

SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN LÊ VĂN VIỆT



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ
CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH

NĂM 2024

MỤC LỤC

1. MỤC LỤC	1
2. VẾT THƯƠNG LÓC DA	1
3. GỠY XƯƠNG BẢNH CHÈ	Error! Bookmark not defined.
4. GỠY XƯƠNG BÀN CHẢN	9
5. GỠY XƯƠNG MẮT CÁ	13
6. GỠY XƯƠNG HỎ	16
7. GỠY XƯƠNG KÍN	20
8. THỎÁI HỎÁ KHỎP GỎI	24
9. ĐIỀU TRỊ BỎNG NGƯỜI LỎN	Error! Bookmark not defined.
10. CHẢN THƯƠNG SỎ NẢO	35
11. GOUT	39

VẾT THƯƠNG LÓC DA

1. ĐẠI CƯƠNG

Da lóc rời khỏi tổ chức dưới da, có thể lóc da rời hoặc lóc da có cuống, có thể lóc da kín hoặc lóc da hở.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Các công việc của chẩn đoán

2.1.1. Hỏi bệnh

- Lý do vào viện: đau vết thương?

Bệnh sử: thời gian? Địa điểm? cơ chế?

- Tiền sử: bệnh nội khoa ? chấn thương trước đó?

2.1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Quan sát:

Vết thương lóc da có cuống.

Vết thương lóc da hoàn toàn.

Lóc da hở.

Lóc da ngầm (lóc da kín)

The Hindalgo chia vết thương thành 3 loại:

- Loại I: vết thương lóc da nhỏ ($\leq 10 \text{ cm}^2$).

- Loại II: vết thương lóc da rộng ($> 10 \text{ cm}^2$).

- Loại III: là loại có vết lóc da thương liên quan đến những vùng đặc biệt như:

+ Bàn chân (lóc da gót, lóc da mu chân).

+ Da đầu.

→ Những loại này thường yêu cầu sự cấy ghép vạt da mới.

2.1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

Xquang để kiểm tra thương tổn xương-khớp đi kèm

Siêu âm kiểm tra tổn thương phần mềm quanh vết thương (gân, mạch máu,...)

Xét nghiệm tiền phẫu trong trường hợp phải phẫu thuật

2.2. Chẩn đoán xác định

Dựa vào thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng để chẩn đoán. Cần đánh giá kỹ trong trường hợp lóc da kín

2.2 Chẩn đoán phân biệt

Vết thương đơn thuần

Lóc da tổn thương các mô quý đi kèm.

2.3 Chẩn đoán nguyên nhân

Thường gặp do tai nạn giao thông, tai nạn lao động

3. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

3.1 Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

Chống nhiễm trùng

Phục hồi giải phẫu

Khôi phục chức năng của phần mềm và che phủ các thành phần quan trọng như mạch máu thần kinh xương gân

3.2 Điều trị ban đầu

- Với mục đích phòng sóc: giữ ổn định sinh hiệu của bệnh nhân.

- Hạn chế mất máu: băng ép cầm máu tại vết da lóc.

Hạn chế nhiễm trùng dùng kháng sinh thích hợp (có thể phối hợp kháng sinh) và tiêm ngừa uốn ván.

3.2 Điều trị phẫu thuật

- Đánh giá tình hình chung

+Đánh giá vết da bị lóc còn sống được hay không: vết da có cuống có thể sống được nếu chiều dài của vết da bằng chiều rộng của cuống da và mạch máu lưu thông vùng da phải tốt.

+Nếu quyết định giữ lại vết da thì phải tiến hành cắt lọc, tiết kiệm lớp da còn sống và cố gắng bảo vệ các mạch máu nuôi da.

+Vết thương lóc da hoàn toàn: nếu để lộ mạch máu, thần kinh, gân và xương thì sau khi cắt lọc phải che các thành phần trên bằng cách rạch đối bên hoặc xoay vết da kế bên.

- Nguyên tắc

+Đối với vết thương đến sớm: xử lý càng sớm càng tốt (tốt nhất là trong 6 giờ đầu).

+Vết thương đến muộn cần thận trọng đối với vết thương ở giai đoạn viêm tấy: dùng kháng sinh phổ rộng (beta lactam, cefalosporin thế hệ III...), kết hợp với nhóm kim khuẩn, khi đã có dấu hiệu nhiễm trùng thì phải dẫn lưu vết thương.

- Kỹ thuật cắt lọc vết thương

+Mục đích: biến vết thương dập nát thành vết thương sạch gọn.

+Yêu cầu: mở rộng vết thương khám sát toàn bộ độ rộng và chiều sâu (bề dày của vết da).

+Cắt lọc hết các tổ chức chết và mô mỡ dưới da dập nát nhưng phải tiết kiệm da sống tối đa (cố gắng loại bỏ dị vật bám vào lớp mô dưới da).

+Da

○ Rạch vết thương rộng theo hướng trục dọc của chi, cắt mép da khoảng từ 2-5mm sao cho thật sắc gọn, phải luôn nhớ tiết kiệm da sống.

○ Các mô dưới da là thành phần dễ bị dị vật bám vào nên phải cắt lọc và rửa nhiều lần.

○ Đục nhiều lỗ dạng mắt cáo trên bề mặt da và khâu phục hồi vết thương.

- Bất động vết thương
 - +Làm nẹp (bột, nhựa, vải) để bất động vết thương.

Thuốc:

Kháng sinh: dùng 1 trong các loại thuốc sau hoặc phối hợp.

- Nhóm Aminoglycosid
- Nhóm Cephalosporin thế hệ I, II, III
- Nhóm Penicillin + β -Lactamase Inhibitors
- Nhóm Quinolone
- Nhóm Cloramphenicol
- Nhóm Glycopeptide
- Nhóm Imidazole
- Nhóm Lincosamide
- Nhóm Penicillin
- Nhóm Macrolide

Thuốc giảm đau kháng viêm: Dùng một trong các loại sau hay phối hợp:

- Thuốc giảm đau: Acetaminophen, Paracetamol + Tramadol, Paracetamol + Codein, Nhóm Opioid: Pethidine,...
- Thuốc giảm đau kháng viêm NSAIDs (dạng chích và uống): Meloxicam, Ibuprofen,...
- Giảm phù nề: Chymotrypsin (Alpha Choay), Aescin....

3.3 Phục hồi chức năng

- Nghỉ ngơi, kê cao chân

4. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Nếu vết thương lành thì sẽ cắt chỉ sau 7-10 ngày.
- Nếu vết thương nhiễm trùng thì cắt bỏ chỉ sớm để hở da.
- Nếu vạt da bị chết thì phải phẫu thuật lần 2: cắt lọc lại vết thương và cắt bỏ da hoại tử sau đó đắp gạc vaselin độn mô hạt mọc tốt để xử lý tiếp theo

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị của bệnh viện CTCH 2018

Chấn thương chỉnh hình (nhà xuất bản y học 2019)

GÃY XƯƠNG BÁNH CHÈ

1. ĐẠI CƯƠNG

Gãy xương bánh chè là sự mất liên tục của xương bánh chè sau một chấn thương vùng gối, nguyên nhân thường gặp nhất là do một lực tác động trực tiếp vào trước gối, thường là gãy hở. Nguyên nhân gây ra bởi lực tác động gián tiếp ít gặp hơn, do gối co đột ngột, chống lại nhóm cơ tứ đầu đùi đang co, thường là gãy kín.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Các công việc của chẩn đoán

2.1.1. Hỏi bệnh

- Lý do vào viện: đau vùng gối?
- Bệnh sử: thời điểm xảy ra tai nạn? cơ chế? Xử trí vết thương tại chỗ?
- Tiền sử: đặc điểm nghề nghiệp, thói quen sinh hoạt, tiền sử chấn thương,...

2.1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Quan sát:

Tình trạng da, phần mềm trước gối có vết thương, có thông vào ổ gãy không.

Sờ xác định chỗ khuyết dưới các mảnh bánh chè gãy, điểm đau chói, tiếng lạo xạo, cử động bất thường.

Khi gãy xương bánh chè di lệch nhiều, bệnh nhân không thể duỗi chủ động gối được: cho bệnh nhân nằm ngửa, gối thẳng, nhấc cao gót không được.

Cách phân loại đơn giản có ba kiểu:

- Gãy ngang thân bánh chè, gãy ngang cực trên, cực dưới.
- Gãy ngang nhiều mảnh.
- Gãy dọc.

2.1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- XQuang thường quy: phim thẳng, phim nghiêng, phim tiếp tuyến bánh chè. Cho chẩn đoán xác định gãy xương bánh chè, mức độ di lệch, phân loại gãy. Phim nghiêng thấy rõ nhất trường hợp gãy ngang, gãy nhiều mảnh.

- Bánh chè có dị tật hai mảnh: trên phim thẳng thấy một mảnh nhỏ có vỏ xương rõ ở góc trên ngoài bánh chè, dễ nhầm với gãy xương cực trên bánh chè, gặp ở 8% dân số, hầu như bị hai bên. Nên chụp phim thẳng bên đối diện để chẩn đoán loại trừ.

- Chụp tiếp tuyến bánh chè để thấy rõ vị trí gãy trên rãnh ròng rọc ở đầu dưới xương đùi, gãy dọc xương bánh chè, gãy khuyết xương sụn bánh chè.

- CT Scan: Khi cần thiết.

- Chụp cộng hưởng từ: có thể giúp xác định gãy bong cực dưới bánh chè, giúp chẩn đoán đứt gân tứ đầu, đứt gân bánh chè một phần khi khám lâm sàng và XQuang không giúp chẩn đoán được.

- Siêu âm nếu nghi ngờ tổn thương mạch máu.
- Xét nghiệm tiền phẫu khi có chỉ định phẫu thuật.

2.2. Chẩn đoán xác định

Dựa vào thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng

2.3. Chẩn đoán phân biệt

U xương có hủy xương

Vôi hóa quanh xương bánh chè

Sụn tiếp hợp ở trẻ em

2.4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Thường gặp do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt. Hay gặp nhất là vỡ xương bánh chè do một lực đánh trực tiếp trước gối; còn do lực gián tiếp thì ít gặp hơn, đó là co gối đột ngột chống lại cơ duỗi đang co.

3. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Xương liền ở tư thế tốt, tốt về vị trí giải phẫu nhờ đó tốt về chức năng, trở lại lao động gần nhất.

3.2. Điều trị bảo tồn

a. Chỉ định-phương pháp điều trị:

- Gãy kín, di lệch <3mm, cấp kênh mặt khớp <2mm.
- Gãy di lệch kèm bệnh nội khoa nặng, nhu cầu hoạt động ít.
- Phương pháp: đặt nẹp gối 4-6 tuần; bệnh nhân không hợp tác tốt thì làm nẹp ống.

b. Thuốc sử dụng:

- Thuốc giảm đau:
 - +Acetaminophen
 - +Paracetamol + Tramadol
 - +Paracetamol + Codein
 - +Nhóm Opioid: Pethidine,...
 - +Thuốc giảm đau kháng viêm NSAIDs (dạng chích và uống): Meloxicam, Ibuprofen,...
- Giảm phù nề: Chymotrypsin (Alpha Choay), Aescin...
- Thuốc khác: Calci...

c. Theo dõi: Nêu rõ các dấu hiệu cần theo dõi; thời gian theo dõi tại nhà. Theo dõi chèn ép bột, nẹp.

d. Tái khám:

Theo dõi dấu hiệu lành xương dựa trên lâm sàng và XQuang.

e. Tập phục hồi chức năng chân bệnh, hoạt động trị liệu và tái tạo sức lao động cho người bệnh.

3.3. Điều trị phẫu thuật

a. Chỉ định-phương pháp điều trị (vật tư tiêu hao):

Chỉ định

- +Gãy kín di lệch >3mm, cấp kênh mặt khớp > 2mm.
- +Gãy hở.
- +Điều trị bảo tồn thất bại.

❖ **Phương pháp:**

- Neo ép: dùng kim Kirschner xuyên dọc trục hay bắt vít neo ép số 8 bằng chỉ thép, có thể tăng cường thêm vòng chỉ thép quanh bánh chè, đặc biệt đối với trường hợp gãy nát.
- Kết hợp xương với nẹp vít.

❖ **Phương pháp khác:**

- Lấy bỏ một phần bánh chè: chỉ định trong một số gãy nát phạm khớp hay gãy nát cực trên hay cực dưới khó kết hợp xương. Lấy bỏ các mảnh nhỏ phần gãy nát, giữ lại phần gãy mảnh lớn, kết hợp xương lại như gãy ngang thân xương bánh chè. Trường hợp gãy nát ở bờ bánh chè, mảnh xương nhỏ nên lấy bỏ để ngăn sinh chồi xương, phần dây chằng hay gân còn lại được khâu lại.

- Lấy bỏ toàn bộ xương bánh chè: trường hợp gãy nát nhiều và phạm khớp, kết hợp xương khó khăn, có thể lấy bỏ toàn bộ xương bánh chè là biện pháp xử lý tốt nhất. Sau đó tái tạo lại gân cho bộ máy duỗi: khâu trực tiếp gân gân có thể áp dụng được cho trường hợp vùng khuyết khoảng 3-4cm. Nếu khâu không được có thể tạo hình gân gân hình chữ V ngược.

Sau phẫu thuật bất động thêm bên ngoài bằng nẹp vải hay nẹp bột đùi bàn chân.

b. Thuốc sử dụng:

- Kháng sinh: dùng 1 trong các loại thuốc sau hoặc phối hợp diệt vi trùng gram (-) hay gram (+).

- +Nhóm Aminoglycosid
- +Nhóm Cephalosporin thế hệ I, II, III
- +Nhóm Penicillin + β -Lactamase Inhibitors
- +Nhóm Quinolone
- +Nhóm Cloramphenicol
- +Nhóm Glycopeptide
- +Nhóm Imidazole
- +Nhóm Lincosamide
- +Nhóm Penicillin
- +Nhóm Macrolide

- Thuốc giảm đau kháng viêm: Dùng một trong các loại sau hay phối hợp:

- +Thuốc giảm đau:
 - Acetaminophen

- Paracetamol + Tramadol
- Paracetamol + Codein
- Nhóm Opioid: Pethidine,...

+Thuốc giảm đau kháng viêm NSAIDs (dạng chích và uống): Meloxicam, Ibuprofen,...

- Giảm phù nề: Chymotrypsin (Alpha Choay), Aescin...
- Thuốc khác: Calci...

3.4 Phục hồi chức năng

Giúp bệnh nhân phục hồi chức năng chân bệnh, tái tạo sức lao động.

4. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Theo dõi lành xương trên lâm sàng và Xquang.

Sự lành vết thương, nhiễm trùng sau mổ.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị của bệnh viện CTCH 2018

Chấn thương chỉnh hình (nhà xuất bản y học 2019)

GÃY XƯƠNG BÀN CHÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

Bàn chân là một cấu trúc chịu lực tì, gồm ba phần

- Phần sau có xương sên và xương gót
- Phần giữa có các tụ cốt, bao gồm xương ghe, xương hộp và xương chêm
- Phần trước có 5 đốt bàn và 14 đốt ngón

Sau chấn thương, việc bảo tồn cấu trúc phần mềm cũng quan trọng như việc nắn chỉnh xương gãy.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Các công việc của chẩn đoán

2.1.1. Hỏi bệnh

- Lý do vào viện: đau vùng bàn chân?
- Bệnh sử: thời điểm xảy ra tai nạn? cơ chế? Xử trí vết thương tại chỗ?
- Tiền sử: đặc điểm nghề nghiệp, thói quen sinh hoạt, tiền sử chấn thương,...

2.1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Quan sát:

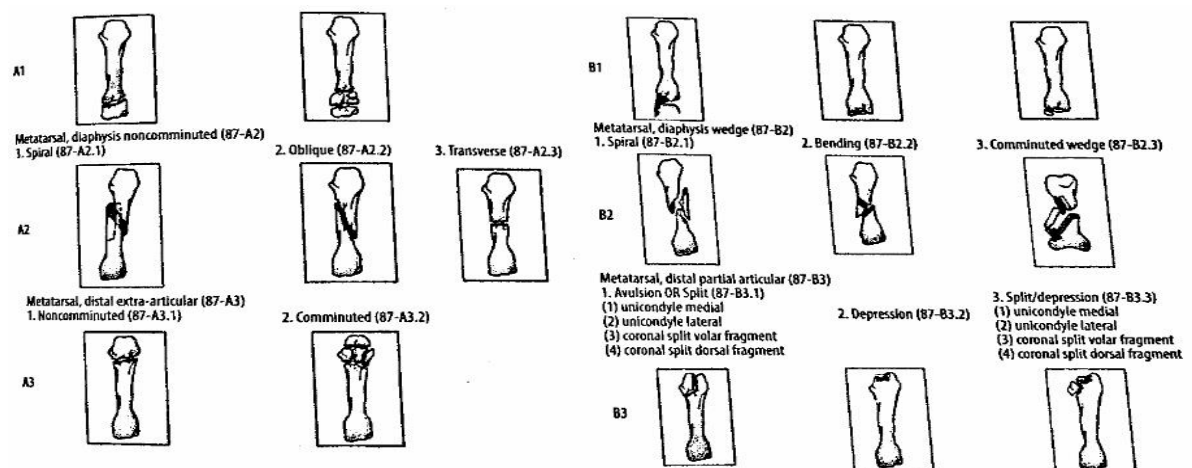
Đau, sưng, biến dạng bàn chân.

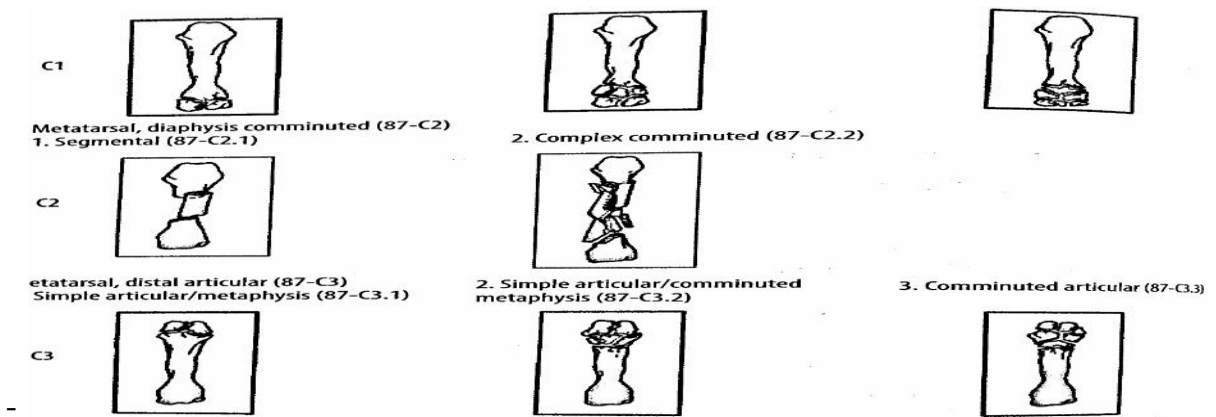
Ấn đau chói ổ gãy, tiếng lạo xạo xương, thấy ổ gãy hoặc váng mỡ trong trường hợp gãy hở.

2.1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Xquang bàn chân thẳng, nghiêng, tư thế chịu lực trong trường hợp nghi ngờ.
- CT-Scan kiểm tra mặt khớp nếu gãy phạm khớp.
- MRI nếu nghi ngờ tổn thương dây chằng.
- Siêu âm nếu nghi ngờ tổn thương mạch máu.
- Xét nghiệm tiền phẫu khi có chỉ định phẫu thuật

Chia 3 độ:





2.2. Chẩn đoán xác định

Dựa vào thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng

2.3. Chẩn đoán phân biệt

U xương có hủy xương

Vôi hóa quanh xương

Sụn tiếp hợp ở trẻ em

2.4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Thường gặp do tai nạn giao thông, tai nạn lao động.

3. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Xương liền ở tư thế tốt, tốt về vị trí giải phẫu nhờ đó tốt về chức năng, trở lại lao động ngắn nhất.

3.2. Điều trị bảo tồn

a. Chỉ định:

- Gãy kín không di lệch, phần mềm không sưng nhiều.

b. Phương pháp:

- Bó bột căng bàn chân.

- Thuốc giảm đau:

+Acetaminophen

+Paracetamol + Tramadol

+Paracetamol + Codein

+Nhóm Opioid: Pethidine,...

○ Thuốc giảm đau kháng viêm NSAIDs (dạng chích và uống): Meloxicam, Ibuprofen,...

- Giảm phù nề: Chymotrypsin (Alpha Choay), Aescin...

- Thuốc khác: Calci...

c. Theo dõi: chèn ép bột, di lệch thứ phát, dị ứng bột.

d. Tái khám: Kiểm tra tình trạng lỏng bột, di lệch thứ phát. Cần chụp Xquang kiểm tra,

thuốc giảm đau, kháng viêm, giảm sưng, Calci, Vitamin D, tập vật lý trị liệu.

3.3 Điều trị phẫu thuật

a. Chỉ định:

- Gãy nhiều xương, di lệch nhiều, chèn ép khoang, gãy phạm khớp, gãy xương kèm trật khớp.

- Gãy hở.

- Điều trị bảo tồn thất bại.

b. Phương pháp:

- Phẫu thuật:

+Mổ nắn kết hợp xương bằng nẹp vít khóa, vít xoắn, đinh Kirschner, bất động ngoài tùy từng loại gãy, mức độ nặng nhẹ.

+Mổ giải ép khoang nếu có chèn ép.

+Tăng cường nẹp bột cố định bàn chân.

- Thuốc:

+Kháng sinh: dùng 1 trong các loại thuốc sau hoặc phối hợp diệt vi trùng gram (-) hay gram (+).

- Nhóm Aminoglycosid
- Nhóm Cephalosporin thế hệ I, II, III
- Nhóm Penicillin + β -Lactamase Inhibitors
- Nhóm Quinolone
- Nhóm Cloramphenicol
- Nhóm Glycopeptide
- Nhóm Imidazole
- Nhóm Lincosamide
- Nhóm Penicillin
- Nhóm Macrolide

Thuốc giảm đau kháng viêm: Dùng một trong các loại sau hay phối hợp:

+Thuốc giảm đau:

- Acetaminophen
- Paracetamol + Tramadol
- Paracetamol + Codein
- Nhóm Opioid: Pethidine,...

+Thuốc giảm đau kháng viêm NSAIDs (dạng chích và uống): Meloxicam, Ibuprofen,...

+Giảm phù nề: Chymotrypsin (Alpha Choay), Aescin...

+Thuốc khác: Calci...

3.5 Phục hồi chức năng

Giúp bệnh nhân phục hồi chức năng chân bệnh, tái tạo sức lao động.

4. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Tình trạng chảy máu sau mổ, nhiễm trùng vết mổ sớm trong thời gian 5-7 ngày.
- Mỗi lần tái khám cần chụp lại phim Xquang đánh giá ổ gãy (can xương, chậm lành, khớp giả...).
- Tiếp tục sử dụng thuốc nếu bệnh nhân còn đau, sưng nề chi gãy.
- Hướng dẫn bệnh nhân tập vật lý trị liệu sớm sau mổ.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị của bệnh viện CTCH 2018

Chấn thương chỉnh hình (nhà xuất bản y học 2019)

GỠY XƯƠNG MẮT CÁ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy hai mắt cá là gãy đầu dưới xương mác và mấu trâm chày kèm đứt hoặc không dây chằng mác dưới.
- Gãy mắt cá ngoài + toác gọng chày mác.
- Gãy bờ sau mặt khớp chày sên của đầu dưới xương chày gọi là gãy mắt cá thứ ba.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Các công việc của chẩn đoán

2.1.1. Hỏi bệnh

- Lý do vào viện: đau cổ chân? vận động vai khó khăn?
- Bệnh sử: thời gian xuất hiện bệnh, cơ chế chấn thương,
- Tiền sử: đặc điểm nghề nghiệp, thói quen sinh hoạt, tiền sử chấn thương,...

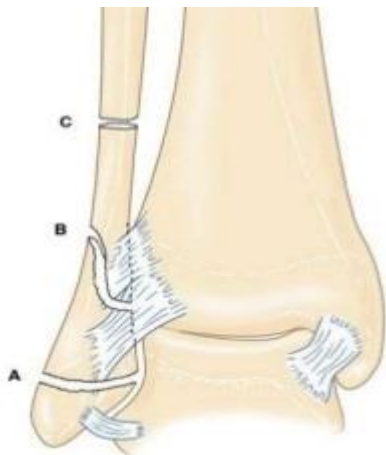
2.1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Quan sát:

Giúp định hướng điều trị tiên lượng, tổng kết nghiên cứu.

5.1.2. Phân loại theo Weber và Danis

- Loại A: gãy 2 mắt cá dưới dây chằng chày mác (không tổn thương dây chằng chày mác dưới).
- Loại B: gãy 2 mắt cá ngang dây chằng chày mác dưới (có tổn thương dây chằng chày mác dưới hoặc không).
- Loại C: gãy 2 mắt cá, trong đó mắt cá ngoài gãy trên dây chằng chày mác dưới. Tổn thương dây chằng mác dưới và màng gian cốt.



5.1.3. Loại gãy 3 mắt cá của VOLKMANN (1952)

Là gãy mặt sau mặt khớp chày sên đầu dưới xương chày + gãy hai mắt cá.

5.1.4. Gãy hở mắt cá

2.1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- XQuang thường quy: phim thẳng, phim nghiêng cổ chân. Cho chẩn đoán xác định gãy xương mắt cá, mức độ di lệch, phân loại gãy

- CT Scan: Khi cần thiết.
- Chụp cộng hưởng từ: có thể giúp xác định tổn thương dây chằng cổ chân và XQuang không giúp chẩn đoán được.
- Siêu âm nếu nghi có tổn thương mạch máu.
- + Xét nghiệm tiền phẫu khi có chỉ định phẫu thuật,...

2.2. Chẩn đoán xác định

Dựa vào thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng

2.3. Chẩn đoán phân biệt

U xương có hủy xương

Vôi hóa quanh cổ chân

Sụn tiếp hợp ở trẻ em

2.4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Thường gặp do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt..

3. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Xương liền ở tư thế tốt, tốt về vị trí giải phẫu nhờ đó tốt về chức năng, trở lại lao động ngắn nhất.

3.2. Điều trị bảo tồn

Chỉ định

- Ổ gãy vững không di lệch, mộng chày mác không tổn thương
- Ổ gãy di lệch nhưng đảm bảo nắn chỉnh được và mộng chày mác đạt giải phẫu
- Tổn thương tại chỗ hoặc toàn thân quá nặng không cho phép phẫu thuật

3.3. Điều trị phẫu thuật

Chỉ định

- Nắn kín thất bại hoặc di lệch thứ phát
- Gãy mất vững
- Gãy mất cá kèm theo trật khớp chày sên hoặc toát mộng chày mác
- Các ổ gãy cần tư thế quá bất thường của bàn chân để duy trì sự nắn chỉnh
- Gãy xương hở

Kỹ thuật:

Kết hợp xương bằng vít xóp

Kết hợp xương bằng nẹp vít

Kết hợp xương néo ép

- Kháng sinh: dùng 1 trong các loại thuốc sau hoặc phối hợp diệt vi trùng gram (-) hay gram (+).

- +Nhóm Aminoglycosid
- +Nhóm Cephalosporin thế hệ I, II, III
- +Nhóm Penicillin + β -Lactamase Inhibitors
- +Nhóm Quinolone
- +Nhóm Cloramphenicol
- +Nhóm Glycopeptide
- +Nhóm Imidazole
- +Nhóm Lincosamide
- +Nhóm Penicillin
- +Nhóm Macrolide

Thuốc giảm đau kháng viêm: Dùng một trong các loại sau hay phối hợp:

+Thuốc giảm đau:

- Acetaminophen
- Paracetamol + Tramadol
- Paracetamol + Codein
- Nhóm Opioid: Pethidine,...

+Thuốc giảm đau kháng viêm NSAIDs (dạng chích và uống): Meloxicam, Ibuprofen,...

- Giảm phù nề: Chymotrypsin (Alpha Choay), Aescin...

Thuốc khác: Calci...

3.4. Phức hồi chức năng

4. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Sự lành vết thương, nhiễm trùng sau mổ
- Theo dõi lành xương trên lâm sàng và Xquang.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị của bệnh viện CTCH 2018

Chấn thương chỉnh hình (nhà xuất bản y học 2019)

GÃY XƯƠNG HỖ

1. ĐẠI CƯƠNG

Gãy xương hở là gãy xương có kèm theo vết thương da hay niêm mạc và có sự thông thương của ổ gãy với môi trường bên ngoài qua vết thương đó. thương, việc bảo tồn cấu trúc phần mềm cũng quan trọng như việc nắn chỉnh xương gãy.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Các công việc của chẩn đoán

2.1.1. Hỏi bệnh

- Lý do vào viện: đau vết thương?
- Bệnh sử: thời điểm xảy ra tai nạn? cơ chế? Xử trí vết thương tại chỗ?
- Tiền sử: đặc điểm nghề nghiệp, thói quen sinh hoạt, tiền sử chấn thương,...

2.1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Quan sát:

Có dấu hiệu chứng minh 2 sự việc:

- Có gãy xương và có vết thương.
- Vết thương thông vào ổ gãy.

Biểu hiện

- Vết thương
- + Có thể gần hoặc xa ổ gãy.
- + Có máu văng mỡ chảy ra từ vết thương.
- Gãy xương
- + Dấu hiệu không chắc chắn: đau, sưng, bầm tím, mất cơ năng....
- + Dấu hiệu chắc chắn: biến dạng, cử động bất thường, tiếng lạo xạo.

2.1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- XQ:
- + Thực hiện tối thiểu 2 bình diện (thẳng và nghiêng).
- + Chụp lấy đủ 2 khớp của thân xương dài.
- + Chụp thêm các tư thế khác nếu cần.
- Chụp cắt lớp điện toán (CT Scan): thực hiện khi có gãy xương phức tạp, đặc biệt như một số trường hợp gãy vùng khớp...
- Siêu âm nếu nghi có tổn thương mạch máu.
- Xét nghiệm tiền phẫu khi có chỉ định phẫu thuật

2.2. Chẩn đoán xác định

Thường sử dụng phân loại của tác giả GUSTILO.

- Độ I

- +Da rách <1cm.
- +Vết thương hoàn toàn sạch, hầu hết do gãy hở từ trong ra.
- +Đụng giập cơ tối thiểu.
- +Đường gãy xương là đường ngang đơn giản hoặc chéo ngắn.

- Độ II

- +Tổn thương phần mềm rộng, có thể là tróc da còn cuộn hoặc tróc hẳn vạt da.
- +Vết rách da >1cm.
- +Cơ đụng giập từ nhẹ đến vừa, có khi làm nên chèn ép khoang.
- +Xương gãy với đường gãy ngang đơn giản hoặc chéo ngắn với mảnh nhỏ.

- Độ III

Tổn thương phần mềm rộng bao gồm cả cơ, da và cấu trúc thần kinh mạch máu. Tốc độ tổn thương cao đưa tới giập nát phần mềm nhiều và hợp hành chèn ép dữ dội. Loại này gồm 3 nhóm:

+IIIA: vết rách phần mềm rộng tương xứng với vùng xương gãy hoặc vết thương trong tâm đạn bắn gần.

+IIIB: vết rách phần mềm rộng, với màng xương bị tróc ra và đầu xương gãy lộ ra ngoài, vùng gãy xương bị nhiễm bẩn nhiều.

+IIIC: vết thương giập nát nhiều, xương gãy phức tạp và có tổn thương mạch máu cần phải phục hồi

2.3. Chẩn đoán phân biệt

Gãy xương kín

2.4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Thường gặp do tai nạn giao thông, tai nạn lao động.

3. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Xương liền ở tư thế tốt, tốt về vị trí giải phẫu nhờ đó tốt về chức năng, trở lại lao động sớm nhất.

3.2. Điều trị ban đầu

- +Cố định tạm ổ gãy bằng nẹp gỗ 3 thanh, hoặc nẹp bột.
- +Dịch truyền, thuốc giảm đau, kháng sinh, tiêm ngừa uốn ván,...
- Đối với gãy xương hở thì phẫu thuật cắt lọc là cần thiết dù là độ I.

3.3. Điều trị phẫu thuật

- Cắt lọc vết thương: da và mô dưới da, cân, cơ, gân, mạch máu, thần kinh, xương gãy...
- Xử trí các biến chứng: chèn ép khoang, tổn thương thần kinh, mạch máu, nhiễm trùng...

- Nắn và bất động xương gãy

Thuốc sử dụng

- Các thuốc thường sử dụng:

+Dịch truyền: NaCl0.9%, Lactate Ringer, Glucose 5%...

+Máu và các chế phẩm của máu.

+Kháng sinh: dùng 1 trong các loại thuốc sau hoặc phối hợp diệt vi trùng gram (-) hay gram (+).

- Nhóm Aminoglycosid
- Nhóm Cephalosporin thế hệ I, II, III
- Nhóm Penicillin + β -Lactamase Inhibitors
- Nhóm Quinolone
- Nhóm Chloramphenicol
- Nhóm Glycopeptide
- Nhóm Imidazole
- Nhóm Lincosamide
- Nhóm Penicillin
- Nhóm Macrolide

Thuốc giảm đau kháng viêm: Dùng một trong các loại sau hay phối hợp:

+Thuốc giảm đau:

- Acetaminophen
- Paracetamol + Tramadol
- Paracetamol + Codein
- Nhóm Opioid: Pethidine,...

+Thuốc giảm đau kháng viêm NSAIDs (dạng chích và uống): Meloxicam, Ibuprofen,...

+Giảm phù nề: Chymotrypsin (Alpha Choay), Aescin...

+Thuốc khác: Calci...

3.6 Phục hồi chức năng

Giúp bệnh nhân phục hồi chức năng chân bệnh, tái tạo sức lao động.

4. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Tổng trạng, sinh hiệu, diễn tiến của các biến chứng nếu có.
- theo dõi tình trạng vết mổ, dẫn lưu.
- Nếu có dùng các loại nẹp hoặc bột hỗ trợ thì phải theo dõi nguy cơ chèn ép.
- Thời điểm tái khám: sau 1 tuần, 2 tuần, 4 tuần....

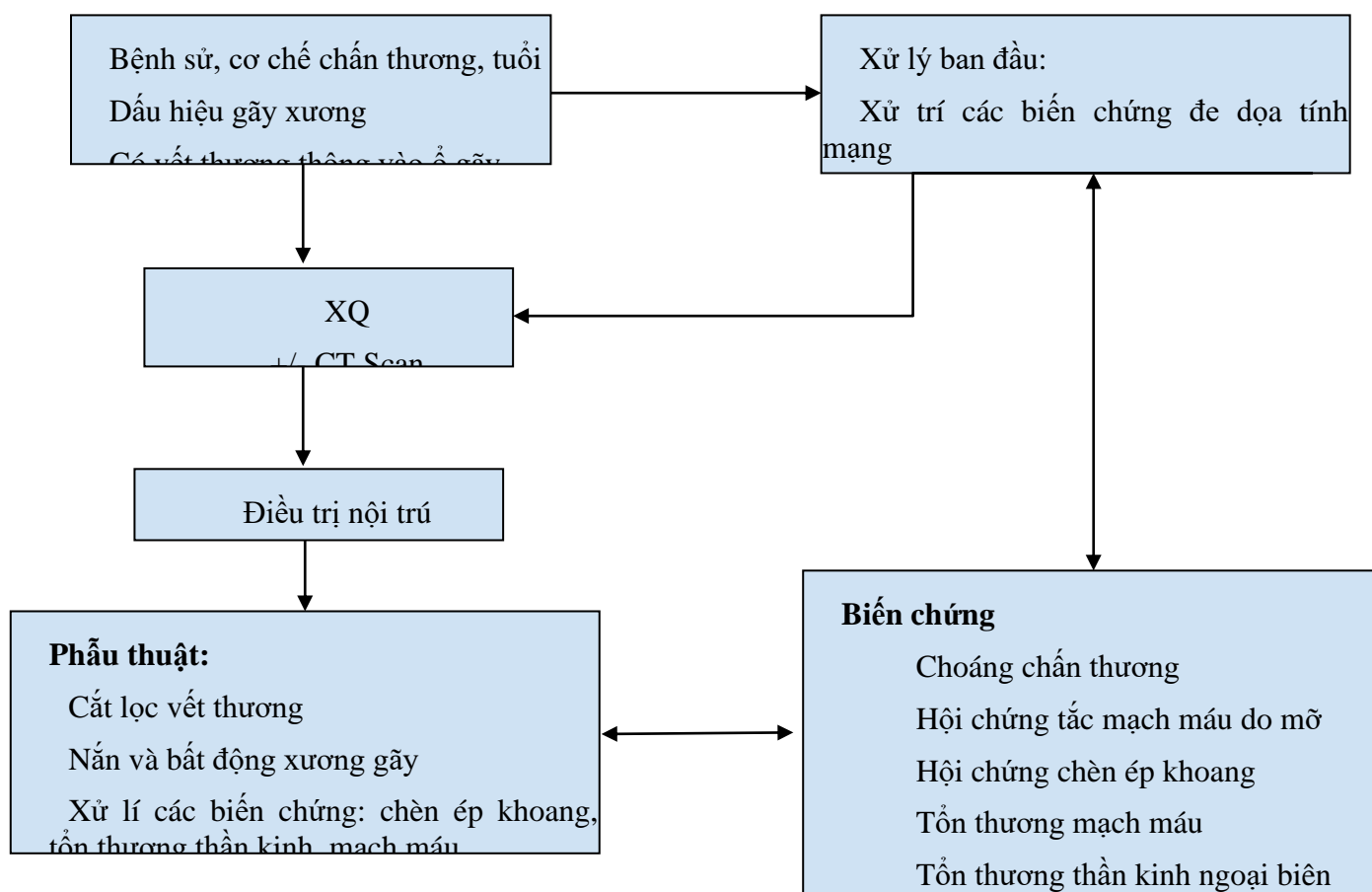
- Cận lâm sàng và thuốc cần thiết trong mỗi lần tái khám.
- +XQ, huyết đồ, VS, CRP...
- +Thuốc: Acetaminophen, NSAIDs, Pethidin, kháng sinh...

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị của bệnh viện CTCH 2018

Chấn thương chỉnh hình (nhà xuất bản y học 2019)

❖ Lược đồ



GÃY XƯƠNG KÍN

1. ĐẠI CƯƠNG

Gãy xương là sự phá hủy đột ngột các cấu trúc bên trong của xương do nguyên nhân cơ học.

Các cấu trúc xương gồm:

- Màng xương và hệ thống các mạch máu của màng xương.
- Xương (xương cứng và xương xốp).
- Ống tủy (tủy xương, hệ thống mạch máu trong ống tủy).

Các mô mềm bao quanh xương

Chủ yếu là các cơ là nguồn cung cấp mạch máu màng xương

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Các công việc của chẩn đoán

2.1.1. Hỏi bệnh

- Lý do vào viện: đau vết thương?
- Bệnh sử: thời điểm xảy ra tai nạn? cơ chế? Xử trí vết thương tại chỗ?
- Tiền sử: đặc điểm nghề nghiệp, thói quen sinh hoạt, tiền sử chấn thương,...

2.1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Quan sát:

Tìm các dấu hiệu gãy xương:

- Dấu hiệu không chắc chắn: đau, sưng, bầm tím, mất cơ năng...

Dấu hiệu chắc chắn: biến dạng, cử động bất thường, tiếng lạo xạo.

2.1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- XQ:
 - +Thực hiện tối thiểu 2 bình diện (thẳng và nghiêng).
 - +Chụp lấy đủ 2 khớp của thân xương dài.
 - +Chụp thêm các tư thế khác nếu cần.
- Chụp cắt lớp điện toán (CT Scan): thực hiện khi có gãy xương phức tạp, đặc biệt như một số trường hợp gãy vùng khớp...
- Siêu âm nếu nghi có tổn thương mạch máu.
- Xét nghiệm tiền phẫu khi có chỉ định phẫu thuật

2.2. Chẩn đoán xác định

Dựa vào thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng

2.3. Chẩn đoán phân biệt

Chấn thương phần mềm

2.4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Thường gặp do tai nạn giao thông, tai nạn lao động.

3. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Xương liền ở tư thế tốt, tốt về vị trí giải phẫu nhờ đó tốt về chức năng, trở lại lao động ngắn nhất.

3.2. Điều trị bảo tồn

Chỉ định, phương pháp điều trị

- Thương áp dụng cho trường hợp gãy xương ít di lệch có thể nắn và giữ vững bằng những phương tiện cố định bên ngoài. Bệnh nhân không có biến chứng do gãy xương, hoặc bị đa chấn thương.

- Các phương tiện cố định xương gãy: đai, nẹp vải, nẹp bột, bó bột...

1.1.2. Thuốc sử dụng

Các thuốc thường sử dụng:

- Thuốc giảm đau:

+Acetaminophen

+Paracetamol + Tramadol

+Paracetamol + Codein

+Nhóm Opioid: Pethidine,...

- o Thuốc giảm đau kháng viêm NSAIDs (dạng chích và uống): Meloxicam, Ibuprofen,...

- Giảm phù nề: Chymotrypsin (Alpha Choay), Aescin...

- Thuốc khác: Calci...

1.1.3. Theo dõi

Các dấu hiệu cần theo dõi:

- Các dấu hiệu chèn ép do bột hay nẹp.
- Theo dõi sự lỏng của đai, nẹp bột, hoặc bị hư bột.
- Theo dõi xương gãy: có được cố định vững hay di lệch thứ phát.

1.1.4. Tái khám:

- Thời điểm tái khám: sau 1 tuần, sau 2 tuần, sau 4 tuần....
- Cận lâm sàng và thuốc cần thiết trong mỗi lần khám:

+XQ.

+Thuốc: acetaminophen, NSAIDs, Canxi....

3.3. Điều trị phẫu thuật

- Gãy xương nặng, di lệch nhiều, không vững, không giữ được bằng những phương tiện cố định bên ngoài, hoặc có biến chứng do gãy xương cần giải quyết bằng phẫu thuật.

- Phương pháp phẫu thuật
- +Kết hợp xương bằng cố định ngoài, nẹp ốc, đinh nội tuỷ, khớp nhân tạo...
- +Xử trí các biến chứng: chèn ép khoang, tổn thương thần kinh, mạch máu...
 - Thuốc sử dụng
- +Các thuốc thường sử dụng:
 - Dịch truyền: NaCl 0.9%, Lactate Ringer, Glucose 5%, Lactate + Dextrose...
 - Máu và các chế phẩm của máu.
 - Kháng sinh: dùng 1 trong các loại thuốc sau hoặc phối hợp diệt vi trùng gram (-) hay gram (+).
- +Nhóm Aminoglycosid
- +Nhóm Cephalosporin thế hệ I, II, III
- +Nhóm Penicillin + β -Lactamase Inhibitors
- +Nhóm Quinolone
- +Nhóm Chloramphenicol
- +Nhóm Glycopeptide
- +Nhóm Imidazole
- +Nhóm Lincosamide
- +Nhóm Penicillin
- +Nhóm Macrolide

Thuốc giảm đau kháng viêm: Dùng một trong các loại sau hay phối hợp:

- Thuốc giảm đau:
 - +Acetaminophen
 - +Paracetamol + Tramadol
 - +Paracetamol + Codein
 - +Nhóm Opioid: Pethidine,...
 - Thuốc giảm đau kháng viêm NSAIDs (dạng chích và uống): Meloxicam, Ibuprofen,...
 - Giảm phù nề: Chymotrypsin (Alpha Choay), Aescin...
 - Thuốc khác: Calci...

3.2 Phục hồi chức năng

Giúp bệnh nhân phục hồi chức năng chân bệnh, tái tạo sức lao động.

4. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Tổng trạng, sinh hiệu, diễn tiến của các biến chứng nếu có.
theo dõi tình trạng vết mổ, dẫn lưu.

Nếu có dùng các loại nẹp hoặc bột hỗ trợ thì phải theo dõi nguy cơ chèn ép.

Hình ảnh học sau mổ.

- Thời gian theo dõi: trong thời gian nằm viện.

Tái khám

- Thời điểm tái khám: sau 1 tuần, 2 tuần, 4 tuần....
- Cận lâm sàng và thuốc cần thiết trong mỗi lần tái khám.

XQ, huyết đồ, VS, CRP...

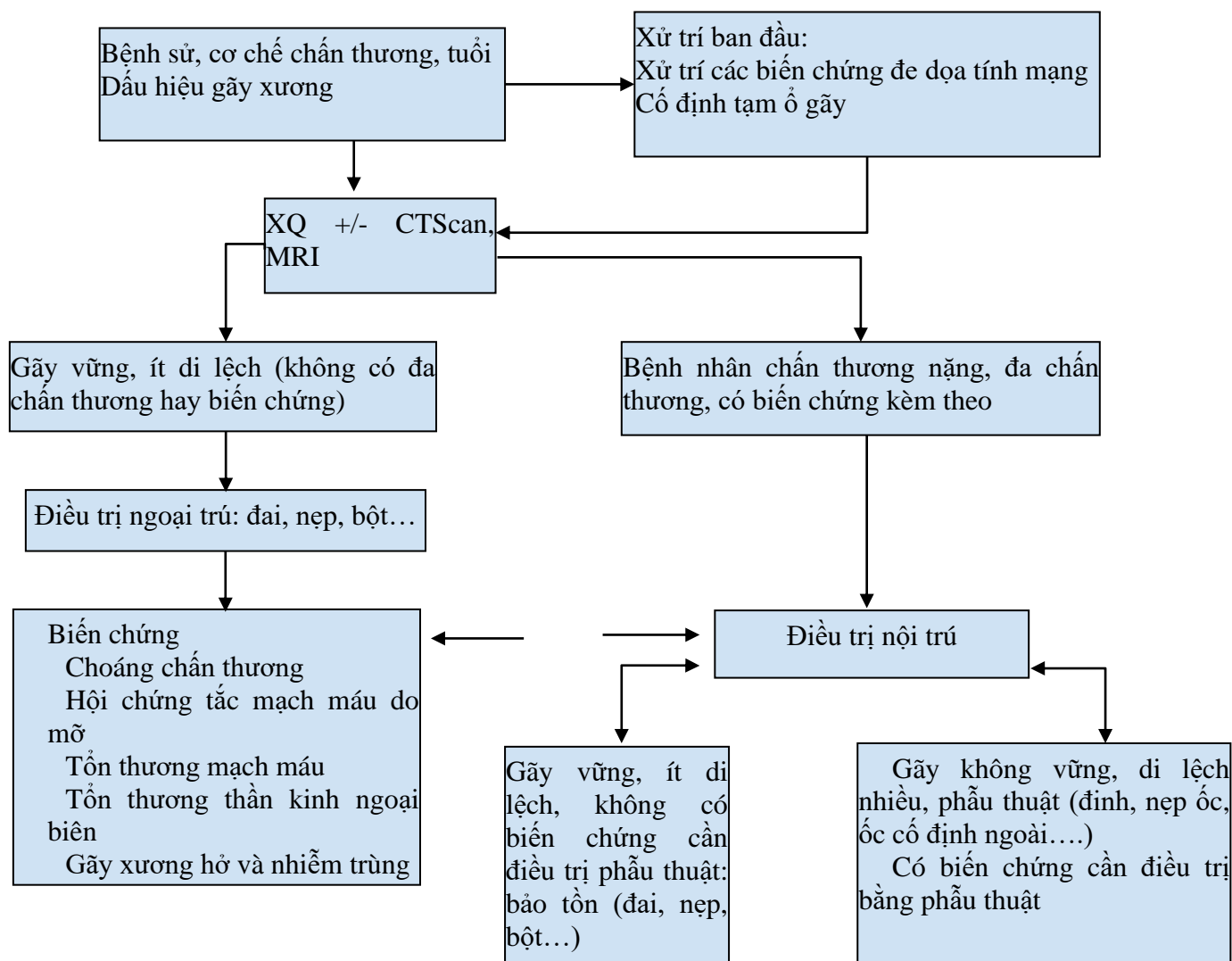
Thuốc: Acetaminophen, NSAIDs, Pethidin, kháng sinh...

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị của bệnh viện CTCH 2018

Chấn thương chỉnh hình (nhà xuất bản y học 2019)

❖ **Lược đồ**



THOÁI HÓA KHỚP GỐI

1. ĐẠI CƯƠNG

Thoái hóa khớp gối là bệnh lý do sự mất cân bằng giữa tổng hợp và hủy hoại mô sụn và xương dưới sụn của các khớp hoạt dịch, khớp gối là khớp thường bị ảnh hưởng nhất trong cơ thể. Đặc trưng bởi sự mất tiến triển của sụn khớp (mòn sụn khớp), hình thành chồi xương và xơ xương dưới sụn-gây đau, biến dạng và mất chức năng khớp gối

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Các công việc của chẩn đoán

2.1.1. Hỏi bệnh

- Lý do vào viện: đau vết thương?
- Bệnh sử: sưng nề gối ? lup cụp khớp gối khi vận động?
- Tiền sử: đặc điểm nghề nghiệp, thói quen sinh hoạt, tiền sử chấn thương,...

2.1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Quan sát:

Đau khớp gối là dấu hiệu than phiền chính yếu của bệnh nhân. Đau mặt trước hoặc trong khớp gối, đau tăng khi vận động, giảm khi nghỉ ngơi, đặc biệt khi chuyển tư thế từ ngồi sang đứng. Giai đoạn đầu đau âm ỉ, không liên tục, xuất hiện khi thực hiện một số động tác đặc biệt như lên xuống bậc thang, ngồi xổm, quỳ gối. Giai đoạn muộn, đau tăng và kéo dài liên tục.

Hạn chế vận động, khó khăn khi thực hiện động tác gấp, duỗi gối. Có thể có tiếng “lạo xạo” trong khớp gối khi cử động.

Khớp cứng và khó cử động sau khi bất động lâu, hoặc vào buổi sáng khi bắt đầu vận động, thường cải thiện nhanh sau khi người bệnh cố gắng cử động.

Khớp gối có thể sưng to, có nước nhưng hiếm khi có dấu hiệu viêm nặng. Có thể có khối u vùng khoeo mặt sau khớp gối do thoát vị màng hoạt dịch khớp gối.

Teo cơ ở mặt trước đùi do không vận động.

Biến dạng: chân bị lệch trục, dần dần đưa đến tình trạng mất chức năng vận động.

2.1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

Hình ảnh học

- Xquang quy ước: Tiêu chuẩn chẩn đoán thoái hóa khớp của Kellgren và Lawrence

+Giai đoạn 1: Gai xương nhỏ hoặc nghi ngờ có gai xương

+Giai đoạn 2: Mọc gai xương rõ

+Giai đoạn 3: Hẹp khe khớp vừa

+Giai đoạn 4: Hẹp khe khớp nhiều kèm xơ xương dưới sụn.

- Siêu âm khớp: đánh giá tình trạng hẹp khe khớp, gai xương, tràn dịch khớp, đo độ dày sụn khớp, màng hoạt dịch khớp, phát hiện các mảnh sụn thoái hóa bong vào trong ổ khớp.

- Chụp cộng hưởng từ (MRI): phương pháp này có thể quan sát được hình ảnh khớp một cách đầy đủ trong không gian ba chiều, phát hiện được các tổn thương sụn khớp, dây chằng, màng hoạt dịch.

- Nội soi khớp: phương pháp nội soi khớp quan sát trực tiếp được các tổn thương thoái hóa của sụn khớp ở các mức độ khác nhau (theo Outbright chia bốn độ), qua nội soi khớp kết hợp sinh thiết màng hoạt dịch để làm xét nghiệm tế bào chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khớp khác.

Các xét nghiệm khác:

- Xét nghiệm máu và sinh hoá: Tốc độ lắng máu bình thường.
- Dịch khớp: Đếm tế bào dịch khớp < 1000 tế bào/ 1mm^3 .

2.2. Chẩn đoán xác định

Có thể áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội thấp khớp học Mỹ-ACR (American College of Rheumatology):

- Có gai xương ở rìa khớp (trên Xquang).
- Dịch khớp là dịch thoái hóa.
- Tuổi trên 38.
- Cứng khớp dưới 30 phút.
- Có dấu hiệu lực khục khi cử động khớp.

Chẩn đoán xác định khi có yếu tố 1,2,3,4 hoặc 1,2,5 hoặc 1,4,5.

2.3. Chẩn đoán phân biệt

Viêm khớp dạng thấp: chẩn đoán phân biệt khi chỉ tổn thương tại khớp gối, đặc biệt khi chỉ biểu hiện ở một khớp: tình trạng viêm tại khớp và các biểu hiện viêm sinh học rõ (tốc độ máu lắng tăng, CRP tăng...) và có thể có yếu tố dạng thấp dương tính.

Thường được chẩn đoán qua nội soi và sinh thiết màng hoạt dịch

2.4. Chẩn đoán nguyên nhân

Nguyên nhân phổ biến nhất của thoái hóa sụn khớp gối là do tuổi tác. Chính vì khả năng tự chữa lành của sụn giảm dần theo thời gian nên hầu hết mọi người khi lớn tuổi đều sẽ bị thoái hóa khớp. Tuy nhiên, có một số yếu tố khiến khớp bị thoái hóa ở độ tuổi sớm hơn, đó là:

2.4.1 Cân nặng

Khi cơ thể bạn bị thừa cân – béo phì, tải trọng lớn sẽ làm tăng áp lực lên tất cả các khớp, đặc biệt là đầu gối. Nghiên cứu cho thấy mỗi khi bạn tăng 0,45kg cân nặng thì sẽ đồng thời làm tăng 1,35 – 1,8kg trọng lượng trên đầu gối.

2.4.2 Di truyền

Yếu tố này bao gồm các đột biến di truyền (khiến một người có nhiều khả năng bị viêm xương khớp ở đầu gối dù tuổi còn trẻ) và hình dạng bất thường của xương bao quanh khớp gối (khiến sụn khớp dễ bị thoái hóa sớm).

2.4.3 Giới tính

Phụ nữ từ 55 tuổi trở lên có nhiều khả năng bị thoái hóa ở khớp gối hơn nam giới.

2.4.4 Chấn thương vùng gối lặp đi lặp lại

Những người thường xuyên thực hiện các động tác gây áp lực cho khớp, chẳng hạn như quỳ, ngồi xổm hoặc nâng vật nặng (25kg trở lên), có nguy cơ bị thoái hóa khớp cao hơn.

2.4.5 Vận động viên thể thao

Những người chơi bóng đá, quần vợt, điền kinh – các bộ môn đòi hỏi vận động khớp gối nhiều – có nguy cơ cao bị suy yếu khớp gối. Nguy cơ này sẽ cao hơn nữa nếu vận động viên gặp phải chấn thương trong lúc tập luyện.

2.4.6 Một số bệnh cơ xương khớp khác

Những người bị viêm khớp dạng thấp – loại viêm khớp phổ biến thứ hai – có nhiều khả năng cũng bị thoái hóa khớp. Bên cạnh đó, các bệnh nhân bị một số rối loạn chuyển hóa, chẳng hạn như thừa sắt hoặc dư thừa hormone tăng trưởng, cũng dễ mắc bệnh thoái hóa khớp..

3. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

Giảm đau trong các đợt tiến triển.

Phục hồi chức năng vận động của khớp, hạn chế và ngăn ngừa biến dạng khớp.

Tránh các tác dụng không mong muốn của thuốc, lưu ý tương tác thuốc và các bệnh kết hợp ở người cao tuổi.

Nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

3.2. Điều trị bảo tồn

Chỉ định:

Thoái hóa khớp giai đoạn sớm, đau vùng gối chưa ảnh hưởng nhiều tới sinh hoạt, tự đi lại được, không giới hạn tầm vận động khớp, Xquang chưa biến dạng thoái hóa khớp nhiều.

Phương pháp điều trị nội khoa:

Nguyên lý cơ bản: phối hợp nhiều phương thức điều trị, cả không dùng thuốc và dùng thuốc. Khởi đầu:

Thông tin, giáo dục cho bệnh nhân: diễn tiến tự nhiên của bệnh, ảnh hưởng của hành vi-thói quen sinh hoạt hằng ngày đến bệnh, mục đích điều trị,...

Giảm cân (nếu thừa cân, BMI ≥ 25): để bảo vệ sụn khớp.

Tập luyện thể dục thể thao phù hợp: đi bộ dưới nước, tập cơ tứ đầu đùi và tầm độ cử động khớp, aerobic,...

a. Vật lý trị liệu:

Nhiệt điều trị: Các phương pháp siêu âm, hồng ngoại, chườm nóng, liệu pháp sóng siêu âm, bồn có hiệu quả cao.

b. Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng nhanh: chỉ định khi có đau khớp.

Thuốc giảm đau:

Paracetamol.

Đôi khi cần chỉ định các thuốc giảm đau bậc 2: Paracetamol phối hợp với Tramadol.

Thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs): chỉ định giảm đau, kháng viêm tạm thời đối với bệnh nhân. Nếu sử dụng nhóm thuốc này lâu dài, phải theo dõi lâm sàng, tác dụng phụ như loét dạ dày, tá tràng và các ảnh hưởng trên chức năng gan, thận,... Cần tiến hành xét nghiệm máu theo dõi chức năng gan, thận định kỳ mỗi 3 tháng. Cần thận khi sử dụng đối với bệnh nhân có tiền căn bệnh lý tim mạch, hen phế quản.

Meloxicam, Ibuprofen, Diclofenac...

Thuốc bôi ngoài da: bôi tại khớp đau 2-3 lần/ ngày. Các loại gel như: Diclofenac... có tác dụng giảm đau đáng kể và rất ít tác dụng phụ.

Đường tiêm nội khớp

Hydrocortison acetat: Mỗi đợt tiêm cách nhau 5-7 ngày, không vượt quá 3 mũi tiêm mỗi đợt. Không tiêm quá 3 đợt trong một năm.

Các chế phẩm chậm: Methylprednisolon, Betamethasone dipropionate tiêm mỗi mũi cách nhau 6-8 tuần. Không tiêm quá 3 đợt một năm vì thuốc gây tổn thương sụn khớp nếu dùng quá liều.

Acid hyaluronic (AH) dưới dạng hyaluronate: 1 ống/1 tuần x 3-5 tuần liên.

c. *Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng chậm (DMARDs):*

Đây là nhóm thuốc điều trị cơ bản có tác dụng chậm (thường sau 2-4 tuần sau khi sử dụng mới có tác dụng) nhưng hiệu quả điều trị được duy trì cả sau khi dùng điều trị (sau vài tuần đến 2-3 tháng). Tuy nhiên, thường phải dùng kéo dài từ 1-2 tháng hoặc hơn mỗi đợt và cần nhắc lại liệu trình điều trị sau một thời gian nghỉ. Dung nạp thuốc tốt, đường như ít có tác dụng phụ. Các thuốc thường dùng gồm các loại như Glucosamin sulfate, Chondroitin sulfate hoặc dạng phối hợp hai thuốc.

Piascledine (cao toàn phần không xà phòng hóa quả bơ và đậu nành).

Glucosamine sulfate.

Acid hyaluronic kết hợp Chondroitin sulfate.

+Thuốc ức chế Interleukin 1: Diacerein..

3.2. Điều trị phẫu thuật

a. *Chỉ định:*

Được chỉ định ở các trường hợp bệnh nặng, không đáp ứng với điều trị nội khoa, bệnh nhân đau nhiều, làm giảm nhiều chức năng vận động và ảnh hưởng đến sinh hoạt.

b. *Phương pháp phẫu thuật*

Phẫu thuật nội soi:

+Cắt lọc, bào, rửa khớp.

+Khoan kích thích tạo xương (microfrature).

+Cấy ghép tế bào sụn.

Đục xương sửa trục: ở bệnh nhân trẻ thoái hoá khoang trong gối vẹo trục. Tiến hành cắt xương đùi, mâm chày rồi sửa trục.

Phẫu thuật thay khớp: đối với bệnh nhân lớn tuổi, thoái hóa nặng đau nhiều, gối vẹo trục, ảnh hưởng tới sinh hoạt. Thường thực hiện thay khớp gối toàn bộ có xi măng loại fix bearing hoặc mobile bearing. Nếu sụn khớp bánh chè mất nhiều có thể tiến hành thay bánh chè.

❖ **Thuốc dự phòng chống thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch:** cần theo dõi thử xét nghiệm TQ, TCK, INR khi dùng.

Dabigatran Etxilate (Pradaxa).

Rivaroxaban (Xarelto).

Enoxaparine (Lovenox)

3.3 Phục hồi chức năng

Giúp bệnh nhân phục hồi chức năng chân bệnh, tái tạo sức lao động.

4. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Có chế độ sinh hoạt, luyện tập, ăn uống khoa học, hợp lý, nhất là từ sau 40 tuổi.

Tránh các tư thế không phù hợp hoặc động tác đột ngột, quá mạnh khi làm việc, sinh hoạt.

Kiểm soát cân nặng, tránh béo phì để giúp giảm áp lực lên các khớp xương.

Đi khám bác sĩ ngay sau khi có các dấu hiệu bất thường về khớp, nhờ đó chẩn đoán và có biện pháp điều trị kịp thời.

Cung cấp cho cơ thể những dưỡng chất cần thiết, tốt cho xương, sụn giúp cân bằng quá trình thoái hóa và tái tạo của sụn khớp, làm tăng độ dẻo dai, sức bền cho cơ xương khớp.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị của bệnh viện CTCH 2018

Chẩn thương chính hình (nhà xuất bản y học 2019)

ĐIỀU TRỊ BỎNG NGƯỜI LỚN

1. ĐẠI CƯƠNG

Bỏng là tổn thương của cơ thể, có từ khi loài người được hình thành và phát triển

Bỏng có thể nông hay sâu, gây hư hại da, biến đổi cấu trúc da, thành phần của da, dưới da. Đôi khi gây rối loạn toàn thân

Theo sự phát triển của loài người, xã hội, ngày nay chúng ta còn biết thêm phỏng do hóa chất, bức xạ, điện

Đa phần bỏng do tai nạn trong sinh hoạt cuộc sống hàng ngày (nấu ăn...)

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Các công việc của chẩn đoán

2.1.1. Hỏi bệnh

- Lý do vào viện: đau rát?

Bệnh sử: Thời gian, hoàn cảnh, nguyên nhân, cơ chế chấn thương

- Tiền sử: bệnh nội khoa ?

2.1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Quan sát:

1.1.5. Diện Tích Bỏng

Quy tắc số 9:

- Đầu mặt cổ 9%, Ngực 9%

- Bụng 9%

- Toàn lưng 18%

- Tay 9%

- Chân 18%

- Bộ phận sinh dục 1%

Phương pháp 1.3.6.9.18 của Lê thể Trung, Viện Bỏng Quốc Gia

Phương pháp Palm: Dùng kích thước bàn tay của người bệnh ước lượng diện tích bỏng, khoảng 1%, thường áp dụng cho diện tích bỏng nhỏ

1.1.6. Theo độ sâu (Viện Bỏng Quốc Gia)

*Độ I: Bỏng da nông, da khô đỏ, chỉ có lớp biểu bì bị ảnh hưởng, đau rất ít, thời gian lành trung bình khoảng 1 tuần

*Độ II: Bỏng trung bì, có sự hoại tử biểu bì (còn lớp tế bào mầm, màng đáy còn nguyên vẹn), có nốt phỏng dịch, thường tổn thương lành khoảng từ 1 đến 2 tuần

*Độ III: Bỏng trung bì, chia làm 2 loại

- Trung bì nông: Nang lông tuyến mồ hôi còn nguyên vẹn, có các nốt phỏng da nền đỏ ướt, cảm giác đau tăng, hồi phục thường sau 2 -4 tuần

- Trung bì sâu: chỉ còn phần sâu tuyến mồ hôi, dùng kẹp gấp long tóc dễ dàng, nốt phỏng da chỗ trắng, chỗ hồng, giảm cảm giác đau, hồi phục thường sau 4- 6 tuần

***Độ IV: Bỏng toàn bộ lớp da**

- Hoại tử ướt: Thường bỏng nhiệt dưới 60 độ C, da trắng bệch, đỏ xám, hoa vân sò cảm giác ướt, mềm, gồ hơn so với da lành, mất cảm giác đau, da hư thường tan rã hay rụng dần từ tuần thứ 2

- Hoại tử khô: Nhiệt độ bỏng trên 60 độ C, da chắc khô đen hay vàng thui, lõm so với da lành, sờ khô cứng, thô ráp, xung quanh có nếp đỏ nề, không tự rã

***Độ V: Bỏng toàn bộ da.xâm phạm mô dưới da, cân cơ, gân cơ, xương khớp, mạch máu, thần kinh, nội tạng**

Ghi chú: Bỏng nông là bỏng độ I, II, III Bỏng sâu là bỏng độ IV, V..

2.1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

X-quang quy ước: chụp sọ thẳng, nghiêng; chụp hàm mặt; chụp cột sống cổ là bắt buộc trong tất cả các trường hợp chấn thương sọ não bệnh nhân hôn mê.

Chụp cắt lớp vi tính (CT-Scanner)

Xét nghiệm máu:

- Các xét nghiệm cơ bản đánh giá tình trạng chức năng gan, thận, tim, phổi tổng quát người bệnh và là cơ sở so sánh những kết quả xét lần sau khi có rối loạn toàn thân của người bệnh do tổn thương bỏng gây ra

***Ghi chẩn đoán bỏng:** Diện tích bỏng, độ sâu bỏng (lúc khám), vị trí bỏng, nguyên nhân bỏng, có thể thay đổi chẩn đoán tùy thời điểm khám

***Sốc bỏng:**

- Thường xảy ra thời kỳ đầu, khi diện tích bỏng $\geq 10\%$ có thể xảy ra

- Bỏng da có kèm theo bỏng hô hấp tỉ lệ sốc cao

- Dễ xảy ra ở người già và trẻ em

- Khác với sốc chấn thương: thoát dịch huyết tương, tiêu huyết, rối loạn chức năng thận diễn tiến kéo dài, không chảy máu

Chỉ số Frank mỗi % bỏng nông là 1 đơn vị, mỗi % bỏng sâu là 3 đơn vị

- Nếu < 30 đơn vị tỉ lệ sốc bỏng # 5%

- Nếu 30 ->50 tỉ lệ sốc #50%

- Nếu 50->120 tỉ lệ sốc # 80%- 90%

- Nếu >120 tỉ lệ sốc 100%

Lâm sàng: 2 dạng

***Sốc cương thường** sớm vài giờ đầu, kích thích vật vã.huyết áp tăng cao. mạch nhanh

***Sốc nhược thường** giờ thứ 5, 6 sau bỏng, nếu bỏng sâu, lớn thì xuất hiện sớm hơn, diễn tiến nặng.Triệu chứng huyết áp tụt $<90\text{mmHg}$, hạ thân nhiệt, thiếu niệu($<30\text{ml/g}$). BUN, CREATININE tăng, nước tiểu đục đỏ, buồn nôn, nôn dai dẳng, rối loạn điện giải

- Biến chứng: suy thận cấp, thủng loét cấp đường tiêu hóa, thường gặp giờ thứ 36 Tràn máu phế nang, tử vong cao, thường gặp giờ thứ 12.

2.2. Chẩn đoán xác định

Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng

2.3. Chẩn đoán nguyên nhân

Do sức nhiệt khô hay ướt nhiệt độ gây bỏng làm tổn thương tế bào >45 độ C

Do luồng điện gây tổn thương tại chỗ sâu có thể bị sốc điện ngưng tim ngưng thở

Do bức xạ tùy theo loại tia cường độ

Do hóa chất tùy theo hóa chất nồng độ, diện tiếp xúc

3. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

3.1 Nguyên tắc điều trị

Tích cực hồi sức nội khoa nhanh chóng đưa người bệnh về trạng thái ổn định

Săn sóc vết thương bỏng

Tiến hành cắt lọc da hoại tử nếu có thể nhiều lần

Nâng cao thể trạng hồi phục dần tổng trạng của người bệnh

Phẫu thuật ghép da, chuyển vật da che phủ tổn thương bỏng đã cắt lọc bị khuyết da

3.2 Điều trị nội khoa

Chỉ định:

*Bù dịch, điện giải, kháng sinh, giảm đau, săn sóc vết thương bỏng, cắt lọc hoại tử, ghép da hay chuyển vật da

Công thức Parland:

- 24 giờ đầu dùng dung dịch Lactate Ringer (hoặc dung dịch tương đương) theo công thức $4\text{ml} \times \text{Kg cân nặng} \times \text{diện tích bỏng}$ (8 giờ đầu truyền 1/2 tổng lượng dịch, 16 giờ tiếp truyền 1/2 lượng dịch còn lại)

- 24 giờ sau dung dịch Natri Clorid 0, 5ml x KG cân nặng x diện tích bỏng và dung dịch glucose 5% 2 lít

Công thức Rodin L.B:

- Sốc nhẹ, vừa: 24 giờ đầu 3 lít dịch, 24 giờ sau 2 lít

- Sốc nặng, rất nặng: 24 giờ đầu 4, 5 lít, sau 24 giờ tiếp 3 lít, sau 24 giờ tiếp 1,5 lít

Thành phần dịch truyền 1/2 là dịch keo, 1/4 là dịch mặn, 1/4 là dịch khác

*Để đánh giá việc bồi hoàn nước điện giải theo dõi lượng nước tiểu cần được duy trì 0,5ml -1ml/kg/giờ, theo dõi tri giác, mạch, huyết áp

- Kháng sinh: dùng 1 trong các loại thuốc sau hoặc phối hợp diệt vi trùng gram (-) hay gram (+).

+ Nhóm Aminoglycosid

- + Nhóm Cephalosporin thế hệ I, II, III
- + Nhóm Penicillin + β -Lactamase Inhibitors
- + Nhóm Quinolone
- + Nhóm Cloramphenicol
- + Nhóm Glycopeptide
- + Nhóm Imidazole
- + Nhóm Lincosamide
- + Nhóm Penicillin
- + Nhóm Macrolide

Thuốc giảm đau kháng viêm: Dùng một trong các loại sau hay phối hợp:

- Thuốc giảm đau:

+ Acetaminophen

+ Paracetamol + Tramadol

+ Paracetamol + Codein

+ Nhóm Opioid: Pethidine,...

- Thuốc giảm đau kháng viêm NSAIDs (dạng chích và uống): Meloxicam, Ibuprofen,...

- Giảm phù nề: Chymotrypsin (Alpha Choay), Aescin...

*Nâng đỡ tổng trạng, cho ăn sớm, dinh dưỡng đường tĩnh mạch, qua thông dạ dày.

*Tiêm ngừa uốn ván

4. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Săn sóc vết thương bỏng: dầu mù u, Nitrat bạc oiment, Biafine..

*Thay băng vết thương bỏng

*Tập vật lý trị liệu

*Tâm lý trị liệu

*Các phẫu thuật Ngoại khoa cần thiết

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Điều trị bệnh bỏng, Lê thế Trung, 2003

Phác đồ điều trị bệnh viện Chợ Rẫy, 2013

Viện Bỏng quốc gia. Chăm sóc và điều trị tại chỗ vết thương bỏng, 2006, Tr 140-147

Burn, The Merck Manual of Diagnosis and therapy. Mark H beer, 2006, pp 2592-2597

Phác đồ điều trị của bệnh viện CTCH 2018

Chấn thương chỉnh hình (nhà xuất bản y học 2019)

)

CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

1. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương sọ não là một chấn thương mà năng lượng chấn thương truyền tới sọ não vượt quá hạn chịu đựng (bù đắp) của sọ não và cơ thể gây nên rối loạn chức năng sọ não hoặc tổn thương cụ thể ở sọ não

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Các công việc của chẩn đoán

2.1.1. Hỏi bệnh

- Lý do vào viện: đau đầu?

Bệnh sử: Thời gian, hoàn cảnh, nguyên nhân, cơ chế chấn thương

Các yếu tố liên quan, tác nhân gây tai nạn, đầu có định hay di động

Theo dõi diễn biến tri giác, phát hiện khoảng tỉnh

- Tiền sử: dùng thuốc kháng đông, bệnh lý huyết học, nội tiết,...

2.1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Quan sát:

Khám, đánh giá xử trí toàn diện theo thứ tự A, B, C, D, E

Khám chấn thương sọ não

Thăm khám thần kinh để phát hiện các thương tổn tiên phát và thứ phát trong hộp sọ, vì vậy cần đánh giá cả quá trình từ lúc bệnh nhân bị tai nạn tới lúc đến bệnh viện.

Khám thần kinh

Tri giác: đánh giá theo thang điểm Glasgow và so sánh với tri giác trước đó (GCS = E+V+M)

- Mức độ nhẹ GCS: 13-15

- Mức độ trung bình GCS: 9 – 12 điểm

- Mức độ nặng GCS: 3 – 8 điểm

- **Đáp ứng bằng mở mắt (Eye opening):**

+ Mở mắt tự nhiên	4
+ Gọi mở mắt	3
+ Kích thích đau mở mắt	2
+ Không mở mắt	1

- **Trả lời (Verbal response):**

+ Trả lời tốt	5
+ Trả lời chậm, lơ mơ	4
+ Không chính xác	3

+ Không hiểu, kêu rên	2
+ Không đáp ứng	1
- Vận động (Motor response):	
+ Làm theo y lệnh	6
+ Kích thích đau gặt đúng chỗ	5
+ Khích thích không đáp ứng đúng	4
+ Gồng mắt vỏ	3
+ Gồng mắt não	2
+ Không đáp ứng	1

Phát hiện các dấu thần kinh khu trú: vận động, đồng tử, tổn thương dây thần kinh sọ.

Khám tại chỗ

- Tìm các thương tích ở da đầu để xác định vị trí va đập đầu tiên (rách da, tụ máu), có dịch não tủy hoặc não ở vết thương không.

- Các dấu hiệu gián tiếp của vỡ nền sọ: chảy máu mũi, tai; tụ máu quanh mắt hoặc sau tai; chảy dịch não tủy qua mũi, tai.

Đánh giá thương tổn

- Bệnh nhân mê ngay từ đầu: các thương tổn tiên phát dập não, tổn thương trục. Nếu tri giác tiếp tục xấu đi có thể có thương tổn thứ phát kèm theo như chảy máu, phù não, thiếu máu não.

- Có khoảng tỉnh: bệnh nhân có thương tổn thứ phát phần lớn là biến chứng chảy máu. Tuy nhiên có hai diễn biến của khoảng tỉnh:

+Nếu mất tri giác ban đầu thường thường có máu tụ dưới màng cứng hoặc trong não kèm phù não thứ phát.

+Không mất tri giác ban đầu: phần lớn do máu tụ ngoài màng cứng đơn thuần

Không mất tri giác: trường hợp này vẫn cần theo dõi cẩn thận, nhất là ở những người bị đau đầu nhiều, có các dấu hiệu kích thích màng não: nôn, buồn nôn, cứng gáy... có thể có những ổ dập não nhỏ, máu tụ nhỏ và diễn biến nặng hơn..

2.1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

X-quang quy ước: chụp sọ thẳng, nghiêng; chụp hàm mặt; chụp cột sống cổ là bắt buộc trong tất cả các trường hợp chấn thương sọ não bệnh nhân hôn mê.

Chụp cắt lớp vi tính (CT-Scanner)

Xét nghiệm máu:

- Công thức máu, nhóm máu, đông cầm máu, điện giải,..

- Đường máu, nồng độ cồn, chất kích thích, gây nghiện.

2.2. Chẩn đoán xác định

Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng

2.3. Chẩn đoán phân biệt

Viêm màng não

Tai biến mạch máu não

2.4. Chẩn đoán nguyên nhân

2.4.1 Cơ chế bệnh sinh chấn thương sọ não

Yếu tố cơ học

Khi có một lực chấn thương tác động vào đầu và gây tổn thương xương sọ và não, lực này là tác nhân cơ học “khởi động” cho các quá trình bệnh lý ở não xảy ra.

Trên cơ sở tổn thương não tiên phát xảy ra ngay sau chấn thương sẽ dẫn tới tổn thương não thứ phát là do hậu quả của rối loạn vận mạch, rối loạn thần kinh thể dịch...dẫn tới phù não và làm cho áp lực nội sọ tăng cao.

1.1.2. Yếu tố xung động thần kinh

Sự mất ý thức đột ngột xảy ra ngay sau khi chấn thương vào đầu (các nhà lâm sàng gọi là ức chế bảo vệ của vỏ não) và những thay đổi về trương lực cơ biểu hiện người bệnh mềm nhũn, mạch nhanh, nhịp thở tăng lên...đó chính là rối loạn xung động thần kinh của hệ lưới – vỏ não và dưới vỏ.

Rối loạn vỏ não – thể lưới – dưới vỏ có thể chỉ là rối loạn chức năng (trường hợp nhẹ như chấn động não), nhưng cũng có khi là tổn thương thực thể như giập não, chảy máu trong chất não...

1.1.3. Yếu tố mạch máu

Khi bị chấn thương do cơ chế tăng và giảm tốc đột ngột làm cho các mạch máu bị tổn thương.

2.4.2 Nguyên nhân

Chấn thương sọ não là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, chủ yếu do tai nạn giao thông (86%), tai nạn lao động (4,4%), tai nạn sinh hoạt (4,4%), các nguyên nhân khác (5,3%)..

3. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

3.1. Điều trị nội khoa

Chỉ định:

Bệnh nhân tỉnh hoàn toàn.

Máu tụ ngoài trực ở bán cầu ưu thế là thương tổn đơn độc chưa gây di lệch cấu trúc đường giữa.

Không có ảnh hưởng hiệu ứng khối choán chỗ trên CT-Scanner sọ não.

Nguyên tắc điều trị chấn thương sọ não:

Tư thế đầu cao 30°, cổ thẳng

Bù nước điện giải

Điều trị triệu chứng

Kháng sinh khi cần

Chuyển tuyến trên các trường hợp có chỉ định phẫu thuật

4. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Khi có những dấu hiệu sau cần trở lại bệnh viện ngay:

1. Nhức đầu dai dẳng
2. Trầm cảm
3. Lo âu, sợ hãi, kích thích
4. Thay đổi tính tình, tính cách, tâm thần trì trệ
5. Có chảy dịch trong qua tai, mũi
6. Ngủ nhiều
7. Ói mửa, động kinh
8. Giảm: nghe, ngửi mùi
9. Trí nhớ giảm
10. Nhịp thở khác thường, sốt $>38^{\circ}\text{C}$

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị của bệnh viện CTCH 2018

GOUT

1. ĐẠI CƯƠNG

Gout là tình trạng tăng acid uric hay muối urat trong cơ thể, dẫn đến ứ đọng các tinh thể monosodium urat mono-hydrat (MSU) trong nhiều mô khác nhau (khớp, mô liên kết, thận).

Tăng acid uric trong máu là điều kiện cần để tạo ứ đọng các tinh thể MSU nhưng cần phân biệt với hội chứng lâm sàng là Gout.

Bệnh Gout dẫn đến tình trạng viêm cấp tính và mạn tính liên quan đến những thay đổi trong cấu trúc của khớp và xung quanh khớp.

Viêm khớp do Gout chiếm tỉ lệ 1-2% ở người lớn, thường gặp nhiều hơn ở nam giới.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Các công việc của chẩn đoán

2.1.1. Hỏi bệnh

- Lý do vào viện: đau khớp?

Bệnh sử: đau nhức khớp bàn ngón I? nốt tophi?

- Tiền sử: bệnh nội khoa ?

2.1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Quan sát:

1.1.1. Bệnh Gout cấp:

- Thường biểu hiện như đợt viêm 1 khớp cấp tính, tự giới hạn ở một số bệnh nhân.

- Khớp ở chân bị nhiều hơn khớp ở tay.

- Khớp thường gặp nhất bao gồm khớp bàn ngón chân cái, khớp bàn chân, cổ chân, đầu gối, cổ tay, khuỷu tay và khớp ngón tay.

- Có thể ảnh hưởng 1 số vị trí ngoài khớp (như bao hoạt dịch móm khuỷu và gân Achilles).

- Con cấp xảy ra và kéo dài trong vòng vài ngày đến 2-3 tuần, tất cả dấu hiệu viêm rồi sẽ tự khỏi.

+Giai đoạn sớm: <12 giờ sau khi khởi phát.

+Giai đoạn toàn phát: 12-36 giờ sau khi khởi phát.

+Giai đoạn muộn: >36 giờ sau khởi phát.

- Mức độ nặng của cơn viêm khớp do Gout cấp (theo đánh giá đau của BN)

+Nhẹ: ≤ 4

+Trung bình: 5-6

+Nặng: ≥ 7

Bệnh Gout không triệu chứng: giai đoạn giữa các cơn cấp, bệnh nhân không có triệu chứng.

1.1.2. Bệnh Gout mạn tính:

- Sau các cơn Gout cấp tính tái phát (> 3 đợt cấp/năm) và suy giảm, giai đoạn mạn bắt đầu.
- Tình trạng sưng đỏ xảy ra ở nhiều khớp của viêm khớp do Gout thường gây ra ăn mòn và biến dạng xương.
- Yếu tố bao gồm tổn thương đa khớp, nồng độ acid uric trong huyết thanh $> 0.54\text{mmol/L}$ (9mg/dL) cơn đầu tiên xuất hiện ở độ tuổi ≥ 40 .

- Giai đoạn Gout mạn tính có Tophi:

+Đặc trưng bởi viêm đa khớp và có sự hình thành các hạt Tophi (là những hạt màu trắng xuất hiện do sự lắng đọng của muối monosodium urat).

+Hạt Tophi thường không đau, cứng, dạng nốt hay dạng khối hình thoi, nằm dưới da.

- Mức độ nặng của bệnh:

+Nhẹ: bệnh khớp do Gout mạn tính có hạt Tophi, tổn thương 1 khớp ổn định.

+Trung bình: bệnh khớp do Gout mạn tính có hạt Tophi, tổn thương 2-3 khớp ổn định.

+Nặng: bệnh khớp do Gout mạn tính có hạt Tophi, tổn thương >4 khớp hoặc từ ≥ 1 hạt Tophi nặng ở khớp, có biến chứng hoặc không ổn định.

Có tình trạng bệnh do urat hay sỏi thận Urat.

2.1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

Những xét nghiệm đặc hiệu dùng để chẩn đoán xác định viêm khớp do Gout.

1.1.3. Xét nghiệm dịch khớp:

- Phát hiện tinh thể MSU trong dịch khớp hoặc dịch hút ra từ hạt Tophi giúp chẩn đoán xác định bệnh Gout.

- Tinh thể MSU có hình kim và CPS tính lưỡng chiết mạnh dưới ánh sáng phân cực.

- Khuyến cáo nên tìm tất cả tinh thể MSU ở tất cả các mẫu dịch khớp lấy được từ những khớp viêm chưa chẩn đoán.

- Xác định tinh thể MSU từ các khớp không triệu chứng cho phép chẩn đoán bệnh ở giai đoạn không triệu chứng.

1.1.4. Nồng độ acid uric máu:

- Tăng acid uric được định nghĩa là nồng độ acid uric máu $>6,8-7\text{mg/dL}$.

- Mặc dù tăng acid uric máu là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất trong bệnh Gout nhưng không dùng để xác định hay loại trừ Gout.

+Nhiều bệnh nhân tăng acid uric máu không bị Gout.

+Trong đợt cấp, nồng độ acid uric có thể bình thường trong khoảng 10% trường hợp.

- Tốt nhất nên xét nghiệm nồng độ acid uric máu 2-3 tuần sau đợt cấp.

- Giới hạn trên nồng độ acid uric máu là:
 - +Nữ mãn kinh và nam: 0.42mmol/L hay 7mg/dL.
 - +Nữ tiền mãn kinh: 0.36mmol/L hay 6mg/dL.

1.1.5. Chẩn đoán hình ảnh:

Chụp Xquang khớp thẳng:

- Thông thường, Xquang trong viêm khớp do Gout cấp sẽ bình thường, mặc dù có thể thấy hình ảnh sưng mô mềm quanh khớp.
- Trong bệnh khớp mãn tính có hạt Tophi, hình ảnh điển hình bao gồm ăn mòn bờ xương xơ hoá và lõi bờ xương hay Calci hoá trong vài hạt Tophi.
 - +Hình ảnh bờ lồi, mỏng, Calci hoá gợi ý nhiều đến bệnh Gout.
 - +Khe khớp thường được bảo tồn cho đến giai đoạn muộn của bệnh.

Siêu âm: có thể phát hiện tinh thể trên mặt sụn cũng như các hạt Tophi và hình ảnh ăn mòn điển hình.

Chụp CT:

- Cho phép nhìn rõ các hạt Tophi.
- Có thể giúp phân biệt hạt Tophi với các nốt dưới da khác.

Chụp MRI:

- Kết quả không đặc hiệu cho chẩn đoán bệnh Gout nhưng giúp phát hiện sớm các hạt Tophi và sự ăn mòn.
- Phương pháp giúp xác định mức độ bệnh Gout giai đoạn có hạt Tophi và cung cấp thông tin về sự lắng đọng và lan rộng của các tinh thể MSU.

Xét nghiệm cận lâm sàng hỗ trợ phát hiện các bệnh lý đi kèm liên quan ở bệnh nhân bị Gout:

- Phát hiện các yếu tố nguy cơ về bệnh lý đi kèm là một phần quan trọng trong kiểm soát bệnh Gout.
- Công thức máu được sử dụng trong loại trừ nhiễm trùng tăng sản Lympho hoặc rối loạn tăng sinh tủy.
- Ure/Creatinine máu để loại trừ bệnh thận gây tăng acid uric máu hay phát hiện bệnh thận thứ phát do tăng urat hoặc sỏi urat thận.
- Đường huyết để biết bệnh đái tháo đường/đề kháng insulin.
- Lipid máu để phát hiện tăng triglyceride máu và giảm HDL-cholesterol.
- Tổng phân tích nước tiểu để phát hiện máu hoặc protein có thể thấy rối loạn trong thận.
 - Tầm soát HLA-B 5801 bằng PCR để phát hiện bệnh nhân có nguy cơ có cho phản ứng quá mẫn nặng với allopurinol.

2.2. Chẩn đoán xác định

1.1.6. Tiêu chuẩn phân loại bệnh Gout

Được thiết lập bởi Hội khớp Hoa Kỳ (ACR) và Liên đoàn Chống Thấp khớp châu Âu

(EULAR) năm 2015.

- Tiêu chuẩn mới dựa trên sự hiện diện của tinh thể MSU, hình ảnh học và thông số lâm sàng.

- Cung cấp một hệ thống mới tính điểm cho giai đoạn có triệu chứng của bệnh nhân bất kể giai đoạn lâm sàng.

- Tổng số điểm ≥ 8 xác định chẩn đoán bị bệnh Gout.

- Tiêu chuẩn đầu vào được xác định khi: có ít nhất một đợt sưng đau ở khớp ngoại biên hay bao hoạt dịch.

- Tiêu chuẩn đủ bao gồm sự hiện diện của tinh thể urat ở khớp hay bao hoạt dịch có triệu chứng hoặc có hạt Tophi.

- Tiêu chuẩn phân loại nên được sử dụng đủ nếu không đạt điều kiện đủ.

Điều kiện cần	Biểu hiện sưng, đau, sờ đau khớp hoặc túi nhon.	Có Không
Tiêu chuẩn đủ (nếu có, thì chẩn đoán không cần tiêu chuẩn dưới)	Có tinh thể urat ở khớp có triệu chứng hoặc túi nhon (...dịch khớp)	Có Không

Yêu cầu từ 8 điểm	Biểu hiện	Điểm
Biểu hiện triệu chứng khớp/túi nhon: sưng, đau, sờ đau.	<ul style="list-style-type: none"> • Khớp không là khớp cổ chân, midfoot, MTP 1 • Khớp cổ chân hoặc midfoot • Khớp MTP 1 	0 1 2
Biểu hiện triệu chứng 1. Đỏ da vùng khớp 2. Sờ, ấn đau 3. Khó khăn đi lại	<ul style="list-style-type: none"> • 1 biểu hiện • 2 biểu hiện • 3 biểu hiện 	1 2 3
Tiến trình thời gian: ≥ 2 , bất chấp điều trị KV 1.Đau đến cực điểm <24 giờ 2.Hết TC ≤ 14 ngày 3.TC giữa các đợt không còn	<ul style="list-style-type: none"> • Không ĐH • 1 hồi • Tái phát 	0 1 2
Hiện diện Tophi lâm sàng, nhìn thấy được	Không hiện diện Hiện diện	0 4
Uric máu Tốt nhất khi chưa điều trị ULT, giai đoạn trung gian.	<4mg/dL(0.24mM) 4-<6 6-<8 8-<10 ≥ 10	-4 0 2 3 4
Dịch khớp; túi nhon (kính nghiệm)	Không TH MSU (-)	0 -2
Siêu âm; DECT (+)	(-)	0

Yêu cầu từ 8 điểm	Biểu hiện	Điểm
	(+)	4
Xquang Hình ảnh khuyết xương bàn tay; bàn chân	(-) (+)	0 4

2.2 Chẩn đoán phân biệt

- Viêm khớp nhiễm trùng

+Quan trọng là phải loại trừ viêm khớp nhiễm trùng vì nếu không chẩn đoán sớm có thể dẫn tới phá hủy khớp nhanh làm tăng tỷ lệ đến bệnh tật và tử vong.

+Ngay cả khi ở bệnh nhân được chẩn đoán viêm khớp có tinh thể MSU vẫn cần phải loại trừ viêm khớp nhiễm trùng vì những tình trạng viêm này có thể xảy ra đồng thời.

- Viêm khớp dạng thấp.
- Chấn thương.
- Bệnh thấp khớp thoáng qua.
- Bệnh giả Gout.
- Viêm khớp phản ứng.

Sốt thấp khớp cấp.

2.3. Chẩn đoán nguyên nhân

2.3.1 Phân loại tăng acid uric máu

Tăng acid uric máu nguyên phát:

Tình trạng bão hoà acid uric máu tăng mà không có bệnh lý hoặc thuốc làm thay đổi sự sản xuất hay bài tiết acid uric.

Tăng acid uric máu thứ phát:

Tình trạng sản xuất acid uric quá mức hoặc giảm thải acid uric tại thận là do hậu quả của bệnh, tác dụng phụ khi sử dụng thuốc điều trị hay do độc tố.

2.3.2 Nguyên nhân gây tăng acid uric máu thứ phát

Sản xuất acid uric quá mức:

- Thiếu hụt enzym có tính di truyền (như thiếu enzym Hypoxanthine-guanine phosphoribosyltransferase).
- Các rối loạn lâm sàng (bệnh tăng sinh tủy, rối loạn tăng sản Lympho, bệnh ác tính, vảy nến, hội chứng Down).
- Gây ra do chế độ ăn, sử dụng thuốc, độc tố (như Ethanol, chế độ ăn nhiều purin, fructose, thiếu Vitamin B12, acid nicotinic, thuốc độc tế bào, Warfarin,...).

Giảm độ thanh thải của thận:

- Suy thận mạn, giảm thể tích tuần hoàn (như suy tim, mất dịch), béo phì, nhiễm ketoacid, đái tháo đường hoặc do đói, tăng acid lactic máu, cường tuyến cận giáp, suy giáp, Sarcoidosis.

Gây ra do chế độ ăn hoặc thuốc (như Aspirin, thuốc lợi tiểu, Cyclosporine,

Tacrolimus, Ethambutol, Pyrazinamide, Ethanol, Levodopa)

3. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

Giảm đau

Giảm đợt cấp trong năm

Hạn chế biến chứng

3.2. Điều trị nội khoa

Không dùng thuốc

Giáo dục bệnh nhân:

- Giáo dục bệnh nhân thay đổi lối sống thích hợp là yếu tố quan trọng trong kiểm soát bệnh.

- Thay đổi thói quen sống có thể giúp cải thiện quá trình chuyển hóa tổng quát của bệnh nhân.

- Cải thiện sự hiểu biết và tuân thủ của bệnh nhân được thực hiện lúc bắt đầu điều trị.

Thay đổi lối sống:

Giúp phòng ngừa các cơn Gout cấp và biến chứng, cũng như các bệnh lý đi kèm.

Chỉ số khối cơ thể (BMI):

- Mục tiêu là có cân nặng lý tưởng bằng cách giảm cân từ từ (0.5-1kg/tuần), hạn chế caloric và tập thể dục.

- Tránh ăn kiêng nhanh và chế độ giàu protein/ít carbohydrat vì có thể gây tình trạng tăng Ceton máu, dẫn đến tăng uric máu.

Khuyến khích vận động nhẹ hằng ngày hoặc ít nhất 45 phút x 4 lần/tuần (đi bộ, đạp xe, bơi lội,...) hay tập thể dục nhịp điệu.

Dinh dưỡng:

- Giảm thức ăn có nhiều purin (như óc, gan, thận, cá cơm biển, cá mòi, cá thu, hải sản) <200mg/ngày.

- Giảm ăn thịt đỏ (bò, cừu, heo...).

- Ăn nhiều hạt, đậu, đậu thực vật làm giảm nguy cơ Gout (giảm acid uric máu).

- Uống 2 phần sữa ít béo hay sữa gầy mỗi ngày.

- Hạn chế ước ngọt có gas và nước giải khát chứa fructose.

- Giới hạn 4 tách cà phê mỗi ngày.

- Cân nhắc bổ sung thêm Vitamin C (500mg/ngày).

- Hạn chế rượu, <21 đơn vị/tuần đối với nữ.

- Tránh uống bia, rượu vang, rượu mạnh.

- Có ít nhất 3 ngày không uống rượu trong tuần.

- Tránh uống rượu khi có đợt Gout thường xuyên hoặc khi triệu chứng Gout chưa được kiểm soát tốt.

- Khuyến khích ngưng hút thuốc hoàn toàn.

Khuyến khích uống đủ nước (khoảng 2-3lít/ngày)

Sử dụng thuốc

Điều trị viêm khớp do Gout cấp: giảm đau nhanh, ức chế viêm nhanh nhất có thể sau khi khởi phát Gout đến sau khi hết đợt cấp (1-2 tuần).

Thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs):

- Như Ibuprofen, Naproxen,...

- Được xem là các thuốc điều trị hàng đầu cho viêm khớp cho Gout cấp.

- Sử dụng ngắn hạn các NSAIDs tác dụng ở liều tối đa để giảm triệu chứng cho viêm khớp do Gout cấp khi không có chỉ định giúp giảm đau, giảm viêm.

- Thuốc ức chế bơm proton (Esomeprazole, Lansoprazole, Omeprazole, Pantoprazole) hay ức chế thụ thể H2 (Niratin, Famotidine...) có thể giúp phòng ngừa loét dạ dày ở ruột ở bệnh nhân sử dụng NSAIDs.

- Cần nhắc điều trị thuốc thay thế ở bệnh nhân có tiền căn loét dạ dày, tăng huyết áp, suy thận/suy tim.

- Thuốc ức chế COX-2:

+Điều trị thay thế cho bệnh nhân có nguy cơ loét dạ dày, không dung nạp với NSAIDs không chọn lọc hay ở bệnh nhân có đợt Gout cao, kéo dài vài ngày.

+Sử dụng thận trọng trên bệnh nhân suy thận, suy tim, tăng huyết áp và đang loét dạ dày.

Colchicine:

- Thuốc đầu tay điều trị viêm khớp do cơn Gout cấp, dự phòng cơn Gout cấp.

- Cần điều chỉnh liều thích hợp cho bệnh nhân suy thận mạn.

- Là thuốc thay thế cho trường hợp bệnh nhân có chống chỉ định với NSAIDs, bao gồm cả thuốc ức chế COX-2.

- Dung nạp kém ở người già do tác dụng phụ trên đường tiêu hóa.

- Nguy cơ độc tính cao, nhiều tác dụng phụ: buồn nôn, đau bụng, tiêu chảy nặng,...(thường gặp hơn ở bệnh nhân suy giảm chức năng thận hoặc gan). Khuyến cáo liều dùng là 500mcg mỗi 6-12h để phòng ngừa các tác dụng phụ gây độc.

- Một nghiên cứu cho thấy chế độ liều colchicine thấp hoặc cho hiệu quả tương đương với liều cao hơn.

- Có thể sử dụng liều thấp để phòng ngừa các đợt cấp khi bắt đầu điều trị giảm acid uric máu.

Corticosteroid:

- Cần nhắc sử dụng điều trị trong thời gian ngắn ở bệnh nhân là người lớn tuổi, có bệnh suy gan, suy thận, suy tim, loét dạ dày, quá mẫn hoặc kháng với NSAIDs hay colchicine

và các thuốc khác.

- Có thể dùng tại chỗ như tiêm tổng khớp hay đường toàn thân bằng đường uống hoặc đường tiêm.

- Đối với trường hợp viêm 1 khớp đơn độc, có thể hút dịch khớp và tiêm vào trong khớp corticosteroid tác động kéo dài sẽ có hiệu quả kéo dài hơn trong việc chấm dứt đợt cấp.

- An toàn và dung nạp tốt, tác dụng phụ hiếm gặp do sử dụng trong thời gian ngắn.

Chất ức chế Interleukin-1 (IL-1) sinh học: như Anakinra, Canakinumab.

- Lựa chọn điều trị ở bệnh nhân có đợt viêm khớp do Gout cấp nặng mà kháng với các thuốc khác.

- Anakinra giúp giảm các triệu chứng và ưu tiên dùng trong các đợt Gout cấp vì thời gian bán hủy ngắn.

- Canakinumab là kháng thể đơn dòng tác dụng kéo dài, có thể dùng cho bệnh nhân có tiền căn có nhiều đợt cấp và kháng với các loại thuốc khác.

Điều trị lâu dài cho bệnh nhân viêm khớp do Gout mạn: điều trị giảm acid uric máu.

- Chỉ định trong các trường hợp sau:

- +Các đợt viêm khớp do Gout xảy ra thường xuyên (≥ 2 -3 cơn/năm).

- +Dấu hiệu trên lâm sàng và Xquang có viêm khớp do Gout mạn.

- +Hiện diện các hạt Tophi.

- +Bệnh thận do Urat/sỏi Urat ở thận.

- +Sắp phải dùng hóa trị độc tế bào cho bệnh nhân ung thư hạch bạch huyết hay bệnh bạch cầu.

- +Sử dụng thuốc lợi tiểu kéo dài hoặc có bệnh thận mạn.

- Mục tiêu điều trị là thúc đẩy sự hòa tan các tinh thể và phòng ngừa hình thành tinh thể mới bằng cách duy trì nồng độ acid uric máu $<0.36\text{mmol/L}$ (hay $<6\text{mg/dL}$); có thể cần $<5\text{mg/dL}$ để kiểm soát các đợt cấp.

- Chỉ nên bắt đầu sau khi đã kiểm soát tốt được đợt cấp (khoảng 2 tuần sau khởi phát) để phòng ngừa đợt cấp kéo dài hoặc tái phát.

- Một khi bắt đầu thì cần duy trì một liều cố định, ngay cả khi trong đợt cấp tiếp theo

- Điều trị giảm acid uric máu là liệu pháp lâu dài, quan trọng là cần thay đổi lối sống để hỗ trợ điều trị.

Thuốc ức chế men Xanthine Oxidase: như Allopurinol và Febuxostat là thuốc ức chế sản xuất Urat từ Hypoxanthine và Xanthine.

- Allopurinol được khuyến cáo là thuốc đầu tay trong điều trị giảm acid uric máu.

- Febuxostat có thể thay thế Allopurinol nếu điều trị thất bại sau khi đã chỉnh liều và bắt dung nạp với Allopurinol.

- Khởi đầu điều trị dài hạn trong trường hợp bệnh Gout tái phát không biến chứng.

- Cần điều chỉnh liều ở bệnh nhân suy thận.

- Nên sử dụng Colchicine hoặc NSAIDs liều thấp để giảm tần suất đợt cấp khi bắt đầu điều trị với Allopurinol cho đến khi bệnh nhân hoàn toàn không còn xuất hiện các đợt cấp trong 6 tháng hoặc đạt được nồng độ acid uric mục tiêu trong 1 tháng.

Thuốc tăng thải acid uric trong nước tiểu: như Probenecid, Benzbromarone, Sulfinpyrazole.

- Probenecid là thuốc điều trị giảm acid uric máu thay thế trong trường hợp chống chỉ định hay bất dung nạp với Allopurinol và/hoặc Febuxostat, không sử dụng cho bệnh nhân có độ thanh thải Creatinine <50mL/phút.

- Probenecid và Sulfinpyrazole có thể dùng thay thế Allopurinol khi chức năng thận bình thường nhưng không dùng ở bệnh nhân bị sỏi thận đồng thời.

- Có thể sử dụng benzbromarone ở bệnh nhân suy thận nhẹ-trung bình, nên xem xét nguy cơ gây độc gan thấp.

Thuốc thủy phân acid uric: như Pegloticase.

- Pegloticase được khuyến cáo sử dụng ở bệnh nhân Gout mạn tính có hạt Tophi kháng trị, bất dung nạp với điều trị giảm acid uric máu thông thường.

- Khuyến cáo sử dụng ở bệnh nhân Gout mạn tính có hạt Tophi mức độ nặng, kèm ăn mòn khớp.

- Là một Polyethylen Glycol kết hợp có tác dụng giảm acid uric máu bằng cách xúc tác quá trình chuyển acid uric thành hợp chất allantoin tan được trong nước.

Thuốc kiềm hóa nước tiểu: như Potassium Citrate.

Tăng pH nước tiểu để phòng ngừa tạo sỏi và hòa tan sỏi, mục tiêu là pH từ 6.5-7.

3.3 Điều trị phẫu thuật

Trong giai đoạn Gout mạn tính có hạt Tophi, chọn lựa phẫu thuật được chọn lựa cân nhắc trong các trường hợp sau:

- Ứ đọng hạt Tophi gây phá hủy các khớp chính.
- Mất vận động khớp, bị tổn thương liên quan tới đau nặng.
- Ứ đọng các hạt Tophi gây nên các triệu chứng do chèn ép (Hội chứng ống cổ tay).
- Loét các hạt Tophi.
- Thẩm mỹ (loét các hạt Tophi ở da).

Cắt lọc:

- Tổn thương loét trên các hạt Tophi có thể cần cắt lọc tùy theo tình trạng vết loét và/hoặc nếu có nhiễm trùng thứ phát.

- Cắt các mô tổn thương có thể cần thực hiện nhiều lần và băng bó thường xuyên.

Tán sỏi ngoài cơ thể hoặc phẫu thuật lấy sỏi thận qua da: để điều trị sỏi trong thận có kích thước 5-15mm hoặc sỏi san hô.

3.4 Phục hồi chức năng

- Nghỉ ngơi, kê cao khớp bị tổn thương.

- Không mặc quần áo ngủ quá chật.

Chườm túi đá và. ở môi trường mát

4. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Chế độ ăn uống hợp lý
- Tập luyện thể dục thể thao

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị của bệnh viện CTCH 2018

Chấn thương chỉnh hình (nhà xuất bản y học 2019)