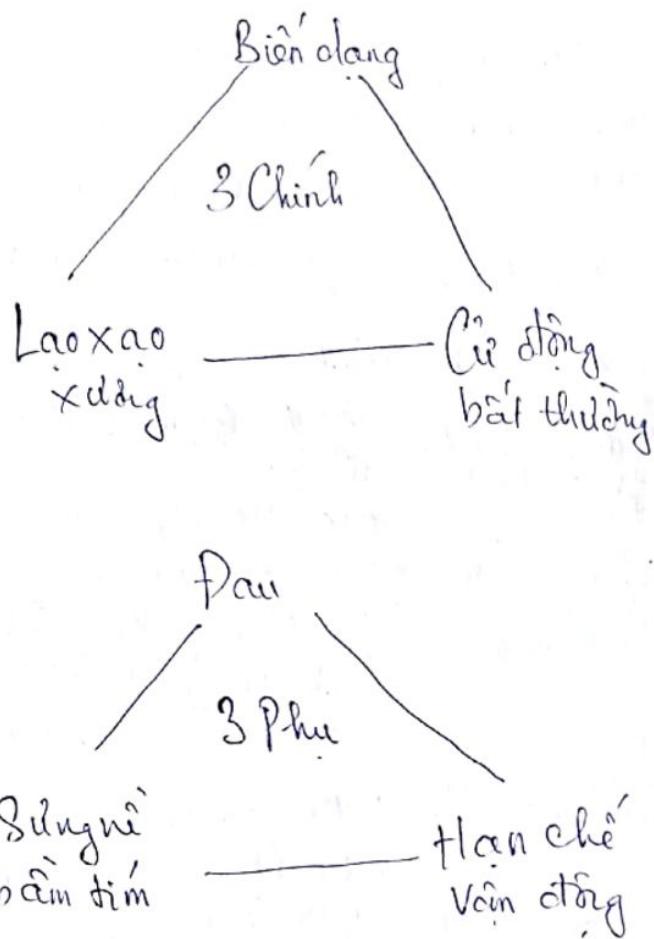
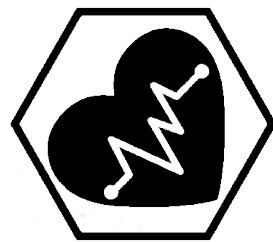


LÂM SĀNG GÂY XƯƠNG



CẬN LÂM SĀNG GÂY XƯƠNG

- X quang (Tiêu chuẩn vàng)
 - Tiêu chuẩn:
 - Lấy tủy - diết xương gãy khớp
 - Cường độ tia vừa đủ
 - Hình ảnh tối thường giữa phim
 - Đủ 2 tì thể thẳng nghiêng
- Đo: Vị trí ổ gãy - Kèm gãy - Mức độ - Biểu hiện, tối thường kèm theo (nếu có)



[Handwritten signature]

PHÂN LOẠI GÃY THÂN XƯƠNG ĐÙI

MAR

① Theo Winquist:

Độ 0: Gãy không có mảnh rời.

Độ 1: Gãy có mảnh rời nhỏ dưới 25% bê tông thân xương.

Độ 2: Gãy có mảnh rời 25-50% bê tông thân xương.

Độ 3: Gãy có mảnh rời 50-70% bê tông thân xương.

Độ 4: Gãy nhiều mảnh rời trên 75% bê tông thân xương.

② Theo AO!

SƠ CỨU BẢNG NBP GÃY THÂN XƯƠNG ĐÙI

- 3 Nẹp
- ① Gót đùi quá xildug bả vai
 - ② Mắt cá trongठen bên
 - ③ Mắt cá ngoàiठen homb nách.

Buộc dây cột định tai

Tiền đùi
gãy khớp

① Ngay tiền và dưới ố gãy

② Ngang gai chân trước tiền

③ Ngang dưới ối

④ Ngang ngực

⑤ Ngang mắt cá chân

⑥ Chân gác đùi buộc chula chia
chân.

BỘT WHITMAN (bột Ngọc - Chân - Lưng - Chân)

Dùng trong gãy xildug chân, cổ xildug đùi, 1/3 tiền và giữa xildug đùi
• Gom 2 phần: ① Vòng quanh toàn bộ ngực, bụng và hông
liên kết

với nhau

② Toàn bộ chân bên tốn thường.

• Giữ hàn tiền & tiền dưới khớp ilio-otom, 2 bên dưới hòn
nách 2-3cm và bên dưới là bột Cảng - Bầu chân hoặc Đùi - Cảng
- Bầu chân. Thực chất là bột Chân - Lưng - Chân thêm Ngọc Cho bột
vết chia.

LỐI KHUYẾN BÁC SĨ SAN PHẨM THUẬT XƯƠNG ỐT

Tuần 1: BN ngồi dậy (hạn chế vận động tiêu hóa, phổi, v.v)

Tập bền chân lành

Tập vận động chủ động với kỹ thuật viên.

Tuần 2: Cố thể tập ối lại bằng nạng.

Sau 3 tháng: Dừng tập gót chân xuống ối lại tam-thì.
(Xương bắt đầu lành)

Trong trường hợp thay khớp háng có thể vận động sớm hơn.

HỎI CHỨNG TẮC MẠCH DO MỠ (FBS - Fat embolism Syndrome)

- Hỏi chứng tắc mạch do mỡ xảy ra khi mỡ ối vào lồng mạch dẫn đến các triệu chứng:
 - Đặc trưng nhất là 3 đặc điểm: ① Suy hô hấp
 - ② Đặc điểm thận hình (lờ đờ, bón chôn)
 - ③ Xuất huyết nội tạng
- Triệu chứng xuất hiện từ 12h - 3 ngày sau khi chân bị đột biến làm tăng tiêm ối.
- Thường xảy ra do gây xuong ối, xuong chaff hay viêm tụy, phẫu thuật, v.v

PHÂN LOẠI THOÁI HÓA KHỚP GỐI

~~MAD~~

(Kellgren và Lawrence tiêu X quang)

X quang	Biểu hiện	Điều trị	
Giai đoạn 1 (AS 1)	Khe khớp gai nhẹ bình thường, có thể có gai nhỏ	<ul style="list-style-type: none"> Ít biểu hiện lâm sàng. Có thể đau nếu vận động nhiều. 	<ul style="list-style-type: none"> Đau tí tiêu chảy: Tập thể dục, ăn uống bổ sung glucosamine, chondroitin
Giai đoạn 2 (AS 2)	Hẹp khe khớp nhẹ, gai xương nhỏ	<ul style="list-style-type: none"> Hoạt động khớp gối bình thường. Gai xương nhỏ có thể gây đau. Cung khớp khi tiêm bột hoặc ít vận động 	<ul style="list-style-type: none"> Thận trọng trong sinh hoạt. Kiểm soát cân nặng. Tập thể dục đặc biệt: Bơi, yoga, v.v Thuốc uống, tiêm khớp (Hyalgan, huyết tương giàu tiểu cầu, v.v)
Giai đoạn 3 (AS 3)	Hẹp khe khớp rõ đặc xương dưới sụn, gai xương kích thước khác nhaу, đau xương biến dạng	<ul style="list-style-type: none"> Ánh sáng vẫn động khớp. Gai gây đau khớp thường xuyên. Cung khớp buốt sảng. Viêm khớp gối (sưng, nóng, đỏ, đau) Nhiều tủy khớp veo khớp 	<ul style="list-style-type: none"> Yếu cầu thuốc chống viêm không steroid và vật lý trị liệu Điều chỉnh sinh hoạt, cân nặng, thể dục đặc biệt Thuốc Hyalgan, huyết tương giàu tiểu cầu, v.v Điều trị phẫu thuật nội soi khớp, tháo xương khớp (nếu cần).
Giai đoạn 4 (AS 4)	Hẹp khe khớp nhiều (có thể toàn bộ), đặc xương dưới sụn, gai xương lớn, đau xương biến dạng rõ	<ul style="list-style-type: none"> Hạn chế vận động khớp gối Đau liên tục, thắt lưng, tăng khói vận động, lạo xao khớp gối Cung khớp buốt sảng Viêm khớp thường xuyên, mủ dịch Biến dạng khớp, lệch lạc 	<ul style="list-style-type: none"> Yếu cầu thuốc nội khoa và vật lý trị liệu Nếu không đáp ứng điều trị nội khoa cần phẫu thuật thoát ngoài, khoa như nội soi khớp, tháo xương khớp, hoặc thay khớp.

GÂY XƯƠNG HỒ MỘT SỐ TRAO ĐỔI

MAD

① Mô tả vết thương: vết vi-tí, kích thước, màu sắc, v.v
Ví dụ: Vết thương mặt trước 1/3 trên cẳng chân (T) kích thước ~ 7x10 cm, lỗ xung quanh, trong ổ quay nhiều hạt éat nhỏ li ti.

② Chân卅án sẽ ảnh hưởng tới điều trị:

- Gây xung huyết ở 1-2 cm sâm sẽ chỉ định kết hợp xung huyết bên trong (Nẹp vít, tĩnh mạch, v.v)
- NHỮNG GÃY XUNG HỆT 3 hoặc 1-2 cm muộn thường co ép ngoài, cố định ngoài.

③ Số cứu:

- Rửa ngoài vết thương NaCl 0,9%, Ringer lactate (Không rửa quá sâu bên trong - Rửa sâu khi phẫu thuật)
- Nguyên tắc: Cố định - Giảm đau - Chống sốc.
- Cố định nguyên tử thế gãy.

④ Điều trị:

Bảo tồn
(Bó bột, Kéo
lên tia, nẹp chỉnh
hình)

: Chỉ định khi gãy nhẹ ít, không bầm
chuddy.

Tử em gãy cánh hàn hay người già

Phẫu thuật

Mô cấp cứu: Di lệch nhiều, nguy cơ di
lệch cao

Ví dụ: Gãy xung huyết trên lệch tiền lùn hoặc
biến dạng

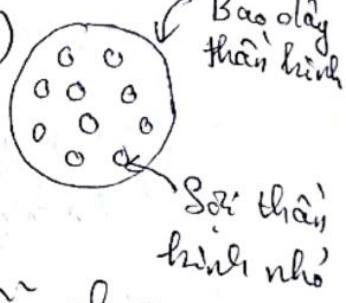
Mô phỏng.

⑤ Phẫu thuật 2 thi:

- Thị bắn: Tuyệt m้า áp lực tung bình / thấp. Vết atđ I ~ 3l
dịch, atđ II ~ 6 l dịch và atđ III ~ 9l dịch.
Cắt lõe ola, có chốt (Có chốt không chảy máu
hoặc không phẫu thuật khi kích
thích điều)
- Thị sạch: Thay dụng cụ sau tiến hành phẫu thuật.

⑥ Thủ tục phẫu thuật:

- Cố định xương → Mạch máu mòn → Nối dây thần kinh
- Nối bao dày thần kinh liệu quá không cao so với nút
vi phẫu. (Tốc atđ mọc dày thần kinh ~1mm/ngày)



⑦ Cần cù giải phẫu mà chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp.

Merk

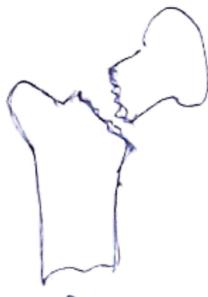
PHÂN LOẠI GÃY CỐ XƯƠNG ĐÙI

① Gorden



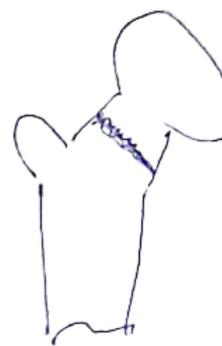
G 1

Gãy sợi khai cổ - Gãy cài.
Cài bẹ xương đùi có côn nguyên
(Tiêu huyệt tốt nhất)



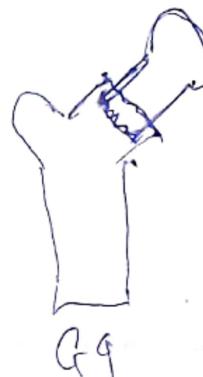
G 3

Di lệch nhiều nhưng diện
gãy tiếp xúc nhau



G 2

Gãy hoàn toàn không di
lệch



G 4

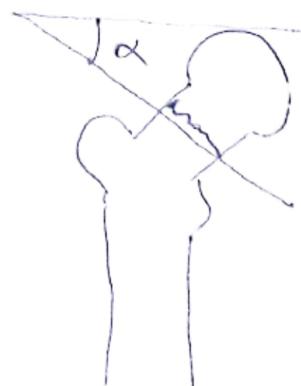
Di lệch, diện gãy không
còn tiếp xúc, chèn từ elo.
(Tiêu huyệt xấu nhất)

② Pawels

P 1: $\alpha < 30^\circ$ (tiêu huyệt tốt)

P 2: $30^\circ < \alpha < 70^\circ$ (tiêu huyệt
đèn tắt)

P 3: $\alpha > 70^\circ$ (tiêu huyệt xấu)



MHD