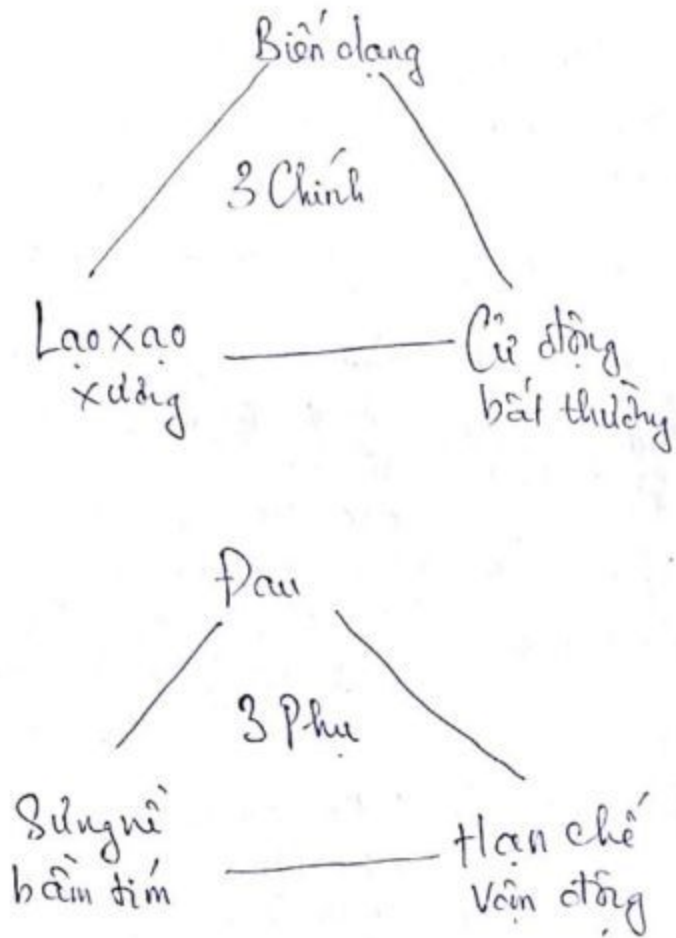


# LÂM SÀNG GÂY XƯƠNG

# CẬN LÂM SÀNG GÂY XƯƠNG



- X quang (Tiêu chuẩn vàng)
- Tiêu chuẩn:
    - Lấy tiền - chiếu xương gãy khớp
    - Cường độ tia vừa đủ
    - Hình ảnh tổn thương giữa phim
    - Đặt 2 tư thế thẳng nghiêng
  - Đọc: Vị trí ổ gãy - Kiểu gãy - Mức độ - Biến chứng, tổn thương liên quan (nếu có)



*Handwritten signature*

# PHÂN LOẠI GÃY THÂN XƯƠNG ĐÙI

MA

## ① Theo Winquist:

Độ 0: Gãy không có mảnh rời.

Độ 1: Gãy có mảnh rời nhỏ dưới 25% bề rộng thân xương.

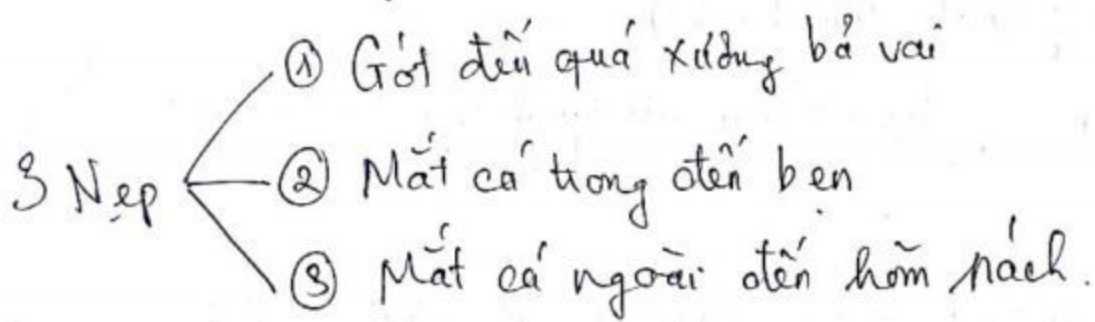
Độ 2: Gãy có mảnh rời 25-50% bề rộng thân xương.

Độ 3: Gãy có mảnh rời 50-75% bề rộng thân xương.

Độ 4: Gãy nhiều mảnh rời trên 75% bề rộng thân xương.

## ② Theo AO:

### SƠ CỬU BẢNG NBP GÃY THÂN XƯƠNG ĐÙI



Bước dây cô định tại

Trên đường  
gãy khớp

① Ngay trên và dưới ổ gãy

② Ngang gai chậu trước trên

③ Ngang dưới gối

④ Ngang ngực

⑤ Ngang mắt cá chân.

⑥ Chèn gác để bước chân chắc.

### BỘT WHITMAN (bột Ngực - Chậu - Lưng - Chân)

Dùng trong gãy xương chậu, cổ xương đùi, 1/3 trên và dưới xương đùi.

- Gồm 2 phần: ① Vòng quanh toàn bộ ngực, bụng và hông liên kết với nhau
- ② Toàn bộ chân bên tổn thương.

• Giới hạn trên ở trước dưới khớp ức đòn, 2 bên dưới hông nách 2-3 cm và bên dưới là bột Cẳng - Đùi chân hoặc Đùi - Cẳng - Bàn chân. Thực chất là bột Chậu - Lưng Chân thêm Ngực cho bột vững chắc.



# LỜI KHUYÊN BÁC SĨ Sau phẫu thuật Xương đùi

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

Tập bên chân lành

Tập vận động chủ động với kỹ thuật viên.

Tuần 2: Có thể tập đi lại bằng nạng.

Sau 3 tháng: Được đặt gót chân xuống đi lại tạm thời.  
(Xương bắt đầu lành)

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

## HỘI CHỨNG TẮC MÁCH DO MỠ. (FES - Fat embolism Syndrome)

- Hội chứng tắc mạch do mỡ xảy ra khi mỡ đi vào lòng mạch dẫn đến các triệu chứng:

- Đặc trưng nhất là 3 đặc điểm:
  - 1 Suy hô hấp
  - 2 Đặc điểm thần kinh (Lơ đã, bồn chồn)
  - 3 Xuất huyết ~~chức năng~~ da.

- Triệu chứng xuất hiện từ 12h - 3 ngày sau khi chẩn đoán bệnh lâm sàng tiềm ẩn.

- Thường xảy ra do gãy xương đùi, xương chậu hay viêm trụ, phẫu thuật, v.v

# PHÂN LOẠI THOÁI HOÁ KHỚP GỐI

## (Kellgren và Lawrence trên X quang)

*MAS*

	X quang	Biểu hiện	Điều trị
Giai đoạn 1 (Độ 1)	Khe khớp gần như bình thường, có thể có gai nhỏ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ít biểu hiện lâm sàng</li> <li>Có thể đau nếu vận động nhiều.</li> </ul>	<p>Điều trị triệu chứng:</p> <p>Tập thể dục, ăn uống chế độ phù hợp bổ sung glucosamine, chondroitin</p>
Giai đoạn 2 (Độ 2)	Hẹp khe khớp nhẹ, gai xương nhỏ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoạt động khớp gối bình thường.</li> <li>Gai xương nhỏ có thể gây đau.</li> <li>Cứng khớp khi tĩnh nghỉ hoặc ít vận động</li> </ul>	<p>Tập luyện trong sinh hoạt. Kiểm soát cân nặng.</p> <p>Tập thể dục đặc biệt: Bơi, yoga, v.v</p> <p>Thuốc uống, tiêm khớp (Hyalgan, huyết tương giàu tiểu cầu, v.v)</p>
Giai đoạn 3 (Độ 3)	Hẹp khe khớp rõ đặc xương dưới sụn, gai xương kích thước khác nhau, đầu xương biến dạng	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ảnh hưởng vận động khớp.</li> <li>Gai gây đau khớp thường xuyên.</li> <li>Cứng khớp buổi sáng</li> <li>Viêm khớp gối (sưng nóng, đỏ, đau)</li> <li>Nhiều trường hợp vẹo khớp</li> </ul>	<p>Yêu cầu thuốc chống viêm không steroids và vật lý trị liệu</p> <p>Điều chỉnh sinh hoạt, cân nặng, thể dục đặc biệt</p> <p>Thuốc Hyalgan, huyết tương giàu tiểu cầu, v.v</p> <p>Điều trị phẫu thuật nội soi khớp, đục xương chỉnh trục (nếu cần)</p>
Giai đoạn 4 (Độ 4)	Hẹp khe khớp nặng (có thể toàn bộ), đặc xương dưới sụn, gai xương lớn, đầu xương biến dạng rõ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hạn chế vận động khớp gối</li> <li>Đau liên tục, tăng khi vận động, lao xạ khớp gối</li> <li>Cứng khớp buổi sáng</li> <li>Viêm khớp thường xuyên, tràn dịch</li> <li>Biến dạng khớp, lệch trục.</li> </ul>	<p>Yêu cầu thuốc nội khoa và vật lý trị liệu</p> <p>Nếu không đáp ứng điều trị nội khoa cần phẫu thuật thay khớp hoặc thay khớp.</p>



# GÃY XƯƠNG HỞ MỘT ĐÔI TRAĐỒ ĐỒI

HA HA

① Mô tả vết thương: về vị trí, kích thước, màu sắc, v.v  
Ví dụ: Vết thương mặt trước 1/3 trên cẳng chân (T) kích thước  $\approx 7 \times 10$  cm, lộ xương gãy, trong ổ gãy nhiều hạt cát nhỏ li ti.

② Chấn thương sẽ ảnh hưởng tới điều trị:

- Gãy xương hở độ 1-2 đến sớm sẽ chỉ định kết hợp xương bên trong (Nẹp vít, đinh nội tuỷ, v.v)
- NHƯNG gãy xương hở độ 3 hoặc 1-2 đến muộn thì dùng Cọc ép ngoài, cố định ngoài.

③ Sơ cứu:

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

④ Điều trị:

Bảo tồn  
(Bỏ bột, kéo liên tục, nẹp chỉnh hình)

! Chỉ định khi gãy ở lệch ít, không biến dạng.

Từ em gãy cẳng tay hay người già

Phẫu thuật

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

Ví dụ: Gãy xương đòn lệch trên 2cm hoặc biến dạng

Mô phiên.

### ⑤ Phân thuật 2 thí:

- Thí bắn: Tuổi lứa áp lực trung bình / chấp. Với độ I ~ 3 l dịch, độ II ~ 6 l dịch và độ III ~ 3 l dịch.

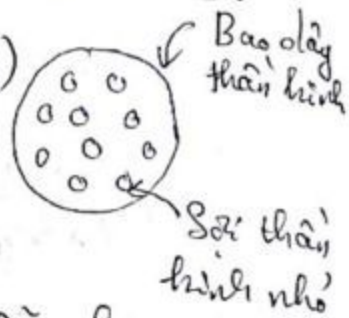
Cắt lọc da, có chết (Có chế không chảy máu hoặc không phản ứng khi kích thích điện)

- Thí sạch: Thay dụng cụ rồi tiến hành phân thuật.

### ⑥ Thí nghiệm phân thuật:

• Cơ định xương → Mạch máu nuôi → Nốt Thần kinh

- Nốt bao dây thần kinh hiện quả không cao so với nốt vi phân. (Tốc độ mọc dây thần kinh ~ 1mm/ngày)



### ⑦ Căn cứ giải phẫu mà chọn phương pháp phân thuật phù hợp.

*[Signature]*

# PHÂN LOẠI GÁY CỔ XƯƠNG ĐŨI

## ① Garden

MD



G1

Gãy Δ phần cổ - Gãy cài.  
Các bề xương dưới cổ còn nguyên  
(Tiên lượng tốt nhất)



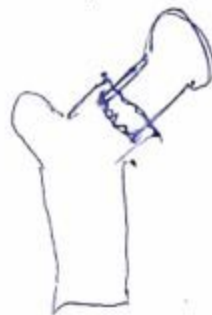
G2

Gãy hoàn toàn không di lệch



G3

Di lệch nhiều nhưng vẫn  
gãy tiếp xúc nhau



G4

Di lệch, diện gãy không  
còn tiếp xúc, chèn tủy ole.  
(Tiên lượng xấu nhất)

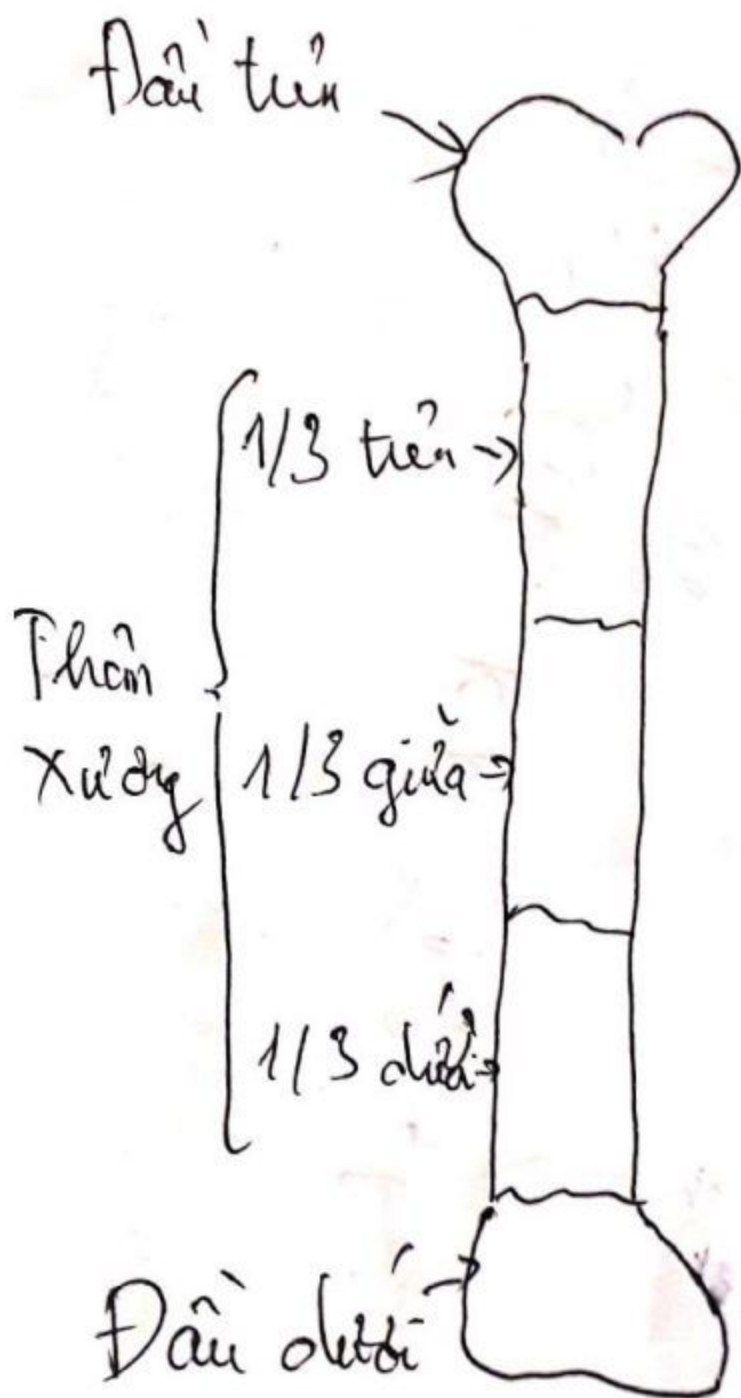
## ② Pauwels

P1:  $\alpha < 30^\circ$  (tiên lượng tốt)

P2:  $30^\circ < \alpha < 70^\circ$  (tiên lượng  
chưa tốt)

P3:  $\alpha > 70^\circ$  (tiên lượng xấu)





### HỌAİ TỬ VÔ KHUẨN CHỖM XƯƠNG ĐÙI

- Nguyên nhân {
  - Chấn thương
  - Thiếu dưỡng / Bệnh lý đại tháo đường, cao tiểu
- Tổn thương càng sát chỗm tiền lượng càng xấu do thiếu nuôi dưỡng.



Gãy xương cánh tay

① Gãy chi trên ít xảy ra biến chứng sốc.

② Gãy 1/3 trên di lệch biến dạng điển hình nhất (ngửa ra ngoài)

③ Cú tông bất thường là cú tông không thông qua khớp, không trong giới hạn vận động của khớp.

④ Kiểm tra ngắn chi  $\Rightarrow$  Phát hiện gãy xương + Theo dõi sau phẫu thuật.

⑤ Miền tả vết thương  $\Rightarrow$  Đánh giá hướng xoắn-lu  
(Vết xương, vết ngoài)  
hình sao

Vị trí + Kích thước + Kiểu tổn thương + Tổn thương bên trong + Kèm theo  
(Nội dung)

⑥ Thân hình quay hay tổn thương nhất và nhất là mặt trước 1/3 trên.

⑦ Gãy xương cánh tay ở cổ bằng 2 nẹp, giữ ở tư thế  
Cơ năng không nắn chỉnh:

- 1 - Mặt trước - nếp khuỷu đến cổ tay
- 2 - Mặt sau - khuỷu đến cổ tay

Vị trí dây buộc

- ở gãy 2 dây
- Tên khớp khuỷu
- Gắn khớp cổ tay
- buộc bằng số 8.

Nẹp dài 40 cm, dây 1 cm.

$\Rightarrow$  Treo cổ ở tình Xương cứng tay.

⑧ Nắn chỉnh cần 3 người

- Người giữ cổ ở tình
- Người kéo theo trục chi
- Người nắn chỉnh (chỉnh)

$\Rightarrow$  Nẹp bằng 2 nẹp trước sau  $\rightarrow$  chèn chéo, chỉnh di lệch 2 bên)  
Gãy 1/3 trên bán tay giữa hoàn toàn.

1/3 giữa 2 bán tay tư thế trung gian.  
dưới

Gãy xương giờ otai  $\Rightarrow$  Dùng bột sâu, bột lạch dọc  $\Rightarrow$  Chống sưng nề

Gãy có vết thương  $\Rightarrow$  Bột của số otai thay băng.

Bột otai 1 tuần  $\Rightarrow$  Thay băng, tháo bột.

③ Phần thuật thường dùng nẹp vít.



## GÂY THÂN 2 XƯƠNG CẰNG CHÂN

- ① Sơ cứu bằng 2 nẹp :  $\left\{ \begin{array}{l} \text{Trong tuần khớp gối đến mặt cẳng chân} \\ \text{Ngoài tuần khớp gối đến mặt cẳng chân} \end{array} \right.$

Bước tiến và chườm ổ gãy  $\Rightarrow$  Bước tiến và chườm gối  $\Rightarrow$  Bước băng ổ gãy vững cố chân.

- ② Biện chứng chèn ép khoang lỵ hay gấp nhất.

Áp lực khoang tăng  $\rightarrow$  Kích thích thần kinh, mạch máu  $\rightarrow$  Tiết dịch

Vòng xoắn kênh lỵ.  
 $\rightarrow$  Chèn ép khoang chủ tăng lên nếu không điều trị.

- Phát hiện bằng theo dõi lâm sàng hệ:

+ Đau không tương ứng với tổn thương  
(Gác chân vẫn đau, thuốc giảm đau vẫn đau, v.v.)

+ Ảnh hưởng thần kinh  $\Rightarrow$  Tê bì, dị cảm.

+ Sưng nề, bầm tím (khoang sâu không thấy sưng nề)

+ Bất mạch

+ Cảm giác nóng, đau

- Chèn ép khoang  $> 20 \text{ mmHg} \Rightarrow$  Theo dõi  
 $> 30 \text{ mmHg} \Rightarrow$  Mô cấp cứu

- Giải phóng chèn ép bằng 2 đường lạch chính sau lưng và sau ngoại. Nguyên tắc chèn ép đến đầu lạch đến đây.

- Sau thích lạch tử hỏ thay băng hàng ngày.

- Điều trị kháng sinh, tổ chức hạt ổ thì khâu lại.

- ③ Điều trị ít khi sử dụng bao tôn. Chỉ định phần thuật loại nào tùy vào từng trường hợp.



## Gãy Pouteau - Colles

- ① Gãy đầu dưới xương quay ra sau, lên trên, ra ngoài.
- ② Gãy chông tay  $\Rightarrow$  Pouteau - Colles, ~~Thật khớp~~ khớp khuỷu, Thật khớp vai (Cao biên dạng phẩy biên)

- ③ Biến chứng Hay gặp:
  - Hội chứng ống cổ tay.
  - Hội chứng Sudeck (loạn dưỡng do phản xạ giao cảm)

Xử trí:- Hạn chế vận động bằng cố định cổ tay

- Dùng thuốc chống viêm NSAIDs, toàn thân có thể dùng Corticoid (< 5 ngày).

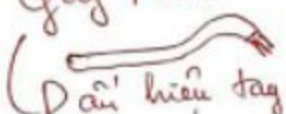

Tiêm vào bao khớp, không tiêm vào gân vì gây hoại tử

- Cắt dây chằng vòng cổ tay (phương án cuối)

- ④ 90% điều chỉ bảo tồn

Điều trị bảo tồn thất bại  $\Rightarrow$  Phẫu thuật.

## CÁC LOẠI GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY

- ① Gãy Pouteau - Colles: Vị trí gãy cách bờ khớp trên  $\sim 2\text{cm}$   
( Dấu hiệu tay dĩa) Đường gãy ngang, không thấu khớp.  
Di lệch: lên trên, ra ngoài và ra sau.
- ② Gãy Smith: Vị trí và đường gãy như Pouteau - Colles  
( ) Di lệch: lên trên, ra ngoài và ra trước.
- ③ Gãy Barton: Gãy phạm 1 phần mặt khớp, mảnh gãy có thể ở mặt lồi hoặc mặt lũng.
- ④ Gãy Chauffeur (tài xế): Gãy chéo 1 phần mặt khớp bao gồm cả mỏm trâm quay.