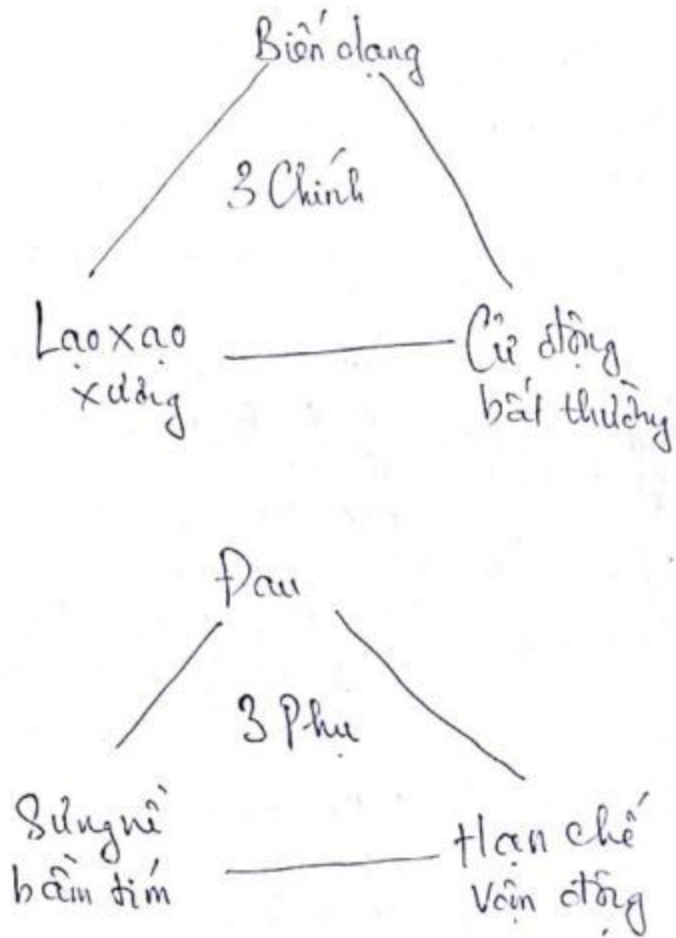


LÂM SÀNG GÂY XƯƠNG

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.

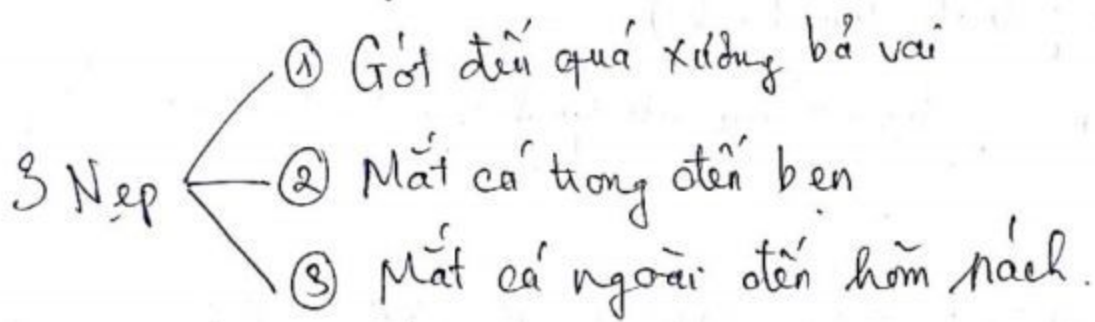
Độ 2: Gãy có mảnh rời 25-50% bề rộng thân xương.

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 NẾP GÃY THÂN XƯƠNG ĐÙI



Bước dây cô định tại

Trên dây
gây 1 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 đến bước chưa chắc chắn.

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

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

- Gồm 2 phần: ① Vòng quanh toàn bộ ngực, bụng và lưng 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 - Bàn 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"> Ít biểu hiện lâm sàng Có thể đau nếu vận động nhiều. | <p>Điều trị triệu chứng:</p> <p>Tập thể dục, ăn uống chế độ hoạt 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"> Hoạt động khớp gối bình thường. Gai xương nhỏ có thể gây đau. Cứng khớp khi tĩnh nghỉ hoặc ít vận động | <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"> Ảnh hưởng vận động khớp. Gai gây đau khớp thường xuyên. Cứng khớp buổi sáng Viêm khớp gối (sưng nóng, đỏ, đau) Nhiều trường hợp vẹo khớp | <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"> Hạn chế vận động khớp gối Đau liên tục, tăng khi vận động, lao xạ khớp gối Cứng khớp buổi sáng Viêm khớp thường xuyên, tràn dịch Biến dạng khớp, lệch trục. | <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 ĐẦU TRAO ĐỔI

HAHA

① Mô tả vết thương: về vị trí, kích thước, màu sắc, v.v
Ví dụ: Vết thương mặt trước $\frac{1}{3}$ 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.

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

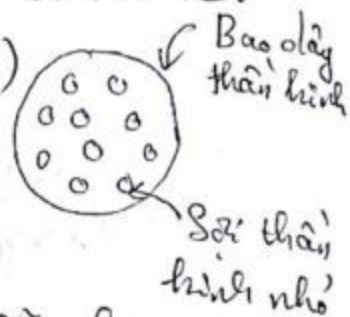
Cắt lọc da, có chết (Có chế không chảy máu hoặc không phản ứng khi kích thích điện)

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

⑥ Thí về 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



G1

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



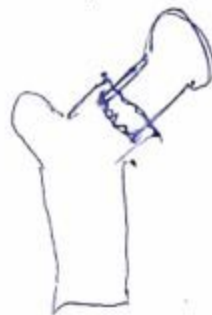
G3

Di lệch nhiều nhưng diện
gãy tiếp xúc nhau



G2

Gãy hoàn toàn không di
lệch



G4

Di lệch, diện gãy không
còn tiếp xúc, chỏm bị dẹt.
(Tiền lượng xấu nhất)

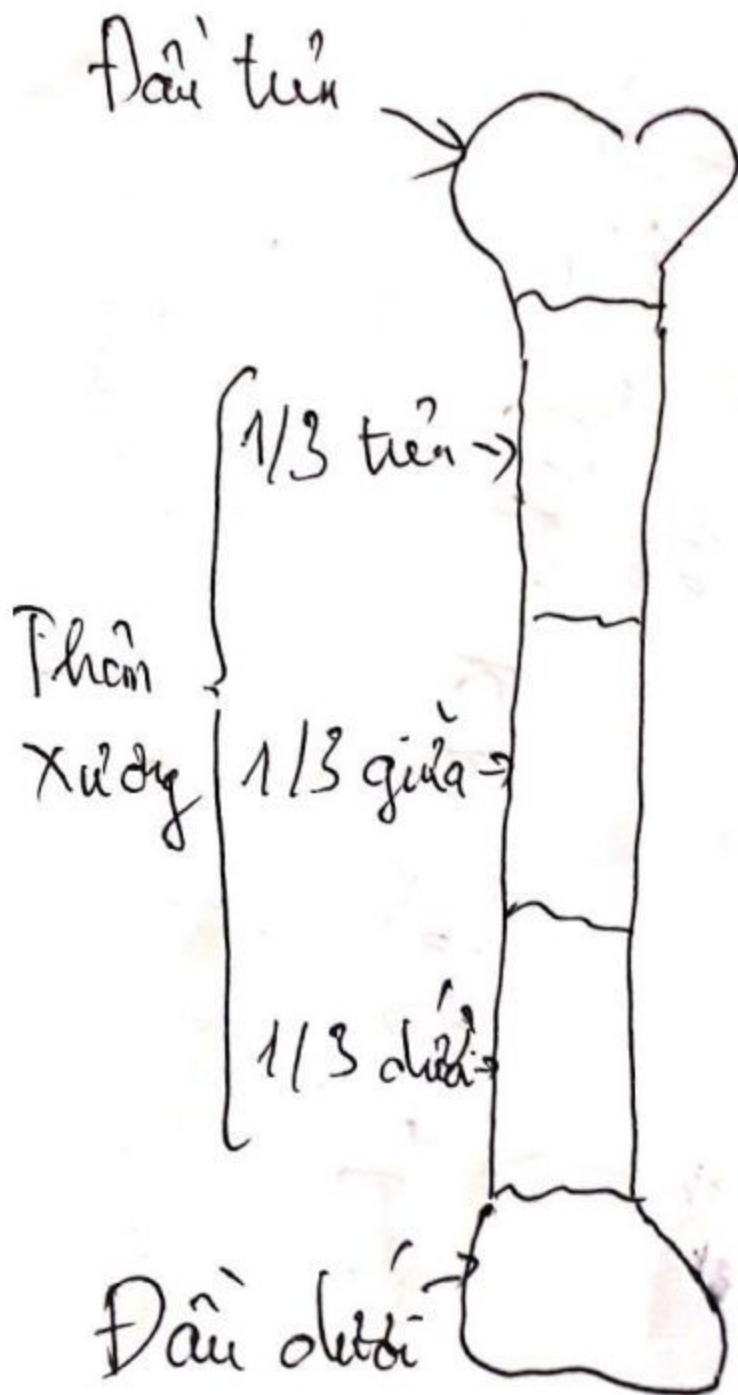
② Pauwels

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

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

P3: $\alpha > 70^\circ$ (tiền 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 xử trí
(Vết xước, vết ngựa)
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 cẳng tay 80% cứu 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
Tien khớp khuỷu
Gắn khớp cổ tay
bước băng số 8.

Nẹp dài 40 cm, dây 1 cm.

\Rightarrow Treo cổ ở tình Xương cẳng 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 bàn tay giữa hoàn toàn.

1/3 giữa 2 bàn 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 CÁN 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 trên và dưới ở gãy \Rightarrow Bước trên và dưới gối \Rightarrow Bước bằng ở 8 vùng cổ chân.

- ② Biện chứng chèn ép khoang lỵ hay gãy 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 huyết:

+ Đau không tương ứng với tổn thương
(Gác chân vào 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 ngoài. Nguyên tắc chèn ép trên đầu lạch đến đầu.

- Sau thích lạch tử hỏ thay băng hàng ngày.

- Điều trị kháng sinh, tổ chức hạt ở 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 phễu 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).

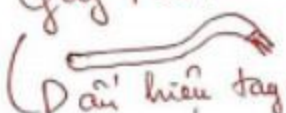

Tiêm vào bao khớp, không tiêm vào gân vì gây hoại tử

- 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.

CASE STUDY: CHẤN THƯƠNG CHÂN (P)

① Định nội tủy có 2 đặc điểm chiều dài và đường kính.
Đo $D_{ax} = 0,5 \text{ cm}$

② ~~Sau~~ Sau mổ kết hợp xương đùi bằng nẹp vít, kết hợp xương chày bằng đinh nội tủy, kết hợp xương bánh chè bằng 2 vòng chữ thập sau TNGT ngày thứ 13 theo dõi nhiễm trùng vết mổ mặt trước xương chày (P).

③ Xương bánh chè cần bó bột. Sau 2 tuần tập từ nhẹ (không tục tiếp), tập đi nặng.

④ Xương mác ít cần kết hợp xương vì không cần thiết, gãy 2/3 trên

tổn kém, nguy cơ tổn thương mạch máu, thần kinh hơn kết hợp xương chày. Tổn thương cần kết hợp như tổn thương khớp chày-mác.

⑤ Nhiễm trùng vết mổ:

* Cắt lọc vết mổ

* Lấy dịch làm xét nghiệm (kháng sinh đồ)

* Rửa bằng (Betadin), vết mổ sâu phải rửa liên tục

* Điều trị bằng kháng sinh tam thể. Khi có kháng sinh đồ cần xem vi khuẩn có kháng kháng sinh nào không?

* Xuất hiện mô hạt \rightarrow khâu lại vết thương.

⑥ Phương pháp phẫu thuật dựa vào hình nghiệm và nguy thất bị.

⑦ Dùng thuốc chống đông.