib 200-400mg/ngày; hoặc Etoricoxib 120mg/ngày.

*b. Colchicine*

* Colchicine thừong rất có hiệu quả khi đựoc sử dụng sớm, đặc biệt trong vòng 24giờ đầu; hiệu quả hạn chế với viêm khớp đã kéo dài.
* Xu hướng hiện nay là dùng colchicine liều thấp hơn so với khuyến cáo trước đây. Có thể dùng như sau: Uống 1mg x 2 lần/ngày (hoặc 0,6mg x 3 lần/ngày), trong 1-2 ngày đầu; sau đó 1mg/ngày, cho đến khi hết đau hoàn toàn. Hoặc uống 1,2mg liều đầu tiên, sau 1 giờ dùng thêm 0,6mg (tổng liều 1,8mg/ngày đầu tiên), những ngày sau 1mg/ngày.

*c. Corticosteroid*

* Corticoid đựoc chỉ định khi NSAID hoặc colchicine không hiệu quả hoặc có chống chỉ định.
* Uống **prednisolone** 30-50mg/ngày hoặc tiêm **methylprednisolone**, trong 3-4 ngày, sau đó giảm dần liều và ngưng sau 10-14 ngày. Hoặc có thể tiêm tại khớp: **Methylprednisolone acetate** (Depo-Medrol) 20-40mg/một khớp, khi chỉ viêm một hoặc hai khớp (khớp vừa và khớp lớn).

**3. Giai đoạn giữa các cơn gút cấp**

***3.1. Giáo dục bệnh nhân và chế độ ăn uống, sinh hoạt:*** Hạn chế ăn các thực phẩm giàu purine (các loại thịt đỏ, phủ tạng động vật, một số loài hải sản,…). Kiêng rượu bia, tránh các đồ uống nước ngọt có fructose. Uống nhiều nước, có thể uống sữa, bổ sung vitamin C, giảm cân.

***3.2. Điều trị dự phòng các cơn viêm khớp cấp***

* Chỉ định: Phòng ngừa cơn gút cấp khi bắt đầu liệ pháp hạ acid uric máu (ít nhất 3-6 tháng); hoặc dự phòng kéo dàicho những bệnh nhân có nhiều cơn gút tái phát song không dùng được các thuốc hạ acid uric máu.
* Thuốc dự phòng: **Colchicine:** Uống 0,6 – 1,2mg hàng ngày, sau bữa ăn tối; giảm liều ở người già hoặc suy thận nhẹ; không dùng khi có suy thận nặng . Cũng có thể dùng một **thuốc kháng viêm không steroid (NSAID)** liều thấp nếu không dùng đựoc colchicine.

***3.3. Điều trị tăng acid uric máu***. Mục tiêu hạ và duy trì acid uric máu < 6mg/dL (lý tưởng nhất là < 5 mg/dL). Bắt đầu với liều thấp và tăng dần tới liều thích hợp và duy trì., sử dụng liên tục. Không nên bắt đầu dùng khi đang viêm khớp cấp (trừ khi bệnh nhân đang được dùng các thuốc chống viêm đầy đủ). ***Thường dùng nhất là nhóm ức chế tổng hợp acid uric (đặc biệt là allopurinol).***

*a. Thuốc giảm tổng hợp acid uric.* Cơ chế tác dụng do ức chế men Xanthine Oxydase:

* *Allopurinol (Zyloric).* Bắt đầu liều thấp (100-150mg/ngày), tăng dần (~100mg mỗi 2-4 tuần), uống liên tục, không ngắt quãng, điều chỉnh liều khi suy thận (căn cứ vào mức lọc cầu thận). Lưu ý thuốc có thể gây dị ứng từ nhẹ đến nặng ở một số ít bệnh nhân.
* *Febuxostat (Adenuric).* Thuốc được chỉ định khi bệnh nhân dị ứng hoặc không đáp ứng với allopurinol. Bắt đầu liều 40mg/ngày, có thể tăng lên 80mg/ngày sau 2 tuần (tối đa 120mg/ngày). Không dùng đồng thời febuxostat và allopurinol.

*b. Thuốc tăng thải acid uric.* Hiếm được sử dụng hơn so với nhóm ức chế tổng hợp acid uric:

* *Probenecid* (bắt đầu 250mg x 2 lần/ngày, sau tăng lên 500mg x 2- 3 lần/ngày), hoặc có thể dùng *Sulphinpyrazone*, hoặc *Benzbromarone*.
* Chống chỉ định: Tuổi > 60, gút mạn có tophi, tiền sử và hiện tại có sỏi hệ niệu, suy thận, acid uric niệu 24 giờ bình thường hoặc cao (>800mg/24giờ).

*c. Thuốc tiêu hủy acid uric trong máu (Uricase): Pegloticase (Krystexxa)* là một thuốc sinh học điều trị hạ acid uric máu ở bệnh gút mạn có tophi ở người lớn không đáp ứng hoặc không dung nạp điều trị thông thường. Liều dùng 8mg, truyền chậm TM mỗi 2 tuần.

**4. Điều trị viêm khớp gút mạn**

* ***Điều trị viêm khớp mạn:*** Giống điều trị các đợt cấp, lưu ý chống chỉ định của thuốc. Bệnh nhân viêm đa khớp mạn tính ít hoặc không đáp ứng với NSAID và colchicine hoặc có suy thận có thể đòi hỏi phải dùng corticoid liều thấp kéo dài.
* ***Hạ acid uric máu:*** Chủ yếu dùng Allopurinol, chú ý chỉnh liều khi có suy thận.
* ***Điều trị các biến chứng*** như sỏi thận, suy thận, các bệnh lý phối hợp. Đối với các hạt tophi, việc dùng thuốc hạ acid uric máu có thể làm giảm hoặc tiêu những tophi nhỏ. Với tophi lớn ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ, sinh hoạt, có nguy cơ vỡ có thể xem xét cắt bỏ.

**V. THEO DÕI, TIÊN LƯỢNG**

 Bệnh nhân phải được điều trị lâu dài và theo dõi trong suốt quá trình điều trị. Cần xét nghiệm định kỳ: Acid uric máu, chức năng gan thận, lipid máu mỗi tháng trong 3 tháng đầu, sau đó mỗi 3 tháng hoặc khi có diễn biến bất thường. Tiên lượng nặng khi: viêm nhiều khớp mạn tính có tophi, tổn thương chức năng thận, nhiều bệnh chuyển hóa phối hợp.

**CÁC BIẾN CHỨNG SỚM CỦA GÃY XƯƠNG**

**I. SỐC CHẤN THƯƠNG** (biến chứng thường gặp nhất)

**1. Nguyên nhân:** Do đau và mất máu. Đau do các thần kinh cảm giác trên màng xương và vùng xung quanh ổ gãy bị tổn thương. Mất máu do chảy máu từ các mạch máu ở màng xương, vỏ xương, tủy xương và các mô mềm xung quanh ổ gãy hoặc từ các mạch máu chính bị tổn thương. Trong gãy xương kín máu không chảy ra ngoài (nên không thấy) mà ứ đọng lại trong ổ gãy và các mô mềm xung quanh, lượng máu này không còn tham gia vào tuần hoàn nên xem như đã mất. Đây là biến chứng thường gặp nhất và có ảnh hưởng đến các biến chứng khác như TMMDM, CEK, nhiễm trùng.

**2. Các yếu tố thuận lợi**

 - Gãy xương lớn.

 - Gãy nhiều xương.

 - Gãy xương kèm tổn thương mô mềm nhiều (nhiều cơ giập nát).

 - Gãy xương kèm tổn thương mạch máu chính.

 - Đa thương.

 - Xử trí thô bạo hoặc vận chuyển vội vã khi chưa bất động tố xương gãy.

**3. Chẩn đoán:** Dựa vào lâm sàng kèm theo các yếu tố thuận lợi

***Các triệu chứng lâm sàng:***

 - Mạch 🡩, huyết áp 🡫; chỉ số gốc >1 (CSS = số nhịp mạch trong 1 phút/số huyết áp tâm thu mmHg)

 - Da, niêm nhạt, tay chân lạnh, mũi lạnh, khát nước

 - Dấu bấm móng tay hồng lại chậm > 2’’

**4. Xử trí**

 - Truyền dịch nhanh (nhiều đường truyền) nước và chất điện giải, bù hoàn máu mất.

 - Thở oxy.

 - Ngăn chặn sự chảy máu: cầm máu, bất động xương gãy.

 - Giảm đau: bất động xương gãy, gây tê ổ gãy hoặc phong bế gốc chi (đối với gãy hở). chỉ dùng các thuốc giảm đau thần kinh trung ương (morphine, dolosal…) khi có giập nát quá nhiều hoặc gãy nhiều xương, sau khi đã xác định không có các tổn thương sọ não, bụng, ngực phối hợp.

**5. Dự phòng**

 - Phải tiên lượng trước khả năng có thể có sốc chấn thương nhờ các triệu chứng lâm sàng và các yếu tố thuận lợi để xử trí sớm

 - Phải ngăn chặn sự chảy máu tiếp tục bằng bất động, băng ép vết thương.

 - Phải khống chế đau bằng cách dùng thuốc tê tại chỗ ổ gãy và bất động vững chi bị gãy.

 - Không xử trí thô bạo và vận chuyển bệnh nhân vội vã. (không vận chuyển bệnh nhân khi có sốc hoặc đe dọa sốc) (chỉ số sốc #1).

**II. TẮC MẠCH MÁU DO MỠ**

**1. Nguyên nhân:** Đây là hội chứng suy hô hấp cấp do sự tắc nghẽn các giọt mỡ ở mao quản phổi gây nên sự viêm tấy cấp tính nhu mô phổi. Mỡ từ tủy xương tràn vào hệ thống tĩnh mạch có thể do sự tăng áp lực trong ống tủy các xương dài, lớn bị gãy (do máu tụ hoặc do các thủ thuật như đóng đinh nội tủy

**2. Các yếu tố thuận lợi**

 - Gãy thân các xương dài lớn.

 - Gãy nhiều xương, hoặc có nhiều mô giập nát.

 - Có kèm biến chứng sốc.

 - Bệnh nhân có bệnh ở phổi.

**3. Chẩn đoán**

Triệu chứng lâm sàng điển hình của hội chứng này là:

 - Suy hô hấp.

 - Hôn mê.

 - Đốm xuất huyết dưới da.

Nhưng đến giai đoạn này bệnh thường rất nặng đa số tử vong vì phổi không phục hồi được. Vì vậy cần phải chẩn đoán sớm trong giai đoạn “khoảng tĩnh”. Cần kết hợp nhiều yếu tố để chẩn đoán:

 - Các yếu tố thuận lợi.

 - Các triệu chứng lâm sàng.

 - Các xét nghiệm cận lâm sàng.

Càng có nhiều dấu hiệu giúp ta chẩn đoán càng chính xác hơn. Có thể lấy tiêu chuẩn chẩn đoán của Gurd như dưới đây để xác lập chẩn đoán.

***3.1 Nhóm xác định dấu hiệu lớn (major criteria)***

 - Đốm xuất huyết dưới da, xuất huyết kết mạc mắt.

 - Dấu hiệu suy giảm thàn kinh: nhức đầu, bứt rứt, giãy giụa.

 - Phù nề phổi: khó thở.

 - PaO2 < 60mmHg.

***3.2 Nhóm các dấu hiệu nhỏ (minor criteria)***

 - Mạch nhanh > 110 lần/phút.

 - Sốt cao > 38,50C.

 - Nghẽn mạch võng mạc (soi đáy mắt).

 - Hématocrite giảm.

 - Tiểu cầu giảm.

 - Nước tiểu có mỡ.

 - Giọt mỡ trong đàm.

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

**4. Điều trị**

 - Thở oxy liên tục liều cao, trường hợp nặng cần dùng máy giúp thở.

 - Dùng thêm Hydrocortisone 100mg mỗi 4 – 6 giờ.

 - Hồi sức tích cực chống sốc tốt vì sốc cũng là yếu tố thuận lợi gây TMMDM (huyết áp tĩnh mạch thấp do huyết áp động mạch thấp làm cho các giọt mỡ trong tủy xương có áp lực cao dễ tràn vào).

**5. Dự phòng**

 - Cần khám kỹ để tìm các triệu chứng để có thể chẩn đoán sớm.

 - Cho bệnh nhân thở oxy áp lực cao khi nghi ngờ có TMMDM hoặc bệnh nhân có nhiều yếu tố thuận lợi (nguy sơ cao).

 - Xử trí tốt có hiệu quả sốc chấn thương. Không xử trí thô bạo các gãy xương.

**III. CHÈN ÉP KHOANG CẤP TÍNH (CEK)**

**1. Nguyên nhân**

CEK là tình trạng tăng áp lực mô trong khoang kín (được giới hạn bởi xương, cân mạc, vách liên cơ) hậu quá là đè ép các mạch máu đi qua khoang gây hoại tử cơ và tê liệt các thần kinh. Nguyên nhân có thể từ bên ngoài như bó bột chật, vết thương khâu kín và băng ép chặt kết hợp với các tác nhân từ bên trong như phù nề, máu tụ.

**2. Chẩn đoán**

Cần phải chú ý:

 - Có chèn ép khoang không.

 - Có bao nhiêu khoang bị chèn ép.

 - Mức độ chèn ép.

 - Các dấu hiệu nghi ngờ có CEK (=Dọa chèn ép).

 + *Sưng căng*, (đo vòng chi cụ thể), có khi xuất hiện nốt phồng.

 + *Đau tự nhiên như bỏng buốt. Đau tăng lên khi ấn vào khoang và khi làm nghiệm pháp căng cơ trong khoang.*

 - Khi có CEK rõ rệt, các triệu chứng trên sẽ nặng hơn và thêm các triệu chứng tê bì, mất cảm giác, liệt vận động. Ở những khoang có động mạch chính thì mạch sẽ giảm hoặc mất. Da ở vùng dưới nơi chèn ép sẽ lạnh hơn.

 - Chèn ép khoang sẽ nặng hơn nếu áp lực chèn ép lớn và lâu dài. Áp lực khoang có thể đo được dễ dàng theo phương pháp Whitesides. Áp lực bình thường < 5mmHg. Khi có CEK áp lực tăng cao gấp 5 – 6 lần. Thời gian chèn ép càng lâu, các cơ bị hoại tử càng nhiều.

**3. Điều trị**

***3.1 Giai đoạn dọa chèn ép, CEK < 6 giờ, áp lực thấp:*** điều trị bảo tồn:

 - Tháo bỏ các nguyên nhân bên ngoài đè ép: cắt bột, cắt băng, cắt chỉ khâu…

 - Thuốc giảm đau, phong bế gốc chi (Novocaine 0,25%).

 - Kê cao chi vừa phải. Kê cao chi nhiều quá sẽ làm CEK nặng hơn do áp lực máu đến bị giảm.

 - Theo dõi diễn tiến từng giờ. Sau 2 giờ mà triệu chứng không giảm: cần điều trị phuẫ thuật.

***3.2 CEK từ 6 – 15 giờ***, áp lực khoang > 30mmHg: mổ giải ép, rạch rộng da, cân. *Cần chú ý cắt lọc vết thương và không quên thám sát mạch máu chính.*

***3.3 CEK > 15 giờ:*** cân nhắc giữa giải ép và cắt cụt chi. Nhiều trường hợp mổ giải ép sẽ nặng hơn do trụy tim mạch (tương tự việc tháo mở ga-rô để lâu).

**4. Dự phòng**

 - Khám kỹ để phát hiện sớm các trường hợp nghi ngờ có chèn ép (sưng, căng…).

 - Không băng bó chật.

 - Kê cao chi gãy xương vừa phải và tập vận động sớm để giảm bớt phù nề.

 - Dù ở giai đoạn nào cũng cần điều trị tốt hội chứng sốc.

**IV. TỔN THƯƠNG MẠCH MÁU CHÍNH**

**1. Nguyên nhân:** Thường là các tổn thương động mạch chính của chi đi ngay vùng gãy. Đây là tổn thương đi kèm hoặc xảy ra thứ phát do đầu xương gảy di lệch đè ép.

Tổn thương có thể là *thủng, rách, đứt hoặc chi bị đè ép*. Trường hợp thủng, rách hoặc đứt có thể gây chảy máu nhiều vết thương mạch máu) hoặc làm nên ổ máu tụ lớn có thể gây ra hội chứng *chèn ép khoang*.

Tổn thương mạch máu có thể đưa đến hậu quả:

 - Sốc do mất máu.

 - Hoại tử chi nếu không xử lý tốt kịp thời.

Biến chứng này thường gặp ở một số vùng chi như gãy trên 2 lồi cầu xương cánh tay (động mạch cánh tay); gãy trên 2 lồi cầu xương đùi (động mạch khoeo); gãy 1/3 trên 2 xương cẳng chân (động mạch chày sau)vì mạch máu nằm sát xương.

**2. Chẩn đoán**

***2.1 Triệu chứng lâm sàng***

 - Vết thương chảy máu nhiều.

 - Mạch bên dưới nơi tổn thương yếu hoặc mất.

 - Da lạnh, tím, tê bì, dị cảm.

 - Đầu búp ngón móp méo, dấu bấm móng hồng lại muộn > 2’’.

 - Trường hợp đến muộn có thể có liệt vận động.

 - Bệnh nhân bị sốc nhưng truyền nhiều máu, sốc không giảm phải nghỉ đến có tổn thương mạch máu lớn.

***2.2 Cận lâm sàng***

 - Siêu âm Doppler.

 - Chụp X-quang động mạch (thấy mạch máu bị tắc).

 - Chụp X-quang động mạch kỹ thuật số xóa nền (DSA). Có thể đánh giá được tổn thương trong lòng mạch.

**3. Xử trí**

Nắn sớm xương gãy có thể làm hết nguyên nhân chèn ép. Mổ để khâu nối hoặc ghép mạch.

**4. Dự phòng**

Khám kỹ để phát hiện sớm tránh bỏ sót tổn thương nhất là các gãy xương ở vùng có mạch nằm sát xương. Bất động tốt xương gãy để tránh di lệch thứ phát.

**V. TỔN THƯƠNG THẦN KINH CHÍNH**

Là các tổn thương dây thần kinh chính của chi xung quanh vùng chi gãy. Thần kinh bị tổn thương có thể do:

 - Đè ép, bầm dập.

 - Kéo căng.

 - Đứt.

Tổn thương có thể đi kèm hoặc xảy ra thứ phát do xương gãy đè, máu tụ, cal lệch…

*Tổn thương này thường gặp ở những vùng chi có dây thần kinh đi sát xương như liệt thần kinh quay trong gãy thân xương cánh tay; liệt thần kinh giữa trong gãy trên 2 lồi cầu xương cánh tay, liệt thần kinh hông khoeo ngoài trong gãy chỏm xương mác.*

**1. Chẩn đoán**

***1.1. Triệu chứng lâm sàng***

Mất cảm giác và liệt vận động vùng chi tương ứng với dây thần kinh chi phối.

***1.2. Cận lâm sàng***

Đo điện thần kinh cơ (EMG): đánh giá sự đáp ứng của cơ khi kích thích thần kinh.

**2. Điều trị**

Nắn sớm để giải phóng chèn ép, một số trường hợp liệt sẽ giảm dần (có khả năng phục hồi). Nếu sau 4 tuần theo dõi không phục hồi, nên mổ thám sát, nếu thần kinh bị kẹt giữa ổ gãy thì gỡ kẹt và giải phóng chèn ép. Nếu thần kinh bị đứt thì mổ nối hoặc ghép.

Trường hợp có vết thương khi mổ cắt lọc cần thám sát nếu đứt có thể khâu nối ngay. Trường hợp đến quá muộn hoặc đã khâu nối mà không phục hồi nên mổ chuyển gân.

**3. Dự phòng**

Khám kỹ để phát hiện sớm tránh bỏ sót tổn thương nhất là các gãy xương ở vùng có thần kinh nằm sát xương. Bất động tốt xương gãy để tránh di lệch thứ phát.

**VI. BIẾN CHỨNG GÃY HỞ**

Gãy xương kín có thể thành gãy hở do các đầu xương gãy đâm thủng da. Các hình thức này được gọi là gãy hở từ trong ra. So với gãy hở từ ngoài vào thì nguy cơ nhiễm trùng ít hơn do vết thương thường nhỏ (đa số là gãy hở độ 1).

Chẩn đoán dựa vào lâm sàng: có vết thương rách da nhỏ và đầu xương gãy lòi ra hoặc chảy máu có lẫn mỡ (Các dấu hiệu gãy xương hở).

Điều trị theo gãy xương hở: cắt lọc, kháng sinh, cố định ngoài.

Dự phòng: nên bất động tốt các gãy xương khi thực hiện các biện pháp sơ cứu, cấp cứu.

 **CHOÁNG NHIỄM TRÙNG**

**I. CÁC ĐẠI CƯƠNG**

**1. Hội chứng đáp ứng viêm hệ thống**

 Khi bệnh nhân có ít nhất hai trong bốn tiêu chuẩn sau:

* Sốt (nhiệt độ ≥ 380C), hoặc hạ thân nhiệt (nhiệt độ < 360C)
* Thở nhanh ( > 20 lần/phút), hoặc PaCO2 < 32mmHg, hoặc phải thở bằng máy
* Nhịp tim nhanh ( > 90 lần/phút).
* Bạch cầu > 12.000/µL, hoặc < 4.000/µL, hoặc có > 10% bạch cầu non

Hội chứng đáp ứng viêm hệ thống có thể do các bệnh lý nhiễm trùng hoặc không nhiễm trùng.

**2. Nhiễm trùng huyết**

 Có hội chứng đáp ứng viêm hệ thống và có nhiễm trùng (cấy máu hoặc nhuộm gram, cấy đàm, cấy nước tiểu hoặc dịch vô khuẩn của cơ thể dương tính với vi sinh gây bệnh, hoặc ổ nhiễm khuẩn thấy được như thủng ruột quan sát được trong quá trình phẫu thuật ổ bụng, vết thương có mủ thoát ra…)

**3. Choáng nhiễm trùng**

 Nhiễm trùng huyết có tụt huyết áp (huyết áp tâm thu < 90mmHg, hoặc giảm 40mmHg so với huyết áp bình thường trước đó, huyết áp động mạch trung bình < 70mmHg) ít nhất 1 giờ dù đã bù đủ dịch. Hoặc cần thuốc vận mạch để duy trì huyết áp tâm thu ≥ 90mmHg, hoặc huyết áp động mạch trung bình ≥ 70mmHg.

**II. CHẨN ĐOÁN**

**1. Bệnh sử và khám lâm sàng:** để xác định

* Ổ nhiễm trùng: viêm phổi là nguyên nhân thường gặp, rồi đến nhiễm trùng ổ bụng, nhiễm trùng tiết niệu và các vị trí khác như nhiễm trùng xương khớp, mô mềm, viêm màng nảo, viêm nội tâm mạc, nhiễm trùng từ các catheter tĩnh mạch, ống dẫn lưu. Một số trường hợp không rõ nguồn gốc nhiễm trùng.
* Tác nhân gây bệnh: đường vào hoặc ổ nhiễm gợi ý tác nhân gây bệnh. Tác nhân gây bệnh hàng đầu là các vi khuẩn gram âm, rồi đến vi khuẩn gram dương. Ngoài ra có thể do nấm, siêu vi và ký sinh trùng. 20%-30% trường hợp không xác định được tác nhân gây bệnh.

**2. Cận lâm sàng:**

* Cấy máu: trước khi điều trị kháng sinh, cần lấy tối thiểu 2 mẫu máu ở 2 vị trí để cấy, một mẫu lấy xuyên da, một mẫu lấy từ catheter đã được đặt lưu ≥ 48 giờ, và thể tích mỗi lần cấy máu ≥ 10ml.
* Cấy dịch những vị trí khác tùy theo ổ nhiễm hoặc đường vào (nước tiểu, dịch não tủy, đàm, các vết thương, hoặc những dịch khác củ cơ thể), cần cấy trước khi điều trị kháng sinh nhưng không làm chậm trễ việc cho kháng sinh.
* Chẩn đoán hình ảnh cần thực hiện để xác định ổ nhiễm và hướng dẫn lấy mẫu ổ nhiễm.
* Các dấu ấn sinh học đánh giá nhiễm trùng: CRP, PCT

**III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT** với choáng giảm thể tích, choáng tim, choáng do thuyên tắc, choáng phản vệ dựa vào bệnh sử, thăm khám lâm sàng, và các phương tiện cận lâm sàng.

**IV. ĐIỀU TRỊ**

**1. Hồi sức ban đầu:** bắt đầu hồi sức ngay khi có tụt huyết áp hoặc lactate/máu > 4mmol/L

***1.1. Mục tiêu trong 6 giờ đầu***

* CVP 8 – 12mmHg (12 – 15 mmHg khi có thở máy hoặc có giảm sức đàn của tâm thất).
* Huyết áp động mạch trung bình ≥ 65mmHg.
* Nước tiểu ≥ 0,5ml/kg/giờ.
* Khi đã đạt được mục tiêu huyết áp động mạch trung bình, do độ bão hòa oxy máu tĩnh mạch trung tâm (ScvO2) hoặc tĩnh mạch trộn (SvO2). Mục tiêu cần đạt là ScvO2 ≥ 70%, hoặc SvO2 ≥ 65%. Nếu ScvO2 không đạt mục tiêu điều trị thì có thể: (1) truyền thêm dịch, (2) truyền hồng cầu lắng để Hct ≥ 30%, (3) dùng dobutamine.

***1.2. Bù dịch:*** truyền nhanh 1.000ml dịch tinh thể (NaCl 0,9% hoặc Lactate Ringer) hoặc 300 – 500ml dịch keo trong 30 phút. Đánh giá lại CVP, tình trạng tưới máu và huyết áp sau hồi sức bù dịch ban đầu. Sau khi đạt mục tiêu CVP, bù dịch tùy theo dịch mất.

***1.3. Vận mạch và inotrope***

* Vận mạch: sử dụng khi đã bù đủ dịch mà chưa đạt mục tiêu huyết áp hoặc trong thời gian bù dịch mà tụt huyết áp nặng đe dọa tính mạng.

+ Norepinephrine là thuốc vận mạch được chọn lựa đầu tiên để nâng huyết áp. Liều 0,01 – 3µg/kg/phút. Các nghiên cứu lâm sàng cho thấy tỉ lệ loạn nhịp tim xảy ra nhiều hơn ở bệnh nhân choáng nhiễm trùng được sử dụng Dopamin để nâng huyết áp.

+ Dopamin có thể dùng thay cho norepinephrine ở những bệnh nhân được lựa chọn kỹ, có nguy cơ loạn nhịp rất thấp và có cung lượng tim thấp và/hoặc nhịp tim không nhanh. Liều 2 – 20mg/kg/phút tối đa 50µg/kg/phút.

+ Epinephrine thêm vào hoặc thay thế khi chưa đạt mục tiêu huyết áp với Noradrenaline hoặc Dopamine. Liều 0,01 – 0,1µg/kg/phút.

+ Vasopressin 0,03 đơn vị/phút có thể thêm vào hoặc thay thế norepinephrine.

+ Catheter động mạch theo dõi huyết áp xâm lấn nên dặt ở tất cả bệnh nhân sử dụng thuốc vận mạch.

* Dobutamin được sử dụng:

+ Ở bệnh nhân có rối loạn chức năng cơ tim biểu hiện bằng tăng áp lực đổ đầy thất và giảm cung lượng tim.

+ Ở bệnh nhân có ScvO2 < 70%, hoặc SvO2 < 65% khi đã bù đủ dịch và truyền hồng cầu lắng.

+ Liều 2 – 20mg/kg/phút.

**2. Kháng sinh:** một số nguyên tắc chung:

* Dùng kháng sinh càng sớm càng tốt, ngay sau khi cấy bệnh phẩm.
* Dùng kháng sinh phổ rộng bao phủ được cả vi trùng gram (-) và gram (+), dùng đường tĩnh mạch, liều cao.
* Chọn lựa kháng sinh dựa vào bệnh sử và lâm sàng gợi ý ổ nhiễm hoặc đường vào, bệnh nền và tình trạng miễn dịch bệnh nhân, việc sử dụng kháng sinh gần đây cũng như khả năng dung nạp thuốc cú bệnh nhân và tình trạng kháng thuốc của vi trùng tại bệnh viện và địa phương.
* Thời gian điều trị trung bình khoảng 7 – 10 ngày, tuy nhiên có thể thay đổi tùy theo: vị trí nhiễm trùng, có dẫn lưu được ổ nhiễm trùng không, sự nhạy cảm của kháng sinh và bệnh nền của bệnh nhân.
* Chọn lựa kháng sinh cụ thể tùy theo ổ nhiễm và đường vào: tham khảo cuốn hướng dẫn sử dụng kháng sinh của bệnh viện Chợ Rẫy.

**3. Giải quyết ổ nhiễm**: can thiệp ngoại khoa giải quyết các ổ nhiễm có thể xử trí ngoại khoa.

**4. Steroid:** hydrocortisone đường tĩnh mạch được sử dụng ở những bệnh nhân có nguy cơ suy thượng thận cấp và ở những bệnh nhân tụt huyết áp đáp ứng kém với bù đủ dịch và vận mạch. Liều hydrocortisone 200 – 300mg/ngày, ngưng khi không cần sử dụng vận mạch.

**5. Kiểm soát đường huyết:** sử dụng insulin truyền tĩnh mạch để kiểm soát đường huyết khi đường huyết > 180mg/dL.

**6. Phòng ngừa huyết khối tĩnh mạch sâu** bằng heparin tiêm dưới da.

**7. Phòng ngừa xuất huyết tiêu hóa do stress** bằng thuốc ức chế phụ thể H2 hoặc thuốc ức chế bơm proton.

**CƠN ĐAU QUẶN THẬN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

 Cơn đau quặn thận một cơn đau cấp tính thường gặp, đòi hỏi được xử trí khẩn trương. Tần suất có cơn đau quặn thận trong dân số là 12% và gần 50% bị tái phát. Cơn đau quặn thận xảy ra khi có sự gia tăng áp lực do sự tắc nghẽn cấp tính của niệu quản gây kích thích các thụ thể thần kinh tại bao thận, bể thận và một số ở niệu quản đoạn trên.

**II.CHẨN ĐOÁN**

**1. Tiêu chuẩn chẩn đoán**

***1.1. Lâm sàng***

 Cơn đau xảy ra đột ngột, mức độ nặng và thường một bên. Cường độ đau phụ thuộc vào mức độ tắc nghẽn và kích thước sỏi. Cơn đau bắt đầu ở hố thắt lưng và góc giữa xương sườn 12-cột sống. Đau thường lan xuống dưới về phía trước xương mu, bộ phận sinh dục hay thậm chí tới mặt trong đùi. Một số bệnh nhân đau biểu hiện đầu tiên ở các vị trí lan này. Tính chất lan của cơn đau có thể gợi ý vị trí sỏi gây tắc nghẽn. Sỏi ở đoạn trên của niệu quản, đau lan ra tinh hoàn do có cùng thần kinh chi phối. Sỏi kẹt tại phần giữa của niệu quãn phải, đau lan tới điểm McBurney và có thể lầm với viêm ruột thừa. Sỏi kẹt gần bàng quang làm viêm và phù nề lỗ đổ của niệu quản gây các triệu chứng của bàng quang kích thích.

 Bệnh nhân bứt rứt, đau lăn lộn, rên la, mặt tái xanh, vã mồ hôi và cố tìm các tư thế để giảm đau, thường bằng cách giữ chặt hố thận. Sốt ít gặp nếu không có biến chứng nhiễm trùng. Các triệu chứng khác có thể có: rối loạn đi tiểu (tiểu gắt, tiểu buốt, tiểu máu, tiểu đcụ, tiểu ra sỏi) buồn nôn, nôn , táo bón. Tiền căn trước đây bệnh nhân có thể có cơn đau tương tự, bệnh nhân có tiền căn sỏi niệu.

 Khám bụng thường mềm, không đề kháng, bụng có thể chướng nhẹ do phản ứng của hồi tràng. Ấn các điểm niệu quản bệnh nhân đau, rung thận đau. Cần tìm các triệu chứng khác để giúp phân biệt các nguyên nhân khác của cơn đau bụng cấp như: đề kháng thành bụng, phản ứng phúc mạc trong bụng ngoại khoa, sẹo mổ cũ, bụng chướng hơi và dấu rắn bò trong tắc ruột…

***1.2. Cân lâm sàng***

 Tổng phân tích nước tiểu: thường thấy tiểu máu vi thể hoặc đại thể, tuy nhiên 9%-33% bệnh nhân có xét nghiệm nước tiểu bình thường. Nước tiểu có thể có bạch cầu và/hoặc nitrite dương tính có thể nghi nhiễm trung2tieu63. Có thể có tiểu các tinh thể như axalate, canxi, photphat, acid uric. Các xét nghiệm khác: BUN, creatinin, công thức máu, cấy máu, cấy nước tiểu.

 Hình ảnh học để chẩn đoán nguyên nhân:

* KUB: có thể phát hiện sỏi với độ nhạy 45%-59%. KUB có thể thấy sỏi nếu là sỏi cản quang: sỏi canxi, soi struvite, sỏi cystin. Nếu không thấy sỏi có thể do sỏi không cản quang (10%-20%) như sỏi uric, sỏi urate, sỏi xanthia hay sỏi quá nhỏ.
* Siêu âm bụng: có thể thấy sỏi không cản quang, kích thước sỏi, thận ứ nước, niệu quản dãn nếu có tắc nghẽn, khối u.
* UIV giúp chẩn đoán chính xác vị trí và mức độ tắc nghẽn. Tỉ lệ phát hiện sỏi của UIV lên tới 80%-90%. UIV chống chỉ định thực hiện ở bệnh nhân suy thận, có thai, dị ứng với chất cản quang.
* CT scan bụng có hoặc không có cản quang. CT hiện nay được sử dụng rộng rãi CT scan dù không có thuốc cản quang cũng có thể xác định chỗ niệu quản tắc, định vị sỏi, tính trạng dẫn cảu bể thận và niệu quản, dịch quanh thận, phát hiện khối u,…

**2. Chẩn đoán nguyên nhân**

* 90% cơn đau quặn thận là do sỏi gây tắc nghẽn cấp tính niệu quản. Đa phần là do sỏi canxi, 20% do sỏi urat, custine và struvite.
* 5%-10% tắc nghẽn do các nguyên nhân khác: hội chứng khúc nối, tắc nghẽn do cục máu đông từ u thận hay hệ niệu, hoại tử gai thận, giảm co bóp niệu quản do viêm đài bể thận.
* Co thắt niệu quản thứ phát sau các nguyên nhân ngoại sinh như: tại ruột (viêm ruột thừa, viêm túi thừa, bệnh Crohn’s), bệnh phụ khoa, nguyên nhân sau phúc mạc, mạch máu (phình động mạch chủ, niệu quản nằm sau tĩnh mạch chủ), ung thư, bệnh huyết học, biến chứng sau mổ.

**3. Chẩn đoán phân biệt**

* Thận: viêm đài bể thận cấp, ápxe thận, thuyên tắc hoặc nhồi máu thận.
* Hệ sinh dục: xoắn thừng tinh, xoắn buồng trứng, thai ngoài tử cung, viêm phần phụ.
* Tiêu hóa: viêm ruột thừa, tắc ruột, viêm túi thừa, viêm tụy cấp, sỏi mật, viêm đường mật.
* Mạch máu: nứt hoặc vỡ phình động mạch chủ.
* Thần kinh: bệnh lý cột sống, đau thần kinh tọa, đau rễ thần kinh vùng thắt lưng-cùng.

Trên lâm sàng cần phân biệt cơn đau quặn thận do viêm đài bể thận cấp có tắc nghẽn với viêm đài bể thận cấp không có tắc nghẽn.

**III. ĐIỀU TRỊ**

**1. Mục đích điều trị**

 (1) Giảm đau.

 (2) Giải quyết bế tắc niệu quản để bảo vệ chức năng thận.

**2. Điều trị đặc hiệu**

***2.1. Giảm đau***

*2.1.1. Kháng viêm non-steroid* (NSAID) làm giảm hữu hiệu cơn đau quặn thận trong nhiều nghiên cứu. NSAID có tác dụng kháng viêm làm giảm viêm và phù nề tại chỗ. NSAID ức chế tổng hợp prostaglandin ngoài tác dụng giảm đau còn alm2 giảm áp lực mạch máu thận, giảm lượng nước tiểu giúp giảm áp lực trong lòng bể thận và niệu quản. Các nghiên cứu gộp cho thấy NSAID giảm đau hiệu quả bằng hoặc hơn Morphin. Các thuốc thường dùng:

* Diclofenac (Voltaren) 75mg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch, ngày 2 lần.
* Ketoprofen (Profenid) 100mg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch, ngày 2 lần.
* Naproxen, Ketorolac, ức chế COX-2.

Khi bớt đau thì chuyển sang đường uống.

*2.1.2. Giảm đau trung ương:* thường chỉ dùng khi cơn đau kéo dài.

* Morphin sulphat 0,1mg/kg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch chậm có thể lặp lại sau 4 giờ.
* Tramadol 50mg, tiêm bắp hoặc tĩnh mạch chậm ngày 2-3 lần.

Các thuốc giảm đau khác: ít sử dụng: Dipyrone, Acetaminophen (thường dùng ở phụ nữ có thai do NSAID chống chỉ định), desmopresin.

*2.1.3. Giảm co thắt*: Anticholinergic làm giảm co thắt niệu quản, là thuốc trước đây hay dùng. Hiện nay có nhà nghiên cứu về sinh lý bệnh cho thấy co thắt niệu quản ít đóng góp trong cơ chế của cơn đau quặn thận. Tuy nhiên Anticholinergic vẫn thường được dùng phối hợp với NSAID.

* Hyoscine N-butylbromide (Buscopan) 20mg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch ngày 2-3 lần.
* Drotaverine Chlohydrate (No-Spa) 40mg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch chậm ngày 2 lần.

***2.2. Giải quyết bế tắc niệu quản; điều trị theo từng nguyên nhân.***

Nếu thận ứ nước nặng, cần hội chận ngoại niệu để giải quyết bế tắc bằng các thủ thuật hay phẫu thuật. Sỏi nhỏ hơn 6mm (có thể tới 10mm) thường được điều trị bảo tồn bằng thuốc do có thể tự thoát ra ngoài.

**3. Điều trị hỗ trợ**

* Chống ói: metoclopramid (primperan) 10mg tiêm bắp hoặc uống.
* An thần bằng benzodiazepine.
* Kháng sinh khi có nhiễm trùng, thường là vi trùng Gram âm (xem bài nhiễm trùng tiểu).

**IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

 Nếu cơn đau quặn thận giảm sau điều trị nội khoa, cơn đau không có biến chứng, sỏi chưa có chỉ định phẫu thuật, bệnh nhân có thể xuất viện sau vài ngày. Khi xuất viện hướng dẫn bệnh nhân chế độ ăn uống nhiều nước (bảo đảm lượng nước tiểu ít nhất 2lít/ngày. Giúp sỏi tự rơi ra ngoài, chế độ ăn để tránh sỏi tái phát, cách phòng ngừa nhiễm trùng tiểu. Khi điều trị ngoại trú, thường dùng các thuốc làm tan và tống xuất sỏi (Rowatinex, Kim tiền thảo) kết hợp với NSAID uống, giảm co thắt, kháng sinh. Các nghiên cứu gần đây cho thấy vai trò ức chế canxi, ức chế alpha có thể phối hợp corticosteroid hoặc không làm tống xuất sỏi tự nhiên trong 65% trường hợp.

 Hẹn bệnh nhân tái khám sau 1 đến 2 tuần, đánh giá lại tình trạng tắc nghẽn, tình trạng sỏi, chuyển bệnh nhân sang Ngoại tiết niệu theo dõi đánh giá sỏi cần can thiệp (thường khi sỏi không được tống xuất sau 4 tuần).

 **ĐAU THẦN KINH TỌA**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

 Đau thần kinh tọa là biểu hiện của đau theo đường đi của thần kinh tọa từ điểm khởi đầu cho đến điểm kết thúc của nó. Nguyên nhân gây đau thần kinh tọa đa phần là do thoát vị đĩa đệm L4/L5 hay L5/S1 gãy chèn ép các rễ thần kinh tương ứng. Ngoài ra đau thần kinh tọa còn có các nguyên nhân hiếm gặp khác như do viêm nhiễm, u thần kinh, K xâm lấn chèn ép thần kinh tọa.

**II. CHẨN ĐOÁN**

 Chẩn đoán đau thần kinh tọa dựa vào biểu hiện lâm sàng đặc trưng và chẩn đoán xác định nguyên nhân dựa trên các xét nghiệm cận lâm sàn chủ yếu là MRI cột sống thắt lưng ở những nơi không có điều kiện chụp MRI.

**1. Biểu hiện lâm sàng**

* Đau dọc theo đường đi của thần kinh tọa. Thông thường là đau vùng cạnh sống thắt lưng. Tùy theo vị trí tổn thương mà biểu hiện lâm sàng cũng khác nhau:

+ Đau rễ L5: đau vùng hông lan đến phần giữa của mông, phía sau và bên của đùi, mặt ngoài của cẳng chân, mặt mu của bàn chân, tận cùng là ngón chân cái và 3 ngón giữa.

+ Đau rễ S1: đau vùng hông lưng lan đến phần giữa của mông, mặt sau của đùi, mặt sau cẳng chân (bắp chân), gót chân, gan bàn chân và tận cùng là ngón chân út (ngón 5 của bàn chân).

* Các dấu hiệu khi thăm khám lâm sàng:

+ Dấu Lasègue: tùy theo mức độ chèn ép rễ thần kinh mà có dấu Lasègue (+) ở các mức độ khác nhau.

+ Ấn các điểm đau dọc theo đường đi của thần kinh tọa (điểm Valleix) bệnh nhân sẽ đau tăng lên.

+ Dấu nhấn chuông (+).

+ Rối loạn cảm giác (tê bì, kiến bò, nóng rát) ở vùng thần kinh tọa chi phối.

+ Giảm vận động hoặc liệt nhóm cơ tương ứng ở chi dưới do thần kinh tọa chi phối.

+ Giảm hoặc mất phản xạ gân xương bên thần kinh tọa bị đau

+ Rối loạn cơ tròn: một số trường hợp thoát vị đĩa đệm chèn ép chùm đuôi ngựa đưa đến rối loạn cảm giác vùng tầng sinh môn và trực tràng, tiểu khó hoặc bí tiểu, đại tiện khó.

+ Nếu bệnh nhân đau thần kinh tọa đã lâu thì có thể dẫn đến teo cơ bên chân đau

* Lưu ý một số triệu chứng giúp định hướng chẩn đoán nguyên nhân khác ngoài thoát vị đĩa đệm là do viêm nhiễm hoặc bệnh lý khác của cột sống như: sốt, gầy sút, đau nhiều về đêm, ảnh hưởng tổng trạng, đau cột sống thắt lưng cao L1-L3, hoặc đau S1-S3, bệnh nhân có một số biểu hiện khác ngoài dấu hiệu đau thần kinh tọa…

**2. Xét nghiệm cân lâm sàng**

* Các xét nghiệm thường quy như: huyết học, sinh hóa, chỉ số viêm… thông thường là bình thường trong đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm. Một số bất thường về xét nghiệm huyết học và/hoặc sinh hóa giúp định hướng chẩn đoán nguyên nhân khác như do viêm hoặc do bệnh lý ác tính.
* X quang cột sống thắt lưng: giúp chẩn đoán phân biệt khi có biểu hiện bất thường như trượt đốt sống, viêm thân sống đĩa đệm, dấu hiệu hủy xương hoặc đặc xương bất thường.
* Chụp CT cột sống: giúp chẩn đoán được nguyên nhân gây đau thần kinh tọa là do thoát vị đĩa đệm hay do nguyên nhân khác.
* MRI cột sống: đây là phương pháp giúp chẩn đoán chính xác vị trí, mức độ, dạng thoát vị đĩa đệm. Ngoài ra trên MRI cũng giúp chẩn đoán được các nguyên nhân khác như do viêm nhiễm, u thần kinh, di căn ung thư…

**3. Chẩn đoán phân biệt**

* Đau thần kinh đùi, đau thần kinh bì đùi, đau thần kinh bịt.
* Bệnh lý khớp háng như: hoại tử vô khuẩn chòm xương đùi, viêm khớp háng, thoái hóa khớp háng.
* Bệnh lý cơ thắt lưng chậu: viêm, áp xe, u.
* Viêm khớp cùng chậu, viêm cộ sống dính khớp, loãng xương gãy lún đốt sống…

**III. ĐIỀU TRỊ**

 Sau khi đã xác định được nguyên nhân đau thần kinh tọa thì tùy theo nguyên nhân mà có phương pháp điều trị cho phù hợp.

**1. Đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm**

***1.1. Điều trị nội khoa***

* Nghỉ ngơi hoàn toàn: nằm giường cứng, tránh các cử động mạnh, không mang xách nặng, hạn chế đứng lâu hoặc ngồi lâu.
* Dùng các thuốc giảm đau, kháng viêm, dãn cơ và một số thuốc hỗ trợ khác:

+ Thuốc giảm đau Paracetamol thông thường hoặc có kết hợp với opioid nhẹ (tramadol hoặc codeine).

+ Các NSAID có thể dùng phối hợp với các thuốc giảm đau. Tùy theo bệnh nhân mà có thể lựa chọn các nhóm NSAID khác nhau: nhóm cổ điển (Ibuprofen, Diclofenac), nhóm ức chế ưu thế COX2 (Nabumetone, Etodolac), nhóm ức chế chọn lọc COX2 (Meloxicam, Coxibs).

+ Corticoid có thể được chỉ định ngắn ngày (5-7 ngày) nếu bệnh nhân có chống chỉ định hoặc không đáp ứng với NSAID với liều tương đương Prednisolone 5mg/kg/ngày.

+ Thuốc dãn cơ như Thicolchicosit (Coltramyl), Benzodiazepin, Diazepam (Valium), Tetrazepam (Myolastan), Eperison (Myonal)…

+ Nhóm thuốc khác: trong một số ít các trường hợp bệnh nhân có biểu hiện đau rễ thần kinh nhiều, đau mạn tính thì có thể dùng các nhóm thuốc sau: thuốc giảm đau thần kinh (Gabaentin, Pregabalin), liệu pháp vitamin nhóm 3B, vitamin B12.

* Tiêm ngoài màng cứng: có thể được chỉ định trong một số các trường hợp bệnh nhân kém đáp ứng với các phưng pháp điều trị nội khoa bảo tồn khác. Các dẫn xuất Glucocorticoid thường được sử dụng như: Soludécadron, Altim, Hydrocortancyl, Hydrocortisone acetate… Có thể thực hiện kỹ thuật này 2-3 lần trong khoảng vài ngày bởi bác sĩ có kinh nghiệm thực hiện kỹ thuật này.
* Vật lý trị liệu: các phương pháp massage, kéo dãn cột sống, ấn cột sống… cũng giúp làm giảm đau cho bệnh nhân.

***1.2. Các thủ thuật xâm lấn tối thiểu***

* Là kỹ thuật chọc kim qua da đến trung tâm đãi đệm để làm tiêu nhân nhầy đĩa đệm, từ đó làm giảm áp lực chèn ép của khối thoát vị lên rễ thần kinh.
* Kỹ thuật được áp dụng cho các khối thoát vị mức độ nhẹ hoặc trung bình, chưa có rách vòng xơ, khối thoát vị chưa lọt qua dây chằng dọc sau.
* Không áp dụng cho các trường hợp: thoát vị đĩa đệm nặng, xẹp đĩa đệm > 50%, đĩa đệm bị vỡ ra, vòng xơ đĩa đệm bị rách hoặc dứt nhiều, đứt dây chằng dọc sau, thoát vị đĩa đệm kèm theo trượt đốt sống, phì đại dây chằng vàng gây hẹp ống sống, phụ nữ mang thai.
* Có thể hủy nhân nhầy đĩa đệm bằng tiêm chất chymopapain, sử dụng sóng cao tần, kỹ thuật giảm áp đĩa đệm bằng laser qua da.

***1.3. Can thiệp ngoại khoa:*** Chỉ định ngoại khoa cho các trường hợp sau:

* Thoát vị đãi đệm mức độ nặng: hội chứng chùm đuôi ngựa, mất cảm giác vùng tầng sinh môn, biểu hiện tăng đau, hẹp ống sống nặng, liệt chi dưới… Thất bại với điều trị nội khoa bảo tồn: chỉ định phẫu thuật trong các trường hợp điều trị nội khoa đúng phương pháp > 8 tuần mà không có kết quả.
* Kỹ thuật mổ nội soi ít xâm lấn được áp dụng trong những năm gần đây và ngày càng phát triển vì tính chất ưu việt của phương pháp: ít xâm lấn, ít gây tổn thương tổ chức, đặc biệt là giảm nguy cơ xơ hóa sau phẫu thuật.
* Tỷ lệ thành công: từ 70%-90% các trường hợp tùy theo các phương pháp phẫu thuật. Triệu chứng đau kiểu rễ thần kinh thường biến mất sau mổ nhưng triệu chứng đau thắt lưng có thể tồn tại kéo dài.

**2. Đau thần kinh tọa do nguyên nhân khác**

* Các nguyên nhân do viêm nhiễm thì tùy theo viêm do vi trùng, do lao hay do ký sinh trùng mà có chỉ định điều trị cho phù hợp.
* Các nguyên nhân khác như: U thần kinh, K…thì cần phải hội chẩn các chuyên khoa liên quan để có phương pháp điều trị cho phù hợp

**Lưu đồ chẩn đoán và điều trị đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm**

Đau thần kinh tọa

Điều trị nội khoa

Chỉ định ngoại khoa cấp cứu

Chụp MRI cột sống thắt lưng

Điều trị nội khoa

Can thiệp tối thiểu hoặc

Điều trị phẫu thuật

**LƯU ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ**

**BỎNG HÓA CHẤT**

Khám bệnh toàn diện

Tìm hiểu bệnh sử

Hoàn cảnh tai nạn

Đặc điểm vết thương

**∆ + bỏng hóa chất**

(Căn cứ màu, mùi, cảm giác khi tiếp xúc với tác nhân)

**Phỏng kiềm**

Hoại tử ướt, ăn mòn, lở loét, phù nề, xám

**Phỏng axit**

Hoại tử khô, trắng hay vàng nâu, mùi chua…

**Sơ cứu:**

Giũ sạch hóa chất

Rửa nước nhiều

Gạc ẩm, thuốc mỡ…

(Tùy tác nhân cụ thể)

**Độ II:**

Nốt phồng nước

Tổn thương nông, mềm

**Độ III:**

Hoại tử khô, ít đau

Tắc mạch dưới da

**Điều trị bảo tồn:**

- Hoại tử tự rụng

- Đắp gạc mỡ ấm

- Thay băng

**Điều trị hỗ trợ toàn thân:**

- Giảm đau (uống hay tĩnh mạch)

- Dịch truyền – Kháng sinh

- Bổ dưỡng – Tập VLTL

**Mổ cắt lọc**

- Dùng màng sinh học

- Kích thích mọc mô hạt

- Thay băng

Tự lành được

Phải ghép da

**LƯU ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ**

**CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN**

Chấn thương bụng kín

Không ổn định

Ổn định

Siêu âm

Siêu âm hoặc chọc dò

(+)

(-)

(+)

(-)

Tổn thương tạng rỗng

Tổn thương tạng đặc

Theo dõi

Mở bụng hoặc phẫu thuật nội soi điều trị

CT Scan

Theo dõi

Huyết áp ổn định

Điều kiện bảo tồn

Huyết áp không ổn định

Mở bụng hoặc phẫu thuật nội soi điều trị

Mở bụng hoặc phẫu thuật nội soi điều trị

**LƯU ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ**

**GÃY XƯƠNG CHÍNH MŨI**

Gãy xương chính mũi

Gãy kín

Gãy hở

**Ít di lệch**

- Điều trị nội khoa: Kháng sinh, kháng viêm, giảm đau

**Di lệch nhiều**

- Nâng xương chính mũi.

- Kháng sinh, kháng viêm, giảm đau.

- Khâu vết thương.

- Nâng xương chính mũi.

- Kháng sinh, kháng viêm, giảm đau.

 **VIÊM XOANG**

**I. ĐỊNH NGHĨA VIÊM XOANG**

 Viêm xoang là tình trạng viêm niêm mạc của xoang, khi đó lỗ thông xoang bị phù nề và bị tắc một phần hay hoàn toàn. Viêm có thể xảy ra cấp tính hoặc mạn tính.

**II. NGUYÊN NHÂN**

**1. Siêu vi trùng:** *Rhinovirus* là siêu vi trùng thường gây viêm xoang nhiều nhất, *Influen-za, Parainfluenza, Adenovirus.*

**2. Nhiễm trùng:** thường thứ phát sau khi bị nhiễm siêu vi cúm, sởi, phát ban…, sau đợt viêm mũi, viêm amygdales, viêm VA (végétations adénoides), sâu răng. Những vi trùng gây bệnh hay gặp là *Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella, Streptococcus aurus, Klebsiella pneumoniae, vi trùng yếm khí* chiếm khoảng 30%.

**3. Nhiễm nấm:** hay gặp ở những người làm nông và chăn nuôi, những bệnh suy giảm miễn dịch, bệnh mạn tính kéo dài. Nấm gây bệnh thường gặp là aspergillus.

**4. Dị ứng:** do niêm mạc mũi xoang quá mẫn cảm với các yếu tố kích thích (bụi, hóa chất,…)

**5. Các yếu tố lý hóa:** sức ép cao (bơi lặn, đi máy bay, bom mìn,…), tia X, không khí lạnh hoặc khô, hơi hóa chất, rượu, thuốc lá…

**6. Chấn thương:** vùng hàm mặt, mũi, sàn sọ.

**7. Các yếu tố thuận lợi:** cơ thể suy nhược, suy dinh dưỡng, suy giảm miễn dịch (bệnh AIDS – Acquired Immunodeficiency Disease-), rối loạn chuyển hóa nước – điện giải, rối loạn nội tiết, bệnh mạn tính như lao, bệnh tiểu đường, viêm phế quản, viêm thận.

**8. Những cấu tạo bất thường ở mũi xoang**: vẹo vách ngăn, hẹp cửa mũi sau, kén hơi (concha bullosa) cuốn mũi giữa hoặc mũi trên, dị hình mỏm móc…

**III. CHẨN ĐOÁN**

**1. Viêm xoang cấp**

 Viêm xảy ra ở xoang trước đó hoàn toàn lành mạnh. Thường viêm xuất hiện cùng lúc hoặc sau một đợt viêm họng, viêm V.A, cảm, cúm, sâu răng,… Bệnh kéo dài trong vòng 4 tuần lễ.

***1.1. Triệu chứng toàn thân***: mệt mỏi, suy nhược, kém ăn, mất ngủ, sốt.

***1.2. Triệu chứng cơ năng***

 - **Đau đầu** là triệu chứng nổi bật, vị trí đau tùy theo xoang viêm:

 + Viêm xoang trán: đau ở vùng trán, phía trên cung mày.

 + Viêm xoang hàm: đau vùng gò má và vùng trên răng.

 + Viêm xoang sàng trước: đau ở góc trên và đau sâu trong ổ mắt.

 + Viêm xoang sàng sau: đau sâu phía sau hốc mắt, đau lan lên đỉnh đầu và vùng chẩm.

 + Viêm xoang bướm: đau trên đỉnh đầu và vùng chẩm.

 Trong viêm xoang trán và viêm xoang hàm cấp những cơn đau thường có giờ giấc rõ rệt. Cơn đau dịu hơn vào lúc sáng sớm ngủ dậy, nhưng lại xuất hiện sau một hay hai giờ, đau càng lúc càng tăng và đau trầm trọng vào buổi trưa và buổi chiều.

 - **Chảy mũi**: xuất hiện trong vòng 24 – 48 giờ đầu sau khi bị bệnh. Nước mũi chảy nhiều vào buổi sáng, lúc đầu trong loãng, sau đó nhanh chóng trở thành mủ vàng hoặc xanh đặc có mùi tanh, có khi lẫn máu.

 - **Nghẹt mũi**: nghẹt cả hai bên, nhưng nhiều ở bên bị viêm, nghẹt nhiều vào ban đêm hoặc khi nằm do sung huyết các cuốn mũi.

 - **Mắt**: mỏi mắt, sợ ánh sáng, không đọc sách hoặc xem truyền hình được.

***1.3. Khám lâm sàng***

 Ấn nhẹ vào vùng tương ứng với xoang viêm, người bệnh sẽ thấy đau ở những điểm sau:

 - *Điểm hố nanh*: xoang hàm bị viêm.

 - *Điểm Grunwald*: ở bờ trong và trên của hố mắt, khi viêm xoang sàng.

 - *Điểm Ewing*: ở mặt trước của xoang trán, nghĩ đến viêm xoang trán.

 + Soi mũi trước: thấy toàn bộ niêm mạc hốc mũi sung huyết, các cuốn mũi sưng to và đỏ, khe mũi giữa có nhầy hoặc mủ chảy ra do viêm các xoang trước.

 + Soi mũi sau: thấy mủ chảy từ khe trên xuống dọc thành sau họng do viêm các xoang sau.

**2. Viêm xoang mạn tính**

 Viêm xoang mạn tính thường là do viêm xoang cấp tái diễn nhiều lần, hậu quả của sự điều trị không đầy đủ hoặc không điều trị, thời gian kéo dài trên 3 tháng.

***2.1. Triệu chứng toàn thân:*** biểu hiện không rõ rệt: có thể mệt mỏi kéo dài, chán ăn, không thích làm việc, lười suy nghĩ.

***2.2. Triệu chứng cơ năng***

 - Chảy mũi: là dấu hiệu quan trọng nhất, chảy mũi nhầy hoặc nhầy mủ, mùi tanh hoặc thối, thường chảy nhiều vào buổi sáng, chảy ra cửa mũi trước hoặc chảy ra cửa mũi sau xuống thành sau họng khiến người bệnh hay khịt mũi, khạc đàm.

 - Nghẹt mũi: do phù nề niêm mạc mũi, nghẹt nhiều ở bên bị bệnh. Nếu có polype mũi sẽ nghẹt thường xuyên hơn.

 - Đau đầu: không có giờ giấc nhất định, đau âm ỉ vùng trán, thái dương, đỉnh đầu hoặc vùng chẩm.

 - Khứu giác: ngửi kém hoặc mất ngửi.

 - Mắt: mỏi mắt, đôi khi giảm thị lực.

***2.3. Khám lâm sàng***

 - Điểm đau thường không rõ rệt.

 - Soi mũi trước: Trong viêm các xoang trước, thấy ở khe mũi giữa đọng nhầy hoặc mủ. Cuốn mũi giữa thường quá phát và thoái hóa polype.

 - Soi mũi sau: Trong viêm các xoang sau, thấy nhầy, mủ chảy ra từ khe mũi trên xuống thành sau họng.

**IV. CÁC PHƯƠNG TIỆN VÀ KỸ THUẬT GIÚP CHẨN ĐOÁN**

**1. Nội soi mũi xoang**

 Thấy dịch hoặc nhầy mủ chảy ra từ lỗ thông các xoang, polyp mũi xoang, phát hiện các bất thường cấu trúc của mũi xoang như vẹo vách ngăn, gai vách ngăn, kén hơi cuốn mũi giữa…

**2. Chụp X quang tư thế BLONDEAU, HIRTZ**

 Thấy các xoang bị mờ, do niêm mạc xoang phù nề hoặc chứa dịch. Tuy nhiên độ chính xác thấp.

**3. Chụp cắt lớp điện toán (CT Scan)**

 - Thấy các xoang bị mờ, xoang chứa dịch, niêm mạc dầy, các lỗ thông xoang bị tắc, các bất thường cấu trúc của mũi xoang.

 - Giúp chỉ định và hướng dẫn phẫu thuật nội soi mũi xoang.

**V. ĐIỀU TRỊ**

**1. Điều trị nội khoa**

 - Tại chỗ: hút sạch dịch nhầy, nhỏ thuốc co mạch, bơm phun sương kháng viêm kháng sinh tại chỗ, rửa mũi bằng dung dịch nước muối sinh lý hoặc nước biển sâu.

 - Chọc rửa xoang hàm, khoan thông rửa xoang trán (không nên làm trong giai đoạn viêm cấp).

 - Toàn thân: cần nghỉ ngơi trong đợt viêm cấp.

 - Kháng sinh theo kháng sinh đồ, kháng sinh đề nghị sử dụng khi chưa có kháng sinh đồ là Amoxicillin/clavulanate, hoặc Bactrim hoặc Levofloxacine + metronidazole.

 - Kháng sinh corticoids toàn thân hoặc tại chỗ.

 - Thuốc kháng dị ứng trong những trường hợp viêm mũi xoang dị ứng.

 - Thuốc tiêu nhầy, thuốc tăng cường miễn dịch.

**2. Điều trị ngoại khoa**

 Chỉ đặt ra trong những trường hợp viêm mạn, điều trị nội khoa thất bại.

 - Loại bỏ những nguyên nhân và các yếu tố thuận lợi gây viêm xoang như: nhổ răng sâu, cắt bỏ polyp mũi; mổ chỉnh hình vách ngăn vẹo, kén hơi cuốn mũi giữa hoặc cuốn mũi trên.

 - Phẫu thuật tiệt căn theo phương pháp kinh điển (hiện nay ít được sử dụng).

 - Phẫu thuật xoang chức năng qua nội soi.

**V. THEO DÕI**

**1. Điều trị nội khoa**

 Bệnh thường giảm sau một tuần điều trị, việc điều trị nên tiếp tục và theo dõi đến tuần lễ thứ tư đến thứ sáu đối với viêm xoang cấp và tuần lễ thứ sáu đến thứ tám đối với viêm xoang mạn.

**2. Điều trị ngoại khoa**

 Theo dõi và săn sóc hậu phẫu đến tuần lễ thứ tám, niêm mạc xoang sẽ phục hồi sau tháng thứ tư đến tháng thứ sáu sau mổ.