

1/ Đại cương gãy xương: KO có gì đặc biệt vì ông thầy chỉ đọc slide.

(coi dc thì đốt slide uống)

2/ Biến chứng gãy xương:

- 2 biến chứng: sớm : sốc, tắc, chèn, tổn thủng; muộn: rl dinh dưỡng, viêm xương, biến chứng liên xương.

Các biến chứng có nguy cơ đe dọa tính mạng

Sốc

Tắc mạch máu do mỡ.

Các biến chứng có nguy cơ đe dọa sự tồn tại của chi

Chèn ép khoang

Tổn thương mạch máu.

Các biến chứng ảnh hưởng đến cơ năng của chi

Tổn thương thần kinh

RLDD

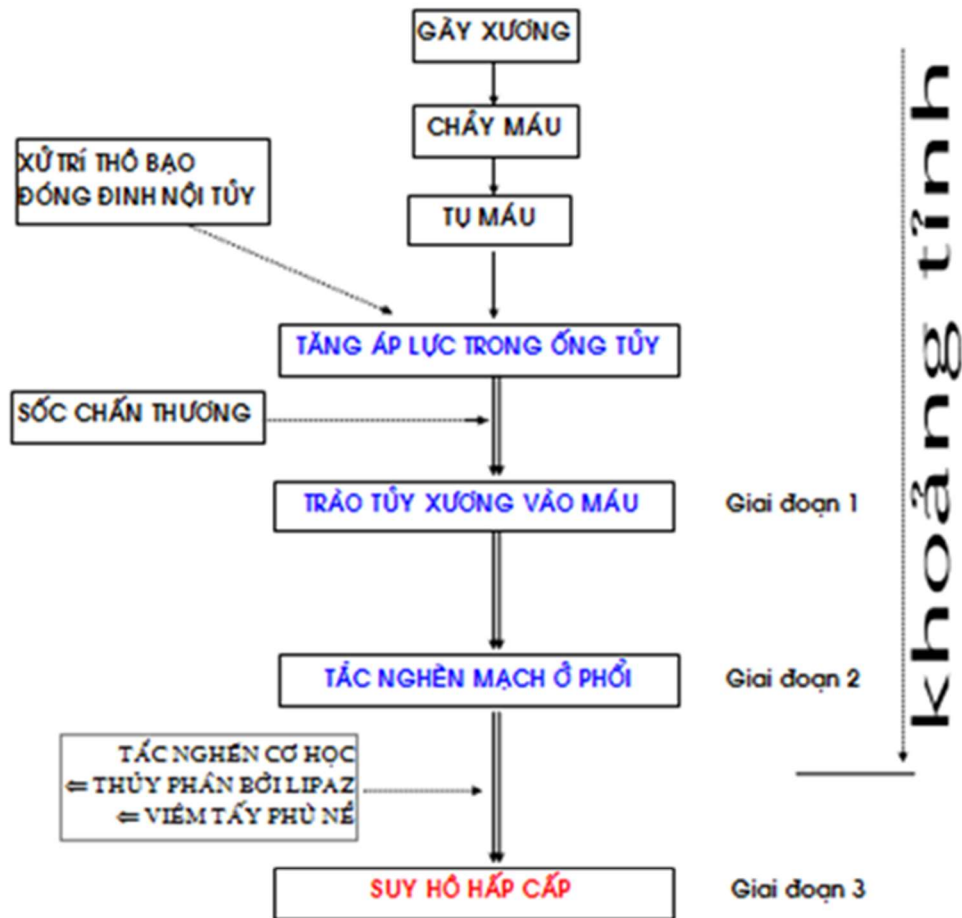
Cal lệch, Khớp giả

Viêm xương

-
- khi shock và nghi ngờ shock tránh dịch chuyển bệnh nhân
- tắc mạch máu do mỡ: tử vong do viêm tấy, phù nề nhu mô phổi do các men lipase phân hủy các hạt mỡ từ xương
- shock chấn thương là tắc mạch máu do mỡ nặng hơn do shock làm hạ huyết áp→ mỡ tràn vào nhiều

HỘI CHỨNG TẮC MẠCH MỖ

LÀ HỘI CHỨNG TẮC MẠCH MÁU Ở PHỔI DO CÁC GIỌT MỖ TỪ TỦY XƯƠNG

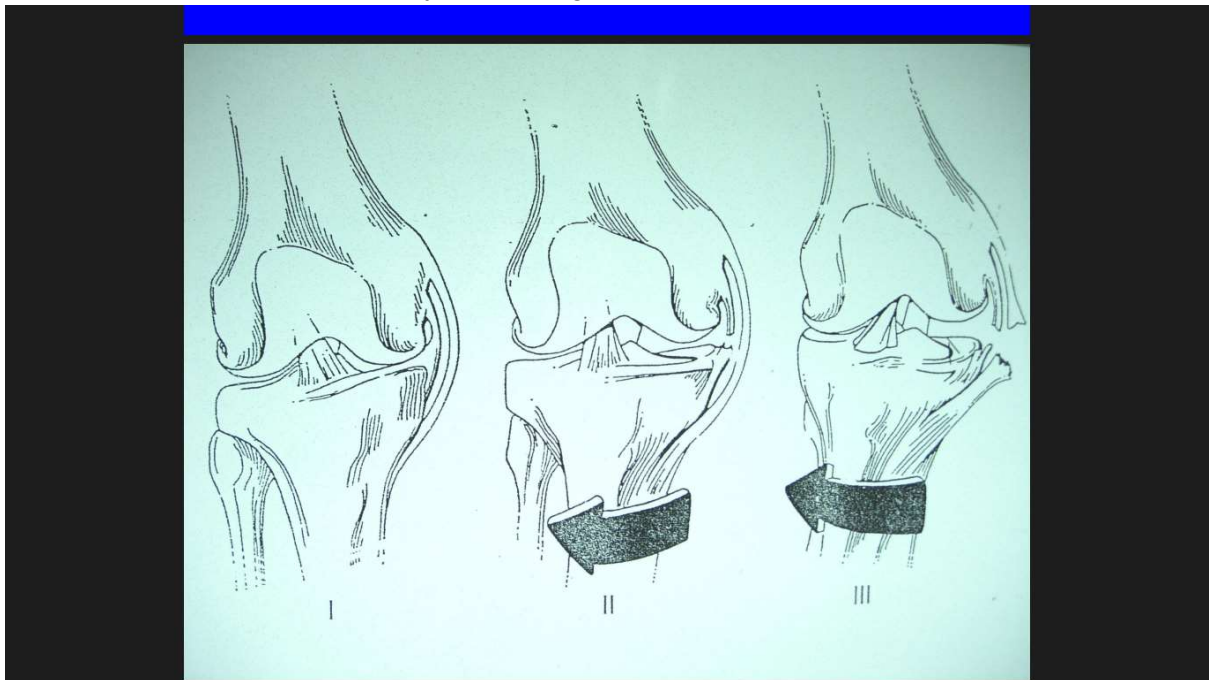


SƠ ĐỒ DIỄN TIẾN TMMDM
(THEO HOFFMANN 1995)

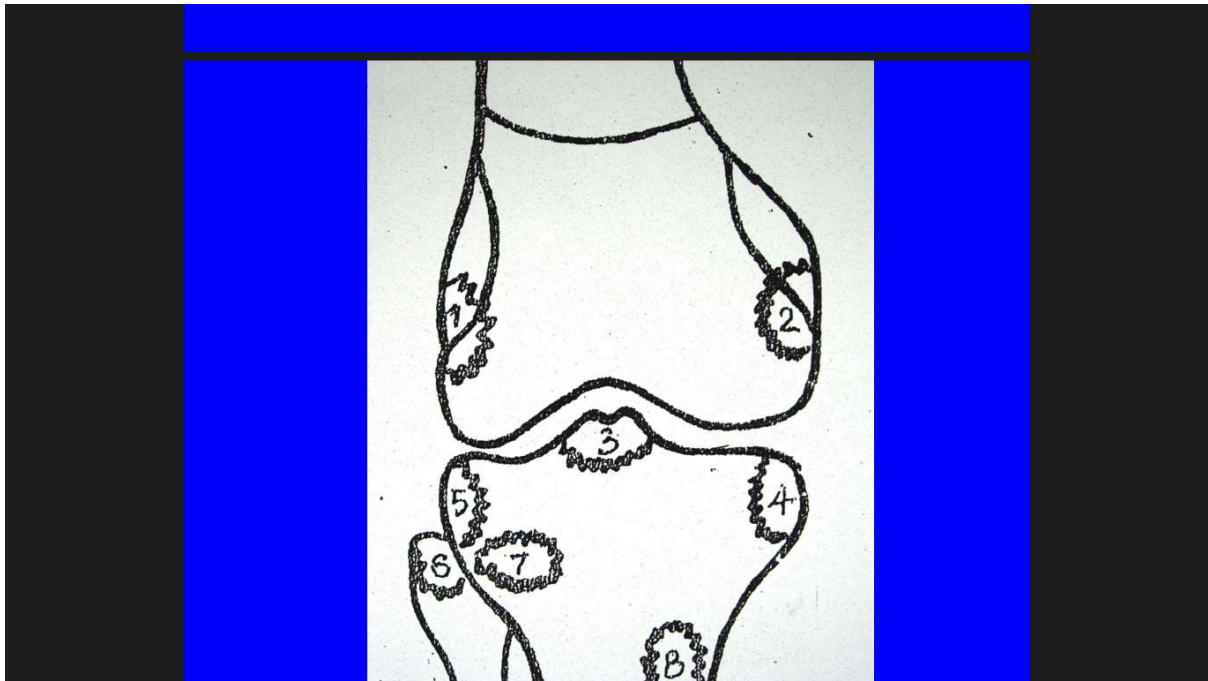
Thời điểm xuất hiện triệu chứng có thể vài giờ đến vài ngày sau chấn thương. Khi đã có dấu hiệu điển hình thì nguy cơ tử vong cao

- Tiêu chuẩn chẩn đoán TMMDM : Gurd = 1 lớn + 4 nhỏ (slide)
 - Đùi 3 khoang, cẳng 4 khoang
 - Chèn ép qua 2 giai đoạn :
 - Dọa chèn ép < 30mmHg (< 6h)
 - Chèn ép khoang thực sự >= 30mm Hg (> 6h)
 - shock làm CEK nặng hơn do giảm huyết áp, giảm máu đến khoang.
 - thời gian chèn ép: thời gian xuất hiện triệu chứng: căng, đau tăng. Khó thì lấy tg bị chứng thương.
 - Mạch máu ở xa khi chèn ép khoang có thể còn bắt dc
- 3/ Bong gân (tổn thương dây chằng):** có
- giữ vững dc 1 ổ khớp gồm 2 yếu tố: giữ vững tĩnh: (dây chằng, bao khớp) và giữ vững động (gân, cơ)

- Dây chằng chủ yếu là collagen tủy I
- Dây chằng bám vào xương bằng 2 loại: trực tiếp, gián tiếp
- Định nghĩa tổn thương dây chằng: là tổn thương các tổ chức liên kết giữ vững khớp xương (gồm dây chằng, bao khớp, gân cơ) cấu tạo nên của bộ môn
- Chia làm 3 giai đoạn: viêm tấy cấp tính (48h đầu, giảm dần), phục hồi (6-8 tuần), tu chỉnh (4-12 tháng). Khớp hoàn toàn vững chắc > 12 tháng (câu sure win)
- DC bình thường: collagen thẳng hàng, chất nền > tb
- DC sẹo: chất nền < tb
- **Phân loại: 3 độ:** độ 1-2 bảo tồn, độ 3 phẫu thuật
 - Độ 1: đại thể ko tổn thương, tổn thương vi thể
 - Độ 2: đứt 1 phần, phần còn lại đủ đảm bảo chức năng sinh lý
 - Độ 3: Đứt hoàn toàn, mấy cái + dừng quan tâm



- yếu tố lành dc:
 - tổn thương ban đầu
 - nội tiết/ chuyển hóa
 - kiểu điều trị



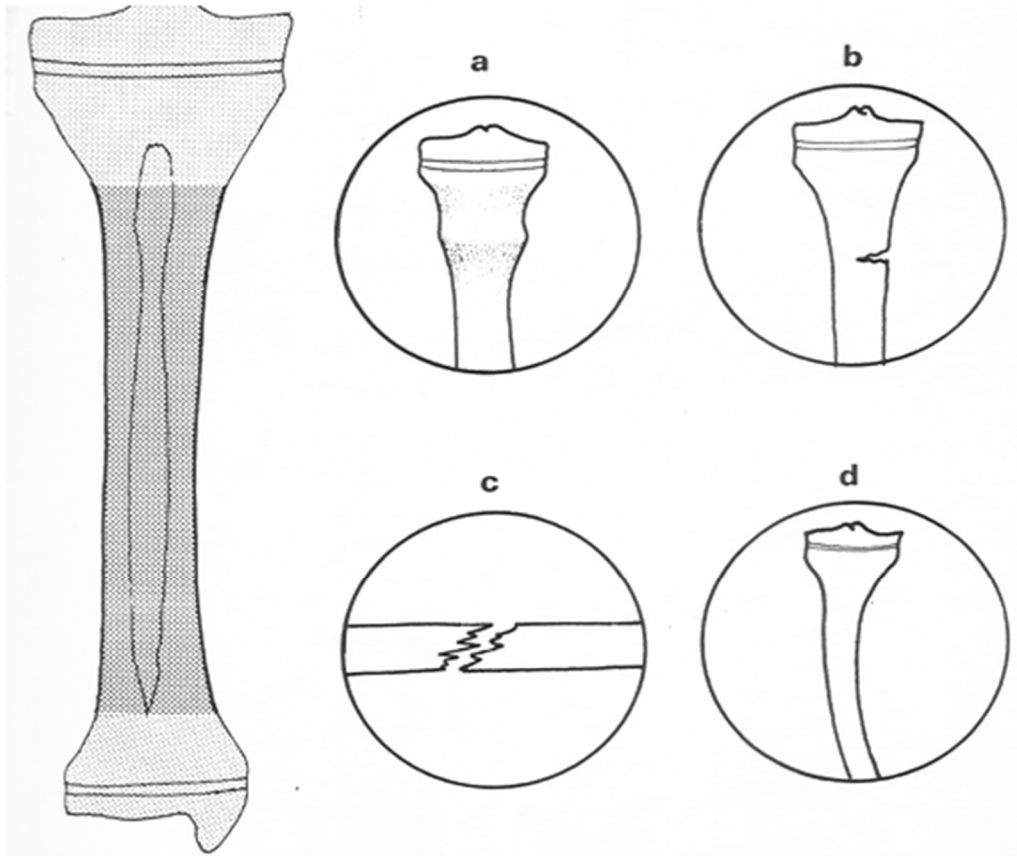
- 1: dc bên mác + gân cơ kheo
- 2: dc bên chày + gân cơ kheo
- 3: dc chéo trước + dc bên chày
- 4: dc bên chày (gân cơ kheo)
- 5: gân cơ kheo
- 6: dc bên mác + gân cơ nhĩ đầu đùi
- 7: dc trước chòm mác
- 8: dc bánh chè

- Điều trị viêm tấy cấp tính trong 48 tiếng: ICES : đá, băng ép, kê cao chi, ổn định (slide)

3/ Trật khớp : KO tìm dc ghi âm, coi slide thì thấy lắm nhăm cái gì đó nên cho qua, ai có thì bổ sung

4/ Gãy xương trẻ em:

- 3 tháng đầu thai bộ xương đã hoàn chỉnh nên có siêu âm để khảo sát hình thái thai
- Chấn thương là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ con, và hàng thứ 2 ở người lớn sau nhiễm trùng, trong đó gãy xương chiếm 15 % chấn thương
- học kĩ sinh lý xương:
 - sụn đầu xương em bé rất dày, chưa ngấm canxi nên gãy sẽ mờ khó thấy
 - màng xương rất dày dẫn đến :kiểu gãy đặc biệt, làm xương phát triển theo chiều ngang nên con nít ít dùng nẹp vít mà dùng đinh để bảo tồn màng xương
 - màng xương trẻ em khác xương người lớn: trẻ em nhiều collagen, người lớn nhiều muối vô cơ cứng, giòn → con nít gãy lành tươi, người lớn gãy phức tạp
 - Sụn tăng trưởng (sụn tiếp hợp): phần nằm giữa đầu xương và hành xương, làm xương pt theo chiều dài → cùng với màng xương tạo khả năng tự điều chỉnh



a/ gãy phình

b/ gãy lành tươi

c/ gãy hoàn toàn

d/ gãy cong tạo hình

- **5 tuýp Harris- Salter** (1963): tuýp 1 gãy ngang, 2: cửa đầu gần, 3: cửa đầu xa, 4 :cửa 2 đầu, 5: kiểu té khác khớp vào nhau (thuộc)
- **Peterson** : nhẹ đến nặng, tỉ lệ cao đến thấp (ông nói ko cần học mà cứ học kĩ, đừng tin ông)
- Khả năng tự điều chỉnh tối ưu ≤ 8 tuổi, gập góc 60-90, chi dưới > chi trên do trọng lực, gần gối xa khuỷu

5/ Gãy hờ:

- 4 loại vết thương: đâm chọc nhỏ, cắt gọn, lóc da, giập nát, vết thương do đạn bắn dc xếp vào giập nát
- sinh lý bệnh: 3 giai đoạn; chú ý cấp cứu vết thương hờ là để làm sạch vết thương tránh nhiễm trùng ko phải để nắn xương nên phải lấy sạch dị vật, ko mở ra mở vô vết thương, phải dùng băng vô trùng, và: nếu $vk < 10^5$ con thì ko nhiễm trùng. Đặc biệt ko dùng thuốc tê
- Phân loại gãy hờ từ cao \rightarrow thấp , độ III \rightarrow độ I
- chẩn đoán gãy hờ cho đến khi có chứng cứ chứng minh điều ngược lại

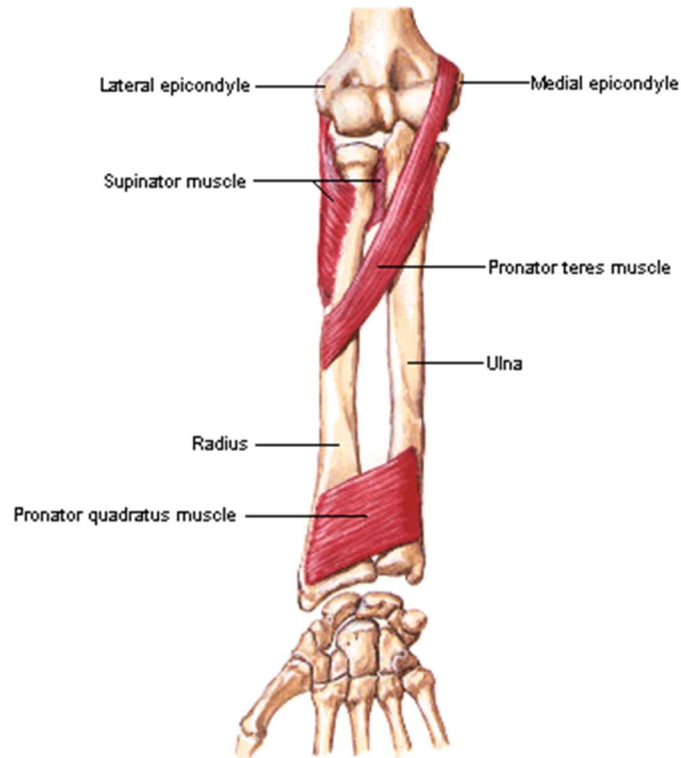
5/ Vết thương hờ + thấu khớp: **đốt slide uống, ông dạy đọc slide**

6/ gãy xương chi trên:

- a. gãy đòn: gãy $\frac{1}{3}$ giữa thường gặp nhất (72-80%) \rightarrow $\frac{1}{3}$ ngoài \rightarrow $\frac{1}{3}$ trong, $\frac{1}{3}$ trong nguy hiểm nhất
- cơ chế: 2 cơ chế: trực tiếp, gián tiếp (80% va đập vai)
- **phân loại Allman và Neer**: từ nhẹ đến nặng (I = $\frac{1}{3}$ giữ, mấy cái tuýp ko cần học)
- hc đường thoát ngực: giới hạn bởi cơ thang, sườn 1, đòn: đưa tay xuống thì tay tím

b. gãy vùng cẳng tay :

Individual Muscles of Forearm Rotators of Radius - Supination



F. Netter M.D.
— FINE ARTS —

Coi 2 slide di lệch xoay trục xương trang 37

- hc Volkmann hay gặp ở trẻ em do tổn thương mạch máu nhất là mạch nuôi các cơ gấp ở sâu của khu cẳng tay
- thuộc chỉ định điều trị bảo tồn trang 39

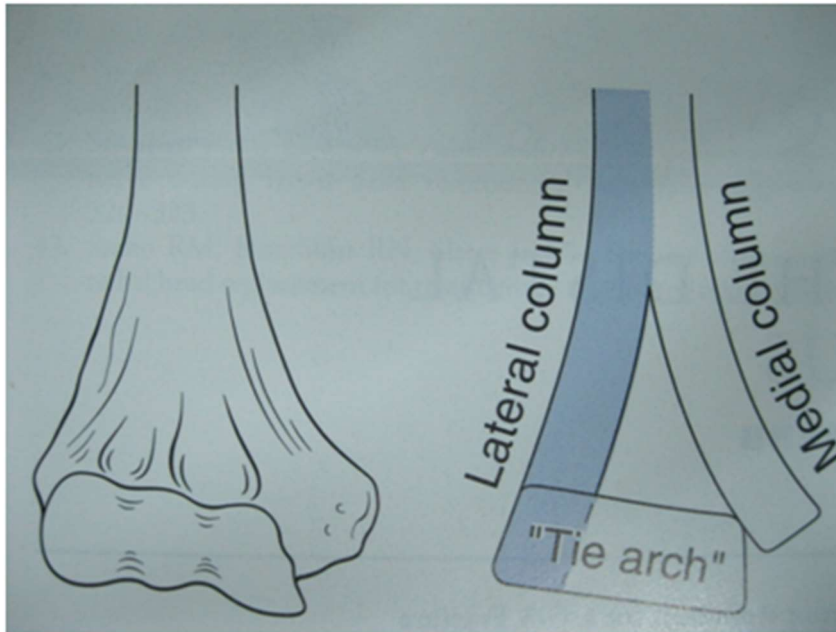
c. Gãy đầu trên xương cánh tay:



xem cấu trúc: chỏm, cổ giải phẫu, cổ phẫu thuật, củ lớn (máu động lớn), củ bé (máu động bé)

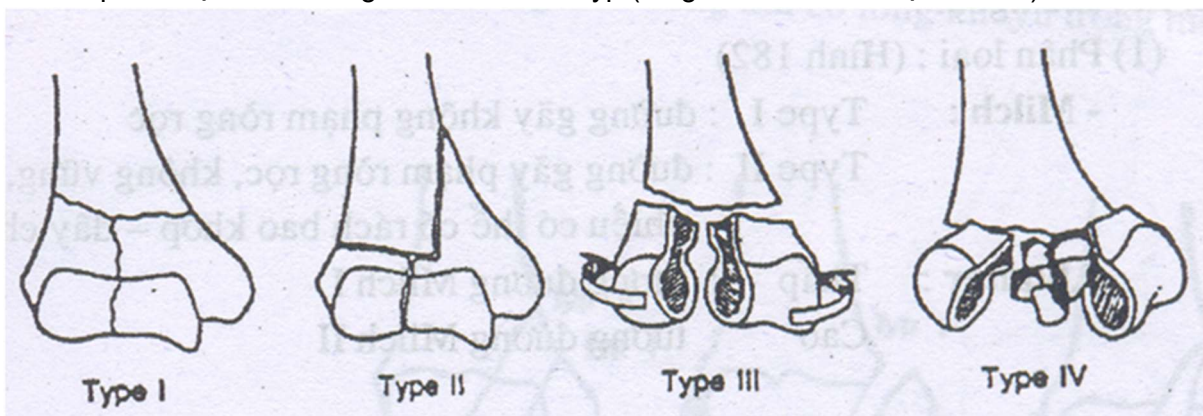
- rãnh gan củ đầu gân cơ nhị đầu đi qua
- là xương xốp, nhiều mạch máu nuôi → dễ lành
- 4 loại gãy xương phụ nữ mãn kinh loãng xương thường gặp: gãy cổ x cánh tay, cổ x đùi, đầu dưới x quay, gãy x cột sống
- **phân loại:** 6 nhóm:
 - nhóm 1 (1 mảnh): ko di lệch quá 1 cm, góc < 45
 - nhóm 2: 2 mảnh
 - nhóm 3: 3 mảnh
 - nhóm 4: 4 mảnh
 - nhóm 5: gãy trật
 - nhóm 6: nhiều mảnh
- biến chứng hay gặp là cứng khớp vai
- điều trị: nhóm 1: bảo tồn, các nhóm còn lại phẫu thuật

d. Gãy đầu dưới x cánh tay:



chỏm con: tiếp xúc xương quay, rỗng rọc tiếp xúc: xương trụ, 2 cái lồi cầu

- gãy lồi cầu hay gặp ở trẻ em, người lớn hay gặp liên lồi cầu
- phân loại Riseborough và Radin : 4 tuyp (ổng kêu ko hỏi thì học cho kĩ)



chỉ có tuyp 1 là bảo tồn còn các tuyp khác phẫu thuật

e. Gãy trật Monteggia (1814)

- Định nghĩa: gãy xương trụ bất kì + trật chỏm quay (hàng gài, định nghĩa cũ là sai nhé)
- Trật chỏm quay là trật 2 khớp
- phân loại theo **Bado**: 4 loại: theo vị trí của khớp quay
 - loại 1: khớp quay ra trước
 - loại 2: khớp quay ra sau
 - loại 3: khớp quay ra ngoài
 - loại 4: gãy luôn xương quay
- điều trị: trẻ em có thể bảo tồn, người lớn phẫu thuật.

f. Gãy trật Galeazzi:

- Định nghĩa: là loại gãy $\frac{1}{3}$ dưới thân xương quay kèm trật khớp quay trụ dưới
- dấu hiệu trật khớp quay: đầu x trụ lệch, mồm trâm trụ => mồm trâm quay
- bắt buộc phẫu thuật

g. gãy đầu dưới x quay:

- Góc nghiêng trụ, góc nghiêng lòng, chỉ số khác biệt xương

Có một số tên gắn liền với loại gãy:

- Gãy Pouteau-Colles: Gãy ngoài khớp ,di lệch ra sau.
- Gãy Smith: Di lệch ngược với gãy Pouteau-Colles.
- Gãy Barton: Gãy phạm 1 phần mặt khớp, mảnh gãy có thể ở mặt lòng hoặc mặt lưng.
- Gãy tài xế(chauffeur):Gãy chéo một phần mặt khớp,bao gồm cả mấu trâm quay.

...

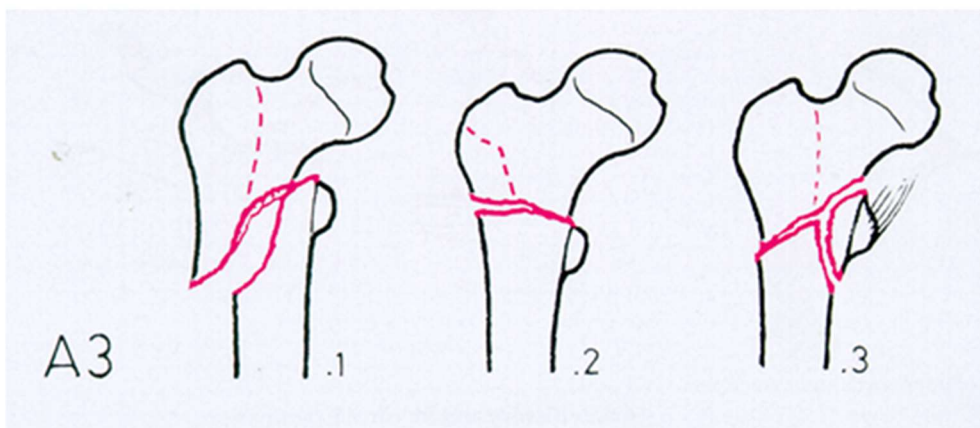
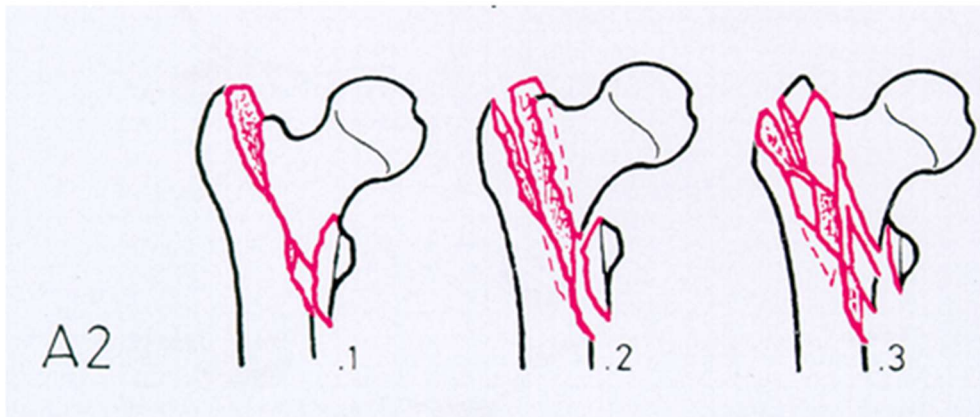
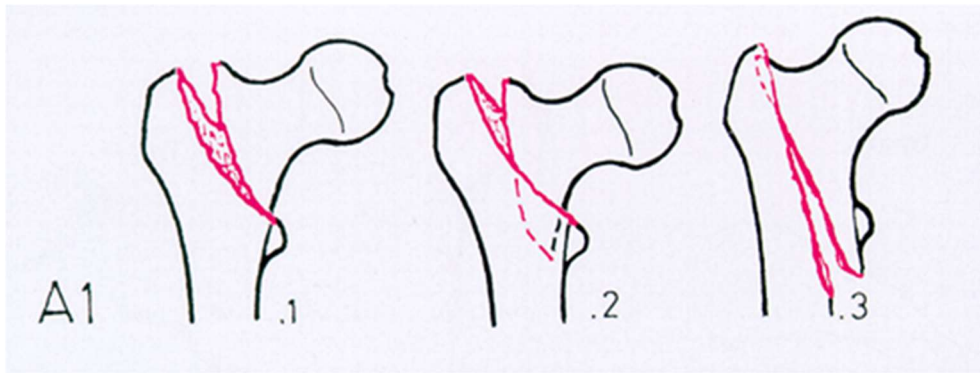
7/ Gãy xương chi dưới

- a. gãy khung chậu và ổ cối:
- ép cửa: mất vững mp ngang

<i>Tư thế</i>	<i>Tư thế</i>
<i>xoay</i>	<i>xoay</i>
<i>trong</i>	<i>ngoài</i>
<i>45 °</i>	<i>45 °</i>
<i>hay tư thế</i>	<i>hay tư thế</i>
<i>chéo</i>	<i>cánh</i>
<i>bịt</i>	<i>chậu</i>

- trật khớp háng: bất kì trường hợp nào làm cho ổ cối ko giữ dc chỏm
- b. gãy cổ x đùi:

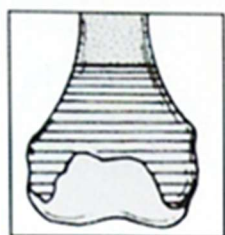
- Hầu hết là gãy trong bao khớp → dịch khớp → ngăn cản máu đông → hoại tử chỏm → gãy cổ xương đùi cần dc sửa lại càng sớm càng tốt → hiếm khi điều trị bảo tồn
 - Chẩn đoán: Bệnh sử+ LS+ CLS
 - **phân loại Garden:** 4 nhóm:
 - loại 1: gãy lồng vào nhau theo tư thế đang
 - loại 2: gãy hoàn toàn, ko di lệch
 - loại 3: gãy hoàn toàn, di lệch 1 phần
 - loại 4: gãy đi lệch hoàn toàn
 - chẩn đoán phân biệt với gãy liên mấu chuyển
- c. gãy liên mấu chuyển:
- Gãy ngoài bao khớp: triệu chứng tương đối rầm rộ hơn gãy cổ x đùi
 - mạch máu nuôi tốt → lành tốt
 - **phân loại AO :** (ko nhớ tuyp)
 - A1: gãy 1 mảnh qua mấu chuyển, gãy vững
 - A2: gãy nhiều mảnh qua mấu chuyển
 - A3: gãy ngang



- Điều trị bảo toàn cho A1 , đinh DHS
- A2, A3 phẫu thuật, đinh khác DHS (ko cần nhớ)

d/ Gãy xương vùng gối:

- HC tràn dịch màng khớp: dịch từ màng dịch khớp gối ,nếu có: tràn dịch màng khớp = dịch khớp gối + dm xương tổn thương thì chọn
- gãy xương bánh chè là 1 gãy phạm khớp (khớp chèn đùi)
- xương bánh chè giúp tăng cường gân cơ tứ đầu đùi, thường gãy dọc
- gối bập bênh là do gãy xương đùi + x chày (bập bênh khớp cũng tương tự)
- gãy mâm chày cũng là 1 gãy phạm khớp
- phân loại theo AO: ko học tuyp



A



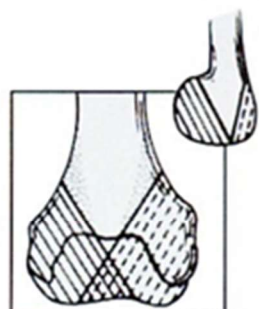
A1



A2



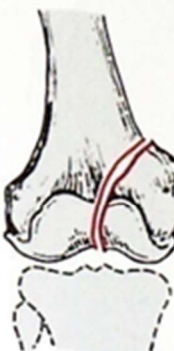
A3



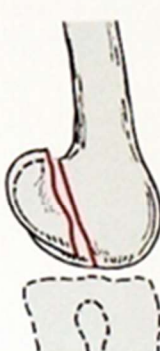
B



B1



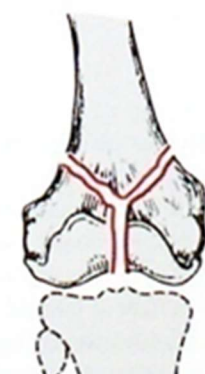
B2



B3



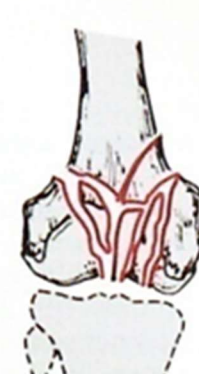
C



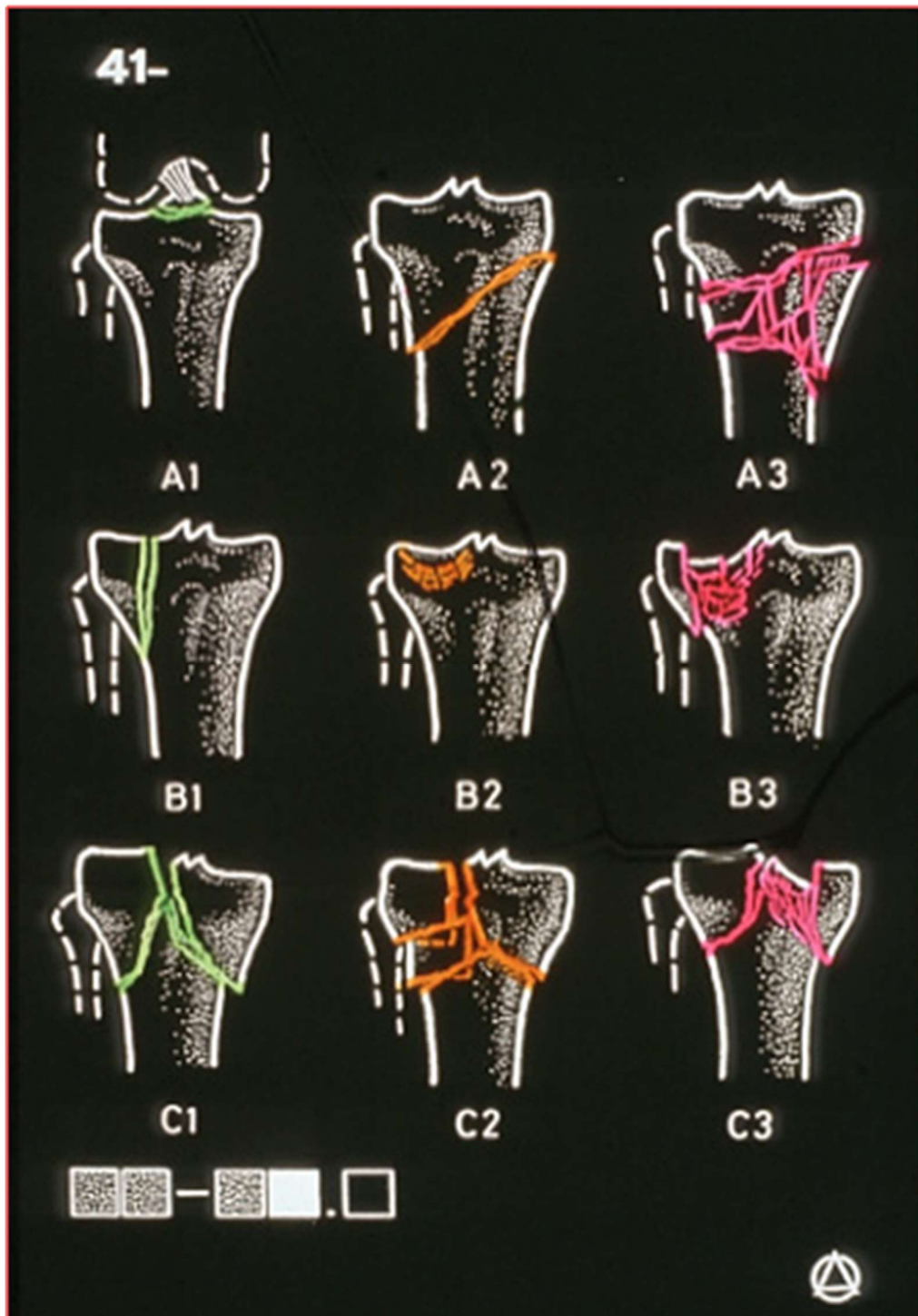
C1



C2



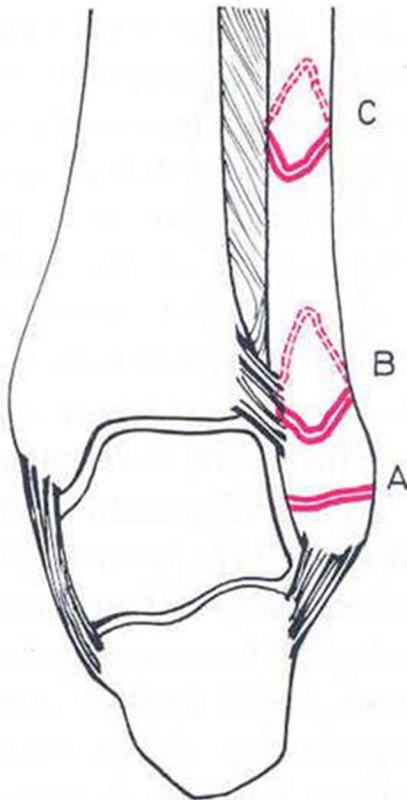
C3



e. Gãy xương cẳng chân: học slide (không thấy nhấn mạnh gì hết)

f. Gãy mắt cá chân:

- tổn thương 2 vị trí trở lên là ko vững
- phân loại Weber chỉ dựa vào mắt cá ngoài, gãy càng cao thì càng nặng



g gãy trần chày:

- cũng là gãy phạm khớp
- thận trọng mô mềm dễ bị chèn ép
- so sánh giữa gãy mất cá: X sên di lệch ngang, ko gãy nát, tổn thương mô mềm ít
gãy trần chày: X sên di lệch lên trên, thường gãy nát, tổn thương mm trầm trọng

f. gãy thân x đùi: **học slide, ổng ko nhấn mạnh**

8/ Chấn thương cột sống

- Phải khám thêm vị trí khác khi có ct cột sống vì tỉ lệ đi kèm thêm ct ở vị trí khác là 5%
 - Phản xạ hành hang:
 - kích thích tam giác bàng quang (bóp qui đầu dương vật, gõ trên x mu, kéo sonde niệu đạo)
 - kích thích cơ vòng hậu môn
 - mất phản xạ: choáng tủy
 - ko có giá trị trong hc nón tủy và chùm đuôi ngựa
 - hc tủy trước: mất vận động, đau nhiệt; còn cảm giác sờ nông, khả năng phục hồi 10%
 - hc tủy bên: yếu cùng bên, mất cảm giác sâu cùng bên, mất cảm giác nông đối bên, khả năng hồi phục > 90%
 - hc tủy sau: mất duy nhất cảm giác sâu,
 - hc tủy trung tâm: liệt 2 chân 2 tay khác nhau kiểu ngoại vi, mất cảm giác, khả năng hồi phục 75%
 - hc nón tủy: T12-L1: ko rối loạn vận động, RL cơ vòng, RL cảm giác vùng yên ngựa
 - hc chùm đuôi ngựa : liệt 2 chi dưới, rl cơ vòng, rl cảm giác vùng yên
 - **phân độ Frankel:** 5 độ: ngược với các bảng khác: từ nặng → nhẹ
- E: bình thường, D: gần như bt, C: sức cơ yếu, B: mất hết vđ còn cảm giác, A: mất hết

- mấy cái chấn thương cổ C1 gì đó ko cần học, học cũng ko hiểu gì đâu
- Cấp cứu gãy cs: học thuộc slide

9/ Viêm xương:

- có 2 loại: viêm xương do chấn thương và do đường máu
- gây tê ổ gãy dễ gây nhiễm trùng → ko gây tê
- Nhiễm trùng sợ nhất là nhiễm trùng BV (câu gạ của bộ môn)
- Dị vật là chỗ trú ẩn cho vk, ko phải là tác nhân gây nhiễm trùng, nhưng phải lấy cho thật sạch dị vật khi cấp cứu
- Cấp cứu gãy x hở là để làm sạch vết thương chứ ko phải điều trị gãy xương
- NT < 6 tiếng= thời gian NT tiềm tàng, >= 6 tiếng: chắc chắn NT
- NT xương do mổ hở phải mổ lại ngay trước 3 ngày
- Sau mổ thấy BN đau sốt, nhức, xuất dịch, siêu âm có tụ dịch→ theo dõi→ cấy dịch vết thương → giảm dần thì ok→ ko thì mổ ngay
- **viêm xương do đường máu: giống do chấn thương, coi slide**

11/ Lao xương khớp:

- 3 giai đoạn từ nhẹ đến nặng: viêm màng hoạt dịch ko đặc hiệu→ viêm màng hoạt dịch do lao→ lao xương khớp
- chìa khóa chẩn đoán là sinh thiết → vi thể thấy nang lao
- x quang quan trọng: 2 bình diện đều nham nhở
- điều trị chủ yếu bằng nội khoa, chỉ bó bột khi lao cột sống cổ (cố định cái cổ tránh ảnh hưởng tủy)

11/ lao cột sống:

- Percival Pott năm 1779
- thường gặp vùng lưng
- 70% có 2 đốt sống tổn thương, 20%: > 3 đốt
- x quang thường có triệu chứng muộn vì phải qua GĐ 3 mới có dấu hiệu trên x quang
- sinh lý bệnh: 3 gd : gd đầu bt→ hẹp đĩa đệm→ hẹp đĩa + hủy xương (gd rõ ràng trên X quang) → hủy xương nặng → gù (gd muộn)
- Chẩn đoán phân biệt: Ung thư cột sống nguyên phát (mấy cái linh tinh kia ko cần nhớ)
- Ung thư cột sống np: cột sống ko bị lồi ra, tổn thương xương kiểu xẹp lún

11/ Bướu xương:

- Bướu sụn: tủy liền tủy, vỏ liền vỏ (nôm na là mọc ra xương)
- bướu thường gặp: sarcoma, bướu sụn, bướu đại bào xương
- mỗi bướu xương xảy ra ở 1 vị trí nhất định, >90% ở tứ chi, đại chi, xa gối gần khuỷu
- bướu xương: x quang đầu tay, bướu phần mềm: siêu âm đầu tay

12/ Dị tật bẩm sinh:

- Vẹo cột sống: biến dạng cột sống trong không gian 3 chiều, ko phải chỉ đơn giản là biến dạng mặt trước > 10 độ.
- 3 test tầm soát: test cuối người: cho cuối người quan sát.
 - cho bn đứng quan sát coi cs có lệch
 - test vs sợi dây: dây thả xuống phải đi qua đường giữa mông
- góc cobb: góc vẹo cột sống, lấy cái góc lớn nhất, có thể có nhiều góc cobb
- phân loại vẹo cột sống: 1 thứ phát, 2 bẩm sinh, 3 tk cơ, 4 rl chuyển hóa, 5 vô căn, 6 linh tinh (ổng nói ổng sẽ ko hỏi cái này)
- phân loại chuẩn nhất là Lenke 2001
- trước 10t : sớm, sau 10t: trễ (điều trị trễ tốt hơn)

b. Bệnh Scheuerman:

- là bệnh gù thiếu niên
- mang tính gia đình
- điều trị hoàn toàn bằng áo
- khác lao cột sống, Scheuerman là gù tròn
- chẩn đoán dựa vào x quang ít nhất 3 đốt sống chêm, góc giữa 2 đốt > 5 độ

c. HC Klippel Feil: RL đốt sống cổ:

- cổ ngắn điển hình
- các đốt sống dính liền
- đường chân tóc thấp

d. Thiếu chi: phát hiện dc trong thai kì: 3 tháng đầu: khảo sát hình thái học thai

e. Vẹo cổ: 4 loại: 1 cơ, 2 cấp tính, 3 bất thường xương, 4 linh tính

f. Liệt đám rối tk cánh tay: ko phải bẩm sinh mà do sang chấn sản khoa, mới sinh bị gãy

g. Cẳng tay: dị tật dính khớp trụ quay, ko xoay tay dc

h. Bàn tay: tay kèm: mất 1 bên xương

k. Ngón tay: thừa ngón, dính ngón, ngón tay cong queo 1 bên, ngón tay dị dạng, ngón tay cò súng...

l. Rối loạn phát triển khớp háng:

- yếu tố nguy cơ: ngôi mông, con so, con gái
- chẩn đoán ban đầu dựa vào siêu âm
- phải sau 3 tháng mới chụp x quang vì lúc đầu trẻ rất nhạy x quang ở tình hoàng, mất...
- khám ls: 2 test: **Ortoloni** làm trước, **Barlour** làm sau, trang 125 (nắm dc là (+))

m. Chân khoèo:

- tuần thứ 16, co rút gân gót
- **Ponseti Method** điều trị bằng kĩ thuật bó bột 1 năm

n. Sụn chêm hình đĩa: sụn chêm ko lõm mà lồi: đi đau, đi lụp cụp, hư mặt khớp, test Macoray (+)

i. Bàn chân chữ X, vòng chân gọng kiềng: mới sinh ra là sinh lý, > 3-4t là bệnh lý

Các bài còn lại là đọc slide và kể chuyện ngày xưa, coi kĩ slide là dc. Nhớ coi giải phẫu bàn tay