**XHTH**

1. Có XHTH ko
2. Trên –dưới
3. Mức độ
4. Còn ko
5. Nguyên nhân
6. Chắc chắn XHTH khi: tiêu máu đỏ, nôn máu đỏ, tiêu đen đúng tính chất
7. Tiêu máu đỏ: 90% dưới, 10% trên (rối loạn huyết động)
8. Mức độ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| I | II | III |
| Mạch bt | Tăng | Tăng |
| HA bt | Bt | Tụt |
| Niêm: hồng | Hơi nhạt | Nhạt |
| Hct: >30 | 20-30% | <20 |
| Hb: >9 | 6-9 g/dl | <6 |

Mạch sớm nhất

Khi mất máu độ 3 thì huyết áp mới thay đổi (có thể tới 2l máu 🡪 cần 6 gói máu để truyền)

Mạch, HA quan trọng nhất

Mạch: 80, HA 120/70, Hct 15% 🡪 nhẹ trên nền thiếu máu mạn

Thiếu máu mạn sẽ ảnh hưởng lông tóc móng do thiếu sắt

1. Hết XHTH khi: hồi sức rồi ổn định. đi tiêu phân vàng
2. Nguyên nhân

Dị dạng mạch máu: có thể xuất hiện ở mọi vị trí khắp đường tiêu hoá

Sonde blakemore: điều trị vỡ dãn tm thực quản, ko có tác dụng với vỡ dãn tm phình vị

U ruột non, meckel: rỉ rả. Soi đại tràng không thấy chỗ xuất huyết, nhưng thấy van hồi manh tràng có máu 🡪 cần soi lên ruột non

Nội soi bằng viên nang sẽ không thấy chỗ xuất huyết nếu vẫn còn nhiều máu trong ruột

1. CT trước để tìm u. Nếu không thấy bất thường thì DSA
2. Chụp mạch máu DSA tìm chỗ chảy máu

Polyp chảy máu khi bị phân cạ vào, tổn thương niêm mạc, nên chỉ có máu, không có nhầy. Dị dạng mạch máu cũng vậy

Thiếu máu mạc treo, gây hoại ử ruột, đi tiêu đỏ bầm là dịch ruột hoại tử, không hẳn là máu

XHTH dưới kèm nhầy thì phải nghĩ đến u, viêm

**CHẤN THƯƠNG**

Vết thương: bạch khí và hoả khí: ở Mỹ tỷ lệ như nhau

Hoả khí nguy hiểm hơn

Khai thác bệnh sử từ ai: BN khai/người đưa bn đến bv khai (ko đáng tin)/người nhà khai

🡪nhân viên bảo vệ cần hỏi thông tin người đưa bn đến

1. **BỆNH SỬ**

* Người khai bệnh

Cơ chế chấn thương: té ngồi (xương chậu, chấn thương cột sống), té đứng (gãy cổ xương đùi, chấn thương cột sống), cơ chế mở cuốn sách-đè lên khung chậu, H/C seatbelt-vỡ tá tràng (nước ngoài), Việt nam thì vỡ tá tràng do đập vào vô lăng, tay lái

* Thời gian tai nạn: đến càng trễ càng nhẹ
* Sơ cứu

Tiền căn: khai thác những bệnh thật sự nặng

1. **KHÁM**
2. Airway: tắc nghẽn khí đạo: khò khè, tiếng rít thanh quản, hít vào dài,🡪 ngửa cổ, soi đèn, hút đàm nhớt. Nếu tổn thương 🡪 đặt nội khí quản, mở khí đạo
3. Breathing: kussmaull. Mất máu 🡪 shock 🡪 suy đa cơ quan 🡪 toan. Thở nhanh nông: nông do đau. Chèn ép tim phổi
4. Circulation: nghe tim, mạch chi (chấn thương chi). Mạch, ha, tiêng tim
5. Disability: yếu liệt
6. EMV Tri giác: glasgow, đánh giá sự tin cậy của bn (conscious). Emv=15đ-3đ

Khám đầu-chân

* Gãy xương sườn: điểm đau chói
* Tràn máu màng phổi thường gặp hơn tràn khí màng phổi
* TKMP áp lực có van: suy hô hấp. TKMP nhiều, tim lệch, suy hô hấp
* Mảng sườn di động
* Có vết thương: ko bị áp lực, chỉ tkmp có vết thương hở
* Tổn thương khung chậu chèn ép TK: yếu liệt chi

Khám bụng:

* TH1: ko VPM, ko mất máu, bụng mềm 🡪 vỡ bàng quang
* TH2: VPM: vỡ tạng rỗng, thủng tạng rỗng
* TH3: mất máu🡪vỡ gan, lách, mm ruột (mạc treo ruột, mạc nối lớn)
* TH4: VPM + mất máu

TH1 nguy hiểm nhất vì dễ bỏ sót, theo dõi 4-6h, mỗi 1h đều được khám bởi cùng 1 người, cần CT scan, mổ nội soi ổ bụng đê thám sát. Nội soi ổ bụng thám sát khi chấn thương, có chống chỉ định là bn suy tim do bơm hơi ngăn máu về tim.

TH 2,3,4: 95% là mổ nhất là VPM. 5% mất máu điều trị bảo tồn

Nếu mất máu:

* ổn 🡪 CT scan. Thấy dấu thoát mạch (chất cản quang chảy ra ngoài)🡪DSA hoặc mổ. Nếu dấu thoát mạch (-) thì điều trị nội
* shock: mổ

Chấn thương bụng kín: tổn thương tạng ko, mổ ko

Phác đồ chấn thương: khám có dịch 🡪 chọc 🡪 máu ko đông 🡪 mổ: có thể mổ vào đã hết chảy máu

Phác đồ mới: bn hôn mê mới chọc dịch. ổn thì CT, hướng đến đtrị bảo tồn ko mổ

non-operative treatment: nội khoa hoặc DSA

Phác đồ mới: thay đổi phương pháp chẩn đoán, điều trị

DSA: máy chụp XQ tại giường, luồn catheter đm đùi, bơm cản quang vào đm gan, bơm gelfoam tăc mạch. thủ thuật TAE: trans arterial embolisation

CT thấy cầm máu thì chỉ đúng lúc đó

Mạch máu 2-3 mm tự cầm nếu thành mạch, yếu tố đông máu, tiểu cầu bình thường

Máu trong ổ bụng điều trị nội:

* Tự hấp thu
* Áp xe tồn lưu: nội soi hút hoặc SA sau 2-3 tuần

Thông tiểu có máu 🡪 vỡ bàng quang, nước tiểu có thể trào vào 2 nơi

* Vào phúc mạc: đau bụng, dịch ổ bụng, chụp XQ bơm cản quang vào thông tiểu
* Ngoài phúc mạc

**Câu hỏi thêm:**

- Chích vào mạch máu, máu đông do yếu tố đông máu, để lâu chia 2 phần, còn cục máu đông. Xuất huyết nội: máu cục + máu loãng, yếu tố tiêu sợi huyết ly giải, ko còn yếu tố đông máu. Để 7 phút mới nói máu ko đông

- Dựa vào túi thừa Meckel để chia hỗng tráng và hồi tràng. Túi này cách van hồi manh tràng 80cm, là di tích của ống noãn hoàng

- Khi đốt điện nếu tay bác sĩ chạm vào người bệnh nhân sẽ tích điện, khi tay mình đụng vào người bác sĩ diện tích tiếp xúc nhỏ sẽ phỏng

- Cách đổi mg/dl sang mmol/l. glucose, creatinin, ure, bilirubin