SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂN ĐỊNH

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

QUYỂN 2

Năm 2026
Lưu hành nội bộ

MỤC LỤC

MỤC LỤC **1**
CHƯƠNG I: SẢN **11**
PHẦN 1: SẢN KHOA **13**
1. KHÁM THAI 15
2. RUBELLA VÀ THAI KỲ 19
3. CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH 21
4. VỠ TỬ CUNG 22
5. BĂNG HUYẾT SAU SINH 24
6. NHAU BONG NON 27
7. SA DÂY RỐN 29
8. SUY THAI TRONG CHUYỂN DẠ 30
9. NGÔI BẤT THƯỜNG 35
10. CON TO 39
11. QUẢN LÝ THAI KỲ SONG THAI 41
12. TĂNG HUYẾT ÁP THAI KỲ 43
13. ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ 50
14. THAI CHẬM TĂNG TRƯỞNG TRONG TỬ CUNG 53
15. THIỂU ỐI 54
16. ỐI VỠ NON 57
17. NHAU TIỀN ĐẠO – NHAU CÀI RĂNG LƯỢC 58
18. CHUYỂN DẠ SINH NON 60
19. KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ 65
20. NGHIỆM PHÁP LỌT NGÔI CHỎM 67
21. SINH KHÓ DO VAI 68
22. SỬ DỤNG OXYTOCIN TRONG CHUYỂN DẠ 69
23. XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN 3 CHUYỂN DẠ 71
24. TẮC MẠCH ỐI 72
25. TẦM SOÁT GBS VÀ THAI KỲ 75
26. KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRƯỚC MỔ 79
PHẦN 2: PHỤ KHOA **81**
27. NHIỄM KHUẨN ÂM ĐẠO 83
28. VIÊM ÂM ĐẠO DO NẤM 84
29. VIÊM ÂM ĐẠO DO TRICHOMONAS 85
30. VIÊM ÂM ĐẠO DO THIẾU NỘI TIẾT 86
31. VIÊM CỔ TỬ CUNG 87

32. VIÊM SINH DỤC DO HERPES 89
33. VIÊM SINH DỤC DO GIANG MAI 91
34. BỆNH HẠ CAM (CHANCROID) 92
35. SÙI MÀO GÀ SINH DỤC 93
36. ÁP XE PHẦN PHỤ 94
37. THAI NGOÀI TỬ CUNG 99
38. RONG KINH – RONG HUYẾT....102
39. TIẾP CẬN XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG TRONG ĐỘ TUỔI SINH SẢN....105
40. TĂNG SINH NỘI MẠC TỬ CUNG 108
41. U XƠ TỬ CUNG 111
42. U PHẦN PHỤ 114
43. BỆNH LÝ LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG (ENDOMETROSIS)....116
44. TẦM SOÁT UNG THƯ CỔ TỬ CUNG....118
45. PAPS BẤT THƯỜNG VÀ TÂN SINH TRONG BIỂU MÔ CỔ TỬ CUNG....122
46. RỐI LOẠN TIỀN MÃN KINH VÀ MÃN KINH 131
47. SA TẠNG CHẬU 133
48. PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ SA CÁC TẠNG VÙNG CHẬU....138
49. BỆNH LÝ LÀNH TÍNH TUYẾN VÚ 140
50. ÁP XE VÚ....144
51. CHĂM SÓC CHUNG HẬU PHẪU 146
52. CHĂM SÓC HẬU PHẪU CẮT TỬ CUNG NGÃ ÂM ĐẠO....148
53. CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG SAU MỔ....149
54. CHĂM SÓC ỐNG DẪN LƯU 150
55. SỐT SAU MỔ LẤY THAI....151
56. BÍ TIỂU SAU SINH MỔ....153
57. NHIỄM KHUẨN HẬU SẢN....154
58. CHẨN ĐOÁN BỆNH NGUYÊN BÀO NUÔI....158
PHẦN 3: KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH....159
59. TƯ VẤN VỀ PHÁ THAI....161
60. PHÁ THAI BẰNG THUỐC ĐẾN HẾT 7 TUẦN....164
61. PHÁ THAI BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT CHÂN KHÔNG ĐẾN HẾT 12 TUẦN 166
62. XỬ TRÍ THAI LƯU ĐẾN HẾT 12 TUẦN 169
63. XỬ TRÍ SẨY THAI ĐANG TIẾN TRIỂN 171
64. XỬ TRÍ SÓT NHAU / SÓT THAI 173
65. XỬ TRÍ BĂNG HUYẾT TRONG VÀ SAU KHI HÚT THAI....175

66. XỬ TRÍ THỦNG TỬ CUNG TRONG KHI HÚT THAI HOẶC NẠO SINH THIẾT 177
67. ĐẶT VÀ THÁO DỤNG CỤ TỬ CUNG....178
68. CẤY QUE TRÁNH THAI....180
69. THUỐC VIÊN TRÁNH THAI....183
PHẦN 4: SƠ SINH....185
70. HỒI SỨC SƠ SINH NGẠT....187
71. NHIỄM KHUẨN SƠ SINH....192
72. TƯ VẤN NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ....194
73. RỐI LOẠN THÂN NHIỆT TRẺ SƠ SINH....196
74. VÀNG DA SƠ SINH DO TĂNG BILIRUBIN TỰ DO....198
75. SUY HÔ HẤP SƠ SINH....199
CHƯƠNG II: RĂNG – HÀM – MẶT....201
DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT....203
76. RĂNG KHÔN MỌC LỆCH....204
77. MẤT RĂNG TOÀN BỘ....206
78. MẤT RĂNG TỪNG PHẦN....208
79. SÂU RĂNG SỮA....211
80. VIÊM TỦY RĂNG SỮA....214
81. RĂNG SỮA HOẠI TỬ TỦY....217
82. RĂNG SỮA ÁP-XE QUANH CHÓP RĂNG....220
83. VIÊM LỢI LIÊN QUAN ĐẾN MẢNG BÁM RĂNG....223
84. VIÊM QUANH RĂNG TIẾN TRIỂN CHẬM....225
85. VIÊM LỢI LOÉT HOẠI TỬ CẤP TÍNH....229
86. BỆNH SÂU RĂNG....231
87. TỔN THƯƠNG MÔ CỨNG CỦA RĂNG KHÔNG DO SÂU....234
88. VIÊM TỦY RĂNG VĨNH VIỄN....236
89. HOẠI TỬ TỦY RĂNG VĨNH VIỄN....239
90. RĂNG VĨNH VIỄN ÁP-XE QUANH CHÓP RĂNG....242
91. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÂY ĐÓNG CHÓP CHO RĂNG VĨNH VIỄN BẰNG MTA 244
92. VIÊM QUANH CUỐNG RĂNG....245
93. SAI KHỚP CẮN LOẠI I....249
94. SAI KHỚP CẮN LOẠI II DO QUÁ PHÁT XƯƠNG HÀM TRÊN....252
95. SAI KHỚP CẮN LOẠI II DO KÉM PHÁT TRIỂN XƯƠNG HÀM DƯỚI....255
96. SAI KHỚP CẮN LOẠI II DO XƯƠNG HAI HÀM....258
97. SAI KHỚP CẮN LOẠI II TIỂU LOẠI I DO RĂNG....261

98. SAI KHỚP CẮN LOẠI II TIỂU LOẠI II DO RĂNG 263
99. GIẢ KHỚP CẮN LOẠI III 265
100. KHỚP CẮN HỞ 267
101. CẮN CHÉO 270
102. SAI KHỚP CẮN LOẠI III DO KÉM PHÁT TRIỂN XƯƠNG HÀM TRÊN 274
103. VIÊM TẤY LAN TỎA VÙNG HÀM MẶT 277
104. U MEN XƯƠNG HÀM 279
105. U RĂNG 281
106. U XƯƠNG RĂNG (U XÊ-MĂNG CHÂN RĂNG) 283
107. VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI DO VIRUS (QUAI BỊ) 285
108. VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI MẠN TÍNH 287
109. VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT DƯỚI HÀM DO SỎI 289
110. ĐAU DÂY THẦN KINH V 291
111. CHẤN THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT 293
112. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHỔ RĂNG DƯ 297
113. NHỔ RĂNG THÔNG THƯỜNG 300
114. PHẪU THUẬT CẮT GỐC RĂNG 302
115. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG THEO PP PHẪU THUẬT 304
116. PHẪU THUẬT TIỀN PHỤC HÌNH 306
117. BẤM GAI XƯƠNG – ĐIỀU CHỈNH XƯƠNG Ổ 308
118. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHE TỦY CHO RĂNG VĨNH VIỄN BẰNG MTA 310
119. ĐIỀU TRỊ RĂNG LỆCH LẠC ĐƠN GIẢN 311
120. KHÍ CỤ FACEMASK (ĐIỀU TRỊ HẠNG III) 313
121. KHÍ CỤ TWINBLOCK/ MONOBLOCK (ĐIỀU TRỊ HẠNG II) 314
122. KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH 315
123. KHÍ CỤ QUAD-HELIX (Nới rộng cung răng hàm trên) 318
124. KHÍ CỤ ỐC NỚI RỘNG HÀM TRÊN 319
125. ĐẶT MINI-VIS: (Tăng neo chặn tuyệt đối) 320
126. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG SÂU MEN 321
127. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG SÂU NGÀ 323
128. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ MÒN RĂNG 325
129. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG VIÊM TỦY CÓ HỒI PHỤC 327
130. PHÁC ĐỒ CẤY GHÉP IMPLANT THƯỜNG QUY 329
131. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NÂNG XOANG HỞ 330
132. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG VIÊM TỦY KHÔNG HỒI PHỤC 332
133. VIÊM NƯỚU (DO MẢNG BÁM) 334

134. SƯNG NƯỚU PHỐI HỢP (Viêm và viêm triển nhưỡng - Do viêm cấp tính hay mạn tính, có hoặc không kết hợp bệnh lý toàn thân) 335
135. VIÊM NHA CHU DẠNG KHU TRÚ/ TOÀN THỂ/ ÁP-XE NHA CHU 336
136. TRỤT NƯỚU/ THIẾU HỒNG MÔ MỀM 337
137. TÚI NHA CHU SÂU, TIÊU XƯƠNG/ THIẾU HỒNG XƯƠNG <2 VÁCH 338
138. NHỮNG BIẾN CHỨNG TRONG PHẪU THẬT NHA CHU 339
139. HƯỚNG DẪN SAU PHẪU THUẬT 341
140. PHỤC HÌNH THÁO LẮP BÁN PHẦN NỀN NHỰA 342
141. PHỤC HÌNH THÁO LẮP TOÀN BỘ 343
142. PHỤC HÌNH THÁO LẮP KHUNG BỘ 344
143. PHỤC HÌNH THÁO LẮP KHUNG LIÊN KẾT 345
144. PHỤC HÌNH CỐ ĐỊNH MÃO KIM LOẠI TOÀN DIỆN 346
145. PHỤC HÌNH CỐ ĐỊNH MÃO SỨ 347
146. PHỤC HÌNH CỐ ĐỊNH CẦU RĂNG 348
147. PHỤC HÌNH CỐ ĐỊNH CẦU RĂNG TOÀN SỨ 349
148. TÁI TẠO CÙI RĂNG 350
149. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG NHIỄM MÀU 351
150. PHỤC HÌNH CỐ ĐỊNH MẶT DÁN SỨ 353
151. PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ CẤP CỨU NGỘ ĐỘC THUỐC TÊ 354
152. CHẤN THƯƠNG VÙNG HÀM MẶT 355
153. VIÊM NHIỄM VÙNG HÀM MẶT 357
154. U NANG VÙNG HÀM MẶT 360
155. RỐI LOẠN THÁI DƯƠNG HÀM 363
156. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ KHÔ MIỆNG 369
CHƯƠNG III: TAI – MŨI – HỌNG 373
PHẦN 1: TAI 375
157. VIÊM TAI Ứ DỊCH Ở TRẺ EM 377
158. VIÊM TAI GIỮA MẠN TRẺ EM 380
159. VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH 386
160. BỆNH MÉNIÈRE 389
161. BỆNH TAI NGOÀI 392
162. VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH CÓ CHOLESTEATOMA 396
163. ĐIẾC ĐỘT NGỘT 400
164. HỘI CHỨNG TIỀN ĐÌNH 403
165. Ù TAI 409
166. LIỆT DÂY THẦN KINH VII NGOẠI BIÊN 412

PHẦN 2: MŨI XOANG **417**
167. VIÊM MŨI XOANG TRẺ EM 419
168. U LÀNH TÍNH MŨI XOANG 422
169. VIÊM MŨI XOANG DỊ ỨNG 428
170. VIÊM MŨI XOANG MẠN TÍNH 431
171. BỆNH POLYP MŨI 434
172. PAPILLOMA (U NHÚ) MŨI XOANG 437
173. VIÊM MŨI XOANG CẤP TÍNH 439
174. NGẠT MŨI 445
175. VIÊM MŨI XOANG DO NẤM 448
PHẦN 3: HỌNG – THANH QUẢN **451**
176. VIÊM MŨI HỌNG CẤP TÍNH 453
177. VIÊM V.A CẤP VÀ MẠN TÍNH 456
178. VIÊM AMIDAN CẤP VÀ MẠN TÍNH 459
179. NGỦ NGÁY VÀ HỘI NGƯNG THỞ KHI NGỦ 464
180. VIÊM HỌNG CẤP TÍNH 469
181. VIÊM HỌNG MẠN TÍNH 472
182. VIÊM THANH QUẢN CẤP TÍNH 475
183. VIÊM THANH QUẢN MẠN TÍNH 478
184. TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN 481
PHẦN 4: CẤP CỨU **485**
185. VIÊM THANH QUẢN CẤP TÍNH HẠ THANH MÔN 487
186. VIÊM TAI GIỮA CẤP TÍNH TRẺ EM 490
187. DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ 494
188. DỊ VẬT ĐƯỜNG ĂN 498
189. VIÊM THANH THIỆT CẤP 501
PHẦN 5: ĐẦU – MẶT – CỔ **503**
190. HỘI CHỨNG ĐAU NHỨC SỌ MẶT 505
191. XỬ TRÍ VẾT THƯƠNG VÙNG MẶT 507
192. XỬ TRÍ VẾT THƯƠNG VÙNG CỔ 510
CHƯƠNG IV: MẮT **513**
PHẦN 1: BỆNH LÝ KẾT GIÁC MẠC, PHẦN PHỤ **515**
193. VIÊM KẾT MẠC CẤP 517
194. VIÊM KẾT MẠC DỊ ỨNG CẤP TÍNH 520
195. VIÊM KẾT GIÁC MẠC MÙA XUÂN 522
196. VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO VI KHUẨN 525

197. VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO NẤM 528
198. VIÊM GIÁC MẠC DO HERPES 531
199. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ MỘNG THỊT 534
200. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ABCES TÚI LỆ 536
201. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM TỔ CHỨC HỐC MẮT 537
202. HỘI CHỨNG KHÔ MẮT 540
PHẦN 2: CHẤN THƯƠNG MẮT 543
203. BỎNG MẮT 545
204. DỊ VẬT KẾT MẠC – GIÁC MẠC 548
205. RÁCH KẾT MẠC 550
206. ĐỤC – LỆCH/VỠ THUỶ TINH THỂ DO CHẤN THƯƠNG 551
207. BỆNH LÝ THẦN KINH THỊ DO CHẤN THƯƠNG 553
PHẦN 3: CÁC BỆNH LÝ ĐÁY MẮT 555
208. BỆNH LÝ VÕNG MẠC DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG 557
209. BỆNH VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRƯỚC CẤP TÍNH 558
210. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRUNG GIAN 561
211. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM THẦN KINH THỊ GIÁC 562
212. BỆNH HẮC VÕNG MẠC TRUNG TÂM THANH DỊCH 564
213. BỆNH TẮC TĨNH MẠCH VÕNG MẠC 567
214. XUẤT HUYẾT DỊCH KÍNH 571
215. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA HOÀNG ĐIỂM TUỔI GIÀ THỂ ƯỚT 573
216. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM MỦ NỘI NHÃN 574
217. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TIÊM VGEF TIÊM NỘI NHÃN 577
PHẦN 4: GLAUCOMA 579
218. GLAUCOMA GÓC MỞ 581
219. GLAUCOMA GÓC ĐÓNG 583
220. GLAUCOMA ÁC TÍNH 585
221. GLAUCOMA TÂN MẠCH 587
PHẦN 5: ĐỤC THỦY TINH THỂ 589
222. ĐỤC THỦY TINH THỂ 591
CHƯƠNG V: NGOẠI 595
PHẦN 1: NGOẠI TIÊU HÓA 597
223. BỆNH TRĨ 599
224. NỨT KẼ HẬU MÔN 606
225. RÒ HẬU MÔN 609
226. SA TRỰC TRÀNG 614

227. VIÊM RUỘT THỪA 617
228. UNG THƯ DẠ DÀY 620
229. THỦNG DẠ DÀY - TÁ TRÀNG 624
230. TẮC RUỘT 627
231. THOÁT VỊ ĐÙI 630
232. XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA CAO 633
233. UNG THƯ ĐẠI TRÀNG 640
234. UNG THƯ TRỰC TRÀNG 653
235. VIÊM TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG 661
236. CHẤN THƯƠNG BỤNG 664
237. VẾT THƯƠNG THẤU BỤNG 669
238. BƯỚU GIÁP 671
PHẦN 2: NGOẠI TỔNG HỢP 677
239. UNG THƯ TẾ BÀO GAN NGUYÊN PHÁT 679
240. ÁP XE GAN 684
241. VIÊM TÚI MẬT 686
242. SỎI MẬT CHUNG 690
243. VIÊM TỤY CẤP 694
244. CHẤN THƯƠNG GAN 699
245. CHẤN THƯƠNG LÁCH 703
PHẦN 3: TIM MẠCH LỒNG NGỰC 707
246. ÁP XE PHỔI 709
247. CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN 713
248. PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG 715
249. SUY GIÃN TĨNH MẠCH NÔNG CHI DƯỚI 718
250. TĂNG TIẾT MỒ HÔI TAY 721
251. TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI 723
252. TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI 726
253. UNG THƯ PHỔI NGUYÊN PHÁT 728
254. VẾT THƯƠNG NGỰC HỞ 730
255. VIÊM TẮC ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI 733
PHẦN 4: CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH 737
256. GÃY ĐẦU DƯỚI HAI XƯƠNG CẲNG TAY 739
257. BONG NƠI BÁM DÂY CHẰNG CHÉO KHỚP GỐI 742
258. BỎNG 746
259. GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI 750

260. GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG CHÀY (GÃY Pilon) 753
261. GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG ĐÙI 756
262. GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY 759
263. GÃY ĐẦU TRÊN XƯƠNG CÁNH TAY 762
264. GÃY HAI XƯƠNG CẲNG TAY 765
265. GÃY HỞ HAI XƯƠNG CẲNG CHÂN 768
266. GÃY MÂM CHÀY 772
267. GÃY MỎM KHUỶU 775
268. GÃY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY 777
269. GÃY THÂN XƯƠNG CHÀY 779
270. GÃY THÂN XƯƠNG ĐÙI 782
271. GÃY TRÊN LỒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY 785
272. GÃY XƯƠNG BÀN TAY 788
273. GÃY XƯƠNG BÁNH CHÈ 791
274. GÃY XƯƠNG ĐÒN 794
275. GÃY XƯƠNG VÙNG LIÊN MẤU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI 797
276. GÃY XƯƠNG QUAY 800
277. GÃY XƯƠNG TRỤ 803
278. HỘI CHỨNG ỐNG CỔ TAY 805
279. HỘI CHỨNG ỐNG GUYON 807
280. GÃY XƯƠNG CHẬU 809
281. ĐỨT GÂN DUỖI BÀN TAY 813
282. ĐỨT GÂN GẤP BÀN TAY 817
283. RÁCH CHÓP XOAY 822
284. THOÁI HÓA KHỚP GỐI 825
285. THOÁI HÓA KHỚP HÁNG 830
286. TỔN THƯƠNG DÂY CHẰ NG CHÉO SAU 834
287. DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC 837
288. TỔN THƯƠNG SỤN CHÊM KHỚP GỐI 841
289. TRẬT KHỚP CÙNG ĐÒN 844
290. TRẬT KHỚP VAI 846
291. VẾT THƯƠNG DẬP NÁT BÀN TAY 849
PHẦN 5: NGOẠI THẬN TIẾT NIỆU 853
292. SỎI THẬN VÀ SỎI NIỆU QUẢN 855
293. SỎI BÀNG QUANG 859
294. SỎI NIỆU ĐẠO 861

295. CHẤN THƯƠNG THẬN 863
296. VỠ BÀNG QUANG 867
297. CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG NIỆU ĐẠO 869
298. U PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT 871
299. UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT 874
300. UNG THƯ BÀNG QUANG 878
301. UNG THƯ DƯƠNG VẬT 880
302. NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU 882
303. GIÃN TĨNH MẠCH THỪNG TINH 886
304. TINH HOÀN LẠC CHỖ 889
305. XOẮN TINH HOÀN 892
306. TRÀN DỊCH MÀNG TINH HOÀN 894
307. VIÊM TINH HOÀN 895
308. HỘI CHỨNG FOURNIER 896
309. BỆNH THẬN ĐA NANG 897
310. NANG ĐƠN THẬN 899
311. VIÊM ÁP XE TIỀN LIỆT TUYẾN 901
PHẦN 6: HỒI SỨC TÍCH CỰC - NGOẠI KHOA 903
312. CÁC BIẾN CHỨNG SAU MỔ VÀ CÁCH XỬ TRÍ 905
313. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SAU MỔ 914

CHƯƠNG I: SẢN

PHẦN 1: SẢN KHOA

KHÁM THAI

Lịch khám thai

- 3 tháng đầu (tính từ ngày đầu kinh cuối đến 13 tuần 6 ngày).
  + Khám lần đầu: sau trễ kinh 2 – 3tuần.
  + Khám lần 2: lúc thai 11-13 tuần 6 ngày để đo độ mờ da gáy.
- 3 tháng giữa (từ tuần 14 đến 28 tuần 6 ngày): 1 tháng khám 1 lần.
- 3 tháng cuối: (tính từ tuần 29 đến tuần 40) tái khám
  + Tuần 29 - 32: khám 1 lần.
  + Tuần 33 - 35: 2 tuần khám 1 lần.
  + Tuần 36 - 40: 1 tuần khám 1 lần.

Chú ý

Lịch khám thai sẽ thay đổi khi có dấu hiệu bất thường (đau bụng, ra nước, ra huyết…).

Hướng dẫn thai phụ về dinh dưỡng, vệ sinh, sinh hoạt, tái khám và chích ngừa uốn ván.

Bổ sung sắt, canxi và các vi chất khác.

Cung cấp sắt và acid folic suốt thai kỳ (*).

Sắt 30 – 60mg/ ngày uống lúc bụng đói.

Acid folic 400 mcg – 1000 mcg/ ngày.

Cung cấp Canxi 1000mg – 1500mg/ ngày (**).

* Thuốc chứa sắt, acid folic: Sắt fumarat + acid folic, sắt fumarat + acid folic + vitamin B12, ...

** Thuốc chứa canxi: calci carbonat + vitamin D3, calci carbonat + calci gluconolactat, ...

I. KHÁM THAI TRONG 3 THÁNG ĐẦU (TỪ KHI CÓ THAI ĐẾN 13 TUẦN 6 NGÀY)

1. Mục đích

- Xác định có thai – tình trạng thai.
- Xác định tuổi thai – tính ngày dự sinh.

- **Chênh lệch < 5 ngày:** tính dự sinh theo kinh chót.
- **Chênh lệch ≥ 5 ngày:** tính dự sinh theo siêu âm (tuổi thai 7-12 tuần). Tính tuổi thai theo siêu âm theo Khuyến cáo của Hiệp hội Sản phụ khoa Canada (SOGC), 2014:
  - Chiều dài đầu mông (CRL) ở quý 1: có giá trị nhất trong việc xác định tuổi thai và nên thực hiện bất cứ lúc nào khi quan sát được phôi/thai trong quý 1.
  - Nếu sản phụ siêu âm nhiều lần trong quý 1: chọn kết quả siêu âm tối thiểu gần với thời điểm 7 tuần nhất (CRL = 10mm) để tính tuổi thai.
  - Thai 12 – 14 tuần, CRL và BPD có độ chính xác tương đương nhau trong việc xác định tuổi thai, nên sử dụng CRL lớn nhất là 84mm, nếu CRL > 84mm nên sử dụng BPD.
  - Nếu sử dụng siêu âm quý 2 hoặc quý 3 có thể xác định tuổi thai: cần tổng hợp các thông số sinh học (BPD, HC, AC và FL) để xác định tuổi thai.
- Đánh giá sức khỏe của mẹ: bệnh lý nội, ngoại khoa và thai nghén.

2. Các việc phải làm

a. Hỏi bệnh

- Tiền căn bản thân

- Sản - phụ khoa, PARA.
- Nội - ngoại khoa.
    - Tiền căn gia đình.
    - Về lần mang thai này.
        b. Khám tổng quát: cân nặng – mạch, huyết áp – tim phổi.
        c. Khám sản khoa: khám âm đạo, đo bề cao tử cung, đặt mỏ vịt lần khám đầu tiên.
        d. Cận lâm sàng
    - Máu (khi xác định có tim thai qua siêu âm).
- Huyết đồ, HBsAg, VDRL, HIV, đường huyết khi đói.
- Nhóm máu, Rhesus.
- Rubella: IgM, IgG (với trường hợp tiền sử sẩy thai liên tiếp thử thêm: CMV, Toxoplasma).
    - Nước tiểu: 10 thông số.
    - Siêu âm (lần 1): bắt buộc, để xác định
- Vị trí thai: thai trong hoặc thai ngoài tử cung.
- Tuổi thai.
- Dấu sinh tồn của thai: có tim thai chưa?
- Tình trạng thai: thai trứng, đa thai, dọa sẩy, thai lưu…
    - Siêu âm đo độ mờ gáy (thai 11 tuần đến 13 tuần 6 ngày), siêu âm Doppler màu đo chỉ số xung (PI) động mạch tử cung.
    - Xét nghiệm Combined test (sau khi đo độ mờ gáy) và xét nghiệm máu PlGF.

Lịch tiêm VAT / thai phụ

- VAT 1: càng sớm càng tốt.
- VAT 2: cách VAT 1 tối thiểu 1 tháng (≥ 30 ngày) và trước sinh 1 tháng.
- VAT 3: ở thai kỳ sau, cách VAT 2 tối thiểu 6 tháng (≥ 180 ngày).
- VAT 4: ở thai kỳ sau, cách VAT 3 tối thiểu 1 năm.
- VAT 5: ở thai kỳ sau, cách VAT 4 tối thiểu 1 năm.
- Tiêm phòng VAT 2 mũi cho những thai phụ chưa tiêm ngừa lần nào hoặc từ bé có tiêm chủng bạch hầu, ho gà, uốn ván.
- Với những phụ nữ đã tiêm đủ 5 mũi VAT, nếu mũi tiêm cuối cùng > 10 năm, thì cần nhắc lại 1 mũi.

II. KHÁM THAI TRONG 3 THÁNG GIỮA (TỪ 14 ĐẾN 28 TUẦN 6 NGÀY)

1. Các việc cần làm

- Theo dõi sự phát triển của thai: trọng lượng mẹ, bề cao tử cung, nghe tim thai.
- Phát hiện những bất thường của thai kỳ: đa ối, đa thai, nhau tiền đạo, tiền sản giật...
- Khám tiền sản cho những thai phụ có nguy cơ cao hoặc siêu âm phát hiện bất thường.
- Phát hiện các bất thường của mẹ
  + Hở eo tử cung: dựa vào tiền căn, lâm sàng và siêu âm.
  + Tiền sản giật: HA cao, Protein niệu.
  + Dọa sẩy thai to hoặc dọa sinh non.
- Hướng dẫn về dinh dưỡng, vệ sinh, sinh hoạt, tái khám và chích ngừa uốn ván rốn.
- Hướng dẫn các sản phụ tham dự lớp "Chăm sóc sức khỏe bà mẹ".

2. Cận lâm sàng

- Nghiệm pháp dung nạp đường: thực hiện ở tuổi thai từ 24 – 28 tuần tầm soát đái tháo đường thai kỳ.
- Triple test: thực hiện ở tuổi thai 14 – 21 tuần, đối với những trường hợp chưa thực hiện

sàng lọc trong 3 tháng đầu thai kỳ.
- Tổng phân tích nước tiểu (mỗi lần khám).
- Siêu âm: Siêu âm hình thái học (hoặc 3D, 4D) tối thiểu 1 lần ở tuổi thai 20 – 26 tuần khảo sát hình thái thai nhi, tuổi thai, sự phát triển thai, nhau, ối.
- Siêu âm hình thái học hoặc siêu âm màu theo dõi thai dị tật bẩm sinh (không có chỉ định chấm dứt thai kỳ) mỗi 2 – 4 tuần.
- Siêu âm màu theo dõi song thai một bánh nhau, thai dị tật bẩm sinh (không có chỉ định chấm dứt thai kỳ) có nguy cơ gây chậm tăng trưởng thai (thoát vị rốn, hẹp tá tràng, hẹp thực quản, dị tật tim,…).

III. KHÁM THAI VÀO 3 THÁNG CUỐI (TỪ 29 ĐẾN 40 TUẦN)

1. Các việc cần làm

a. Ngoài những phần khám tương tự 3 tháng giữa thai kỳ, từ tuần 36 trở đi cần xác định thêm:

- • Ngôi thai.
- • Ước lượng cân thai.
- • Khung chậu.
- • Tiên lượng sinh thường hay sinh khó.

b. Hướng dẫn sản phụ

- • Đếm cử động thai.

Lưu ý các triệu chứng bất thường:

- • Ra huyết âm đạo.
- • Ra nước ối.
- • Đau bụng từng cơn.
- • Phù, nhức đầu, chóng mặt.

Chuẩn bị đồ đạc cho mẹ và trẻ sơ sinh khi đi sinh.

c. Tư vấn thai phụ phù hợp với tình trạng thai.

d. Phân loại thai kỳ nguy cơ cao.

2. Cận lâm sàng

a. Tổng phân tích nước tiểu (mỗi lần khám).

b. Siêu âm

- Siêu âm tối thiểu 1 lần lúc thai 32 tuần để xác định ngôi thai, lượng ối, vị trí nhau, đánh giá sự phát triển thai nhi.
- Siêu âm màu (thai ≥ 28 tuần) khi:
  + Nghi ngờ thai chậm tăng trưởng trong tử cung (mẹ tăng cân chậm, BCTC không tăng, các số đo sinh học thai nhi không tăng sau 2 tuần).
  + Tăng huyết áp thai kỳ
  + Song thai một bánh nhau
  + Đái tháo đường thai kỳ
  + Bất thường hình thái thai có nguy cơ gây thai chậm tăng trưởng
  + Mạch máu tiền đạo, dây rốn bám rìa.
- Lập lai sau mỗi 2 tuần hoặc khi có chỉ định.
- Non stress test: thực hiện khi có chỉ định.
- Xét nghiệm tầm soát liên cầu khuẩn nhóm B (GBS – Group B streptococcus): đối với thai từ 35-37 tuần (đơn thai) và 32-34 tuần (song thai).
- Quang kích chậu: khi khám lâm sàng khung chậu nghi ngờ có hẹp, giới hạn, méo...

Một số lưu ý chung:

1. Sau mỗi lần khám đều phải có chẩn đoán rõ ràng.
2. Có thể siêu âm nhiều lần hơn nếu cần.

3. Những XN chuyên biệt được chỉ định theo y lệnh BS: bệnh tim, bệnh thận, tuyến giáp…
4. Khâu vòng cổ tử cung dự phòng: từ 13-20 tuần.
5. Hội chẩn viện đối với những trường hợp có U buồng trứng kèm theo thai ≥15 tuần.
6. Thời điểm nhập viện trong trường hợp thai quá ngày dự sinh:

- Nếu sức khỏe mẹ và thai ổn định: nhập viện khi thai ≥ 41 tuần.
- Thai từ 40 tuần 1 ngày 40 tuần 6 ngày: khám ngoại trú.
  + Tái khám và NST mỗi 3 ngày.
  + Hướng dẫn sản phụ các dấu hiệu cần nhập viện ngay.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

RUBELLA VÀ THAI KỲ

I. ĐỊNH NGHĨA

- Lây truyền qua đường hô hấp,7 ngày trước phát ban đến 7 ngày sau phát ban.
- Ủ bệnh: trung bình 14 ngày.
- Lâm sàng

– Thường rất nhẹ.

– 50% ở thể ẩn hoặc không có triệu chứng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Xét nghiệm Rubella

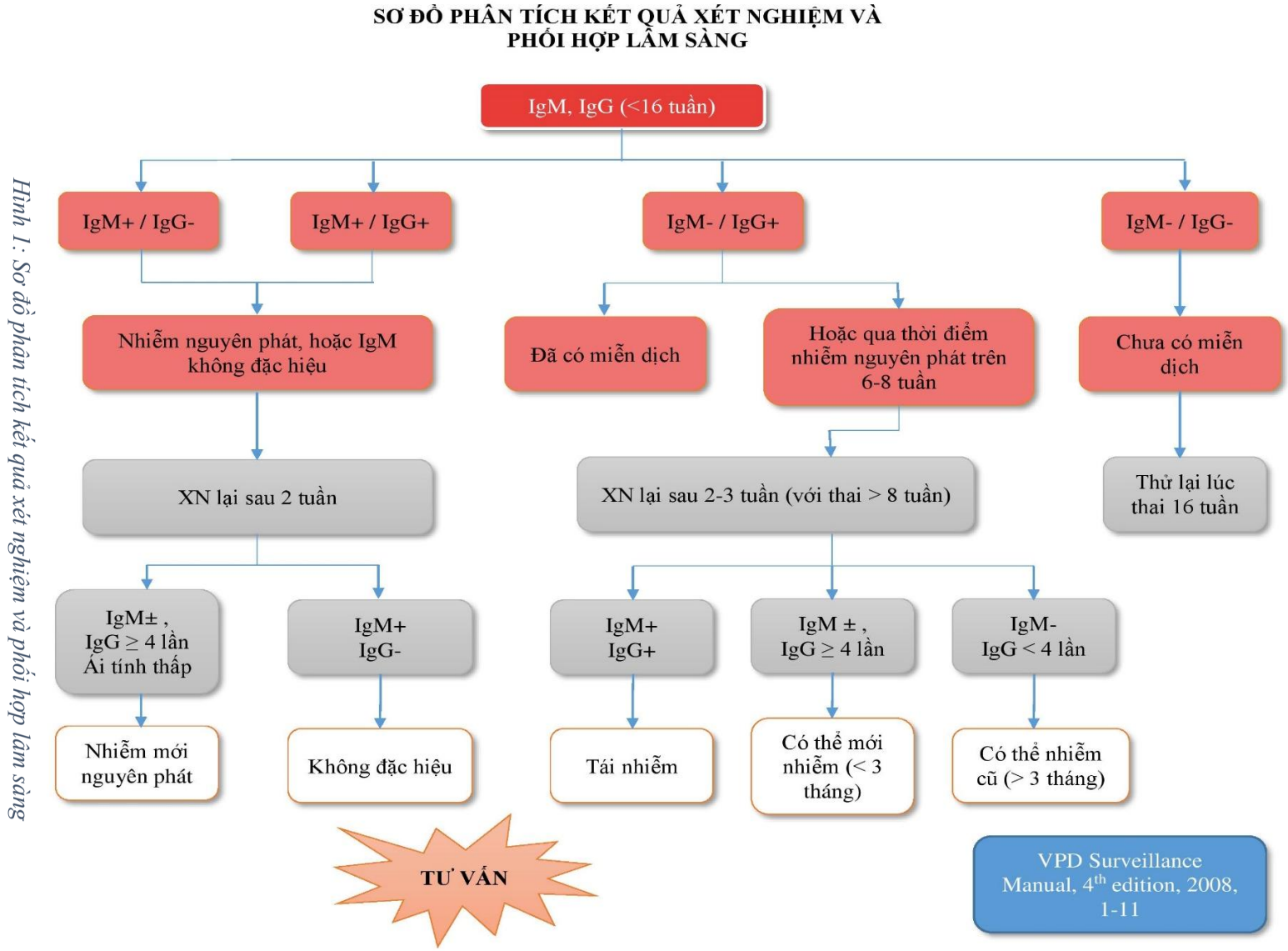
- Thực hiện xét nghiệm Rubella cho tất cả thai phụ đến khám thai lần đầu, tốt nhất khi thai < 8 tuần, chỉ thử thường quy tới tuổi thai ≤ 16 tuần (chung với xét nghiệm thường quy).
- Không xét nghiệm Rubella cho những thai phụ có kháng thể an toàn từ trước khi có thai lần này.

2. Phân tích kết quả xét nghiệm và phối hợp lâm sàng (xem sơ đồ)

- IgM (+) dương tính giả:
  + Do tồn tại lâu, tái nhiễm.
  + Phản ứng chéo với B19, EBV.
- Ái tính cao: nhiễm cũ.
- Ái tính thấp: nhiễm mới.
- Nhiễm nguyên phát: chuyển tuyến trên.
- Không nhiễm: với XN huyết thanh âm tính thử xét nghiệm lại lúc thai 16 tuần, tùy kết quả, tư vấn phù hợp.
- Đã có miễn dịch từ trước khi có thai: thường duy trì ổn định IgG.

III. CÁC BƯỚC XỬ TRÍ

- Chẩn đoán nhiễm Rubella nguyên phát.
- Xác định nhiễm Rubella nguyên phát ở tuổi thai nào.
- Tư vấn cho thai phụ và gia đình về tác hại cho thai nhi, và chuyển tuyến trên



Hình 1: Sơ đồ phân tích kết quả xét nghiệm và phối hợp lâm sàng

CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH

I. 3 THÁNG ĐẦU

- Xét nghiệm tổng quát khi mang thai: TPTTBM, đường huyết, nhóm máu (bao gồm Rh), HBsAg, HIV, VDRL, Rubella (IgM và IgG).
- 11 tuần đến 13 tuần 6 ngày: độ mờ da gáy + Double test, nếu nguy cơ cao, tư vấn bệnh nhân sinh thiết gai nhau, chọc ối, NIPT, chuyển tuyến trên nếu cần.
- Siêu âm khảo sát: thai vô sọ, nang bạch huyết vùng cổ thai nhi, nếu bất thường: chuyển tuyến trên.

II. 3 THÁNG GIỮA

- 14 – 21 tuần: Triple test (nếu chưa làm Combined test)
- 20 – 26 tuần: Siêu âm khảo sát hình thái học.

  * Nếu có bất thường: chuyển tuyến trên.

III. 3 THÁNG CUỐI

- Siêu âm chẩn đoán thai chậm tăng trưởng, NTĐ, NCRL.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

VỠ TỬ CUNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Vỡ tử cung là một trong các tai biến sản khoa có thể gây tử vong mẹ và thai nhi. Hiện nay nhờ tiến bộ của khoa học trong lĩnh vực gây mê hồi sức cũng như trình độ chuyên khoa sản được nâng cao cùng việc mở rộng mạng lưới quản lý thai nghén, hạn chế các thủ thuật thô bạo, chỉ định mổ lấy thai kịp thời nên tỷ lệ vỡ tử cung đã giảm đi nhiều. Vỡ tử cung có thể xảy ra trong thời kỳ mang thai, nhưng thường xảy ra trong giai đoạn chuyển dạ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Vỡ tử cung trong thai kỳ:

Thường xảy ra trên TC có VMC hoặc dị dạng

- Triệu chứng cơ năng: Đau nhói vùng tử cung, nhất là vùng có VMC ± ra huyết âm đạo ± choáng.
- Triệu chứng thực thể:

- ± choáng, bụng ± biến dạng lình phình.
- ± phản ứng thành bụng.
- Sờ thấy các phần thai nằm ngay dưới da bụng, không thấy đáy tử cung…
- Đau nhói vùng VMC khi sờ nắn.
- Tim thai ±
- Khám âm đạo có thể không sờ thấy ngôi thai khi thai bị đẩy vào ổ bụng.
- Máu đỏ tươi theo găng.

- CLS:

- Hct, Hgb, hematocrit giảm.
- Siêu âm: dịch ổ bụng, thai nằm trong ổ bụng, tim thai ±.

2. Vỡ tử cung trong chuyển dạ:

a. Dọa vỡ TC:

Chỉ xảy ra trên TC không có VMC.

- Sản phụ đau nhiều, cơn co TC mạnh, dồn dập.
- TC co thắt hình quả bầu, vòng Bandl lên cao.
- Dấu Frommel: hai dây chằng tròn bị kéo dài.
- Tim thai nhanh, chậm, không đều.
- Khám AĐ: bất xứng đầu chậu.

b. Vỡ TC:

- Sản phụ có dấu dọa vỡ, đột ngột đau nhói, sau đó bớt đau nhưng tổng trạng xấu dần.
- Choáng: da xanh, niêm nhạt, mạch nhanh, huyết áp tụt, ngất.
- Xuất huyết AĐ, nước tiểu có thể màu đỏ.
- Bụng chướng, nắn đau, biến dạng, phản ứng thành bụng, đau nhói nơi vết mổ.
- Sờ thấy thai nhi dưới da bụng, mất cơn co tử cung.
- Tim thai suy / (-).

Vỡ TC sau sinh thường / sinh giúp: máu đỏ tươi chảy từ lòng TC thường vỡ ở đoạn dưới TC, vết rách CTC lên tới đoạn dưới TC.

• CLS:

- Hct, Hgb, hematocrit giảm.
- Siêu âm: dịch ổ bụng, thai nằm trong ổ bụng, tim thai ±.

III. XỬ TRÍ

1. Dọa vỡ TC

- Lập đường truyền TM với NaCl 0.9% hoặc Ringer Lactate.

- Thông tiểu.
- Mổ lấy thai cấp cứu.

2. Vỡ TC

- Hồi sức tích cực.
- Mổ cấp cứu.
- Xử lý TC:
  - Bảo tồn TC nếu tổng trạng cho phép, < 40 tuổi, < 2 con, nứt hoặc vết vỡ đơn giản, chưa có dấu nhiễm trùng.
  - Cắt TC toàn phần nếu choáng nặng, có nhiễm trùng, vết vỡ phức tạp, tuổi ≥ 40, số con ≥ 2.

3. Các vấn đề cần lưu ý:

- Hồi sức chống choáng thật tốt trước – trong – sau phẫu thuật.
- Kháng sinh phổ rộng, liều cao trước và sau mổ.
- Nếu bảo tồn TC
  - Phải cắt lọc trước khi khâu bảo tồn vết rách do sẹo mổ cũ.
  - Cố gắng phủ được phúc mạc tử cung.
  - Cần triệt sản nếu bệnh nhân đủ con.
- Cẩn thận không làm tổn thương niệu quản hai bên.
- Quan sát, phát hiện tổn thương ở các cơ quan lân cận để giải quyết kết hợp kịp thời.
- Cần theo dõi biến chứng viêm phúc mạc toàn thể hay khu trú trong thời kỳ hậu phẫu.

IV. DỰ PHÒNG

- Quản lý thai tốt, đặc biệt với VMC.
- Khi KPCD hoặc tăng co phải theo dõi sát cơn gò bằng monitor, phát hiện sớm bất xứng đầu chậu, cơn gò cường tính.
- Đối với thai kỳ có chỉ định MLT nên được mổ chủ động hoặc ngay khi bắt đầu có chuyển dạ.
- Khi giúp sinh phải tôn trọng đúng chỉ định, đủ điều kiện và thực hiện đúng kỹ thuật.

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

BĂNG HUYẾT SAU SINH

I. ĐỊNH NGHĨA

- Băng huyết sau sinh (BHSS) là tình trạng mất ≥ 500ml máu sau sinh đường âm đạo hoặc mất ≥ 1000ml máu sau MLT hoặc ảnh hưởng tổng trạng hoặc Haematocrit giảm > 10% so với trước sinh.
- Phân loại: nguyên phát (< 24 giờ đầu) và thứ phát (sau 24 giờ đến 12 tuần)

II. CHẨN ĐOÁN

- Đo lượng máu mất bằng túi đo máu lót ngay sau khi sổ thai và ra hết nước ối.
- Dấu hiệu mất máu cấp tính: mệt, vật vã, da xanh niêm nhạt, vã mồ hôi.
- Thay đổi tổng trạng, sinh hiệu: mạch nhanh, huyết áp tụt.
- TC tăng thể tích.
- Ra huyết âm đạo đỏ tươi lượng nhiều, liên tục.

Nguyên nhân

- Đờ tử cung
- Chấn thương đường sinh dục (đặc biệt là vỡ tử cung).
- Bất thường về bong nhau, sổ nhau.
- Rối loạn đông máu.

III. XỬ TRÍ CHUNG

Hồi sức tích cực + co hồi tử cung + tìm nguyên nhân

- Huy động tất cả mọi người để cấp cứu.
- Thiết lập ít nhất 2 đường truyền tĩnh mạch, catheter 18G cho dịch chảy với tốc độ nhanh.
- Đánh giá tình trạng mất máu và thể trạng chung của sản phụ (các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ).
- Nếu nghi ngờ có choáng hoặc bắt đầu có choáng phải xử trí ngay theo phác đồ xử trí choáng.
- **Thông tiểu.**
- **Xoa đáy tử cung và dùng thuốc co hồi TC**
  - Oxytocin 5UI 4 ống pha 500ml dịch tinh thể, tối đa 80UI.
  - Methyl-ergometrine (maleate) 0,2mg 1 ống TB hay tiêm vào cơ tử cung (**không bao giờ tiêm tĩnh mạch**), tối đa 5 liều, **không sử dụng: tiền căn cao huyết áp, hội chứng Raynaud**.
  - Carbetocin 100mcg 1 ống TMC, chỉ một liều duy nhất (khuyến cáo sử dụng dự phòng trong những trường hợp nguy cơ cao BHSS).
  - Prostaglandin E1 (Misoprostol) 200mcg: 800mcg đặt hậu môn 1 lần duy nhất, có thể dùng cho người cao huyết áp hay hen suyễn. Theo dõi nhiệt độ sản phụ vì có thể sốt ≥ 40^0C và lạnh run. Sử dụng phối hợp với thuốc gò tử cung đường tiêm, không sử dụng như thuốc gò duy nhất để điều trị BHSS.
  - Prostaglandin F2 alpha (Carboprost Tromethamine) 250mcg (tiêm sâu vùng mông), có thể lặp lại sau 30-90 phút nếu cần, tổng liều là 2mg). Chống chỉ định: bệnh lý tim, phổi, thận, gan.
- **Thuốc cầm máu**
  - Tranexamic acid: tiêm tĩnh mạch sớm trong vòng 3 giờ sau sinh ở sản phụ được chẩn đoán BHSS ngả âm đạo hoặc sau mổ lấy thai bất kể nguyên nhân.

- Liều: Tranexamic acid 1g, tiêm tĩnh mạch chậm với tốc độ 100mg/phút, lặp lại liều thứ hai nếu 30 phút sau sản phụ còn tiếp tục băng huyết hoặc nếu băng huyết lại trong vòng 24 giờ sau liều đầu tiên.

• **Tìm nguyên nhân**: kiểm tra đường sinh dục và thực hiện các biện pháp cầm máu cơ học khác.

• **Làm xét nghiệm cơ bản**: nhóm máu, TPTTBM, đông máu toàn bộ.

IV. TRIỆU CHỨNG VÀ XỬ TRÍ THEO BỆNH CẢNH LÂM SÀNG

1. Đờ tử cung:

a. Triệu chứng:

• Chảy máu ngay sau khi sổ nhau là triệu chứng phổ biến nhất.

• Tử cung giãn to, mềm nhão, co hồi kém hoặc không co hồi, không có khối an toàn.

• Có thể dẫn đến choáng nếu không xử trí kịp thời.

b. Xử trí: ngoài phần xử trí chung có thể cần thêm

• Chèn bóng lòng TC, phẫu thuật may mũi B-lynch hoặc thắt động mạch TC, thắt động mạch hạ vị, cắt TC.

• Kết hợp vừa phẫu thuật vừa hồi sức, truyền máu.

2. Chấn thương đường sinh dục:

Gồm rách âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn, cổ tử cung, vỡ tử cung và máu tụ đường sinh dục.

a. Triệu chứng:

• TC co hồi tốt nhưng máu đỏ tươi vẫn chảy ra ngoài âm hộ.

• Khám thấy vết rách và máu tụ đường sinh dục.

b. Xử trí: ngoài xử trí chung còn cho thêm:

• Khâu phục hồi đường sinh dục.

• Nếu bị tụ máu, tùy theo vị trí, kích thước và sự tiến triển của khối máu tụ để có thái độ xử trí thích hợp. **Nguyên tắc chung là phải phá khối máu tụ và khâu cầm máu kỹ, tránh tái phát**. Làm tại phòng mổ khi khối máu tụ to, sâu hoặc ở vị trí khó kiểm soát.

• Với vỡ tử cung: xem phác đồ "Vỡ tử cung".

3. Bất thường về bong nhau và sổ nhau:

a. Triệu chứng:

• **Sót nhau, sót màng:**

- Chảy máu thường xuất hiện sau khi sổ nhau.
- Tử cung có thể co hồi kém.
- Ra máu rỉ rả, lượng máu ra có thể ít hoặc nhiều, máu đỏ tươi lẫn máu cục.
- Có thể phát hiện sớm sót nhau bằng cách kiểm tra nhau và màng nhau.
- Nếu phát hiện muộn, không kịp thời, mất máu nhiều có dấu hiệu choáng.

• **Nhau không bong:**

- Nhau không bong trong vòng 30 phút sau khi sổ thai hoặc dùng biện pháp xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ không kết quả.
- Nhau bám chặt và không chảy máu.
- Nhau cài răng lược bán phần thì sau khi thai đã sổ 30 phút nhau không bong hoàn toàn, chảy máu nhiều hay ít tùy theo diện nhau bong rộng hay hẹp. Nhau cài răng lược toàn phần: ít gặp, không chảy máu.

b. Xử trí:

• **Sót nhau, sót màng:**

- Truyền dịch tĩnh mạch ngay.
- Cho thuốc giảm đau (Morphin 10mg x 1 ống TB hay TDD hoặc Pethidin 100mg 1 ống TB) và tiến hành kiểm soát tử cung.
- Tiêm bắp 5-10 đơn vị Oxytocin và/hoặc Methyl-ergometrine (maleate) 0,2mg.
- Dùng kháng sinh toàn thân
- Theo dõi mạch, huyết áp chảy máu và co hồi tử cung.
- Hồi sức truyền máu nếu thiếu máu cấp.

• **Nhau không bong:**

- Nếu chảy máu, tiến hành bóc nhau và kiểm soát tử cung, tiêm bắp Oxytocin 10 đơn vị, xoa đáy tử cung, hồi sức chống choáng, cho kháng sinh.
- Nhau cài răng lược bán phần chảy máu hoặc nhau cài răng lược toàn phần phải cắt tử cung.
- Nếu chảy máu nhiều cần phải hồi sức chống choáng, truyền máu và phẫu thuật.
- Duy trì gò tử cung theo nguyên tắc chung.

4. Rối loạn đông máu:

- Có thể tiên phát do các bệnh về máu nhưng thường là thứ phát do chảy máu nhiều, mất sinh sợi huyết (đông máu nội mạch lan tỏa). Đông máu nội mạch lan tỏa có thể kết hợp với tiền sản giật nặng, thai chết trong tử cung, nhau bong non thể ẩn, nhiễm trùng ối hay thuyên tắc ối. Tất cả các tình trạng bệnh lý này có thể dẫn đến tiêu sinh sợi huyết.
- Điều trị nội khoa bằng máu tươi là chính, các yếu tố đông máu và điều trị nguyên nhân.
- Nếu phải can thiệp phẫu thuật lưu ý mở bụng đường dọc.

V. DỰ PHÒNG

- Đảm bảo quản lý thai nghén tốt, phát hiện sớm các nguy cơ cao.
- Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ: kéo dây rốn có kiểm soát.
- Trong những trường hợp nguy cơ cao BHSS: có thể sử dụng sớm Carbetocin 100mcg 1 ống TMC, một liều duy nhất.
- Áp dụng vẽ biểu đồ chuyển dạ, không để xảy ra chuyển dạ kéo dài.
- Đỡ sinh đúng kỹ thuật, nhẹ nhàng để tránh gây chấn thương đường sinh dục. Khi có tổn thương đường sinh dục cần phát hiện sớm và xử trí kịp thời.
- Theo dõi sát sản phụ 6 giờ đầu sau sinh, đặc biệt là trong 2 giờ đầu để phát hiện sớm các trường hợp chảy máu.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

NHAU BONG NON

I. ĐỊNH NGHĨA

Nhau bong non (NBN) là tình trạng nhau bám ở vị trí bình thường nhưng bong sớm trước khi sổ thai do bệnh lý hoặc chấn thương.

II. CHẨN ĐOÁN

- **Triệu chứng cơ năng:**

- Đột ngột đau bụng dữ dội.
- Ra huyết âm đạo đen loãng, không đông.

- **Triệu chứng thực thể:**

- Tử cung co cứng nhiều, trương lực cơ tử cung tăng, tử cung cứng như gỗ và tử cung tăng chiều cao.
- Có thể có thai suy hay mất tim thai.
- Có thể có choáng.
- Có thể có hội chứng tiền sản giật.
- Khám âm đạo: Ra máu âm đạo lượng từ ít tới nhiều, đỏ sậm, loãng, không đông, đoạn dưới căng, cổ tử cung chắc, siết chặt ở lỗ trong cổ tử cung, màng ối căng phồng, nước ối có thể có máu.

- **Cận lâm sàng**

- Siêu âm có thể không thấy khối máu tụ sau nhau nhưng cũng không được loại trừ NBN.
- Các xét nghiệm máu không giúp chẩn đoán NBN nhưng có thể chẩn đoán hậu quả rối loạn đông máu do NBN.

- **Phân loại**

Thể nhẹ

- Tổng trạng bình thường, chảy máu ít.
- Có thể không có dấu suy thai.
- Chuyển dạ thường diễn tiến nhanh.
- Thường chỉ chẩn đoán được khi làm siêu âm hoặc ghi nhận dấu ấn của huyết tụ trên bánh nhau ngay sau sinh.

Thể nặng - phong huyết tử cung nhau

- Sản phụ đau dữ dội.
- Mất tim thai.
- Có thể kèm hội chứng tiền sản giật nặng.
- Tình trạng choáng nặng.
- Ra máu âm đạo sậm đen, loãng không đông.
- Trương lực cơ tử cung tăng, tử cung cứng như gỗ và tử cung tăng chiều cao.
- Cổ tử cung cứng, ối căng phồng, nước ối có thể có máu.

➢ **Chẩn đoán NBN chủ yếu dựa trên lâm sàng. Xét nghiệm chỉ hỗ trợ thêm cho lâm sàng.**

III. XỬ TRÍ

1. Nguyên tắc xử trí:

Tùy thuộc vào:

- Tổng trạng thai phụ.
- Tuổi thai.
- Tình trạng thai.

2. Xử trí

Nếu nhau bong non thể nhẹ, thai đủ trưởng thành, tổng trạng thai cho phép, lực lượng mổ cấp cứu có sẵn và thai phụ và người nhà đồng ý → mổ lấy thai cấp cứu.

Nếu không có những điều kiện trên: chuyển tuyến trên.

• • MLT cấp cứu

- Mổ đường dọc.
- Thắt động mạch tử cung dự phòng.
- Nếu xảy ra băng huyết → xem phác đồ băng huyết.
- Dựa vào tuổi, PARA, tổng trạng mẹ → quyết định cắt tử cung.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

SA DÂY RỐN

I. CHẨN ĐOÁN

- Sa dây rốn trong bọc ối: khám âm đạo thấy dây rốn nằm ở bên hoặc dưới ngôi thai nhưng vẫn trong bọc ối.
- Nếu ối đã vỡ thì khám dây rốn sa trong âm đạo, có khi ra ngoài âm hộ.
- Hay gặp trong ngôi bất thường.

II. XỬ TRÍ CHUNG

Sa dây rốn trong bọc ối:

- Không cho sản phụ rặn.
- Đặt SP nằm tư thế mông cao ngay sau khi phát hiện và chuyển lên phòng mổ.
- Phẫu thuật lấy thai cấp cứu.
- Nếu thai chết, có đủ điều kiện: lấy thai đường dưới.

Sa dây rốn khi đã vỡ ối:

- **Xác định xem dây rốn còn đập không**
- Cho SP nằm tư thế đầu thấp và đánh giá tiến triển của cuộc chuyển dạ và tình trạng thai nhi.
- Nếu đủ điều kiện sinh nhanh: cho sinh.
- Phẫu thuật lấy thai ngay nếu không đủ điều kiện sinh đường dưới.
- Đưa tay vào trong âm đạo đẩy ngôi thai lên cao, giảm chèn ép vào dây.
- Tư vấn cho gia đình SP về diễn biến xấu có thể xảy ra đối với thai.
- Nếu dây rốn sa ra ngoài âm hộ, bọc dây rốn nhẹ nhàng bằng khăn ẩm, ấm.
- Nếu thai đã chết, không còn tính chất cấp cứu: theo dõi sinh đường âm đạo nếu không có các nguyên nhân sinh khó khác.

III. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

SUY THAI TRONG CHUYỂN DẠ

I. ĐẠI CƯƠNG

Suy thai là tình trạng thai nhi bị đe dọa hoặc tình trạng đáp ứng có chiều hướng bất lợi của thai trước tình trạng stress.

- Tiêu chuẩn khi máu và toan – kiềm là tiêu chuẩn nghiêm ngặt, tỉ lệ thuận với bệnh suất của tổn thương não và tử vong chu sinh, tuy nhiên chẩn đoán thường được xác lập khi đã muộn.
- Các thay đổi trên biểu đồ tim thai (CTG – Cardiotocography) có tính trực quan. Tuy nhiên mối liên quan giữa các biểu hiện trên CTG và tình trạng khí máu và cân bằng kiềm toan của thai là không đủ mạnh (độ nhay 95%, độ đặc hiệu chỉ 50%).

- CTG nhóm III liên quan mạnh với tình trạng toan chuyển hóa thì ít gặp.
- CTG nhóm I chứng tỏ tình trạng thăng bằng kiềm toan bình thường tại thời điểm khảo sát với điều kiện không xảy ra biến cố nào khác, không đảm bảo trong chuyển dạ (do xuất hiện cơn gò tử cung trong nhiều giờ gây thiếu oxy thai).
- CTG nhóm II thường gặp nhất, có ý nghĩa rất khác nhau. Sự hiện diện phân su trong nước ối không tỉ lệ thuận với suy thai.

II. NGUYÊN NHÂN

1. Nhóm nguyên nhân làm giảm nồng độ O_2 trong máu mẹ

- Bệnh lý hô hấp mãn tính của mẹ: bệnh tim, bệnh lý Hb,.. là nguyên nhân suy thai trường diễn dẫn đến thai chậm tăng trưởng trong tử cung (IUGR), với hệ đệm suy yếu và mất khả năng bù trừ khi đối phó với stress trong chuyển dạ.

2. Nhóm nguyên nhân làm giảm vận chuyển máu chứa O_2 đến hồ máu

- Nguyên nhân ngoài chuyển dạ: tăng huyết áp (TSG, tăng huyết áp mãn,..), đái tháo đường biến chứng mạch máu, lupus đỏ.
- Nguyên nhân trong chuyển dạ: chèn ép TM chủ dưới (làm giảm cung lượng tuần hoàn về tim gây hệ quả giảm cung lượng tim với biểu hiện tụt huyết áp), tê ngoài màng cứng, cơn gò tử cung.

Thai sử dụng hệ đệm để chống lại tình trạng toan hô hấp gây ra bởi sự gián đoạn cung cấp O_2 và đào thải CO_2. Nếu không đủ dự trữ kiềm sẽ nhanh chóng vào toan chuyển hóa.

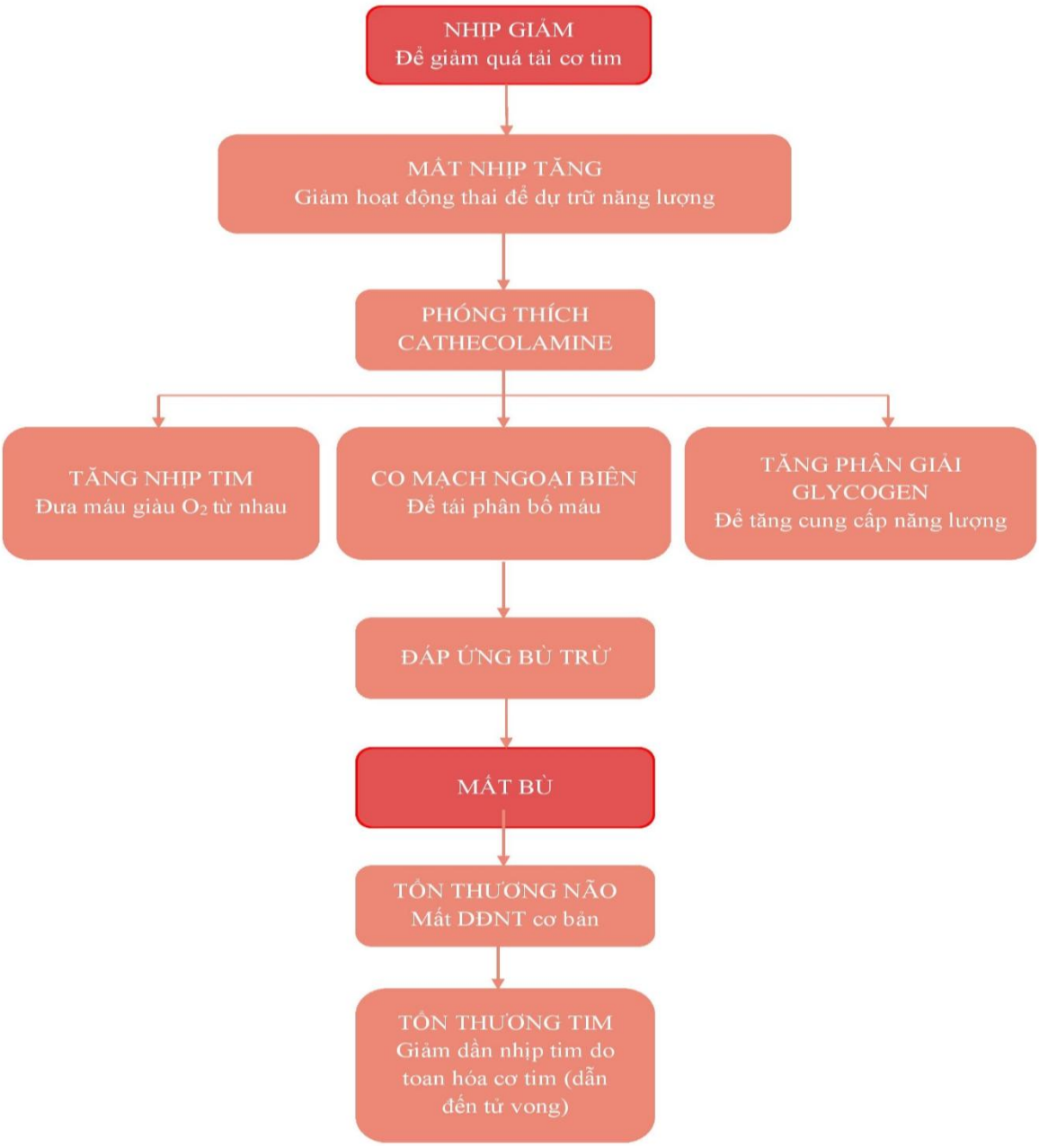
3. Nhóm nguyên nhân làm giảm trao đổi khí máu tại hồ máu: có thể diễn ra cấp hoặc mạn tính

- Nguyên nhân mạn tính do các thành phần mao mạch của lông nhau bị thoái hóa, các bệnh lý gây suy giảm trao đổi khí: thai quá ngày, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, TSG.
- Nguyên nhân cấp tính: nhau bong non, cơn gò cường tính,…

4. Nhóm nguyên nhân làm cản trở việc vận chuyển máu chứa O_2 từ hồ máu đến thai nhi

- Bệnh lý Hb thai: gây suy giảm vận chuyển O2 từ nhau đến thai
- Chèn ép rốn: tiên lượng rất khác nhau tùy theo kiểu cách và mức độ chèn ép.
- Sa dây rốn: cấp cứu sản khoa thượng khẩn.

- **Đáp ứng của thai nhi khi thiếu O2**



III. CHỈ ĐỊNH THEO DÕI TIM THAI LIÊN TỤC TRONG GIAI ĐOẠN CHUYỂN DẠ HOẠT ĐỘNG

- Phương tiện phát hiện suy thai: CTG
- Đánh giá nguy cơ khi vào chuyển dạ: dữ kiện lâm sàng, các xét nghiệm thường quy và theo dõi CTG 30 phút. Nếu không thuộc nhóm nguy cơ cao (liệt kê ở dưới): theo dõi tim thai gián đoạn.

1. Mẹ (các trường hợp làm tăng nguy cơ suy tuần hoàn nhau thai):

- Đái tháo đường
- Ối vỡ lâu (>24 giờ)
- Xuất huyết âm đạo (nhau bong non tiên lượng sinh ngả âm đạo được, nhau bám thấp,…)
- VMC (nguy cơ nứt VMC)
- Tiền sản giật
- Thai quá ngày (>42 tuần)

- Bệnh lý nội khoa nặng (tim mạch, nội tiết,…)

2. Thai (các trường hợp giảm tưới máu thai hoặc đe dọa đáp ứng thai với thiếu O_2):

- Thai non tháng (32 tuần – 36 tuần 6 ngày)
- Thiểu ối
- Thai chậm tăng trưởng trong tử cung
- Bất thường Doppler velocimetry
- Đa thai
- Ối lẫn phân su
- Nhiễm trùng ối

3. Các yếu tố nguy cơ trong chuyển dạ

- Tê ngoài màng cứng
- Mẹ sốt
- Ối xấu
- CTG có nhịp giảm hay nhịp tim thai cơ bản bất thường.

IV. PHÂN LOẠI BIỂU ĐỒ TIM THAI (CTG)

Nhóm	Diễn giải	Tính chất
I	Dự báo tình trạng kiềm toan bình thường ở thời điểm khảo sát	- Nhịp cơ bản 110 – 160 lần/phút - Dao động nội tại trung bình (6-25) - Không nhịp giảm muộn hoặc bất định - Có/không nhịp tăng - Có/không nhịp giảm sớm.
II	Không dự báo tình trạng kiềm toan bất thường, tuy nhiên chưa đủ cơ sở để phân loại là nhóm I hoặc III	Tất cả BĐTT không thuộc I hoặc III, ví dụ: - Nhịp cơ bản chậm, không kèm mất DĐNT - Nhịp cơ bản nhanh - Giảm DĐNT - Mất DĐNT không kèm nhịp giảm lập lại - Nhịp tăng nhiều - Không có nhịp tăng sau kích thích thai - Nhịp giảm bất định lập lại với DĐNT giảm hoặc bình thường - Nhịp giảm kéo dài ≥ 2 phút nhưng ≤ 10 phút - Nhịp giảm muộn lập lại và ĐNT bình thường - Nhịp giảm bất định phục hồi chậm, "shoulders", "overshoot".
III	Dự báo tình trạng kiềm toan bất thường	• Hình sin • Mất DĐNT và 1 trong - Nhịp giảm muộn lập lại - Nhịp giảm bất định lập lại - Tim thai chậm

- Lưu ý quan trọng khi đánh giá CTG

- Nhịp tim thai cơ bản (phải đặt trong bối cảnh lâm sàng, nhiệt độ, thuốc, huyết áp, bệnh lý mẹ,…).
- Dao động nội tại (giảm trong trường hợp thai non tháng, thai ngủ, do thuốc, tổn thương thần kinh do thiếu O_2).
- Nhịp tăng.

- Nhịp giảm (loại nhịp giảm, tương quan với cơn gò và tần suất xuất hiện).

• Mục đích chính của đánh giá BĐTT là xác định tình trạng cung cấp O2 và tình trạng kiềm toan thai, vì tình trạng thai là động có thể thay đổi nên cần phải thường xuyên đánh giá lại.
• Do có nhiều tình huống lâm sàng kết hợp với nhiều dạng BĐTT trong nhóm II, nhưng đằng sau là các nguyên nhân sinh lý khác nhau, cũng như mức độ liên quan sức khỏe thai khác nhau. Vì vậy việc sử dụng phân loại các nhóm BĐTT để ra quyết định lâm sàng trong nhóm II thực sự là thử thách.

V. XỬ TRÍ CTG NHÓM II

• Lưu đồ theo dõi và xử trí CTG nhóm II (đính kèm)
• Thông tin sử dụng lưu đồ
- Xác định DĐNT ưu thế của nhịp cơ bản trong 30 phút và DĐ tăng được xem như DĐNT trung bình trong lưu đồ này.
- Nhịp giảm "có ý nghĩa" được định nghĩa là 1 trong những nhịp giảm sau
  - Nhịp giảm bất định kéo dài > 60 giây và giảm > 60 nhịp so với nhịp cơ bản
  - Nhịp giảm bất định kéo dài > 60 giây và tim thai < 60 nhịp/phút bất kể nhịp cơ bản
  - Nhịp giảm muộn
  - Nhịp giảm kéo dài
- Việc áp dụng lưu đồ có thể trì hoãn 30 phút trong khi cố gắng dùng các biện pháp cải thiện (điều chỉnh HA, thay đổi tư thế, truyền ối, giảm hoặc ngưng thuốc co hồi tử cung, thuốc giảm co)
- Khi đã xác định là nhóm II, BĐTT phải được đánh giá mỗi 30 phút.
- Cân nhắc MLT khi có chỉ định đem thai ra nhanh
- Khi tim thai chuyển qua nhóm I hoặc III: không áp dụng tiếp lưu đồ. Tuy nhiên, khi nhóm I trở lại nhóm II: áp dụng lưu đồ trở lại.
- Không sử dụng lưu đồ đối với thai < 32 tuần.

• **Các yếu tố cần xem xét khi BĐTT nghi ngờ hay bất thường**
- Nhịp cơ bản, DĐNT, có hay không nhịp tăng và nhịp giảm
- Tình trạng CTC, diễn tiến chuyển dạ, liều Oxytocin đang sử dụng, hoạt tính cơ tử cung, HA, thời gian vỡ ối, màu sắc ối, mẹ sốt, chuyển dạ nhanh, cơn rặn của sản phụ, sa dây rốn, nghiệm pháp sinh ngả âm đạo / VMC.
- Các biện pháp hồi sức thai và hiệu quả.
- Tiến triển của BĐTT
- Mức độ khẩn cấp

VI. XỬ TRÍ BAN ĐẦU CTG BẤT THƯỜNG TRONG CHUYỂN DẠ

1. Do giảm nồng độ O2 trong máu mẹ

• Thở O2 (trong chuyển dạ sản phụ thở nhanh và nông do đau)
• Giảm đau sản khoa

2. Do giảm cung cấp máu chứa O2 đến hồ máu

• Truyền dịch tinh thể đẳng trương (tụt HA do: mất nước, thuốc áp, tê ngoài màng cứng…)
• Nằm nghiêng 1 bên (nếu do chèn ép TM chủ dưới)
• Điều chỉnh rối loạn cơn gò tử cung (ngưng Oxytocin, thuốc giảm co, MLT nếu có BXĐC)

3. Do giảm trao đổi khí tại hồ máu

• Cần chấm dứt chuyển dạ ngay

4. Do bất thường tuần hoàn dây rốn

- Xử trí tùy nguyên nhân và mức độ

Lưu ý: BĐTT nhóm II kéo dài đặc biệt trong 2 giờ ngay trước sinh làm tăng bệnh suất chu sinh (>50% Apgar < 7).

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

NGÔI BẤT THƯỜNG

Ngôi bất thường là ngôi không phải ngôi chỏm, gồm: ngôi mặt, ngôi trán và ngôi thóp trước, ngôi mông, ngôi vai (ngôi ngang), ngôi đầu sa tay (ngôi phức tạp).

I. NGÔI MẶT

- Là ngôi đầu ngửa tối đa, mặt thai nhi trình diện trước eo trên.
- Ngôi mặt được chẩn đoán xác định trong chuyển dạ sinh bằng cách khám âm đạo.
- **Khám bụng**
  - Ngôi đầu, nắn ngoài, có dấu hiệu nhát rìu nếu là kiểu cằm sau; nếu là kiểu cằm trước, sờ thấy cằm có hình móng ngựa.
- **Khám âm đạo**
  - Chẩn đoán xác định bằng khám âm đạo, tìm được mốc của ngôi là cằm, việc chẩn đoán xác định sẽ dễ hơn khi cổ tử cung đã mở, nhưng phải cẩn thận khi thăm khám để không làm vỡ ối.
  - Không bao giờ thấy thóp sau hoặc thóp trước khi khám âm đạo.
  - Cần chẩn đoán phân biệt với ngôi trán, ngôi mông.
- **Xử trí**
  - Cuộc sinh ngôi mặt diễn ra lâu và khó khăn hơn sinh ngôi chỏm.
  - Chỉ có ngôi mặt cằm trước có thể sinh đường âm đạo. Nếu sinh đường âm đạo có thể có hỗ trợ bằng forceps, tuyệt đối không được dùng giác hút.
  - Ngôi mặt cằm sau tự xoay được về cằm trước cũng có thể sinh đường âm đạo.
  - Phẫu thuật lấy thai cho những trường hợp ngôi mặt cằm sau hoặc cằm trước có kết hợp thêm các yếu tố sinh khó khác.

II. NGÔI TRÁN VÀ NGÔI THÓP TRƯỚC

Là ngôi trung gian giữa ngôi mặt và chỏm, đầu không cúi hẳn mà cũng không ngửa hẳn, trán hoặc thóp trước của thai trình diện trước eo trên.

- **Chẩn đoán**
  - Lúc bắt đầu chuyển dạ là một ngôi đầu cao lỏng.
  - Chẩn đoán xác định dựa vào việc khám âm đạo khi cổ tử cung mở được từ 3 cm trở lên, ối đã vỡ và ngôi đã cố định chặt.
  - Sờ thấy gốc mũi, 2 hố mắt, trán và thóp trước (ngôi trán) hoặc thấy thóp trước ở chính giữa tiểu khung (ngôi thóp trước).
  - Sờ thấy thóp sau và cằm.
  - Cần chẩn đoán phân biệt với ngôi mặt và ngôi chỏm.
- **Xử trí**
  - Theo dõi sát các cuộc chuyển dạ để phát hiện sớm.
  - Phẫu thuật lấy thai khi có chẩn đoán xác định.

III. NGÔI MÔNG

- Là một loại ngôi dọc, đầu thai nằm ở đáy tử cung, mông trình diện trước eo trên.
- Là một ngôi sinh khó do đầu là phần to và cứng nhất lại sinh ra sau cùng, nguy cơ kẹt đầu hậu có thể làm cho thai chết hoặc sang chấn.
- **Chẩn đoán**

  Lâm sàng
  - Ngôi dọc, đầu ở đáy tử cung.
  - Khám âm đạo sờ thấy xương cùng, lỗ hậu môn và hai mông thai nhi, có thể một hoặc

hai bàn chân cùng với mông.
- Có thể thấy phân su nhưng không đánh giá là thai suy.
- Chẩn đoán phân biệt với: ngôi mặt, ngôi vai, ngôi đầu sa chi.

Cận lâm sàng: siêu âm giúp chẩn đoán và ước lượng cân thai.

- **Xử trí: mổ lấy thai**

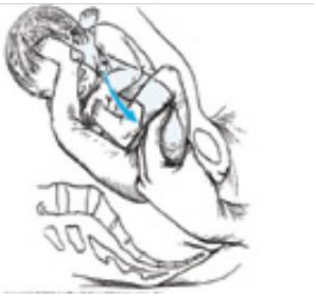
❖ **Các thủ thuật trong sanh ngôi mông: tham khảo**

- **Thủ thuật Tsovianov**

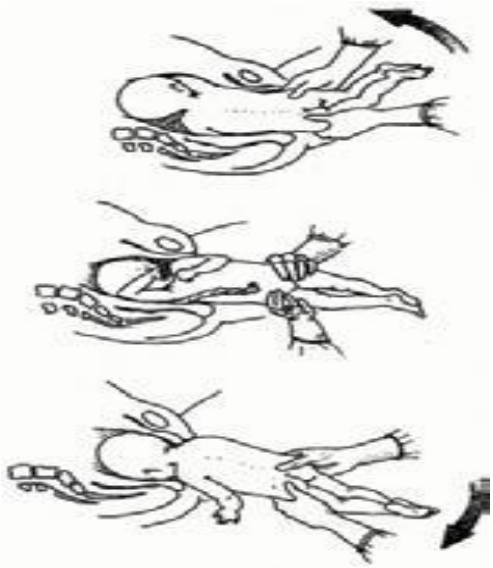


- **Giúp sinh thân – chân:** đặt bé ở mặt phẳng dưới mặt phẳng ngang.



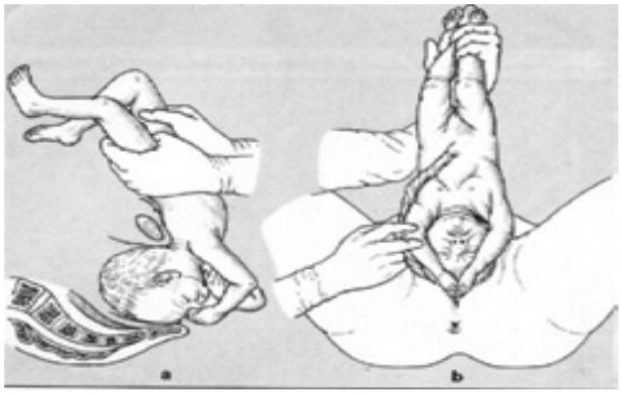


- **Giúp sinh vai – tay:** vai trình diện mặt phẳng trước sau. Giữ bé ở hông hay xương chậu, tránh giữ ở bụng gây tổn thương thận và thượng thận. Trường hợp vai sau đã đi qua bờ của tiểu khung trong khi vai trước hãy còn cao phải dùng **thủ thuật Lovset**: nắm hai đùi thai nhi với các ngón tay ở phía trước, ngón cái ở phía sau đùi, quay thân của thai nhi sao cho vai sau được đưa ra phía trước, thường quay theo chiều kim đồng hồ; trong quá trình đó cánh tay sẽ bị đẩy xuống phía dưới đến bờ dưới cung xương vệ và sổ ra ngoài.



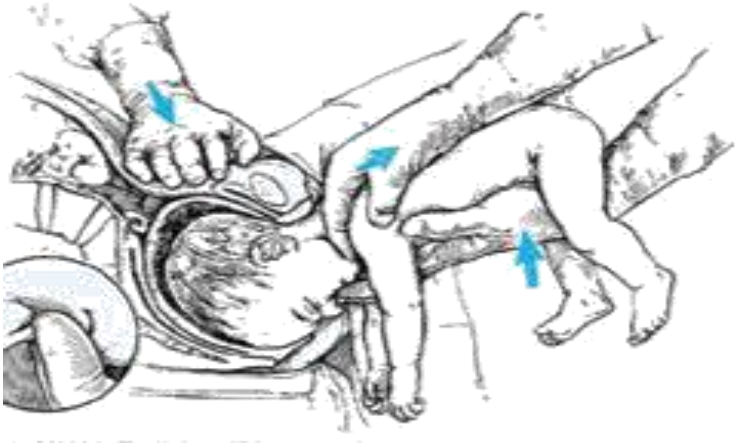
- **Giúp sinh đầu hậu:**

- **Thủ thuật Bracht** (thai nhỏ, con rạ)



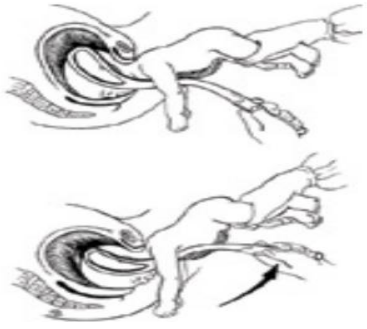


- **Thủ thuật Mauriceau – Smellie-Veit** (thai lớn, con so)



- **Piper's forceps**





- **Thủ thuật Prague** (mặt bé ngửa, kiểu sổ cằm vệ)



IV. NGÔI VAI

- Trong ngôi vai thai không nằm theo trục của tử cung mà nằm ngang hoặc chếch, trục của thai không trùng với trục của tử cung.
- Mốc của ngôi là mỏm vai, ngôi vai không có cơ chế sinh nên hầu hết các trường hợp đều phải phẫu thuật lấy thai.
- **Chẩn đoán**
  - Tử cung bè ngang, nắn thấy đầu ở hạ sườn hoặc hố chậu.
  - Chiều cao tử cung thấp hơn so với tuổi thai.
  - Khám âm đạo thấy tiểu khung rỗng, ối phồng.
  - Khi có chuyển dạ nếu ối vỡ, CTC mở có thể sờ thấy mỏm vai hoặc tay thai nhi ở trong âm đạo.
  - Có thể dùng siêu âm để chẩn đoán.
  - Chẩn đoán phân biệt với ngôi mông.
- **Xử trí**
  - Phẫu thuật lấy thai khi thai đủ trưởng thành.

V. NGÔI PHỨC TẠP

Là khi tay thai nhi sa xuống sát bên ngôi thai hay phần trình diện của thai.

1. Chẩn đoán

- Cả tay sa xuống và đầu thai cùng đồng thời trình diện trong khung chậu khi khám âm đạo.
- Có thể phát hiện khi ối còn hoặc đã vỡ.

2. Xử trí

- Sinh tự nhiên chỉ có thể xảy ra khi thai rất nhỏ hoặc chết lưu.
- Đẩy tay thai lên trên tiểu khung và giữ cho đến khi cơn co tử cung đẩy đầu thai vào tiểu khung.
- Phẫu thuật lấy thai.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

CON TO

I. ĐỊNH NGHĨA

Khi ước lượng cân thai (ULCT) > 3500g bất kể tuổi thai.

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

- **Yếu tố dịch tễ**: đặc điểm gia đình, giới tính, chủng tộc, hội chứng di truyền.
- **Yếu tố môi trường**: mẹ đái tháo đường thai kỳ hoặc trước mang thai, tăng cân trong thai kỳ nhiều, mẹ béo phì.
- **Trường hợp đa thai**: Tình trạng con to hiếm xảy ra ở đa thai. Ước lượng cân thai trên siêu âm thường cao hơn cân nặng thật sự, đặc biệt là thai < 2500g.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Khám lâm sàng: thành bụng sản phụ, tư thế tử cung, bề cao tử cung, chu vi vòng bụng. Tuy nhiên phương pháp này phụ thuộc nhiều vào vị trí thai, lượng nước ối và kinh nghiệm của người đỡ sinh.

2. Cận lâm sàng

Siêu âm 2D: phương tiện tốt nhất được sử dụng để ước lượng cân thai, với sai số khoảng 10 – 15%. Thường dựa vào đường kính lưỡng đỉnh (BPD), chu vi đầu (HC), chu vi bụng (AC), chiều dài xương đùi (FL).

IV. HẬU QUẢ, DỰ HẬU

Mẹ

- Chuyển dạ kéo dài hay ngưng tiến triển
- Tỷ lệ sinh thủ thuật cao
- Tăng tỷ lệ mổ lấy thai
- Tổn thương đường sinh dục (rách sâu độ III hay IV)
- Băng huyết sau sinh
- Vỡ tử cung

Thai

- Ngạt
- Chấn thương (tổn thương đám rối cánh tay, kẹt vai, gãy xương đòn,…)
- Hạ đường huyết
- Vấn đề hô hấp (hội chứng suy hô hấp, thở nhanh thoáng qua, hít phân su)
- Bệnh đa hồng cầu (Polycythemia): do tăng sản xuất erythropoietin, kết quả từ tình trạng thiếu oxy huyết bào thai do tăng nhu cầu oxy hóa liên quan đến tăng đường huyết và tăng insulin.
- Dị tật bẩm sinh: chèn ép thai do thai to, tăng giữ nước và tăng sinh mạch máu do trọng lượng thai to, rối loại sắc tố do đường huyết cao

Trẻ nhỏ (hậu quả lâu dài)

- Béo phì
- Giảm dung nạp Glucose
- Hội chứng chuyển hóa
- Bệnh lý tim mạch

V. XỬ TRÍ

- **ULCT > 3500 – 4000g**

- Kèm theo 1 bất thường về sản phụ khoa (ví dụ sẹo mổ trên cơ tử cung): chỉ định mổ lấy thai
- Không kèm theo bất thường về sản phụ khoa: nghiệm pháp lọt khi đủ điều kiện.

• **ULCT > 4000g**

- Chỉ định MLT.
- Chỉ định sinh ngả âm đạo: cân nhắc và cá thể hóa từng trường hợp, đặc biệt với những trường hợp có tiền sử sinh con ≥ 4000g.
- Tư vấn cho sản phụ các nguy cơ khi mổ lấy thai hoặc sinh ngả âm đạo.

VI. DỰ PHÒNG

• Kiểm soát đường huyết tốt đối với thai phụ bị đái tháo đường.

• Đối với phụ nữ béo phì cần giảm cân trước khi có thai.

• Tránh tăng cân quá mức trong thai kỳ.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

QUẢN LÝ THAI KỲ SONG THAI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Chẩn đoán đa thai: phải ghi số thai – số nhau – số ối
- Ngày dự sinh: tính theo số đo thai lớn
- Đặt tên cho thai, dựa trên:

- Vị trí của thai (trái / phải, trên / dưới so với mẹ).
- Dấu hiệu khác biệt (lưu ý kiểu hình cơ quan sinh dục ngoài, bất thường đi kèm: ví dụ bàng quang to, vị trí bánh nhau, nơi bám dây rốn).
- Thai "I" là thai gần cổ tử cung hơn.
- Mô tả nhiều chi tiết khác biệt nhất có thể để dán nhãn cho thai và theo dõi diễn tiến chính xác hơn.

  Ví dụ:
- Song thai hai nhau hai ối, Thai A bên P có nhau bám mặt trước. Thai B bên T nhau mặt sau.
- Song thai một nhau hai ối, Thai A bên P có dây rốn bám màng với thai nhỏ, Thai B bên trên T.

II. SONG THAI MỘT NHAU

Chuyển tuyến trên

III. SONG THAI HAI NHAU

- Siêu âm độ mờ da gáy: 11-13 tuần: tính sinh tồn, tính chất bánh nhau, độ mờ da gáy, bất tương xứng về bất thường cấu trúc.
- Sàng lọc lệch bội nhiễm sắc thể kết hợp quý I.
- Đo thường quy độ dài CTC ở 16 -17 tuần.
- Siêu âm đánh giá bất thường giải phẫu ở 20- 22 tuần.
- Kiểm tra tăng trưởng ở tuần 24, 28, 32 và sau đó là mỗi 2 tuần.
- Phát hiện các biến chứng liên quan đến đa thai: TSG, ĐTĐ, sinh non.
- 34- 36 tuần: thảo luận với người nhà, khám và tiên lượng cuộc sinh, cách thức sinh.
- CDTK chủ động ở 37- 38 tuần.

IV. CÁC PHƯƠNG PHÁP CHẤM DỨT THAI KỲ TRONG SONG THAI

1. Theo dõi sinh ngã âm đạo:

Có chuyển dạ tự nhiên hoặc có chỉ định KPCD và cần khi đủ các điều kiện sau:

- Song thai 2 nhau 2 ối.
- Ngôi thứ 1 là ngôi đầu.
- Cân nặng mỗi thai không quá 3000gr
- Khung chậu bình thường hoặc tương xứng thai
- Nguy cơ tai biến cho thai thứ 2 là 15-25%, nên cần tư vấn cho sản phụ và gia đình trước khi quyết định cách sinh.

2. Mổ lấy thai: khi có chỉ định CDTK mà kèm theo một trong những lý do sau:

- Chênh lệch cân nặng giữa 2 thai > 20%
- Có VMC trên TC: MLT, bóc NXTC, xén góc TC
- TC dị dạng
- Chuyển dạ/ thai trình ngưng tiến triển
- Chuyển dạ giai đoạn 2 kéo dài.

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

TĂNG HUYẾT ÁP THAI KỲ

Tăng huyết áp là biến chứng nội khoa thường gặp ở phụ nữ mang thai, chiếm khoảng 105 tổng số thai kỳ, là 1 trong 3 nguyên nhân quan trọng gây tử vong mẹ trên toàn thế giới

I. PHÂN LOẠI (theo ACOG 2014): gồm 4 nhóm

1. Tiền sản giật – Sản giật:

Tiêu chuẩn chẩn đoán TSG	
Huyết áp	HA tâm thu ≥ 140 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 90mmHg trong 2 lần đo ít nhất cách 4 giờ, ở thai sau 20 tuần tuổi trên phụ nữ có huyết áp bình thường trước đó HA tâm thu ≥ 160 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 110mmHg, tăng huyết áp có thể được xác nhận trong một khoảng thời gian ngắn (15 phút) để tạo điều kiện điều trị hạ áp kịp thời.
và	
Protein niệu	≥ 300mg/24 giờ Hoặc Tỉ lệ Protein/creatinine ≥ 0,3mg/dl mỗi giá trị Dipstick 1+ (chỉ được sử dụng nếu phương pháp định lượng khác không có sẵn)
Hoặc trong trường hợp Protein niệu âm tính, THA mới khởi phát kèm theo với bất kỳ dấu hiệu nào mới khởi phát sau đây:	
Giảm tiểu cầu	< 100.000/mm^3
Suy thận	Nồng độ creatinine/ huyết thanh >1,1 mg/dl hoặc tăng gấp đôi nồng độ creatinine huyết thanh trong trường hợp không có bệnh tật khác
Suy chức năng gan	Men gan tăng ≥ 2 lần giá trị bình thường.
Phù phổi	
Triệu chứng não hoặc thị giác	

Tiêu chuẩn chẩn đoán TSG nặng (bất kỳ dấu hiệu nào):

- Tăng HA trầm trọng: HA tâm thu ≥ 160 mmHg hoặc HA tâm trương 110mmHg qua 2 lần đo cách nhau 4 giờ có nghỉ ngơi tại giường (ngoại trừ đã sử dụng thuốc huyết áp trước đó)
- Tiểu cầu < 100.000/mm3.
- Suy chức năng: men gan tăng gấp đối bình thường. Đau hạ sườn phải hoặc thượng vị kéo dài không đáp ứng với thuốc và không có chẩn đoán thay thế, hoặc cả hai.
- Suy thận tiến triển (nồng độ creatinine huyết thanh > mg/dl hoặc tăng gấp đôi nồng độ creatinine huyết thanh trong trường hợp không có bệnh thận khác).
- Phù phổi
- Rối loạn não hay thị giác (triệu chứng thần kinh trung ương): rối loạn thị giác (hoa mắt, ám điểm, mù võ não, co thắt mạch máu võng mạc), nhức đầu nhiều, nhức đầu dai dẳng, tăng lên, không đáp ứng thuốc giảm đau, thay đổi tri giác.

Sản giật: đây là biến chứng nặng. Cơn co giật có thể xảy ra trước sinh, trong khi, trong khi chuyển dạ, hoặc sau sinh 48-72 giờ.

2. Hội chứng HELLP:

- Xảy ra trước hoặc sau sinh.

- Gồm 2 loại: hội chứng HELLP điển hình và HELLP không điển hình (có một hoặc hai dấu hiệu bất thường của hội chứng HELLP điển hình).
- Lâm sàng: đau vùng thượng vị hoặc đau hạ sườn phải, nhìn mờ, nhức đầu, vàng da, buồn nôn, nôn.
- CLS: dấu hiệu tán huyết (LDH tăng, bilirubin GT tăng), tăng men gan và giảm tiểu cầu.
- 15-20% hội chứng này không có tăng HA, không protein.

Tăng huyết áp mạn: HA tâm thu ≥ 140mmHg và hoặc HA tâm trương ≥ 90 mmHg trước khi có thai, hoặc xảy ra trước tuần lễ 20 của thai kỳ và kéo dài sau 12 tuần hậu sản.

TSG trên nền tăng HA mạn: người bệnh có tăng HA trước tuần lễ 20, protein (+) trước hoặc sau tuần lễ 20, cần phải tăng liều thuốc điều trị HA, tăng men gan đột ngột, giảm tiểu cầu, đau ¼ trên phải, sung huyết phổi phù phổi, giảm chức năng thận hoặc đột ngột tăng tiểu đạm.

Tăng HA trong thai kỳ: tăng HA sau tuần lễ 20, protein niệu (-), không có các dấu hiệu kể trên.

II. TẦM SOÁT VÀ DỰ PHÒNG SỚM TSG 3 THÁNG ĐẦU THAI KỲ

1. Tầm soát:

Tầm soát sớm ở quý I: tuổi thai 11- 13 tuần 6 ngày (CRL từ 45- 84mm), kết hợp nhiều yếu tố như: đặc tính thai phụ, các yếu tố nguy cơ về bệnh lý nội khoa, bệnh lý miễn dịch, tiền căn sản khoa, cùng các chỉ số sinh lý, sinh hóa và siêu âm Doppler động mạch TC để dự báo nguy cơ bị TSG.

Các dấu ấn sinh hóa sử dụng trong mô hình này bao gồm: free beta hCG, PAPP- A, PlGF.

- **Xác định đặc tính của mẹ:**
  - Tuổi mẹ: tính tới ngày sinh.
  - Chiều cao (cm), cân nặng (kg), BMI.
  - Chủng tộc: da trắng, da đen, Đông Nam Á, hỗn hợp.
  - Cách tính thụ thai: thai kỳ tự nhiên, có dùng thuốc kích thích rụng trứng. IVF.
  - Hút thuốc lá trong thai kỳ.
  - Mẹ sản phụ có cao huyết áp.
- **Tiền căn nội khoa**: THA mãn, ĐTĐ type 1, 2, Lupus hệ thống, Hội chứng kháng phospholipid
- **Tiền căn sản khoa**: con so (không có lần nào sinh mà tuổi thai lớn hơn 24 tuần), hay con rạ (ít nhất một lần tuổi thai lớn hơn 24 tuần).
- **Tuổi thai**: 11- 13 tuần 6 ngày (tính theo CRL 45-84mm)

Đo các chỉ số:

- Đo HA động mạch trung bình của sản phụ. Cách đo như sau:
  - Sản phụ nghỉ ngơi từ 3-5ph, ngồi đúng tư thế, 2 cánh tay đo HA được đặt ngang tim, hai bàn chân chạm đất, tâm lý và tư thế ngồi thoải mái.
  - Sử dụng máy đo HA tự động, đo cả 2 tay cung 1 lúc, với kích cỡ bao quấn tay phù hợp. Đo 2 lần và lấy giá trị trung bình cho mỗi tay và cho cả 2 tay. Kích cỡ bao quấn tay dựa vào chu vi canh tay ở vị trí giữa xương cánh tay (cỡ nhỏ: < 22cm, cỡ trung bình: 22-32cm, cỡ lớn: 33-42cm).
  - Bổ sung công thức tính HAĐM trung bình:

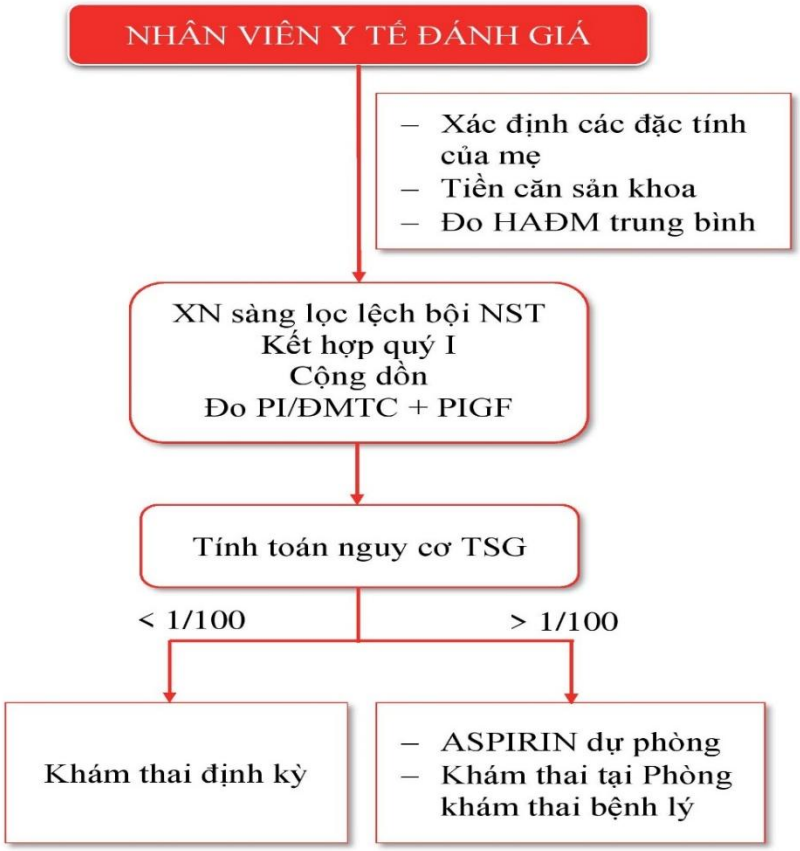
$$\text{HAĐM} = \frac{HA\ tâm\ thu + 2 \times HA\ tâm\ trương}{3}$$

- Siêu âm đo chỉ số xung (Pulsative Index) ĐMTC 2 bên.
  - Đo các dấu ấn sinh hóa: ghi nhận PAPP-A, PlGF cùng ngày thực hiện siêu âm đo độ mờ da gáy và làm XN sàng lọc kết hợp (combined test)
  - Tính nguy cơ TSG: dùng thuật toán tính nguy cơ TSG của FMF
  - Xác định nguy cơ cao TSG: khi nguy cơ tính toán theo thuật toán của FMF được xác định >1/100.

2. Dự phòng:

- Aspirin 81- 162mg, 1-2 viên/ ngày (hàm lượng 81mg), hoặc 1,5 gói hàm lượng 100mg (uống 1 lần trước khi đi ngủ, sau ăn 15-30 phút).
- Bắt đầu điều trị: ngay sau khi tính nguy cơ TSG theo phần mềm FMF > 1/100.
- Thời điểm ngưng: 36 tuần.
- Lưu ý về sự tuân thủ thuốc của bệnh nhân.

Lưu đồ tầm soát và dự phòng TSG 3 tháng đầu:



III. XỬ TRÍ

Theo dõi sát HA cho đến 72 giờ sau sinh cho tất cả các trường hợp tăng HA trong thai kỳ và theo dõi HA 7- 10 ngày sau sinh tại địa phương.

1. TSG không có dấu hiệu nặng:

- **Nhập viện chấm dứt thai kỳ khi:**

- Thai ≥ 37 tuần + thai bình thường
- ***Nếu chưa có chỉ định CDTK, có thể theo dõi ngoại trú hoặc nội trú.***
- Thai: đếm cử động thai, siêu âm Doppler: xác định có IUGR 2 tuần/ lần và đánh giá lượng ối 1 tuần/ lần.
- NST: 1 lần/ tuần nếu tăng HA thai kỳ, 2 lần/ tuần nếu TSG.
- Mẹ: theo dõi HA 2 lần/ tuần, đạm niệu mỗi lần khám khai, xn tiểu cầu, chức năng gan

thận mỗi tuần, chế độ ăn hợp lý (nhiều đạm, rau xanh, trái cây).
- Tư vấn các dấu hiệu trở nặng: nhức đầu nhiều, nhìn mờ, đau thượng vị, thở nhanh.

2. TSG nặng:

- **Chuyển tuyến trên khi TSG nặng xuất hiện sớm trước 25 tuần hoặc bất kỳ tuổi thai nào khi có:**

- Phù phổi
- Suy thận
- Nhau bong non
- Giảm tiểu cầu nặng
- Đông máu nội mạch lan tỏa
- Các triệu chứng não dai dẳng
- NST không đáp ứng (2 lần liên tiếp cách 4-6 giờ ở tuổi thai 28- 32 tuần)
- SA Doppler ĐM rốn: mất hoặc đảo ngược sóng tâm trương
- Thai lưu.

- **Nếu thai trưởng thành, sức khỏe tốt, tình trạng mẹ- thai ổn định, trong vòng 48 giờ sẽ chấm dứt thai kỳ khi có bất kỳ dấu hiệu sau:**

- Vỡ ối
- Chuyển dạ
- Thiểu ối (AFI <5), siêu âm 2 lần cách nhau 24 giờ

- **Một số lưu ý:**

- Quyết định CDTK không dựa vào yếu tố đạm niệu
- Chỉ định dùng thuốc hạ áp khi HA tâm thu ≥ 150mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 100mmHg.
- **Theo dõi:**
  - **Mẹ:** sinh hiệu mỗi giờ/ lần, Bilan dịch vào và ra 8 giờ/lần, dấu hiệu chuyển dạ, bilian TSG mỗi 1-2 ngày
  - **Thai:** đếm cử động thai, NST mỗi ngày, theo dõi biểu đồ cân nặng thai và Doppler ĐMR mỗi tuần, phương pháp CDTK tùy thuộc vào tuổi thai, ngôi thau, cổ tử cung, tình trạng mẹ - thai.

- **Ứng dụng tỉ số sFlt1/PlGF trong TSG:**

- Tỉ số sFlt1/PlGF có giá trị tham khảo trong phối hợp các triệu chứng lâm sàng, CLS của TSG để:
  - Tiên lượng khả năng dưỡng thai trong các trường hợp TSG nặng điều trị mong đợi.
  - Tiên lượng khả năng chuyển theo dõi và điều trị ngoại trú
- Đánh giá kết quả tỉ số sFlt1/PlGF:
  - sFlt1/PlGF < 38: khả năng không bị TSG trong vòng 1-4 tuần
  - 38 ≤ sFlt1/PlGF <85 với thai <34 tuần, 38 ≤ sFlt1/PlGF < 110 với thai ≥ 34 tuần: dự đoán TSG trong 4 tuần tới, có thể lặp lại xét nghiệm sau 2 tuần.
  - 85 ≤ sFlt1/PlGF≤ 655 với thai <34 tuần, 110 ≤ sFlt1/PlGF ≤ 201 với thai ≥ 34 tuần: để tiên lượng diễn tiến bệnh có thể lập lại xét nghiệm mỗi 2-4 ngày, nếu tỉ số này ổn định có thể lặp lại sau 1 tuần. Quyết định điều trị dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và CLS khác.
  - sFlt1/PlGF > 655 với thai <34 tuần, sFlt1/PlGF > 201 với thai ≥ 34 tuần: tiên lượng khả năng xảy ra kết cục xấu cho mẹ và bé, cần theo dõi dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và CLS khác.

3. Sản giật:

- MgSO4: liều tấn công 3- 4,5g tiêm TM, sau đó duy trì truyền TM 1-2g/giờ ít nhất trong 24 giờ sau sinh.
- CDTK khi tình trạng nội khoa ổn định.

4. Hội chứng HELLP: chuyển tuyến trên.

IV. THUỐC ĐIỀU TRỊ

1. Magnesium sulfate: dự phòng và chống co giật trong TSG nặng, hc HELLP, sản giật

- Magnesium sulfate có thể tiêm TM, tiêm bắp hoặc truyền TM liên tục
- Liều tấn công: 3- 4,5g MgSO4 15%/50ml dung dịch tiêm TM từ 15- 20ph (tùy thuộc cân nặng, tiền căn sử dụng MgSO4)
- Duy trì 1-2g/ giờ truyền TM. Pha 6g MgSO4 15% vào chai Glucose 5% 500ml truyền TM XXX giọt/phút
- Tiêm bắp gián đoạn: tiêm bắp sâu mỗi giờ 1g hoặc mỗi 4 giờ 5g, thêm Lidocain 2% để giảm đau.
- Bơm tiêm điện: pha 6g MgSO4 15% + 2ml nước cất pha tiêm, bơm tiêm điện 7ml/giờ
- Theo dõi các dấu hiệu: phản xạ gân xương (có), nhịp thở (> 16 lần/ phút), lượng nước tiểu (> 100ml/4 giờ)
- Đo nồng độ Mg huyết thanh khi cần thiết và điều chỉnh liều duy trì để giữ nồng độ Mg 4-7mEq/l (4,8- 8,4mg/dl; 2-3,5mmol/l).
- MgSO4 dùng trước, trong và duy trì tối thiểu 24 giờ sau sinh.
- Nguy cơ: BHSS, giảm giao động nội tại tim thai.
- **Ngộ độc MgSO4**: ngừng MgSO4, cho thuốc đối kháng bằng Calcium gluconate 10% 10ml tiêm TM 1g trong 10 phút, đặt NKQ và thông khí nếu bệnh nhân suy hô hấp, ngưng thở.

2. Thuốc hạ áp:

- Chỉ định:
  - Khi HA tâm thu ≥ 150 mmHg hay
  - HA tâm trương ≥ 100 mmHg
- HA đạt sau điều trị:
  - HA trung bình sau 2 giờ không giảm quá 25% so với HA ban đầu.
  - HA tâm thu ở mức 130- 150 mmHg
  - HA tâm trương ở mức 80- 100mmHg
- Chống chỉ định trong thai kỳ:
  - Nitroprusside
  - Thuốc ức chế men chuyển
- Các loại thuốc hạ HA trong thai kỳ:
  - Labetalol
  - Hydralazie
  - Ức chế Calcium như Nifedipine, Nicardipine.
  - Methyldopa

a. Labetalol:

- Tấn công: bắt đầu 10- 20mg TM, sau đó 20- 80mg mỗi 20- 30 phút, tổng liều tân công để hạ áp < 300mg.

- Duy trì (khi HA ổn định): Labetalol (uống): 100- 200mg × 2-3 lần/ ngày, liều tối đa 1200mg/24 giờ
- CCĐ: suyễn, bệnh lý tim, suy tim.

b. Hydralazine:

- Tiêm TM 5mg Hydralazine / 1-2 phút, sau đó 5-10mg mỗi 20-40 phút hoặc TTM 0,5-10mg/ giờ.
- Nếu tổng liều 30mg không kiểm soát được HA nên chuyển thuốc khác.
- HA sẽ hạ sau 10- 30ph và kéo dài 2-4 giờ.
- Hydralazine được chứng minh có hiệu quả trong phòng xuất huyết não.

c. Nicardipin:

Ống 10mg/10ml pha với 40ml Glucose 5%
Tấn công: 0,5- 1mg (2,5- 5 ml) tiêm TM chậm.
Duy trì bơm tiêm điện 1-3mg/ giờ (5-15ml/ giờ). Nếu không đáp ứng sau 15 phút tăng 2,5mg/ giờ tối đa 15mg/ giờ.

d. Nifedipine:

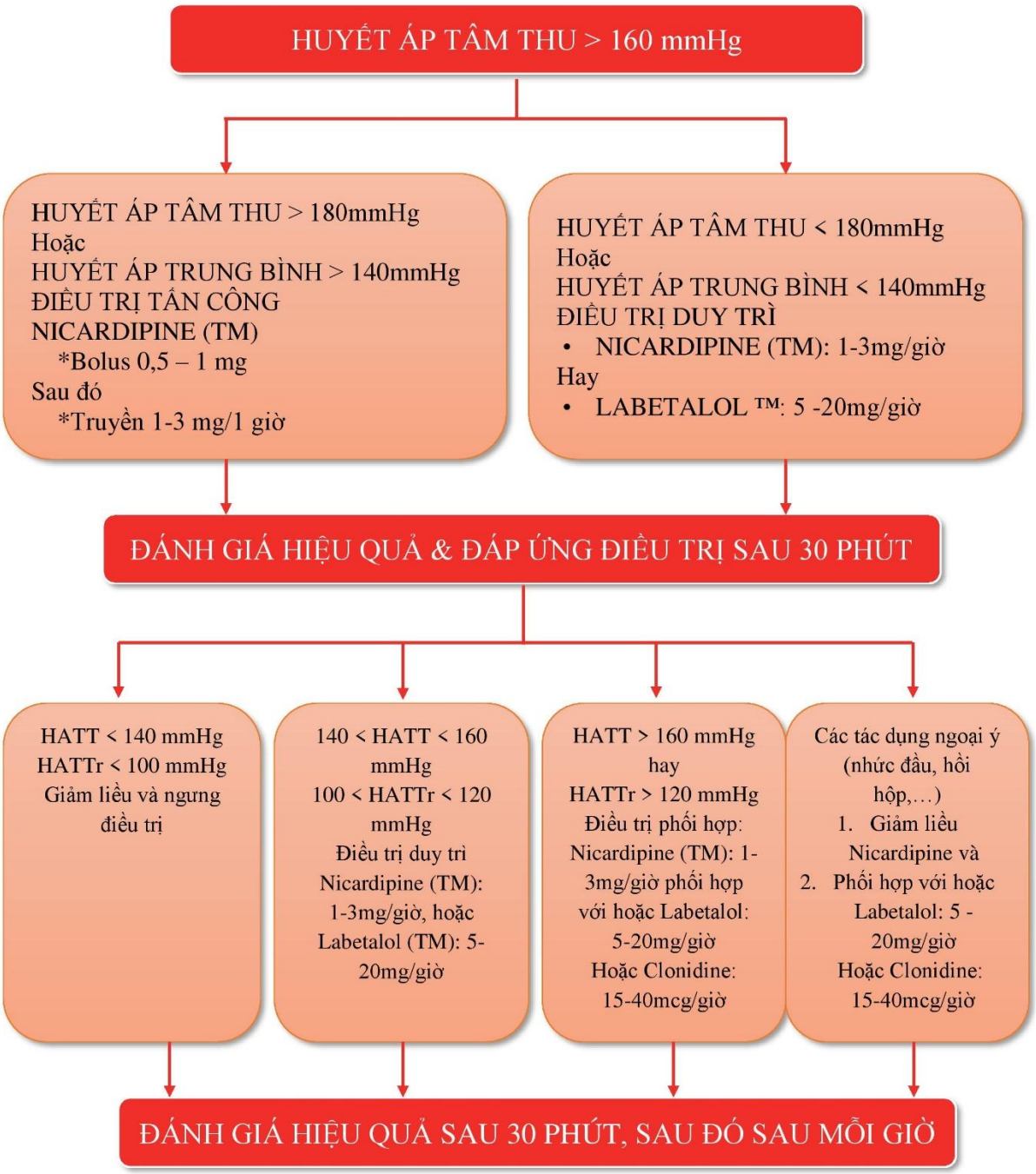
Tấn công: uống 10- 20mg, lặp lại sau 30 phút nếu cần. Sau đó duy trì 10- 20mg mỗi 6-8 giờ.
Duy trì: uống 30- 120 mg/ ngày, viên tác dụng kéo dài
Tác dụng phụ: nhịp tim nhanh, nhức đầu.

e. Methyldopa:

Methyldopa 250mg, uống 1-2 viên/ lần × 2-3 lần/ ngày, liều tối đa 3g/ ngày.

f. Thuốc lợi tiểu:

Chỉ dùng khi có triệu chứng dọa phù phổi cấp và phù phổi cấp.
Furosemic 1 ống x 8 ống - Tiêm TM chậm.
Không dùng dung dịch ưu trương.



V. TIÊN LƯỢNG LÂU DÀI

- Theo dõi HA 12 tuần sau sinh, tư vấn nguy cơ TSG cho các lần có thai sau, cảnh báo nguy cơ bệnh tim mạch trong tương lai.
- Tăng HA tồn tại càng lâu sau sinh, nguy cơ tăng HA mạn càng cao.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

Đái tháo đường thai kỳ là có rối loạn dung nạp đường mới xuất hiện hoặc được ghi nhận lần đầu trong khi mang thai.

I. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Gia đình có người đái tháo đường.
- Đái tháo đường ở thai kỳ trước.
- Tiền căn sinh con to (> 4000 g).
- Tiền căn thai lưu (đặc biệt ở 3 tháng cuối), sinh con dị tật, sinh non.
- Có ≥ 3 lần sẩy thai liên tiếp.

II. SÀNG LỌC

Đối tượng- thời điểm thực hiện

- Ngay lần khám thai đầu tiên cần xếp loại nguy cơ.
- Thai phụ không có yếu tố nguy cơ → tầm soát bằng nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống (OGTT) lúc thai 24-28 tuần.
- Thai phụ có yếu tố nguy cơ hoặc nếu có bất thường đường huyết lúc đói (≥ 92 mg/dl) nên được tầm soát bằng nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống (OGTT) trong 3 tháng đầu thai kỳ. Có thể lập lại ở 24-28 tuần nếu trước đó bình thường.

Xét nghiệm sàng lọc: Test dung nạp glucose đường uống (OGTT):

- Thực hiện 8 giờ sau ăn và chế độ ăn carbohydrate bình thường trong ba ngày trước đó.
  - Đo glucose máu lúc đói.
  - Uống chai Glucose 30% 250ml trong 3-5 phút (không hút thuốc, ăn, hay uống nước ngọt trong khi làm xét nghiệm).
  - Đo glucose máu sau 1 và 2 giờ.
- **Kết quả bình thường**: Glucose máu:
  - Lúc đói: < 92 mg/dL (5,1 mmol/L).
  - Sau 1 giờ: < 180 mg/dL (10 mmol/L).
  - Sau 2 giờ: < 153 mg/dL (8,5 mmol/L).
- ĐTĐ thai kỳ được chẩn đoán nếu có bất kỳ 1 kết quả ≥ giới hạn trên.

III. CHẨN ĐOÁN:

Chủ yếu dựa vào CLS

- **Lâm sàng:**
  - Béo phì (BMI > 27 kg/m2).
  - Ăn nhiều, uống nhiều, lên cân nhiều (> 20 kg).
  - Thai to, đa ối, dư ối, thai lưu.
- **Cận lâm sàng**
  - Đường huyết lúc đói ≥ 126 mg/dl (7 mmol/L); hoặc
  - Đường huyết bất kỳ ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/L); hoặc
  - Test dung nạp glucose đường uống (OGTT): (+).

IV. ĐIỀU TRỊ

- **Nguyên tắc**: tuỳ thuộc vào độ trưởng thành của thai.
- **Mục tiêu điều trị**: Giữ mức đường huyết:
  - Lúc đói: 90 - 95 mg/dl (5 - 5,5 mmol/l).
  - 1 giờ sau ăn: < 140 mg/dl (< 7,8 mmol/l).

- 2 giờ sau ăn: < 120 mg/dl (< 6,7 mmol/l).

1. Thai chưa đủ trưởng thành

a. Điều trị đái tháo đường

• Chế độ ăn tiết chế - tăng cân

BMI (Kg/m2)	Kcal/kg ngày	Tăng cân thai kỳ (kg)
Nhẹ cân < 19,8	36 – 40	14 - 20
Bình thường 19,8 – 26	30	12,5 – 17,5
Dư cân 26,1 – 29	24	7,5 – 12,5
Béo phì > 29	12-18	7,5 – 12,5

- Trong đó:
  - Carbohydrate: cung cấp khoảng 35 – 45 % calories.
  - Protein: cung cấp khoảng 20 – 25 % calories.
  - Mỡ: cung cấp khoảng 40 % calories.

• **Dùng insulin**

- **Chỉ định:**
  - ĐTĐ trước khi có thai.
  - Đường huyết bất kỳ: ≥ 200 mg/dl.
  - Lúc đói khi làm OGTT: ≥ 126 mg/dl.
  - Bất kỳ trị số nào của OGTT: ≥ 200 mg/dl.
  - Chẩn đoán ĐTĐ thai kỳ trước 24 tuần.
- Loại Insulin:
  - Tác dụng nhanh: Regular.
  - Tác dụng trung bình: NPH.
- Liều Insulin:
  - Liều khởi đầu: tùy thuộc tuổi thai:
    - < 18 tuần: 0,7 IU/kg/ngày.
    - 18 – 26 tuần: 0,8 IU/kg/ngày.
    - 26 – 36 tuần: 0,9 IU/kg/ngày.
    - > 36 tuần: 1 IU/kg/ngày.
- Trường hợp nặng có thể tăng 1,5 – 2 IU/kg/ngày.
  - Liều duy trì: phụ thuộc vào đáp ứng của từng người.
  - Kiểm tra thường xuyên đường huyết lúc đói và 2 giờ sau ăn.
  - Chia liều
    - Sáng 2/3 tổng liều trong ngày, trong đó 2/3 NPH, 1/3 Regular.
    - Chiều 1/3 tổng liều trong ngày, trong đó 1/2 NPH, 1/2 Regular.

b. Đánh giá sức khỏe thai

• Siêu âm

- Mỗi 2 tuần từ 24 tuần (phát hiện thai dị tật bẩm sinh, thai to, thai chậm tăng trưởng).

• NST:

- Mỗi tuần từ 32 – 38 tuần.
- 2 – 3 lần / tuần từ 38 – 40 tuần.

• Siêu âm Doppler:

- Mỗi 2 tuần từ 32 – 36 tuần.
- Mỗi tuần từ sau 36 tuần.

Chọn thời điểm chấm dứt thai kỳ:

- ĐTĐ thai kỳ không dùng insulin: NST mỗi tuần từ tuần 32 thai kỳ. CDTK ở 39 – 40 tuần.
- ĐTĐ trước khi có thai – không biến chứng; hoặc ĐTĐ thai kỳ có dùng insulin: NST mỗi tuần từ 32 tuần, NST/ 3 ngày từ tuần thứ 34. CDTK ở 38 tuần. (Có hỗ trợ phổi).
- ĐTĐ trước khi có thai – có biến chứng: chuyển tuyến trên.

Hỗ trợ phổi:

- Hỗ trợ phổi bằng glucocorticoides với kiểm soát đường huyết chặt chẽ và tăng liều Insulin; dùng cho những trường hợp phải CDTK ≤ 36 tuần.

2. Thai đủ trưởng thành

- Chọn cách CDTK: MLT khi trọng lượng thai ≥ 4000g hoặc có chỉ định sản khoa khác. MLT vào buổi sáng, sau cử Insulin sáng.
- ĐTĐ đơn thuần không là chỉ định MLT.

3. Trong chuyển dạ

- Đo đường huyết mỗi 1,5 – 2 giờ.
- Duy trì đường huyết từ 70 – 110 mg/dl.
- Dùng Insulin tác dụng nhanh để điều chỉnh đường huyết:
  - < 70mg/dl: Truyền TM 60 – 100 ml Glucose 5%.
  - > 90 mg/dl: 2 IU Insulin TDD.
  - 110 – 130 mg/dl: 4 IU Insulin TDD.
  - 130 – 150 mg/dl: 6 IU Insulin TDD.
  - > 150 mg/dl: Insulin truyền TM.

4. Hậu sản

- Ngày thứ 2 hậu sản, đo đường huyết trước ăn và 2 giờ sau ăn.
- Cần điều trị ĐTĐ nếu:

- ĐH trước ăn > 110 mg/dl (6,1 mmol/L).
- ĐH 2 giờ sau ăn > 200 mg/dl (11,1 mmol/L).

- Thực hiện OGTT ở tuần 6 – 12 sau sinh (tại chuyên khoa nội tiết).
- Nuôi con bằng sữa mẹ.
- Ngừa thai tích cực: BCS, DCTC, viên thuốc kết hợp hàm lượng thấp.

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

THAI CHẬM TĂNG TRƯỞNG TRONG TỬ CUNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Thai gọi là chậm tăng trưởng trong tử cung (IUGR) khi cân nặng thai dưới bách phân vị (BPV) thứ 10 theo tuổi thai trên siêu âm (ACOG).

II. NGUYÊN NHÂN

- Do mẹ:
  - Bệnh lý nội khoa (bệnh lý thận, tim mạch, nội tiết, huyết học,…).
  - Hội chứng kháng phospholipid.
  - Hút thuốc lá, nghiện rượu, thiếu dinh dưỡng,…
- Do phần phụ của thai: Bệnh lý bánh nhau, dây rốn.
- Do thai: Đa thai, nhiễm trùng bào thai, các rối loạn di truyền,…

Tuy nhiên, nguyên nhân IUGR đôi khi khó xác định và có thể do một hoặc nhiều nguyên nhân.

III. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI

1. **Xác định tuổi thai chính xác:** kinh cuối và/hoặc siêu âm 3 tháng đầu.
2. **Tiêu chuẩn chẩn đoán IUGR:** Chu vi vòng bụng (AC) và/hoặc ước lượng cân nặng thai < BPV 10^{th} theo tuổi thai.

Nếu đủ tiêu chuẩn chẩn đoán theo siêu âm, thai phụ sẽ được theo dõi chu vi vòng bụng và trọng lượng thai bằng biểu đồ Hardlok.

3. **Siêu âm Doppler:**

- Đánh giá chức năng bánh nhau: Doppler ĐM rốn và ĐM tử cung.
- Đánh giá tình trạng sức khỏe thai: Doppler ĐM não giữa và ống TM.

Phân loại IUGR theo ACOG 2014:

- Độ O: Cân nặng và/hoặc AC < BPV 10th, Doppler ĐM rốn và ĐM não giữa bình thường.
- Độ I: Cân nặng và/ hoặc AC < BPV 10th và Doppler ĐM rốn hoặc ĐM não giữa bất thường.
- Độ II: Cân nặng và/hoặc AC < BPV 10th và mất sóng tâm trương hoặc đảo ngược sóng tâm trương ĐM rốn.
- Độ III: Cân nặng và/hoặc AC < BPV 10th và bất thường ống tĩnh mạch.

Phân loại IUGR theo tuổi thai tại thời điểm chẩn đoán

- Rất sớm tuổi thai ≤ 29 tuần.
- Sớm 29 tuần < tuổi thai ≤ 34 tuần.
- Muộn tuổi thai > 34 tuần.

IV. XỬ TRÍ

1. Mục tiêu: chấm dứt thai kỳ đúng thời điểm.
2. Thời điểm chấm dứt: khi nguy cơ thai chết trong tử cung lớn hơn nguy cơ chết sau sinh.
3. Nguyên tắc xử trí: tùy thuộc vào tuổi thai ở thời điểm chẩn đoán và mức độ chậm tăng trưởng, tham vấn cho bệnh nhân, chuyển tuyến

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

THIỂU ỐI

I. ĐỊNH NGHĨA

Thiểu ối là tình trạng dịch ối ít hơn so với tuổi thai tương ứng và được chẩn đoán qua siêu âm.

Thiểu ối nguồn gốc do thai chỉ xuất hiện sau 17 – 20 tuần.

II. NGUYÊN NHÂN

- **Do mẹ**
  - Bệnh lý nội khoa hoặc sản khoa ảnh hưởng tuần hoàn nhau thai (động kinh, tăng huyết áp mạn tính, bệnh lý collagen mạch máu, bệnh lý thận, rối loạn đông máu…).
  - Thuốc (thuốc ức chế men chuyển, thuốc ức chế tổng hợp prostaglandin, trastuzumab…).
- **Nhau**
  - Nhau bong non
  - Truyền máu song thai (song thai đa ối – thiểu ối)
  - Nhồi máu hoặc thuyên tắc nhau
- **Thai**
  - Bất thường nhiễm sắc thể
  - Bất thường bẩm sinh, đặc biệt rối loạn đường tiết niệu.
  - Thai chậm tăng trưởng
  - Thai lưu
  - Thai quá ngày
  - Ối vỡ sớm, ối vỡ non

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Bề cao tử cung nhỏ hơn tuổi thai
- Nếu có dấu hiệu ối rỉ, ối vỡ (xem bài Ối vỡ)

2. Cận lâm sàng

- Siêu âm
  - Lượng ối:
    - AFI ≤ 5cm hoặc xoang ối lớn nhất (XOLN) ≤ 2 cm. Đối với song thai, khoang ối dọc ≤ 2 cm được xem là thiểu ối.
    - XOLN ≤ 1 cm: thiểu ối nặng
  - Bất thường thai và phần phụ thai:
  - Siêu âm Doppler màu: nghi ngờ thai chậm tăng trưởng trong tử cung từ tuần 20 trở lên.
- Nitrazine test
- XN máu mẹ: TORCH…
- XN thai: karyotype thai, TORCH…

IV. XỬ TRÍ

1. Ba tháng đầu

- Tư vấn nguy cơ thai chết lưu
- Chuyển tuyến khám tiền sản.

2. Ba tháng giữa

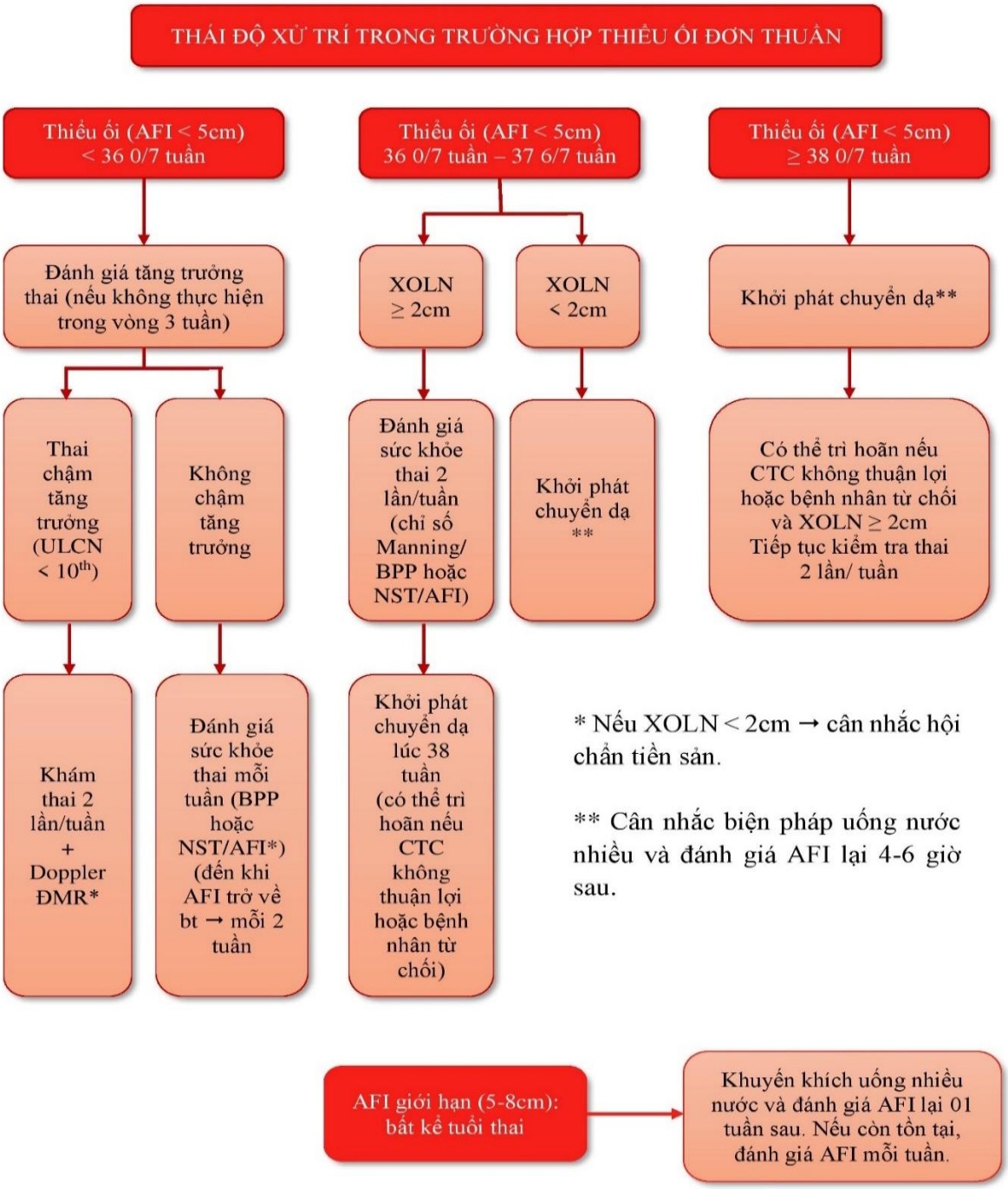
- Tư vấn tình trạng thai
- Hỗ trợ siêu âm hình thái học thai nhi

- Xử trí dựa vào kết quả xét nghiệm mẹ và thai nhi
- Chuyển tuyến nếu cần.

3. Ba tháng cuối

- Tư vấn tình trạng thai
- Tùy theo tình trạng thai, ối… sẽ cho nhập viện hay tư vấn tiền sản.
- Nhắc bệnh nhân theo dõi cử động thai, NST 1-2 lần/ tuần
- < 37 tuần: chuyển tuyến trên
- Thai ≥ 37 tuần: sanh ngả âm đạo hoặc mổ lấy thai tùy tình trạng sức khỏe thai nhi và mẹ.
- Hỗ trợ phổi cho thai:

- Thường quy 28 – 34 tuần
- Cân nhắc trong trường hợp thai 26 -28 tuần.



V. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

ỐI VỠ NON

I. CHẨN ĐOÁN

BN khai có ra nước ÂĐ: dịch đục, lợn cợn, trong, vàng hay xanh sậm hoặc, ướt băng vệ sinh.

- Khám mỏ vịt:
  - Dịch chảy ra từ lổ cổ TC (đặc biệt khi BN ho hoặc rặn...)
  - Lấy dịch thử: Nitrazine's Test, Chứng nghiệm kết tinh hình lá dương xỉ, XN tìm thấy Tế bào cam.
- TPTTBM: đánh giá sự gia tăng bạch cầu mỗi 6 giờ sau khi ối vỡ
  - ❖ **Chẩn đoán nhiễm trùng ối:** sốt, mạch mẹ > 100l/ph, tim thai > 160l/ph, TC mềm đau, sản dịch hôi, BC > 15000, CRP >20mg/l.
  - ❖ **Chỉ khám âm đạo bằng tay khi có chỉ định chấm dứt thai kỳ**

II. ĐIỀU TRỊ

Chú ý:

- Nguy cơ nhiễm trùng ối/nhiễm trùng nội mạc TC
- Nguy cơ nhiễm trùng sơ sinh

Xử trí tùy thuộc tuổi thai, và tình trạng nhiễm khuẩn

1. **Thai chưa đủ trưởng thành: chuyển tuyến**
2. **Thai đủ trưởng thành (≥ 36 tuần)**

- Khởi phát chuyển dạ (xem Hướng dẫn Khởi phát chuyển dạ)
  - **Ưu tiên: dùng OXYTOCIN**
- Kháng sinh dự phòng lây truyền GBS trong chuyển dạ: khi ối vỡ đến 18 giờ
  - **AUGMENTIN 1g (TMC) mỗi 8 giờ.**
- Khởi phát chuyển dạ thất bại nếu sau 18 giờ không vào chuyển dạ tích cực.
- **Trong khi khởi phát chuyển dạ, nên hạn chế khám âm đạo bằng tay**

3. **Hậu sản:**

- Theo dõi và tìm kiếm các dấu hiệu của tình trạng nhiễm trùng (Mạch, Nhiệt độ, Tổng phân tích tế bào máu, CRP...)
- Điều trị các nhiễm trùng hậu sản (xem phác đồ "Nhiễm trùng hậu sản")

III. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

NHAU TIỀN ĐẠO – NHAU CÀI RĂNG LƯỢC

I. ĐỊNH NGHĨA

Nhau tiền đạo là bánh nhau không bám ở đáy TC mà một phần hay toàn bộ bánh nhau bám ở vùng đoạn dưới TC & CTC, làm cản trở đường đi của thai nhi khi chuyển dạ.

Có 4 loại NTĐ:

1. **Nhau bám thấp:** bờ bánh nhau bám ở đoạn dưới TC, chưa đến lỗ trong CTC
2. **Nhau bám mép:** bờ bánh nhau bám đến bờ lỗ trong CTC
3. **NTĐ bán trung tâm:** bánh nhau che kín một phần lỗ trong CTC
4. **NTĐ trung tâm:** bánh nahu che kín hoàn toàn lỗ trong CTC

II. CHẨN ĐOÁN

- Bệnh nhân nhập viện vì ra huyết ÂĐ hay phát hiện nhau tiền đạo (qua SÂ).
- **Bệnh sử**: có thể có ra huyết ÂĐ một hay nhiều lần trước đó. Huyết ÂĐ thường ra đột ngột, máu đỏ tươi không kèm với đau trằn bụng.
- **Khám thực thể**:

- BN trong tình trạng choáng vì ra máu nhiều → xử trí theo phác đồ nhau tiền đạo ra máu ÂĐ nhiều.
- BN có tình trạng huyết động học ổn định
  - Đánh giá tổng trạng, tình trạng niêm mạc
  - Đánh giá tình trạng thai nhi (độ trưởng thành, sức khoẻ...)
  - Đánh giá lượng máu mất
- Cần phân biệt với:
  - Doạ sanh non
  - Tổn thương tại cổ TC

- **Xét nghiệm**: CTM, Hct, Hb, nhóm máu
- **Siêu âm**: xác định vị trí nhau bám:

- Trong trường hợp đang ra máu âm đạo/thai giúp củng cố chẩn đoán (nhắc BN nhịn tiểu)
- Khi khám thai siêu âm thường quy ghi nhận nhau bám thấp từ tam cá nguyệt II (giảm dần tỷ lệ theo tuổi thai). Thai phụ cần được đánh giá + dặn dò + theo dõi.
- Khi siêu âm từ 3 tháng cuối thai kỳ.

❖ Lưu ý: cần tư vấn cho thai phụ và thân nhân về nguy cơ của nhau tiền đạo cho thai phụ (chảy máu tự nhiên, khi chuyển dạ, khi mổ sinh), nguy cơ rối loạn đông máu khi mất máu nhiều, truyền máu số lượng lớn. Ngay cả khả năng phải cắt tử cung dù tỷ lệ rất thấp. Nguy cơ cho thai nhi (non tháng, thiếu máu, suy trường diễn)

"KHÔNG ĐƯỢC KHÁM ÂM ĐẠO BẰNG TAY TẠI KHOA PHÒNG"

III. ĐIỀU TRỊ NHAU TIỀN ĐẠO KHÔNG RA HUYẾT NHIỀU (tham khảo, nên chuyển tuyến)

Đánh giá độ trưởng thành của thai, lượng máu mất và vị trí bánh nhau

1. **Thai non tháng (< 36 tuần): chuyển tuyến trên**
2. **Thai đủ trưởng thành: Chấm dứt thai kỳ**

- Nhau tiền đạo bán trung tâm/trung tâm (type 3-4/SÂ): chuyển tuyến trên

- Nhau bám thấp/mép (type 1-2/SÂ): Cân nhắc giữa mổ lấy thai với khả năng theo dõi sinh ngã âm đạo (tia ối khi vào chuyển dạ), nếu cần thiết phải dự trì máu.

IV. ĐIỀU TRỊ NHAU TIỀN ĐẠO RA MÁU NHIỀU

1. Bệnh cảnh lâm sàng

- Ra huyết ÂĐ nhiều
- Hội chứng trụy tim mạch có thể có
- Có thể đã biết nhau tiền đạo (qua SÂ trước đó)

2. Điều trị cấp cứu

- Thở oxygen liên tục (6-8 l/p)
- Xử trí shock mất máu:
  - Thiết lập 1-2 đường truyền (catheter)
  - Truyền dung dịch NaCl 0.9% hay Lactated Ringer's tốc độ tối đa
  - Dung dịch keo (Gelafundin, Heasteril…) có thể sử dụng (không phải là lựa chọn đầu tay)
- **Chuyển tuyến ngay lập tức.**

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

CHUYỂN DẠ SINH NON

I. ĐỊNH NGHĨA – PHÂN LOẠI

- Sinh non là khi trẻ được sinh ra ở tuổi thai từ hết 22 tuần đến trước 37 tuần.
- Phân loại theo WHO 2014:

- Sinh cực non: < 28 tuần
- Sinh rất non: từ 28 - < 32 tuần
- Sinh non trung bình: từ 32 – 33 tuần 6 ngày
- Sinh non muộn: từ 34 – 36 tuần 6 ngày
- Thai gần đủ tháng: từ 37 – 38 tuần 6 ngày
- Thai đủ tháng: từ 39 – 41 tuần

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Tiền căn sinh non.
- Tuổi mẹ < 17 hay > 35.
- Tình trạng kinh tế xã hội thấp.
- Suy dinh dưỡng (BMI < 18,6).
- Hút thuốc, uống rượu.
- Đa thai, chuyển nhiều phôi trong thụ tinh ống nghiệm.
- Tử cung dị dạng.
- Viêm cổ tử cung.
- Hở eo tử cung, chiều dài kênh cổ tử cung ngắn…

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Có 4 cơn gò tử cung trong 20 phút hay 8 cơn trong 60 phút, cơn gò sờ thấy được và gây đau.
- CTC mở 2cm hoặc xóa trên 80%.
- Có sự thay đổi ở CTC được nhận định bởi một người khám trong nhiều lần khám liên tiếp.
- Các dấu hiệu khác: ra nhớt hồng hoặc dịch nhầy CTC, đau thắt lưng, trằn nặng bụng.

2. Cận lâm sàng

- CTG: Theo dõi tim thai, cơn gò TC.
- SA ngả âm đạo đo chiều dài kênh CTC (< 25 mm).

IV. XỬ TRÍ

1. Dự phòng

- Xác định nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao.
- Hướng dẫn sản phụ các yếu tố nguy cơ.
- Chế độ ăn uống hợp lý, đầy đủ dinh dưỡng.
- Không hút thuốc uống rượu, nghỉ ngơi nhiều, giảm vận động nặng.
- Hạn chế số lượng phôi chuyển ở những phụ nữ có hỗ trợ sinh sản nhằm hạn chế đa thai.
- Tầm soát và điều trị viêm CTC ở tuổi thai từ 24 – 28 tuần.
- Khâu vòng CTC hoặc dùng Pessary CTC dự phòng hoặc nếu có hở eo tử cung.

a. Đặt vòng Pessary âm đạo dự phòng sẩy thai to, sinh non

- **Chỉ định:**

- Khi có chỉ định khâu vòng CTC nhưng không thỏa điều kiện khâu (nhau tiền đạo không chảy máu, thai phụ từ chối thủ thuật, thai > 20 tuần).

• **Chống chỉ định**

- Viêm nhiễm sinh dục tiến triển
- Đang ra huyết AĐ
- Có dấu hiệu chuyển dạ: ối rỉ hoặc vỡ, CTC đã xóa mở 3cm, có cơn gò đều đặn 2 cơn / 10 phút, đầu ối sa vào AĐ.

• **Thời điểm đặt**

- Từ 14 – 32 tuần.
- Hoặc 2 tuần trước thời điểm sẩy thai to hoặc sinh non lần trước.

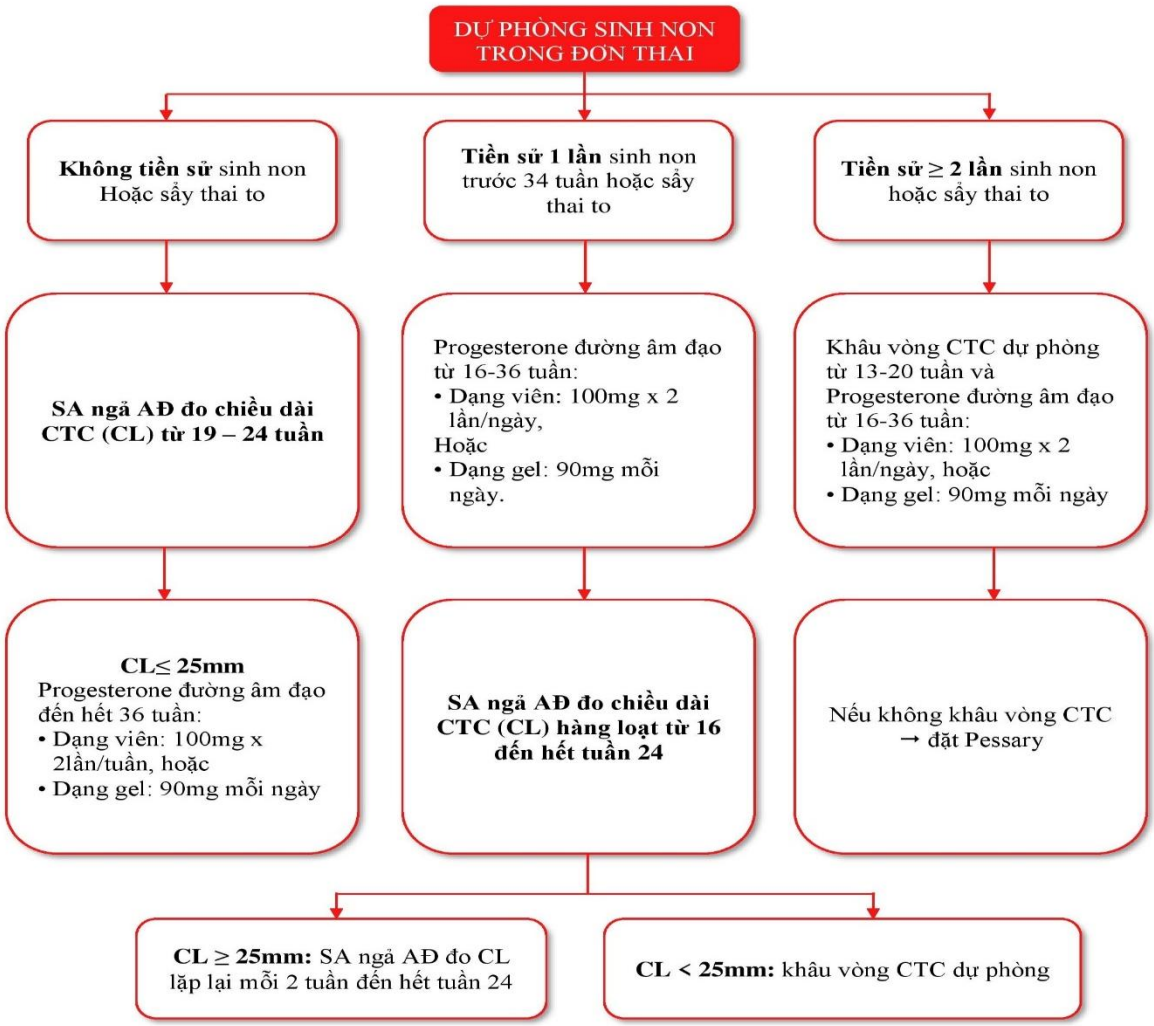
• **Biến chứng**

- Tiêu / tiểu khó
- Đau cộm trong âm đạo
- Viêm âm đạo
- Xuất huyết âm đạo do viêm trợt, xói mòn.

• **Theo dõi**

- Không cần kháng sinh dự phòng
- Khám thai định kỳ: kiểm tra tình trạng tiêu / tiểu, khám MV kiểm tra viêm nhiễm sinh dục, ra huyết âm đạo, vị trí vòng Pessary.
- Lấy vòng Pessary: sau 37 tuần hoặc khi chuyển dạ, ối rỉ / vỡ.
- Sử dụng tiếp progesterone đến hết 36 tuần.

b. Lưu đồ dự phòng sinh non



2. Điều trị

a. Mục tiêu điều trị

- Cho phép can thiệp kịp thời các trường hợp sinh non (giảm bệnh suất và tử suất cho thai nhi).
- Đảm bảo an toàn cho mẹ và thai nhi.
- Hạn chế nhập viện các thai kỳ không có nguy cơ sinh non cao.
- Có thời gian dùng đủ liều corticosteroids cho tuổi thai từ 26 – 34 tuần.

b. Nguyên tắc điều trị

- Hướng dẫn sản phụ nằm nghỉ ngơi tuyệt đối, không kích thích đầu vú và tránh giao hợp.
- Ăn uống hợp lý đầy đủ dinh dưỡng. Ăn nhiều trái cây, rau xanh, ngũ cốc để tránh táo bón.
- Dùng thuốc cắt cơn gò trong vòng 48 giờ, cố gắng trì hoãn cuộc sinh ít nhất 24 giờ.
- Không phối hợp nhiều loại thuốc cắt cơn gò cùng lúc.
- Không điều trị dọa sinh non cho thai từ 36 tuần trở lên.
- Hỗ trợ phổi thai bằng corticosteroids.
- Phối hợp với BS sơ sinh chuẩn bị phương tiện hồi sức và chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng.

c. Điều trị cắt cơn gò bằng thuốc

- **Chống chỉ định tuyệt đối**

- Nguy cơ cho mẹ và thai do kéo dài thai kỳ hay nguy cơ do thuốc cao hơn nguy cơ sinh non.
- Thai chết trong tử cung.
- Thai dị tật bẩm sinh nặng.
- Thai suy cấp.
- Tiền sản giật nặng hay sản giật.
- Nhiễm trùng ối.

• **Chống chỉ định tương đối**

- Xuất huyết trước sinh nhiều (cân nhắc trong nhau tiền đạo).
- Thai suy dinh dưỡng nặng trong tử cung.
- Đái tháo đường phụ thuộc insulin (có thể dùng Atosiban).
- Đa thai (tăng thể tích huyết tương, cường aldosterone) nguy cơ thuốc tác động nặng lên tim mạch, phù phổi cấp nên không sử dụng Nifedipine và Salbutamol.
- Ối vỡ non

Thuốc	Chống chỉ định	Liều dùng	Tác dụng phụ	Theo dõi
Nifedipine	HA mẹ <90/50mmHg, bệnh tim (thiếu máu cơ tim, suy thất trái), rối loạn chức năng gan, bệnh lý thận, đang dùng thuốc hạ áp khác.	Liều tấn công: uống 30mg (không sử dụng viên tác dụng kéo dài) hiệu quả tác dụng giảm gò sau 30 -60 phút. Sau đó, 10-20mg mỗi 4-6 giờ trong 24-48 giờ (ACOG 2012).	Hạ huyết áp đặc biệt ở BN tăng huyết áp gây thiếu oxy cho thai nhi. Nhịp tim nhanh, đánh trống ngực. Nóng bừng mạt, nhức đầu, chóng mặt. Buồn nôn. Thai suy.	Theo dõi M, HA mẹ sau dùng thuốc mỗi 30 phút trong giờ đầu và 30 phút sau mỗi liều kế tiếp. Theo dõi tim thai – cơn gò trên Monitor trong 1 giờ sau liều đầu và mỗi 6 giờ trong thời gian điều trị.
Salbutamol	Mẹ hoặc thai bị bệnh tim nặng, mẹ bị tiểu đường đang điều trị insulin, bệnh tuyến giáp, dị ứng thuốc. Song thai, đa thai	Truyền TM 5mg/5ml pha trong Glucose 5% (nồng độ 10mcg/ml). TTM: 60ml/g (20 giọt/phút, 10mcg/phút), tăng thêm 20ml/g (7 giọt/phút, 3,3mcg/phút) mỗi 30 phút đến khi hết cơn gò hoặc nhịp tim mẹ ≥ 120 nhịp / phút hoặc tốc độ truyền tối đa 180ml/g (60 giọt/phút, 30mcg/phút). Dùng bơm tiêm điện: Pha Salbutamol 5mg/5ml trong 95ml NaCl 0.9% (dd	Mẹ: tăng nhịp tim, hạ HA, run hoặc phù phổi cấp (3%), tăng đường huyết và hạ kali máu. Thai: TT nhanh, hạ đường huyết và Kali huyết.	Theo dõi M, HA mỗi 15 phút trong giờ đầu sau đó mỗi 4 giờ. XN ure, điện giải, HCT mỗi 24 giờ. Đo đường huyết mỗi 4 giờ. Theo dõi tim thai – cơn gò trên monitor trong 1 giờ

		50mcg/ml Salbutamol). BTĐ 12ml/g (10mcg/phút). Tăng 4ml/g (3,3mcg/phút) mỗi 30 phút cho đến khi hết cơn gò hoặc nhịp tim mẹ ≥ 120 nhịp/phút hoặc tốc độ truyền tối đa 36ml/g (30mcg/phút).		đầu và mỗi 6 giờ trong thời gian điều trị.
Atosiban	Mẹ dị ứng với các thành phần của thuốc	Bước 1: Liều tấn công: lọ 1 (37,5mg/5ml) lấy 6,75mg Atosiban (0,9ml) pha 10ml Ringer Lactate tiêm TMC > 1 phút (còn 4,1ml). Bước 2: Liều duy trì: lọ 1 còn 30,75mg (4,1ml) Atosiban pha 36,9ml Ringer Lactate, truyền bơm tiêm điện 24ml/giờ. Sau đó pha lọ 2 (37,5mg/5ml) trong 45ml Ringer Lactate truyền BTĐ 24ml/giờ trong 3 giờ đầu. Bước 3: Lọ 2 còn 19ml ở bước 2 truyền BTĐ 8ml/giờ. Từ lọ 3: pha với 45ml Ringer Lactate được 50ml dung dịch truyền với tốc độ 8ml/giờ. Thời gian dùng thuốc tối đa là 45 giờ.	Thường nhẹ: buồn nôn, nhức đầu, chóng mặt, bừng nóng, nôn, nhịp tim nhanh, phản ứng dị ứng thuốc.	Theo dõi tim thai – cơn gò trên Monitor trong 1 giờ đầu điều trị.

3. Dùng corticosteroid

- Chỉ định: tuổi thai từ 26 – 34 tuần. Dùng thuốc 1 đợt duy nhất.
  - Thường quy cho thai 28 – 34 tuần.
  - Thai 26 – 28 tuần: cân nhắc tùy trường hợp.
- Chống chỉ định sử dụng corticosteroids: không thể trì hoãn hoặc không nên trì hoãn chuyển dạ trong 48 giờ hay tuổi thai > 34 tuần hay tỷ lệ Leucithin / Sphingomyelin > 2.
  - Betamethasone 12mg TB 2 liều cách nhau 24 giờ.
  - Hoặc Dexamethasone 6mg TB 4 liều cách nhau 12 giờ.

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Khởi phát chuyển dạ (KPCD) là gây cơn co tử cung trước khi bắt đầu chuyển dạ tự nhiên bằng các phương tiện nội khoa và / hoặc ngoại khoa nhằm mục đích gây chuyển dạ.
- KPCD thành công:
  - Điểm Bishop tăng ≥ 3 điểm sau KPCD (12 giờ).
  - Sinh ngả âm đạo trong vòng 24 – 48 giờ.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

KPCD được chỉ định khi lợi ích đối với mẹ và / hoặc đối với thai nhi nếu được sinh ra thì lớn hơn các nguy cơ tiềm tàng của việc kéo dài thai kỳ.

1. Chỉ định

- Tăng huyết áp thai kỳ, sản giật, tiền sản giật.
- ĐTĐ thai kỳ.
- Bệnh lý mẹ (ĐTĐ, THA mạn, bệnh lý thận, hội chứng kháng Phospholipid, bệnh lý tim, bệnh lý phổi nặng).
- Thai quá ngày dự sinh và thai quá ngày (≥ 41 tuần).
- Thiểu ối
- Thai chậm tăng trưởng trong tử cung.
- Thai chết lưu trong tử cung.
- Thai dị tật bẩm sinh.
- Ối vỡ non
- Song thai ngôi 1 ngôi đầu.

2. Chống chỉ định

- Tiền căn mổ dọc thân tử cung, mổ bóc UXTC, vỡ TC, xén góc TC.
- Nhau tiền đạo hoặc mạch máu tiền đạo (nhau tiền đạo type II – III: cân nhắc tùy trường hợp đối với nhóm thai không có khả năng nuôi sống).
- Sa dây rốn.
- Herpes sinh dục, mụn cóc sinh dục đang tiến triển.
- Ung thư CTC.
- Bất tương xứng giữa thai và khung chậu.
- Ngôi bất thường: ngôi ngang, ngôi mông.
- CTG nhóm 3, CTG nhóm 2 lặp lại.

III. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KPCD

- Bước 1: xác định tuổi thai
- Bước 2: đánh giá sức khỏe thai
- Bước 3: đánh giá chỉ định và chống chỉ định sinh ngả âm đạo.
- Bước 4: đánh giá chỉ số Bishop.

Đánh giá	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Độ mở CTC (cm)	0	1-2	3-4	5-6
Độ xóa CTC (%)	0 – 30	40 – 50	60 – 70	80
Độ lọt của thai	-3	-2	-1 đến 0	+1 đến +2
Mật độ CTC	Chắc	Vừa	Mềm	
Hướng CTC	Sau	Trung gian	Trước	

Dựa vào chỉ số Bishop để lựa chọn biện pháp KPCD:

- Bishop < 5 (CTC không thuận lợi): CTC không thuận lợi, cần làm chín muồi CTC trước khi KPCD: Prostaglandin, Foley, CRB, lóc ối, luminaria.
- Bishop ≥ 5 (CTC thuận lợi): Oxytocin hoặc Oxytocin kết hợp bấm ối.

IV. CÁC PHƯƠNG PHÁP KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ

1. Phương pháp cơ học

- Kích thích núm vú
- Lóc ối (thai > 39 tuần)
- Nong cơ học: thông Foley
- Bấm ối.

2. Phương pháp hóa học bằng Oxytocin:

- Phác đồ "liều thấp": liều khởi đầu thấp, tăng liều chậm, liều tối đa 30mIU/min.
- Cách sử dụng oxytocin: sử dụng bơm tiêm điện.

- Phác đồ liều thấp: pha 5 đơn vị Oxytocin trong 49ml Glucose 5%
  - Khởi đầu 0,5 - 2 mIU/phút (0,3 – 1,2ml/giờ)
  - Tăng liều 1-2 mIU/phút (0,6-1,2ml/giờ)
  - Liều tối ưu 8-12 mIU/phút (4,8 – 7,2ml/giờ)
  - Tối đa: 30 mIU/phút (18ml/giờ)
  - Khoảng cách tăng liều: mỗi 15-30 phút.

- Thời gian theo dõi từ 12 – 24 giờ tính từ khi đạt 3 cơn gò / 10 phút. Gọi là thất bại khi sau 12 – 24 giờ mà không đạt được 3 cơn gò/10 phút hoặc CTC không thay đổi – Bishop không tiến triển.
- Tác dụng ngoại ý:

- Cơn gò cường tính, có thể gây vỡ tử cung.
- Ảnh hưởng tim thai
- Ngộ độc nước.
- Ảnh hưởng tim mạch: tụt huyết áp, giảm tưới máu động mạch vành, ngưng tim.

V. CHỌN LỰA CÁC PHƯƠNG PHÁP KPCD TRÊN MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT

- Trường hợp có VMC: không áp dụng cho Bệnh viện tuyến quận
- Ối vỡ ≥ 12 giờ, thai ≥ 34 tuần, chưa vào chuyển dạ: KPCD bằng Oxytocin, đánh giá thành công sau 12 giờ.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

NGHIỆM PHÁP LỌT NGÔI CHỎM

Nghiệm pháp lọt ngôi chỏm là phương pháp đánh giá cuộc sinh khi khung chậu giới hạn, trọng lượng thai nhi bình thường hoặc khi khung chậu bình thường nhưng thai nhi lại khá to, nhằm đưa đếm quyết định là thai nhi có thể sinh được qua đường âm đạo hay phải phẫu thuật lấy thai.

I. CHỈ ĐỊNH

- Khung chậu giới hạn, thai bình thường.
- Khung chậu bình thường, thai to.
- Khung chậu hẹp, thai nhỏ.

II. ĐIỀU KIỆN

- Phải là ngôi chỏm.
- Có chuyển dạ thật sự.
- CTC xóa và mở ≥ 4cm.
- Cơn co TC tốt (4-5 cơn co/10 phút). Nếu cơn co không tốt phải tăng co bằng Oxytocin, nhỏ giọt tĩnh mạch.
- Phải theo dõi cẩn thận để phát hiện kịp thời những biến chứng xảy ra trong khi làm nghiệm pháp lọt như sa dây rốn, thai suy, cơn co TC dồn dập (> 5 cơn co/10 phút), dọa vỡ TC.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thai suy
- Các ngôi không phải là ngôi chỏm
- Có sẹo mổ cũ ở tử cung

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bước 1: Sản phụ nằm ở tư thế sản khoa.
- Bước 2: Khám đánh giá tình trạng tim thai, cơn co tử cung, ngôi thai.
- Bước 3: Bấm ối khi có cơn co tử cung và xé rộng màng ối để cho ngôi tì vào CTC. Nếu ngôi thai còn cao, phải đề phòng sa dây rốn.
- Bước 4: Ghi rõ giờ bắt đầu bấm ối và diễn biến của tim thai, cơn co tử cung, ngôi thai.

V. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

- Phẫu thuật cấp cứu lấy thai ngay trong các trường hợp:
  - Cơn co tử cung dồn dập, liên tục dù đã ngưng Oxytocin và cho thuốc giảm co.
  - Thai suy
  - Sa dây rốn.
  - Sau 2 giờ làm nghiệm pháp, CTC không mở thêm hoặc rắn hơn hoặc phù nề; ngôi thai vẫn cao, không lọt và bắt đầu có bướu huyết thanh.
- Theo dõi thêm chuyển dạ nếu sau 2 giờ làm nghiệm pháp lọt mà cổ tử cung mở thêm từ 2cm trở lên, tim thai trong giới hạn bình thường, ngôi thai xuống sâu hơn trong tiểu khung, có thể quyết định cho theo dõi thêm; khi CTC mở hết đầu lọt thấp, có thể cho sản phụ sinh thường hay sinh giúp bằng dụng cụ.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

SINH KHÓ DO VAI

Sinh khó do vai là sau khi đầu sổ, vai trước của thai không thể vượt qua bờ dưới xương vệ hoặc cần phải can thiệp thủ thuật để đưa vai vượt qua bờ dưới xương vệ, được chẩn đoán khi vai không thể sổ sau khi đầu đã sổ.

Trường hợp kẹt vai, cằm của thai bị đè ép vào tầng sinh môn. Đây là một cấp cứu sản khoa, thai có thể chết nếu không được sinh ra do chèn ép dây rốn.

I. THỦ THUẬT

Các thủ thuật chính giúp cho việc sổ thai dễ hơn, thuận tiện hơn

- **Thủ thuật McRoberts**: gập đùi sản phụ tối đa vào bụng sản phụ, giúp làm mở rộng khung chậu, làm phồng bớt mỏm nhô. Nếu không thành công, hỗ trợ thêm đè ép lên phần dưới bụng và kéo nhẹ nhàng đầu thai ra. Kỹ thuật này giúp thành công trong 42% trường hợp.
- **Thủ thuật Rubin I**: Đè ép trên xương vệ.
- **Thủ thuật Rubin II**: Đè ép phía sau của vai trước, giúp đưa trục vai thai theo vị trí đường kính chéo và một thai hướng về phía âm đạo.
- **Thủ thuật xoay Woods**: giúp đưa vai trước thành vai sau, đôi khi làm ngược với thủ thuật Rubin II.
- **Thủ thuật Jacquemier hay Barnum**: sinh vai sau trước, tìm cẳng tay và cánh tay trong âm đạo và kéo nhẹ nhàng ra khỏi âm đạo.
- **Bẻ xương đòn**: giúp giảm đường kính vai.
- **Thủ thuật Gaskin**: Xoay thai theo nhiều hướng.

II. XỬ TRÍ

Các bước chính

- Kêu gọi sự hỗ trợ của BS sản khoa, nữ hộ sinh, BS gây mê hồi sức với BS sơ sinh.
- Cắt rộng TSM.
- Gập chân.
- Kéo nhẹ đầu thai.
- Đè ép trên xương vệ.
- Các thủ thuật trong âm đạo.
- Sổ vai sau trước.
- Xoay thai theo nhiều hướng.

III. BIẾN CHỨNG

Tổn thương cho mẹ

- Tổn thương đường sinh dục, trực tràng.
- Gãy khớp xương vệ.
- Băng huyết sau sinh

Tổn thương cho con

- Liệt đám rối thần kinh cánh tay do các dây thần kinh bị kéo căng.
- Gãy xương đòn.
- Ngạt nặng.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

SỬ DỤNG OXYTOCIN TRONG CHUYỂN DẠ

Thuốc Oxytocin là thuốc gây co bóp tử cung cả về tần số và cường độ.

I. CHỈ ĐỊNH

- Sử dụng Oxytocin để gây cơn co tử cung trong trường hợp khởi phát chuyển dạ hoặc đã chuyển dạ nhưng cơn co thưa, yếu.
- Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ.
- Đề phòng và xử trí băng huyết sau sinh.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Bất tương xứng đầu – chậu.
- Ngôi không có chỉ định sinh đường âm đạo.
- Nhau tiền đạo trung tâm.
- Nhau bong non thể nặng.
- Suy thai cấp.
- Không có phòng phẫu thuật, phẫu thuật viên và phương tiện phẫu thuật.
- Mẹ bị bệnh lý tim mạch gây rối loạn cung lượng tim.

2. Chống chỉ định tương đối

- Vết mổ cũ lấy thai.
- Đa thai, đa ối.

III. CÁCH DÙNG

1. Trước sinh

Cách thực hiện

- Bơm tiêm điện có điều khiển tốc độ truyền là cách sử dụng tốt nhất với liều ban đầu là 4mIU/phút. Hoặc có thể:
- Truyền tĩnh mạch dung dịch Glucose 5% 500ml nhỏ giọt tĩnh mạch với tốc độ VIII giọt/phút.
  - **Pha Oxytocin 5 đơn vị (1 ống) vào chai Glucose 5% đang TTM VIII giọt/phút.**
  - Lắc đều chai Glucose 5% đã có Oxytocin cho thuốc pha đều.
- Theo dõi sát chuyển dạ bằng monitor sản khoa, đặc biệt theo dõi tim thai và cơn gò TC.
- Phải ghi diễn tiến chuyển dạ trên biểu đồ chuyển dạ.

Theo dõi

- Theo dõi trong 20-30 phút, nếu cơn gò chưa đạt 3 cơn gò/10 phút (khởi phát chuyển dạ) hoặc chưa đạt số cơn gò theo độ mở CTC thì chỉnh giọt tăng VIII giọt/phút (4mIU/phút) sao cho đạt được tần số cơn gò phù hợp. Liều tối đa là XL giọt/phút (20 mIU/phút).
- Khám ngoài: mỗi 15 phút/lần đều đặn theo cơn co tử cung, nhịp tim thai, độ lọt của ngôi mỗi giờ.
- Khi đã đạt được số cơn gò phù hợp giai đoạn chuyển dạ và độ mở CTC, đánh giá sự tiến triển của CD bằng độ mở CTC và ngôi thai theo qui định Hướng dẫn Quốc Gia tùy giai đoạn của cuộc chuyển dạ.
- Khi phát hiện chuyển dạ ngưng tiến triển (theo dõi tối đa 2 giờ).
  - Cân nhắc việc có tiếp tục sử dụng Oxytocin liều cao hơn, hoặc
  - Phối hợp thuốc mềm CTC, hoặc

- MLT.

2. Sau sinh

- Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ (xem phác đồ "Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ").
- Đề phòng và điều trị băng huyết do đờ tử cung (Tham khảo phác đồ "Băng huyết sau sinh".

IV. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Cơn gò cường tính

- Khi có nhiều hơn 5 cơn co trong 10 phút và mỗi cơn co kéo dài trên 90 giây.
- Xử trí:

- Ngưng truyền Oxytocin.
- Có thể phối hợp thuốc giảm gò: Phloroglucinol 40mg + Trimethylphloroglucinol 0,03mg (tiêm mạch hoặc tiêm bắp).
- Theo dõi sát tần số cơn gò và tình trạng tim thai trong 30-45 phút. Sau 45 phút cơn gò TC không giảm phải phẫu thuật lấy thai ngay hoặc giúp sinh bằng dụng cụ nếu đủ điều kiện.

2. Dọa vỡ - vỡ TC: tham khảo phác đồ Vỡ TC.

3. Thai suy cấp trong chuyển dạ

- Nếu có dấu hiệu suy thai phải ngừng truyền Oxytocin tham khảo phác đồ "Thai suy cấp".
- Sau khi ngưng truyền Oxytocin 15 phút không có kết quả, phải phẫu thuật lấy thai ngay hoặc forceps nếu đủ điều kiện.

4. Nhau bong non: tham khảo phác đồ Nhau bong non.

5. Ngộ độc nước: Khi truyền liều cao trong thời gian dài.

6. Ảnh hưởng tim mạch

- Khi dùng liều cao > 45 mIU/phút hay khi tiêm TM trực tiếp.
- Gây tụt huyết áp, giảm tưới máu động mạch vành, ngưng tim.

7. Giãn cơ trơn

- Khi dùng liều cao trực tiếp.
- Thường gặp đi kèm sản phụ được gây tê hay gây mê.

8. Dị ứng: ít thấy

9. Ảnh hưởng lên thai: suy thai, ngạt sau sinh, tăng Bilirubin/máu gây tăng mức độ vàng da sơ sinh.

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN 3 CHUYỂN DẠ

I. ĐỊNH NGHĨA

Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ là các thao tác chủ động của người đỡ sinh tác động ở giai đoạn sau khi sổ thai để giúp nhau bong và sổ ra ngoài nhanh hơn, nhằm phòng ngừa băng huyết sau sinh.

II. CHỈ ĐỊNH

Cho mọi trường hợp sinh đường âm đạo, khi thai vừa mới sổ ra ngoài và chắc chắn không còn thai nào trong tử cung.

III. KỸ THUẬT

Các bước chính được WHO, FIGO, ICM và BYT thống nhất khuyến cáo gồm:

1. Ngay sau sổ thai hoặc sau cắt dây rốn hoặc sau sổ nhau: tiêm bắp 10 đơn vị Oxytocin. Nếu người bệnh đang được truyền dịch, có thể sử dụng Oxytocin 20 đơn vị truyền TM XXX giọt/phút.
2. Giải thích những việc sẽ làm cho sản phụ.
3. Kiểm tra co hồi TC chưa, không có cầu bàng quang.
4. Kéo dây rốn có kiểm soát: Một tay chặn trên xương vệ, đẩy nhẹ tử cung lên trên, một tay kéo nhẹ dây rốn xuống.
5. Đỡ nhau và màng nhau.
6. Xoa đáy TC kích thích TC co hồi tốt.

IV. KHÓ KHĂN VÀ XỬ TRÍ

Nhau không tróc

- Sau khi kéo dây rốn lần 1 khoảng 15-30 giây mà dây rốn không kéo xuống thêm, ngưng kéo dây rốn, chờ cơn gò TC sau làm TC gò tốt sẽ thực hiện lần 2.
- Tối đa có thể làm 05 lần. Nếu không được sẽ chuyển bóc nhau bằng tay theo "Hướng dẫn quốc gia".

Đứt dây rốn

- Có thể chờ sổ nhau tự nhiên như bình thường nếu không chảy máu nhiều vì máu chảy từ bánh nhau qua chỗ dây rốn đứt không phải là máu mẹ.
- Nếu sau 30-45 phút nhau không sổ, sẽ thực hiện bóc nhau bằng tay theo "Hướng dẫn quốc gia".

Lộn tử cung

- Do kéo quá mạnh và khi TC chưa gò tốt hoặc TC bị dị dạng.
- Xử trí theo "Hướng dẫn quốc gia"

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

TẮC MẠCH ỐI

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

- Tắc mạch ối là một biến chứng sản khoa rất nguy hiểm, tỷ lệ tử vong cao, chiếm tỷ lệ 1-12/100.000 ca sinh, xảy ra trong khi mang thai hoặc sau khi sinh xong, không thể đoán trước và không thể dự phòng được.
- Tắc mạch ối là do nước ối, tế bào của thai nhi, chất gây, tóc, lông tơ hoặc các mảnh mô khác lọt vào tuần hoàn của người mẹ, gây ra suy tuần hoàn và suy hô hấp cấp tính.

2. Yếu tố nguy cơ

- Sản phụ trên 35 tuổi.
- Con rạ nguy cơ cao hơn con so.
- Mổ lấy thai, đẻ có can thiệp thủ thuật Forceps, giác hút, chọc ối.
- Đa ối, đa thai, nhau tiền đạo, nhau bong non, sản giật…
- Tổn thương tử cung hoặc cổ tử cung.
- Suy thai, thai lưu.
- Chuyển dạ với cơn co cường tính, chuyển dạ được giục sinh.

3. Cơ chế bệnh sinh

- Vẫn chưa biết một cách chính xác cơ chế bệnh sinh của tắc mạch ối. Khi dịch ối vào tuần hoàn mẹ thông qua hệ thống tĩnh mạch nơi nhau bám hoặc nơi có tổn thương tử cung, gây ra bệnh cảnh sốc tim, suy hô hấp giống như một sốc phản vệ.

4. Thời điểm tắc mạch ối

- Thời điểm xảy ra tắc mạch ối cũng rất khác nhau tùy trường hợp:
- 12% trường hợp xảy ra tắc mạch ối khi màng ối còn nguyên.
- 70% trường hợp xảy ra trong chuyển dạ.
- 11% trường hợp xảy ra sau sinh qua đường âm đạo.
- 19% trường hợp xảy ra trong mổ lấy thai khi đã có chuyển dạ hay khi chưa có chuyển dạ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Xuất hiện đột ngột, thường trong lúc chuyển dạ, lúc sinh hoặc sau khi sinh; hiếm xảy ra sau 48 giờ sau sinh.
- Khởi đầu là suy hô hấp, tím tái xảy ra đột ngột trong vài phút và tiếp đến là tụt huyết áp, phù phổi, choáng, biểu hiện thần kinh như: mất ý thức và co giật.

2. Tiêu chuẩn chẩn đoán

Hội sản phụ khoa Hoa Kỳ và Anh khuyến cáo 4 tiêu chuẩn chẩn đoán tắc mạch ối như sau:

- Tụt huyết áp hay sốc tim.
- Thiếu oxy cấp tính và suy hô hấp
- Hôn mê hoặc co giật
- Đông máu nội mạch lan tỏa (DIC)

- Các triệu chứng trên thường xảy ra trong chuyển dạ, lúc sinh hoặc trong vòng 30 phút sau sinh mà không có các lý giải khác cho các dấu hiệu này.

3. Cận lâm sàng

- Các xét nghiệm phục vụ chẩn đoán:
- Công thức máu; đông máu toàn bộ; xét nghiệm khí máu.
- **X-Quang phổi**: thường không tìm thấy dấu hiệu đặc hiệu, có thể quan sát thấy dấu hiệu phù phổi.
- **Điện tâm đồ**: có thể thấy nhịp tim nhanh, phần ST và sóng T thay đổi.
- Tùy từng trường hợp, có thể chỉ định các xét nghiệm chuyên biệt khác.

4. Chẩn đoán phân biệt:

Chẩn đoán phân biệt với ba nhóm nguyên nhân: sản khoa, gây mê và không liên quan đến sản khoa.

- Liên quan đến sản khoa: Nhau bong non, vỡ tử cung, đờ tử cung, sản giật, bệnh cơ tim chu sinh.
- Liên quan đến gây mê: vô cảm cột sống cao, nhiễm độc cục bộ do vô cảm.
- Không liên quan đến sản khoa: thuyên tắc phổi, thuyên tắc khí, sốc phản vệ, sốc nhiễm trùng, phản ứng truyền máu, nhồi máu cơ tim.

5. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào kết quả mổ tử thi: tìm thấy tế bào của thai và thành phần nước ối trong động mạch phổi mẹ.

III. XỬ TRÍ

1. Nguyên tắc xử trí

- **Báo động đỏ toàn viện, liên viện.**
- Hồi sức tích cực
- Phối hợp giữa Sản khoa, Gây mê hồi sức và Nhi khoa.

2. Về mặt GMHS: Kiểm soát và hỗ trợ hô hấp – tuần hoàn:

- Duy trì cung cấp oxy cho sản phụ (đặt nội khí quản, thở máy).
- Đặt hơn 2 đường truyền TM, nâng huyết áp bằng dung dịch cao phân tử.
- Hồi sức tim nếu ngưng tim.

3. Về mặt sản khoa:

- Cho sinh ngay.
- Tùy từng trường hợp cụ thể để có chỉ định phù hợp.

4. Về mặt nhi khoa: hồi sức sơ sinh tích cực.

- **Chuyển tuyến trên**

IV. BIẾN CHỨNG

- Tử vong mẹ (lên đến 90%), tử vong con (20-60%).
- Hậu quả về tinh thần và vận động cho mẹ và con do thiếu oxy não.
- **Hội chứng Sheehan.**
- **Biến chứng khác**: mất máu gây suy đa cơ quan, rối loạn đông máu và dễ nhiễm khuẩn hậu sản.

V. DỰ PHÒNG

Chưa có biện pháp dự phòng do người ta vẫn không hiểu tại sao nước ối vào tuần hoàn chỉ xảy ra ở một số ít người mà không xảy ra ở nhiều người khác cũng như không biết vai

trò của mức độ, số lượng mảnh mô thai, loại mảnh mô thai (có chứa kèm theo phân su hay không) hay một số yếu tố nào đó của người mẹ nên tắc mạch ối chỉ ở một tỷ lệ rất nhỏ phụ nữ.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

TẦM SOÁT GBS VÀ THAI KỲ

I. ĐẠI CƯƠNG

Liên cầu khuẩn nhóm B (Group B streptococcus – GBS) là một vi khuẩn Gram dương, thường gặp ở đường tiêu hóa và đường sinh dục của người phụ nữ, có thể không gây ra triệu chứng trên người mang bệnh. Tuy nhiên GBS là tác nhân gây nhiễm khuẩn hàng đầu liên quan đến thai kỳ và trẻ sơ sinh với tỷ lệ mắc và tử vong cao. Nguyên nhân chính của nhiễm khuẩn sơ sinh do GBS là sự lây truyền từ mẹ sang con, mà chủ yếu xảy ra trong quá trình chuyển dạ hoặc khi ối vỡ non, ối vỡ sớm.

Do đó, tất cả sản phụ nên được tầm soát GBS thường quy khi thai **35 – 37 tuần (**đối với **đơn thai)** hoặc **32 – 34 tuần (**đối với **đa thai**).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- **Ở sản phụ:**

- Hầu hết sản phụ thường không có biểu hiện gì khi bị nhiễm GBS. Một số trường hợp GBS nhiễm khuẩn đường tiết niệu, viêm màng ối; vi khuẩn chứa nhiều men phospholipid A2 để tổng hợp prostaglandin E2 gây sảy thai, thai lưu, vỡ ối sớm, sinh non,…; viêm nhiễm các tổn thương đường sinh dục khi chuyển dạ.

- **Ở trẻ sơ sinh:**

- Nhiễm khuẩn sớm nhiễm từ mẹ do ối vỡ non, ối vỡ sớm; do thai hít hoặc nuốt dịch ối, dịch âm đạo; tổn thương da khi đi qua đường sinh dục của mẹ.
- Trong những tháng đầu đời do lây nhiễm từ mẹ, người chăm trẻ hoặc từ trẻ khác.
- Bệnh cảnh lâm sàng thường là nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi, viêm não – màng não, viêm tủy xương,… dẫn tới tử vong hoặc để lại di chứng thần kinh nặng nề.

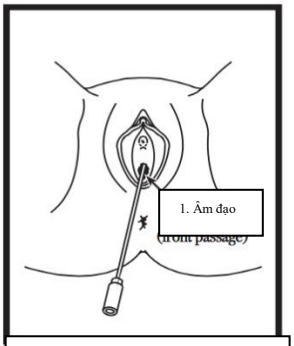
2. Cận lâm sàng

- Cấy định danh GBS dịch âm đạo và kháng sinh đồ.
- PCR dịch âm đạo và hậu môn: Xét nghiệm sinh học phân tử: GBS Real-time PCR. Phương pháp này có độ nhạy cao và thời gian trả kết quả nhanh hơn so với phương pháp cấy truyền thống.

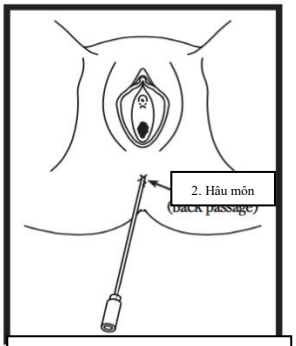
III. PHƯƠNG PHÁP LẤY MẪU XÉT NGHIỆM

- Ghi tên tuổi sản phụ lên ống (loại xét nghiệm huyết trắng).
- Lấy que gòn (không đụng vào trong đầu và thanh que gòn) đưa vào trong âm đạo khoảng 2cm, xoay 1-2 vòng.
- Dùng tiếp que gòn đó đưa vào trong trực tràng khoảng 1cm (qua cơ vòng hậu môn), xoay 1-2 vòng.
- Đưa que gòn vào ống xét nghiệm, đậy kín, kiểm tra tên tuổi sản phụ và gửi ngay đến Khoa Xét nghiệm (trong vòng 15 phút). Trường hợp không chuyển mẫu ngay được thì phải lưu trữ mẫu trong tủ lạnh (ngăn mát).

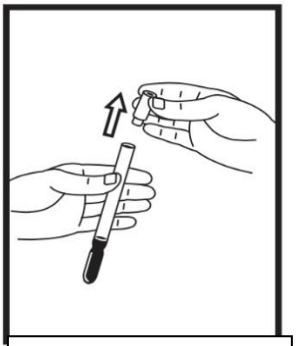
Hướng dẫn lấy dịch âm đạo tầm soát Streptococcus nhóm B (GBS)



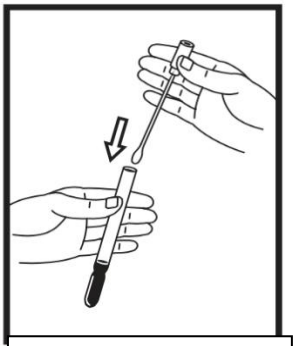
1. Lấy que ra khỏi bao. Đưa que vào trong âm đạo 2cm. Không đụng phần gòn vào ngón tay.



2. Tiếp theo, đưa que đó vào trong hậu môn 1cm.



3. Bỏ nắp khỏi ống đựng mẫu vô trùng.



4. Đưa que gòn đã lấy mẫu vào trong ống. Xác nhận đã đóng chặt nắp.

IV. XỬ TRÍ

1. Nguyên tắc điều trị

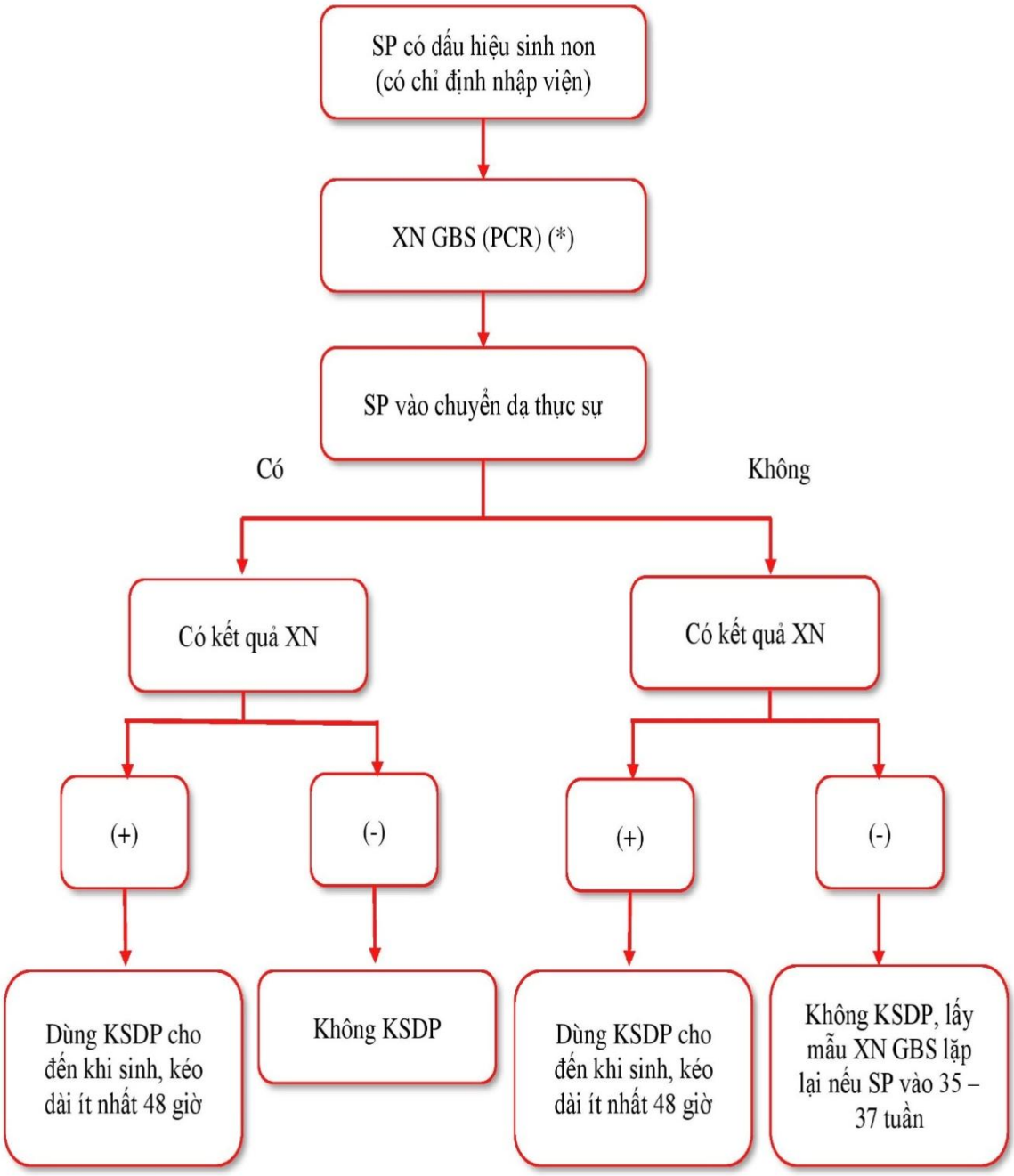
- Tầm soát GBS khi thai 35-37 tuần (đối với đơn thai) hoặc 32-34 tuần (đối với đa thai).
- Dùng kháng sinh để dự phòng GBS cho trẻ sơ sinh khi:
  - Sản phụ bắt đầu vào chuyển dạ (nên dùng tốt nhất trước sanh 4 giờ), kéo dài ít nhất 48 giờ.
  - Có GBS (+).
- Không có chỉ định dùng kháng sinh dự phòng cho các trường hợp sau:
  - Nhiễm GBS ở thai kỳ trước.
  - Kết quả tầm soát GBS (-), bất kể có yếu tố nguy cơ trong chuyển dạ hay không.
  - Mổ lấy thai được thực hiện trước khi vào chuyển dạ và màng ối còn nguyên vẹn, bất kể tình trạng nhiễm GBS hoặc tuổi thai.

2. Hậu môn
1. Âm đạo

2. Sử dụng kháng sinh

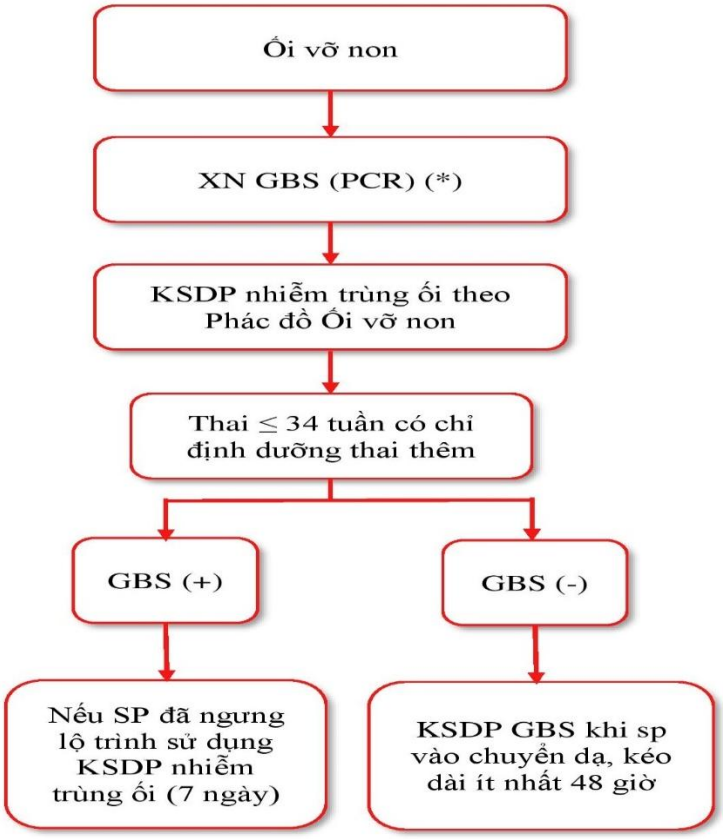
- Ampicillin 2g tiêm tĩnh mạch mỗi 6 giờ, hoặc
- Cefazolin 2g tiêm tĩnh mạch, sau đó 1g mỗi 8 giờ.
- Nếu BN có dị ứng với nhóm Penicilling và Cephalosporin:
  - Clindamycin 900mg truyền tĩnh mạch mỗi 8 giờ.
  - Lưu ý: Khi kết quả kháng sinh đồ có đề kháng với Clindamycin và/hoặc Erythromycin thì dùng Vancomycin 1g, truyền tĩnh mạch mỗi 12 giờ.

3. Tầm soát GBS và điều trị dự phòng cho sản phụ có dấu hiệu chuyển dạ sinh non (< 37 tuần)



(*) Nếu sản phụ chưa được làm XN tầm soát GBS trong vòng 5 tuần trước đó. Nên điều trị dự phòng GBS ≥ 4 giờ trước khi sản phụ sanh.

4. Tầm soát GBS và điều trị dự phòng GBS cho sản phụ bị ối vỡ non



(*) Nếu sản phụ chưa được làm XN tầm soát GBS trong vòng 5 tuần trước đó.

Lưu ý:

- Trẻ sơ sinh có mẹ được điều trị dự phòng GBS ≥ 4 giờ trước sinh: không cần phải theo dõi đặc biệt.
- Trẻ sơ sinh có mẹ được điều trị KSDP nhưng không đủ liều hoặc mẹ có tiền căn sinh non bị nhiễm GBS: được theo dõi sát và kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn vào thời điểm lúc 0, 1 và 2 giờ, sau đó mỗi 2 giờ trong 12 giờ đầu (xem thêm phác đồ Điều trị nhiễm GBS ở trẻ sơ sinh).

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRƯỚC MỔ

I. Điều kiện áp dụng kháng sinh dự phòng:

1. Đối tượng áp dụng:

- Tất cả các trường hợp phẫu thuật sản phụ khoa ngoại trừ trường hợp mục b.

2. Không áp dụng kháng sinh dự phòng trong các trường hợp:

- Bệnh lý nội khoa chưa ổn định và đang điều trị: tăng huyết áp, tim mạch, đái tháo đường, cường giáp, bệnh phổi mãn tính, rối loạn huyết học, thiếu máu (Hb < 9 g/dl), ung thư, suy gan, suy thận, suy giảm miễn dịch, suy dinh dưỡng…
- Có biểu hiện nhiễm trùng hay có nguy cơ nhiễm trùng được phát hiện trong quá trình phẫu thuật.
- Phẫu thuật phức tạp hay có biến chứng (có dính, dẫn lưu, cầm máu khó khăn, tụ máu, tổn thương cơ quan lân cận…)
- Ối vỡ > 12 giờ (đối với phẫu thuật lấy thai).
- Tổng lượng máu mất > 1000ml (đối với phẫu thuật mổ lấy thai) và > 300ml (đối với phẫu thuật phụ khoa).

II. Kháng sinh dự phòng:

Lưu ý: tên biệt dược có thể thay đổi.

1. Lựa chọn kháng sinh ban đầu:

- Cefazolin là kháng sinh sử dụng với mục đích dự phòng trước phẫu thuật, không sử dụng với mục đích điều trị.

Kháng sinh	**Cefazolin**
Biệt dược*	Vicizolin 1g
Liều lượng	Cân nặng < 120kg: 2g liều duy nhất Cân nặng ≥ 120kg: 3g liều duy nhất
Đường dùng	Tiêm tĩnh mạch chậm
Thời điểm	Phẫu thuật lấy thai: trong vòng 60 phút trước rạch da đến trước kẹp rốn. Phẫu thuật phụ khoa: trong vòng 60 phút trước rạch da.

2. Trong trường hợp không có Cefazolin, có thể sử dụng kháng sinh sau:

Kháng sinh	**Ampicilling – Sulbactam**
Biệt dược *	Unasyn 1,5g
Liều lượng	3g liều duy nhất
Đường dùng	Tiêm tĩnh mạch chậm

3. Trường hợp dị ứng với nhóm Penicillin hay Cephalosporin, kháng sinh thay thế:

Kháng sinh	**Clindamycin**
Biệt dược *	Dalacin C 600mg/4ml
Liều lượng	600mg liều duy nhất
Đường dùng	Truyền tĩnh mạch

4. Lặp lại liều kháng sinh lần thứ hai sau liều đầu 3 giờ (liều lặp lại bằng liều ban đầu) trong trường hợp phẫu thuật chưa kết thúc và không có yếu tố nguy cơ nhiễm trùng khác.

- Phẫu thuật viên ghi chỉ định kháng sinh dự phòng trong tờ điều trị gồm: loại thuốc, liều lượng, đường dùng, thời gian, liều lặp lại (nếu có).
- Trường hợp áp dụng kháng sinh dự phòng không dùng thêm kháng sinh trong quá trình chăm sóc hậu phẫu trừ các trường hợp có chỉ định chuyển sang kháng sinh điều trị.
- Đối với những trường hợp cần chuyển sang kháng sinh điều trị sau phẫu thuật, phẫu thuật viên hoặc bác sĩ điều trị có trách nhiệm chỉ định kháng sinh thích hợp và ghi rõ lý do chỉ định kháng sinh điều trị trong hồ sơ bệnh án.
- Trường hợp chuyển đổi từ kháng sinh dự phòng là Cefazolin sang kháng sinh điều trị, bác sĩ lâm sàng lựa chọn kháng sinh nhóm khác hoặc Cephalosposin thế hệ khác.

III. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

PHẦN 2: PHỤ KHOA

NHIỄM KHUẨN ÂM ĐẠO

Nhiễm khuẩn âm đạo là một hội chứng do rối loạn phổ vi trùng âm đạo: giảm sút nồng độ Lactobacilli và gia tăng vi khuẩn yếm khí.

Nhiễm khuẩn âm đạo do Gardnerella làm tăng nguy cơ viêm vùng chậu, mỏm âm đạo sau cắt tử cung. Nếu có thai sẽ dễ bị vỡ ối non, nhiễm trùng ối, sinh non, viêm nội mạc tử cung sau sinh và sau mổ lấy thai.

I. NGUYÊN NHÂN

Thường do vi khuẩn kỵ khí, đặc biệt là **Gardnerella vaginalis**.

II. CHẨN ĐOÁN

Có 2 trong 3 tiêu chuẩn sau

- **Lâm sàng**: huyết trắng nhiều, màu trắng xám, rất hôi, nhất là sau giao hợp.
- **Cận lâm sàng**:
  - Whiff test (+): Nhỏ KOH 10% sẽ có mùi hôi như cá ươn.
  - Phết âm đạo: nhiều "Clue cell", nhuộm Gram có nhiều Cocobacille nhỏ (Clue cell có >20% trong quang trường).

III. ĐIỀU TRỊ

Dùng đường uống hay đặt âm đạo

- Metronidazole 500mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống trong bữa ăn), hoặc
- Metronidazole gel 0,75% (5g)/ngày trong 5 ngày bơm âm đạo, hoặc
- Clindamycin 300mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống), hoặc
- Clindamycin 100mg x 1 lần/ngày x 3 ngày (đặt âm đạo), hoặc
- Dequalinium clorid 10mg x 1 lần/ngày x 6 ngày (đặt âm đạo), hoặc
- Policresulen 90mg x 1 lần/ngày x 6 ngày (đặt âm đạo).

Vệ sinh tại chỗ

- Povidon iodin 10%.
- Acid lactic + Lactoserum atomisat.

❖ Chú ý: Metronidazole không dùng trong 3 tháng đầu thai kỳ.

IV. THEO DÕI

- Tái khám khi có gì lạ.
- Khám phụ khoa định kỳ.

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

VIÊM ÂM ĐẠO DO NẤM

75% phụ nữ bị viêm âm đạo do nấm 1 lần trong đời.

Yếu tố thuận lợi: *dùng kháng sinh phổ rộng, kéo dài; gia tăng glycogen âm đạo: thai kỳ, tiểu đường, thuốc ngừa thai chứa estrogen liều cao; suy giảm miễn dịch; môi trường âm đạo ẩm, ướt.*

I. NGUYÊN NHÂN

Nấm Candida albicans

II. CHẨN ĐOÁN

- **Lâm sàng**

- Ngứa âm hộ, âm đạo.
- Đôi khi có cảm giác nóng, tiểu rát, giao hợp đau.
- Âm hộ và niêm mạc âm đạo viêm đỏ.
- Huyết trắng đục, đặc, lợn cợn thành mảng giống như sữa đông, vôi vữa.

- **Cận lâm sàng**

- Soi nhuộm có sợi tơ nấm hoặc bào tử nấm

III. ĐIỀU TRỊ (thuốc uống, đặt âm đạo, thoa ngoài da)

- **Thuốc đặt âm đạo**

- Nystatin 100.000 đv đặt âm đạo 1 viên/ ngày x 14 ngày, hoặc
- Miconazole hay Clotrimazole 100mg đặt âm đạo 1 lần/ ngày x 7 ngày, hoặc
- Miconazole hay Clotrimazole 200mg đặt âm đạo 1 lần/ ngày x 3 ngày, hoặc
- Clotrimazole 500mg đặt âm đạo 1 viên duy nhất, hoặc
- Econazol 150mg đặt âm đạo 1 viên/ ngày x 3 ngày, hoặc
- Econaxol nitrat 150mg (vi hạt) đặt âm đạo 1 viên/ 12 giờ x 1 ngày, hoặc
- Miconazol 1200mg đặt âm đạo 1 viên duy nhất

- **Thuốc uống**

- Fluconazole 150mg uống 1 viên duy nhất, hoặc
- Itraconazole 100mg uống 2 viên/ ngày x 3 ngày

- **Thuốc bôi**

- Bôi thuốc kháng nấm ngoài da (vùng âm hộ) 7 ngày: Clotrimazol

- **Vệ sinh tại chỗ**

- Natri hydrocarbonat 5g pha rửa âm hộ
- Povidon idoin 10%

Chú ý:

Chỉ điều trị cho người bạn tình khi có một trong các triệu chứng sau

- Có triệu chứng viêm ngứa quy đầu.
- Có nấm trong nước tiểu.
- Trường hợp người phụ nữ bị tái phát nhiều lần.

IV. THEO DÕI

- Tái khám khi có gì lạ
- Khám phụ khoa định kỳ

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

VIÊM ÂM ĐẠO DO TRICHOMONAS

Là một bệnh lây truyền qua đường tình dục và do trùng roi Trichomonas vaginalis.

I. NGUYÊN NHÂN

Nhiễm Trichomonas vaginalis

II. CHẨN ĐOÁN

- **Lâm sàng**

- Huyết trắng nhiều, màu vàng hay xanh loãng, có bọt, có mùi tanh
- Có thể ngứa, tiểu rát
- Trường hợp nặng: có dấu hiệu tráI dâu tây: âm đạo và cổ tử cung có những điểm xuất huyết nhỏ, lấm tấm.

- **Cận lâm sàng**

- Soi tươi: trùng roi di động và nhiều bạch cầu

III. ĐIỀU TRỊ

- Metronidazole / Secnidazole / Tinidazole 2g uống 1 liều duy nhất, hoặc
- Metronidazole 500mg x 2 lần/ ngày x 7 ngày (uống trong bữa ăn).

Chú ý: luôn luôn điều trị cho bạn tình

- Metronidazole 2g uống 1 liều duy nhất
- Không dung trong 3 tháng đầu thai kỳ

IV. THEO DÕI

- Tái khám khi có gì lạ
- Khám phụ khoa định kỳ

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

VIÊM ÂM ĐẠO DO THIẾU NỘI TIẾT

I. NGUYÊN NHÂN

Thường do thiếu estrogen ở phụ nữ tuổi mãn kinh làm cho niêm mạc âm đạo bị mất lớp bề mặt và trung gian trở nên rất mỏng, dễ tổn thương và nhiễm trùng.

II. CHẨN ĐOÁN

- **Lâm sàng**

- Thường là viêm không đặc hiệu, khí hư ít, có mủ, có thể lẫn máu
- Cảm giác đau trằn, tức hạ vị, nóng rát âm hộ, âm đạo
- Niêm mạc âm đạo nhợt nhạt, có thể viêm đỏ với nhiều chấm xuất huyết đỏ. Đau âm hộ, âm đạo khi thăm khám.
- Có những rối loạn về đường tiểu như tiểu lắt nhắt, tiểu buốt.

- **Cận lâm sàng**

- Soi tươi dịch âm đạo thấy tế bào trung gian.

III. ĐIỀU TRỊ

- **Tại chỗ**

- Cream estrogen bôi âm đạo, hoặc
- Estriol 0.5mg đặt âm đạo 1 viên/ đêm x 20 đêm
- Promestrien 10mg đặt âm đạo 1 viên/ ngày x 20 ngày
- Cream Promestrien bôi âm hộ, âm đạo 1 lần/ ngày x 2 tuần
- Clorquinaldol + Promestrien (200mg +10mg) đặt âm đạo 1 viên/ ngày x 18 ngày

Nếu có bội nhiễm sử dụng kháng sinh thích hợp.

IV. THEO DÕI

- Sau điều trị hết đợt cấp thì phải duy trì
- Tái khám khi có gì lạ
- Khám phụ khoa định kỳ

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

VIÊM CỔ TỬ CUNG

Hai tác nhân gây bệnh thường gặp nhất là Neisseria gonorrhoeae và Chlamydia tracomatis.

10-20% viêm cổ tử cung sẽ diễn tiến viêm vùng chậu.

I. NGUYÊN NHÂN

Neisseria gonorrhoeae và Chlamydia tracomatis

II. CHẨN ĐOÁN

- **Lâm sàng**

- Không có triệu chứng lâm sàng nổi bật.
- Có nhiều huyết trắng màu vàng hay xanh, đóng ở cổ tử cung.
- Cổ tử cung lộ tuyến, viêm đỏ, phù nề, dễ chảy máu khi đụng chạm.

- **Cận lâm sàng**

- Xét nghiệm vi trùng học huyết trắng lấy từ kênh cổ tử cung sau khi đã chùi sạch cổ ngoài, có nhiều tế bào bạch cầu.
- Nếu song cầu gram (-) hình hạt cà phê có thể chẩn đoán nguyên nhân do lậu cầu.
- Nếu XN có VK lậu → điều trị thêm Chlamydia.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị lậu cầu

- Lựa chọn 1: Ceftriaxone 250mg tiêm bắp liều duy nhất + Azithromycin 1g uống liều duy nhất.
- Lựa chọn 2 (Nếu Ceftriaxone không có sẵn): Cefixime 400mg uống liều duy nhất + Azithromycin 1g uống liều duy nhất.

Chú ý:

- Luôn điều trị cho bạn tình.
- Nếu xét nghiệm lậu (+) → tư vấn HIV, VDRL, HBsAg.
- Khi BN có thai: Ceftriaxone 250mg tiêm bắp liều duy nhất + Azithromycin 1g uống liều duy nhất

2. Điều trị Chlamydia

- Lựa chọn 1

- Azithromycin 1g uống liều duy nhất, hoặc
- Doxycyclin 100mg x 2 lần / ngày x 7 ngày (uống sau ăn).

- Lựa chọn 2

- Erythromycin 500mg x 4 lần / ngày x 7 ngày (uống), hoặc
- Levofloxacin 500mg x 1 lần / ngày x 7 ngày (uống).

Chú ý:

- Luôn điều trị cho bạn tình.
- Khi BN có thai: Azithromycin 1g uống liều duy nhất hoặc Amoxicillin 500mg x 3 lần/ ngày x 7 ngày (uống) hoặc Erythromycin 500mg x 4 lần/ ngày (uống)

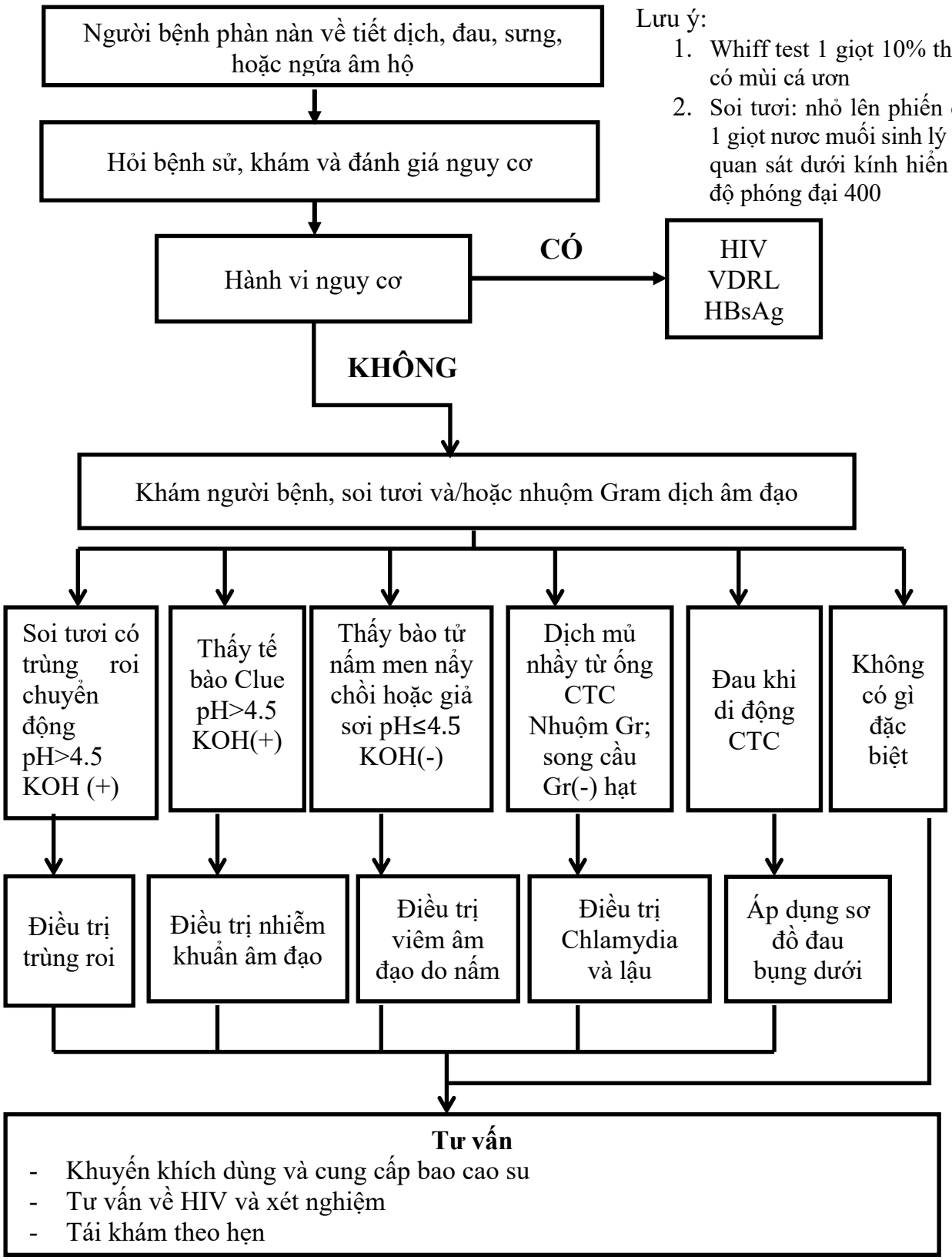
IV. THEO DÕI

- Tái khám sau 7 ngày hoặc khi có gì lạ
- Khám phụ khoa định kỳ

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

SƠ ĐỒ HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ TIẾT DỊCH ÂM ĐẠO



Lưu ý:

1. Whiff test 1 giọt 10% thấy có mùi cá ươn
2. Soi tươi: nhỏ lên phiến đồ 1 giọt nước muối sinh lý và quan sát dưới kính hiển vi độ phóng đại 400

VIÊM SINH DỤC DO HERPES

I. NGUYÊN NHÂN

- Herpes simplex virus (HSV) type 2, đôi khi có kèm type 1.
- HSV có ái lực với tổ chức da niêm sinh dục, chui vào hạch bạch huyết vùng chậu, ẩn nấp trong đó và gây tác dụng lâu dài. Thời gian ủ bệnh: 3-7 ngày.

II. CHẨN ĐOÁN

- Dựa vào triệu chứng lâm sàng là chính, XN CLS ít thực hiện. Nếu cần hội chẩn thêm chuyên khoa.
- **Lâm sàng**
  - Sốt, đau cơ.
  - Nhiễm HSV lần đầu tiên có thể có tổn thương tại chỗ và toàn thân (vùng sinh dục, hậu môn).
  - Sang thương là những bóng nước, nổi lên từng mảng, sau đó vỡ ra thành một vết loét rộng, nông, đau, bỏng rát, kéo dài 2-3 tuần.
  - Khí hư đục như mủ.
  - Hạch bẹn (+), một hoặc hai bên, đau.
  - Những đợt tái phát: giống tổn thương ban đầu nhưng ngắn hơn, ít triệu chứng toàn thân, thường xuất hiện sau tình trạng stress.
- **Cận lâm sàng (nếu có điều kiện)**
  - Cấy virus
  - Thể vùi trong tế bào (phết tế bào)
  - Kỹ thuật miễn dịch huỳnh quang (mẫu ở đáy vết loét)
  - Phản ứng huyết thanh: tăng gấp 4 lần (2-3 tuần)

III. ĐIỀU TRỊ

- Tùy theo giai đoạn bệnh
  - Giai đoạn cấp, dùng một trong các thuốc sau đây:
    - Acyclovir 400mg uống 3 lần/ ngày x 7-10 ngày.
    - Acyclovir 200mg uống 5 lần/ ngày x 7-10 ngày.
    - Famcyclovir 250mg uống 3 lần/ngày x 7-10 ngày.
    - Valacyclovir 1g uống 2 lần/ ngày x 7-10 ngày.
  - Giai đoạn tái phát, dùng một trong các thuốc sau đây:
    - Acyclovir 400mg uống 3 lần/ ngày x 5 ngày.
    - Acyclovir 800mg uống 2 lần/ ngày x 5 ngày.
    - Acyclovir 800mg uống 3 lần/ ngày x 2 ngày.
    - Famcyclovir 125mg uống 2 lần/ ngày x 5 ngày.
    - Famcyclovir 1000mg uống 2 lần/ ngày x 1 ngày.
    - Famcyclovir 500mg uống 2 lần/ ngày x 1 ngày.
    - Famcyclovir 500mg uống 1 lần, sau đó uống 250mg 2 lần/ ngày x 2 ngày.
    - Valacyclovir 500mg uống 2 lần/ ngày x 3 ngày.
    - Valacyclovir 1g uống 1 lần/ ngày x 5 ngày.
- Thuốc bôi
- Kháng sinh nếu bội nhiễm
- Giảm đau, vệ sinh tại chỗ

IV. THEO DÕI

- Tái khám khi có gì lạ
- Tái khám phụ khoa định kỳ

Lưu ý:

- Các thuốc điều trị Herpes hiện nay không có khả năng chống virus mà chỉ làm giảm triệu chứng và giảm thời gian bị bệnh.
- Người bệnh có nguy cơ nhiễm HIV rất cao và nguy cơ lây nhiễm cao cho thai nhi (đặc biệt trong giai đoạn chuyển dạ).
- Khả năng lây cho bạn tình rất cao trong suốt cuộc đời cho nên tư vấn phòng lây nhiễm (an toàn sinh dục, sử dụng bao cao su đúng cách và thường xuyên) là rất quan trọng.
- Không điều trị trong 3 tháng đầu thai kỳ.
- Khi thai đủ trưởng thành nên mổ lấy thai, không nên để sinh đường âm đạo nhằm tránh nguy cơ lây nhiễm cho con.

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

VIÊM SINH DỤC DO GIANG MAI

I. NGUYÊN NHÂN

- Là bệnh lây qua đường tình dục, đứng thứ hai sau AIDS
- **Do xoắn khuẩn: Treponema Pallium**
- Sau khi bị nhiễm, bệnh trở thành bệnh toàn thân và vi khuẩn có thể lây qua cho con.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Dựa vào đặc tính của săng giang mai, vị trí săng thường ở âm hộ, âm đạo, CTC.
- Săng giang mai: 6 đặc tính của Alfred Fournier
  1. Vết lở tròn hay bầu dục, đường kính 0.5-2cm
  2. Giới hạn rõ và đều đặn, thường không có bờ
  3. Đáy sạch, trơn, bóng láng, màu đỏ như thịt tươi
  4. Bóp không đau
  5. Nền cứng chắc như bìa hộp
  6. Hạch kèm theo

  Nếu có bội nhiễm săng đau.

2. Cận lâm sàng

- Cổ điển: VDRL phản ứng cố định bổ thể BW với kháng nguyên phospholipid.
- Hiện đại:
  - Săng xuất hiện < 5 ngày: phản ứng miễn dịch huỳnh quang FTA.
  - Săng xuất hiện < 7 ngày: phản ứng ngưng kết hồng cầu TPHA.
  - Săng xuất hiện > 14 ngày: VDRL.

III. PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH

- **Phòng bệnh**
  - Phòng bệnh cá nhân
    - Trong giao hợp: nên dùng bao cao su
    - Khi cần chích thuốc, dùng kim tiêm 1 lần rồi bỏ, truyền máu phải thử VDRL và HIV
  - Truyền thông sức khỏe sinh sản
    - Giáo dục nam nữ thanh niên về tác hại của bệnh
    - Chống tệ nạn mại dâm
    - Xây dựng mạng lưới y tế: phát hiện và điều trị
    - Thử máu trước khi kết hôn
- **Điều trị: chuyển điều trị theo chuyên khoa**

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

BỆNH HẠ CAM (CHANCROID)

I. NGUYÊN NHÂN

Bệnh hạ cam là một BLQĐTD do vi khuẩn Haemophilus, là vi khuẩn gram âm, yếm khí, ưa máu

II. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng

1. Lâm sàng

- Tổn thương là vết loét mềm ở sinh dục xuất hiện 3-5 ngày sau khi lây bệnh.
- Trái với giang mai loét không đau và tự lành sau một thời gian, bệnh hạ cam các vết loét tồn tại nhiều tháng
- Săng là một sẩn mềm bao quanh bằng hồng ban. Sau đó sẩn thành mủ rồi vỡ ra thành vết loét tròn, kích thước 1-2cm. Bờ vết loét rất rõ, bờ có thể tróc, bờ đôi với 2 viền: trong vàng, ngoài đỏ. Bề mặt vết loét có mủ vàng. Nếu rửa sạch mủ sẽ thấy đáy không bằng phẳng, lởm chởm, có những chồi thịt. Săng nằm trên vùng da phù nề mềm, đau nên gọi là hạ cam mềm
- Hạch: được coi là biến chứng của bệnh. Gặp 50% trường hợp. Hạch một bên bẹn sưng to, đỏ và đau. Ít gặp ở nữ.
- Vết loét thường thấy ở môi lớn, môi nhỏ, âm vật, tiền đình âm đạo. Vết loét trong âm đạo không đau mà chỉ có mủ chảy ra

2. Cận lâm sàng

- Nhuộm Gram hoặc Giemsa: trực khuẩn gram âm, ngắn, xếp thành chuỗi song song như đàn cá bơi hoặc dải dài như đường tàu
- Nuôi cấy khó khăn.

3. Chẩn đoán phân biệt: với bệnh giang mai và Herpes sinh dục.

III. ĐIỀU TRỊ

Chuyển điều trị theo chuyên khoa

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

SÙI MÀO GÀ SINH DỤC

I. NGUYÊN NHÂN

- Siêu vi Humam Papiloma Virus (HPV), type 6,11
- Gây ra nhiều tổn thương ở niêm mạc và da
- Lây qua đường tình dục
- Thời gian ủ bệnh 6-18 tuần.

II. CHẨN ĐOÁN

- Dựa vào lâm sàng là chính, nếu cần hội chẩn chuyên khoa
- Lâm sàng
  - Những nhú nhỏ mọc thành từng đám như mụn cóc ở âm hộ, âm đạo, hội âm, quanh hậu môn, cổ tử cung.
  - Tổn thương không gây đau, không gây triệu chứng gì đặc biệt.
  - Phát triển rất nhanh khi mang thai.

III. ĐIỀU TRỊ

Chuyển điều trị theo chuyên khoa

Lưu ý: Làm xét nghiệm tìm các bệnh LTQĐTD

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

ÁP XE PHẦN PHỤ

I. ĐỊNH NGHĨA

Áp xe phần phụ (AXPP) là khối viêm nhiễm tại ống dẫn trứng, buồng trứng, một số trường hợp có cả cơ quan lân cận trong vùng chậu như ruột và bàng quang. Ống dẫn trứng và buồng trứng có thể dính thành 1 khối và chứa mủ.

Áp xe phần phụ thường gặp ở phụ nữ độ tuổi sinh sản và điển hình là do viêm nhiễm đường sinh dục trên.

II. YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ TÁC NHÂN GÂY BỆNH

1. Yếu tố nguy cơ

Nhiều bạn tình, độ tuổi từ 15 đến 25, tiền sử viêm vùng chậu, bị hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải…

2. Tác nhân gây bệnh

Do nhiễm trùng đường sinh dục trên, thường do viêm vùng chậu, lao sinh dục, do lây lan từ các bệnh lý viêm nhiễm không kiểm soát được tại các cơ quan như ruột, viêm ruột thừa, phẫu thuật phần phụ hoặc đôi khi do nhiễm trùng huyết. AXPP vẫn có thể xảy ra ở các trường hợp người bệnh đã cắt TC chừa lại 2 phần phụ nhưng hiếm gặp, nguyên nhân có thể do nhiễm từ đường huyết hoặc các cơ quan lân cận.

Do nhiễm trùng từ đường sinh dục dưới do các tác nhân gây bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Thường đa khuẩn (hiếu khí, kỵ khí), tác nhân tương tự như viêm vùng chậu (PID)

Các tác nhân gây bệnh phổ biến bao gồm *Escherichia coli, Streptococci* hiếu khí, *Bacteroies fragilis, Prevotella* và các loài vi khuẩn kỵ khí khác như *Peptostreptococcus.* Một số tác nhân gây bệnh có thể được phân lập từ AXPP như các chủng Candida, *Pasteurell multocida, Salmonellae và Streptococcus pneumonia*…

Các trường hợp đặc biệt bị AXPP:

- Suy giảm miễn dịch: phân lập được *Mycobacterium tuberculosis* (hiếm)
- Người bệnh có đặt dụng cụ tử cung: phân lập được *Actinomyces israelii*

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- AXPP là biến chứng của viêm phần phụ, có triệu chứng lâm sàng tương tự viêm phần phụ (xem phác đồ Viêm vùng chậu).
- Triệu chứng có thể không điển hình: không sốt (40%), đau vùng chậu (25%), bạch cầu bình thường (23%), đi kèm các triệu chứng không liên quan như đau bụng mạn lan tỏa hay thay đổi thói quen đi tiêu. Không có sốt không loại trừ AXPP.
- AXPP vỡ điển hình sẽ có triệu chứng đau bụng cấp và dấu hiệu nhiễm trùng huyết, phản ứng phúc mạc, tụt huyết áp, nhịp tim nhanh, thở nhanh hoặc các dấu hiệu nhiễm toan. AXPP vỡ có thể đe dọa tính mạng cần phẫu thuật thám sát khẩn cấp.
- Khám:
  - Đau vùng chậu nhiều
  - Khối u phần phụ 1 hay 2 bên, căng đau.

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm: Bạch cầu, CRP tăng
- Siêu âm vùng chậu: độ nhạy 75-82%, giúp chẩn đoán phân biệt các bệnh lý đường sinh dục như: u buồng trứng, thai ngoài tử cung, u xơ tử cung thoái hóa…

- Trong trường hợp cần thiết, có thể chỉ định chụp CTScan hoặc MRI: giúp chẩn đoán phân biệt các bệnh lý liên quan đến đường tiêu hóa như: viêm ruột thừa, viêm hoặc áp xe ruột …
- Xét nghiệm trước sử dụng kháng sinh: Ure, Creartinin, SGOT, SGPT, ĐMTB, XQ phổi.

IV. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Hệ sinh sản: viêm vùng chậu, UBT, UBT xoắn, UBT vỡ, NXTC thoái hóa, TNTC bội nhiễm, sẩy thai nhiễm trùng.
- Hệ tiêu hóa: viêm ruột thừa, viêm dạ dày ruột, viêm ruột, hội chứng ruột kích thích, viêm/áp xe túi thừa, táo bón, viêm túi mật, thủng ruột, ung thư đại trực tràng…
- Hệ tiết niệu: Viêm bàng quang, viêm bể thận, sỏi thận, viêm niệu đạo…

V. BIẾN CHỨNG

- Áp xe vỡ (15%): là một tình trạng khẩn cấp đe dọa tính mạng cần phẫu thuật cấp cứu.
- Nhiễm trùng huyết (10-20%): khi có dấu hiệu nhiễm trùng huyết phải can thiệp phẫu thuật ngay.

VI. ĐIỀU TRỊ

AXPP là tình trạng nghiêm trọng có thể đe dọa tính mạng, vỡ khối AXPP có thể dẫn đến tình trạng nhiễm trùng huyết vì vậy, AXPP cần được điều trị nội khoa tích cực hoặc phẫu thuật

1. Điều trị nội khoa đơn thuần

a. Tiêu chuẩn điều trị nội khoa

- Tình trạng huyết động ổn định
- Không có dấu hiệu vỡ AXPP (bụng ngoại khoa, nhiễm trùng huyết)
- Kích thước ổ áp xe < 8cm
- Chưa mãn kinh

Lưu ý: Những khối áp xe lớn (≥8cm), có tiền sử phẫu thuật vùng chậu dính nhiều hay mong muốn bảo tồn khả năng sinh sản và tình trạng lâm sàng ổn định có thể điều trị KS đơn thuần. Trong trường hợp này, cần tư vấn rõ cho người bệnh về nguy cơ thất bại khi điều trị nội khoa đơn thuần và khả năng can thiệp phẫu thuật khi thất bại với phương pháp điều trị nội khoa. Các trường hợp này có thể cân nhắc dẫn lưu khối AXPP ngả âm đạo dưới hướng dẫn của siêu âm.

b. Phác đồ điều trị nội khoa

Các trường hợp được chẩn đoán AXPP cần được nhập viện và điều trị bằng kháng sinh đường tĩnh mạch. Điều trị ngoại trú bằng kháng sinh uống được chỉ định để hoàn thành liệu trình kháng sinh và chỉ định khi người bệnh đã có những cải thiện lâm sàng đáng kể.

Lựa chọn 1

- Cefotaxime 1g (TM) mỗi 8 giờ + Doxycycline 100mg (uống hay TM) mỗi 12 giờ + Metronidazole 500mg/100ml (truyền TM) mỗi 8 giờ, hoặc
- Ceftriaxone 1- 2g (TM) 1 lần/ ngày + Doxycycline 100mg (uống hay TM) mỗi 12 giờ + Metronidazole 500mg/100ml (truyền TM) mỗi 8 giờ, hoặc
- Ampicilin 2g (TM) mỗi 6 giờ + Clidamycin 900mg (truyền TM) mỗi 8 giờ + Gentamicin 2mg/kg liều đầu sau đó 1.5mg/kg mỗi 8 giờ (TM hay TB), hoặc
- Clindamycin 900mg (truyền TM) mỗi 8 giờ + Gentamicin 2mg/kg liều đầu sau đó 1.5mg/kg mỗi 8 giờ (TM hay TB), hoặc

- Ampicillin + sulbactam 3g (TM) mỗi 6 giờ +Doxycycline 100mg (uống hoặc TM) mỗi 12 giờ, hoặc
- Cefotixin 2g (TM) mỗi 6 giờ + Doxycycline 100mg (uống hay TM) mỗi 12 giờ, hoặc
- Cefotetan 2g (TM) mỗi 12 giờ + Doxycycline 100mg (uống hay TM) mỗi 12 giờ

Lựa chọn 2

- Levofloxacin 500mg/ 100ml truyền TM 1 lần/ ngày + Metronidazol 500mg/ 100ml truyền TM mỗi 8 giờ, hoặc
- Piperacillin + Tazobactam 4.5g truyền TM mỗi 6 giờ, hoặc,
- Imipenem + cilastatin 500mg truyền TM mỗi 6 giờ.

Phác đồ kháng sinh uống ngoại trú: tiếp tục để hoàn thành liệu trình kháng sinh sau khi đã sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch.

- Levofloxacin 500mg 1 viên x 1 lần/ ngày (uống) + Metronidazole 250mg 2 viên x 2 lần/ ngày (uống), hoặc
- Olfoxacin 400mg 1 viên x 1 lần/ ngày (uống) + Metronidazole 250mg 2 viên x 2 lần/ ngày (uống), hoặc
- Clindamycin 300mg 1 viên x 1 lần/ ngày (uống) + Doxycycline 100mg 1 viên x 2 lần/ ngày (uống), hoặc
- Metronidazole 250mg 2 viên x 2 lần/ ngày (uống) + Doxycycline 100mg 1 viên x 2 lần/ ngày (uống), hoặc
- Amoxicillin + acid clavulanic (1000mg + 62.5mg) 1 viên x 3 lần/ ngày (uống), hoặc
- Amoxicillin +acid clavulanic (500mg + 125mg) 1 viên x 3 lần/ ngày (uống)

Lưu ý:

- Cần chỉnh liều thích hợp ở người bệnh suy thận
- Gentamicin có thể dùng 3 - 5 mg/kg đường tĩnh mạch 1 lần/ ngày
- Ampicillin + sulbactam 3g tương đương với Ampicillin + sulbactam (1g + 0.5g) x 2 lọ
- Cá thể hóa điều trị khi phân lập được các tác nhân gây bệnh hiếm gặp trong AXPP như *Candida spp, Pasteurella multocida, salmonellae, Actinomyces israelii*…

c. Theo dõi

- Người bệnh cần được điều trị nội trú ít nhất trong vòng 48-72 giờ
- Theo dõi sát trong 48- 72 giờ đầu.
- Lâm sàng: sinh hiệu, dấu hiệu nhiễm trùng (môi khô, lưỡi dơ), sốt, đau bụng, không khám âm đạo nhiều vì nguy cơ vỡ khối AXPP.
- **Cận lâm sàng:**
  - Theo dõi số lượng bạch cầu mỗi ngày để đánh giá đáp ứng điều trị (trong 72 giờ đầu và ngày 7).
  - Siêu âm bụng mỗi 3 ngày để đánh giá sự cải thiện của tình trạng lâm sàng

d. Thời gian điều trị nội khoa

Cần sử dụng kháng sinh ít nhất 14 ngày, thời gian điều trị kháng sinh có thể kéo dài hơn tùy từng tình huống lâm sàng cụ thể.

e. Tiêu chuẩn chuyển sang điều trị ngoại trú bằng kháng sinh uống

- Có sự cải thiện lâm sàng rõ rệt như không sốt trong ít nhất 24-48 giờ, giảm đau bụng, bạch cầu có xu hướng trở về bình thường…
- Có thể dung nạp kháng sinh uống
- Có thể tuân thủ điều trị và tái khám đúng hẹn

f. Tiêu chuẩn điều trị nội khoa không đáp ứng

Sau 48-72 giờ tình trạng người bệnh không đáp ứng kháng sinh hoặc diễn tiến lâm sàng xấu hơn:

- Sốt không giảm hay tăng
- Đau vùng chậu không giảm hay nặng hơn
- Khối áp xe lớn hơn
- Bạch cầu trong máu không giảm hay tăng nhiều hơn
- Có dấu hiệu nghi ngờ nhiễm trùng huyết

Lưu ý:

- Đối với những trường hợp diễn tiến lâm sàng không nặng hơn nhưng không cải thiện rõ rệt khi dùng kháng sinh đơn thuần, dẫn lưu khối áp xe ngả âm đạo, dưới hướng dẫn siêu âm có thể cân nhắc áp dụng. Nếu không thể dẫn lưu khối áp xe, cần can thiệp phẫu thuật.
- Đối với những trường hợp diễn tiến lâm sàng nặng hơn với các đặc điểm như trên, cần can thiệp phẫu thuật.

2. Điều trị ngoại khoa

a. Chỉ định

- Khi khối áp xe > 8cm, áp xe vỡ, viêm phúc mạc toàn thể.
- Nghi ngờ nhiễm trùng huyết
- Nghi ngờ áp xe vùng chậu không phân biệt được với áp xe ruột thừa
- Điều trị nội khoa sau 48-72 giờ không đáp ứng
- Mãn kinh

Kháng sinh vẫn tiếp tục duy trì trước, trong và sau khi can thiệp ngoại khoa. Nên sử dụng kháng sinh 2 giờ trước phẫu thuật.

Lưu ý:

- Đối với phụ nữ đã mãn kinh, AXPP cần được phẫu thuật do nguy cơ tiềm ẩn của bệnh lý ác tính của tử cung và phần phụ.
- Chỉ định dẫn lưu khối áp xe dưới hướng dẫn của siêu âm hay phẫu thuật tùy thuộc vào từng tình huống lâm sàng cụ thể của người bệnh.

b. Nguyên tắc phẫu thuật

- Dẫn lưu các ổ áp xe
- Rửa kỹ khoang phúc mạc bằng nhiều nước ấm (không pha povidine iodine) nhằm làm giảm tình trạng viêm và nhiễm trùng của người bệnh nếu vỡ khối AXPP.
- Cắt ống dẫn trứng hoặc phần phụ có khối áp xe
- Nếu bệnh nhân mãn kinh hoặc lớn tuổi, đủ con: cắt hoàn toàn tử cung + 2 phần phụ + dẫn lưu
- Phẫu thuật viên có kinh nghiệm

Lưu ý: xét nghiệm vi sinh (kỵ khí và hiếu khí) từ dịch trong ổ áp xe và mẫu mô thành ổ áp xe (4 lọ).

3. Các trường hợp đặc biệt

- Dụng cụ tử cung và AXPP: phải tháo vòng
- Có thai và AXPP: hiếm gặp. Việc điều trị cũng như tương tự như phụ nữ không có thai. Cần lưu ý tránh những thuốc có chống chỉ định trong thai kỳ (như quinolones). Ngoài

ra, quyết định phẫu thuật còn tùy thuộc vào độ an toàn của phẫu thuật và ở những thời điểm tuổi thai thích hợp.

- Đối với các trường hợp bị AXPP có kèm các tác nhân lây truyền qua đường tình dục, cần xem xét vấn đề điều trị cho cả bạn tình.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

THAI NGOÀI TỬ CUNG

I. ĐỊNH NGHĨA

- Thai ngoài tử cung là tình trạng túi thai nằm ngoài tử cung.
- Tần suất hiện mắc TNTC khoảng 9% thai kỳ.

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

Mức độ nguy cơ	Yếu tố nguy cơ	Odds ratio
Cao	Tiền căn TNTC	9.3 – 47
	Tiền căn PT trên vòi trứng	6.0 – 11.5
	Tiền căn thắt vòi trứng	3.0 – 139
	Bệnh lý tại vòi trứng	3.5- 25
	Phơi nhiễm DES trong tử cung	2.4 -13
	Đang sử dụng DCTC	1.1 - 45
Trung bình	Vô sinh	28
	Tiền căn viêm CTC (lậu, chlamydia)	2.8 – 3.7
	Viêm nhiễm vùng chậu	2.1 – 3.0
	Nhiều bạn tình	1.4 – 3.9
	Hút thuốc lá	2.3 – 3.9
Thấp	Tiền căn PT bụng/ chậu	0.93 – 3.8
	Thụt rửa âm đạo	1.1- 3.1
	QHTD sớm (<18 tuổi)	1.1 – 2.5

III. β-HCG TRONG THAI KỲ VÀ CHẨN ĐOÁN TNTC

- 7 ngày sau thụ thai có thể phát hiện đầu tiên trong máu
- Tại thời điểm trễ kinh: 100 mIU/mL
- Đỉnh cao tuần 8 – 10: 100.000 mIU/mL
- Sau đó giảm dần tới tuần 18 – 20
- Ổn định đến cuối thai kỳ: 10.000 – 20.000 mIU/mL
- Tăng gấp đôi mỗi 1.4- 2.1 ngày.
- Nghi ngờ TNTC nếu >7 ngày mới tăng gấp đôi (Obstet Gynecol 75: 421, 1990)
- 85% thai trong TC có βhCG tăng ít nhất 66% mỗi 2 ngày, trong 40 ngày đầu tiên
- Giá trị tăng thấp nhất mỗi 2 ngày đối với thai trong TC là 53%, tuy nhiên 21% TNTC có βhCG tăng giống như thai trong TC ở ngưỡng này
  - βhCG > 1500 mIU/mL → SÂ đầu dò AĐ thấy túi thai
  - βhCG > 6500 mIU/ mL → SÂ bụng thấy túi thai
- Thời gian bán hủy βhCG: 24 – 36 giờ
- Nghi ngờ TNTC (86%) nếu bán hủy > 7 ngày
- 20% TNTC được chẩn đoán (+)/ SÂ: túi thai ngoài TC có yolksac hoặc phôi thai
- SÂ ngả AĐ
  - GS = 2-3mm (4.5 – 5 tuần) tương ứng βhCG 1000 – 1500mIU/mL
  - GS = 8mm, có yolk sac
  - GS = 16mm, có phôi
  - SÂ có khối cạnh TC – BT, dịch cùng đồ, không thấy thai, βhCG >1500 mIU/mL, giúp:
    - Tăng độ nhạy SÂ chẩn đoán TNTC từ 93-99%
    - Giảm 40% tỷ lệ chấm dứt của thai/TC qua nạo lòng TC chẩn đoán

IV. βhCG TRONG THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ TNTC

Theo dõi

- Thoái triển tự nhiên
  - 88% TNTC βhCG < 1000mIU/mL
  - 60% TNTC βhCG < 2000mIU/mL
  - 25% TNTC βhCG > 1000mIU/mL
- Tiên lượng thoái triển tự nhiên
  - Tỷ số βhCG 48 giờ/ βhCG 0 giờ < 0.87 (độ nhạy 92.7%, độ đặc hiệu 96.7%)
  - Progesterone < 5 ng/ ml (68% thành công)
  - SA lượng dịch cùng đồ < 100ml, không rõ vị trí thai
  - TNTC với huyết động ổn định
- TNTC vỡ vẫn có thể xảy ra ngay khi βhCG và progesterone thấp hoặc đang giảm → theo dõi diễn biến βhCG < 5mIU/ mL.
- 29% TNTC có βhCG < 100 mIU/mL bị vỡ.

V. ĐIỀU TRỊ TNTC BẰNG METHOTREXATE (MTX): tham khảo

1. Chỉ định điều trị MTX đơn liều

- Huyết động ổn định (không shock)
- Nồng độ βhCG ≤ 5000 mIU/mL
- Không có phôi thai, tim thai trong khối TNTC (qua siêu âm)
- Kích thước khối thai < 3-4 cm (qua siêu âm)

2. Chỉ định điều trị MTX đa liều

- Huyết động học ổn định (không shock)
- Nồng độ βhCG > 5.000mIU/ ml và ≤ 10.000 mIU/ml
- Kích thước khối thai < 5cm (qua siêu âm)
- TNTC đoạn kẽ < 3cm

3. Chống chỉ định điều trị nội khoa

- Huyết động học không ổn định (tiền shock, shock): mạch nhanh, HA tụt, da niêm xanh nhợt, vã mồ hôi, buồn nôn, nôn, Hb/Hct giảm.
- Có dấu hiệu vỡ: đau bụng dưới nhiều và tăng dần, hoặc SÂ có lượng dịch ước lượng > 300ml, hay có dịch ổ bụng.
- Có phối hợp thêm thai trong tử cung
- Đang cho con bú
- Dị ứng MTX
- Có bệnh nội khoa: suy thận, loét dạ dày, bệnh phổi hoạt động, suy giảm miễn dịch
- Bệnh nhân không chấp nhận điều trị MTX
- Bất thường các XN tiềm hóa trị (BC < 3000, Tiểu cầu < 100.000, tăng men gan SGOT, SGPT > 100UI/L, tăng BUN, creatinin, rối loạn đông máu …)

VI. CHỈ ĐỊNH CAN THIỆP NGOẠI KHOA

- Đau bụng nhiều, huyết động học không ổn định
- Siêu âm thấy khối thai to ra, có dịch ổ bụng

Cắt TV nếu

- Huyết động học không ổn định
- Tiền căn đoạn sản, PT trên TV

- Không cầm máu được
- Ứ dịch TV nặng
- Tiền căn TNTC trên TV đó

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

RONG KINH – RONG HUYẾT

I. ĐỊNH NGHĨA KINH NGUYỆT

- Là xuất huyết âm đạo có chu kỳ, do lớp màng nội mạc tử cung tróc ra sau khi chịu tác dụng của nội tiết, xảy ra sau khi rụng trứng, có đặc điểm về thời gian, khoảng cách, lượng máu và triệu chứng đi kèm hầu như cố định ở mỗi cá nhân.
- Đặc điểm kinh nguyệt bình thường tóm tắt trong bảng dưới đây

Bảng 1. Đặc điểm kinh nguyệt

	Bình thường	**Bất thường**
Số ngày	3 -7 ngày	< 3 hay > 7
Số lượng	30-80 ml	> 80ml
Khoảng cách	24-32 ngày	< 24 hay > 32

(Sản Phụ Khoa 2007 – ĐH Y Dược Tp.HCM)

Phân loại	**Khoảng cách**	**Số ngày kinh**	**Số lượng**
Rong kinh	Đều	Kéo dài	Nhiều, trung bình hoặc ít
Rong huyết	Không đều	Kéo dài	Trung bình hoặc ít
Rong kinh – Rong huyết	Không đều	Kéo dài	Nhiều

II. NGUYÊN NHÂN

Rong kinh – rong huyết có thể do nguyên nhân thực thể hay nguyên nhân chức năng

1. Nguyên nhân thực thể

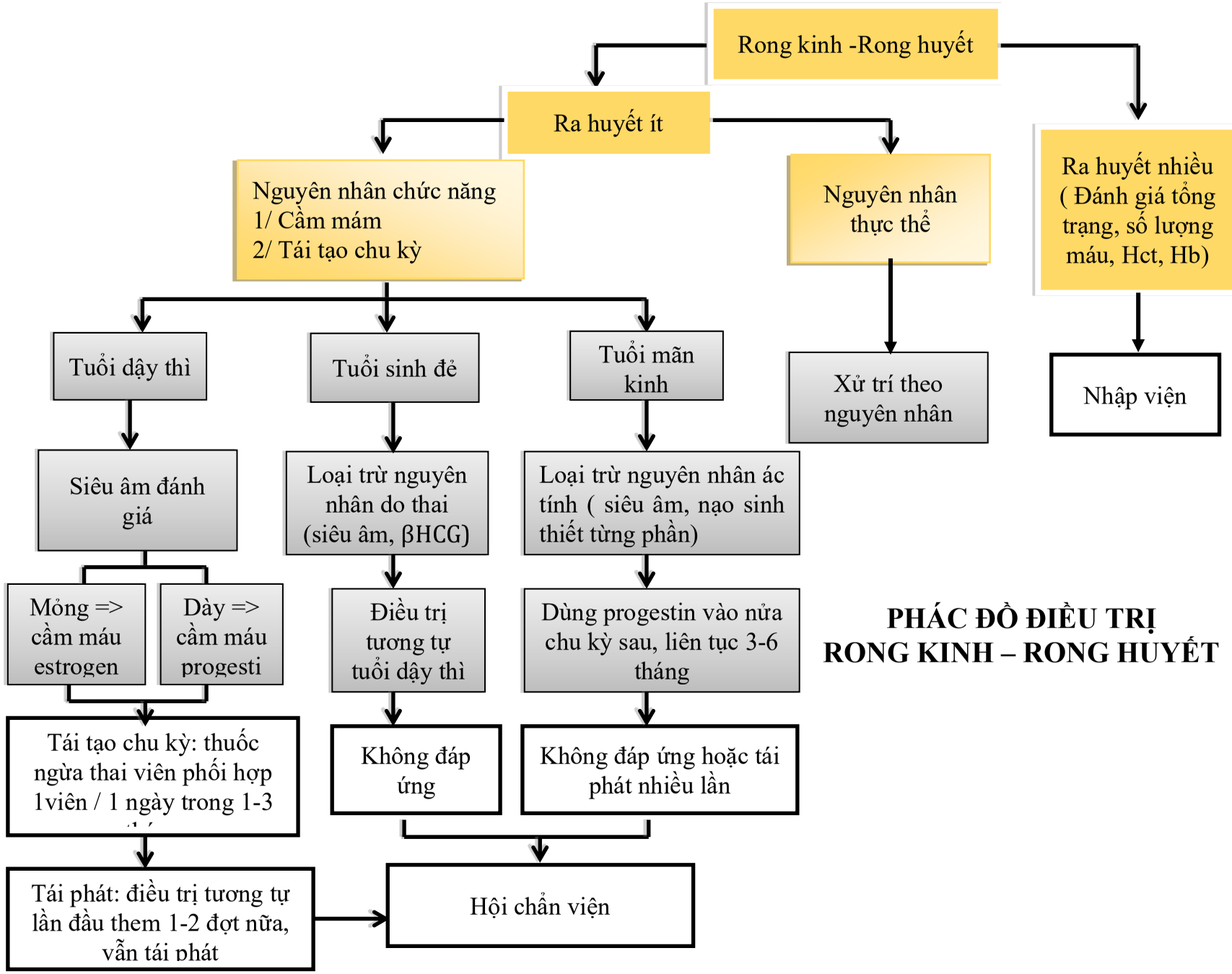
- Cơ quan sinh dục
- Bệnh toàn thân: bệnh lý huyết học, bệnh lý nội tiết, suy gan, suy thận
- Dùng thuốc
- Suy dinh dưỡng, béo phì

2. Nguyên nhân chức năng

- Không rụng trứng (80-90%)
  - Quanh có kinh lần đầu: trục hạ đồi – tuyến yên – buồng trứng chưa trưởng thành.
  - Quanh mãn kinh: các nang trứng không đáp ứng
- Có rụng trứng (10-20%)

Trên lâm sàng, tùy theo tuổi các nguyên nhân thường gặp sau

Bảng 2. Các nguyên nhân XHTBT thường gặp theo tuổi		
Tuổi	Nguyên nhân thường gặp	Tỉ lệ
Trước dậy thì	Dậy thì Bướu	Hiếm
Dậy thì	Nguyên nhân chức năng Rối loạn đông máu U bướu, viêm, biến chứng mang thai	>50% 20% Hiếm
Sinh đẻ	Biến chứng mang thai Nguyên nhân chức năng U xơ tử cung Viêm sinh dục, polype kênh CTC, u ác Chấn thương Rối loạn tuyến giáp	+++ ++ + Hiếm Hiếm Hiếm
Quanh mãn kinh	Nguyên nhân chức năng Ung thư CTC Ung thư nội mạc TC, ung thư buồng trứng Viêm sinh dục Biến chứng mang thai Rối loạn tuyến giáp	40% 4-5% - Hiếm - -
Mãn kinh	Viêm teo nội mạc TC/ âm đạo Dùng nội tiết estrogen Ung thư nội mạc tử cung Polype CTC, nội mạc tử cung Tăng sinh nội mạc tử cung Khác (ung thư CTC, sarcoma TC, chấn thương)	30% 30% 15% 10% 5% 10%



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ
RONG KINH – RONG HUYẾT

TIẾP CẬN XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG TRONG ĐỘ TUỔI SINH SẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Xuất huyết tử cung bất thường (Abnormal Uterine Bleeding - AUB) là bệnh lý phụ khoa thường xảy ra độ tuổi sinh sản, chiếm tỷ lệ 3-30%, có thể do nguyên nhân thực thể hay chức năng.

FIGO 2018 có 2 hệ thống phân loại AUB:

- Hệ thống 1: Định nghĩa xuất huyết tử cung bất thường.
- Hệ thống 2: Phân loại nguyên nhân gây xuất huyết tử cung bất thường (PALM-COEIN).

II. ĐỊNH NGHĨA XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG

- AUB mãn tính: chảy máu trong lòng tử cung trong 6 tháng gần nhất với sự bất thường về số lượng, thời gian ra máu, tần suất và mất tính chu kỳ kinh.
- AUB cấp tính: chảy máu ở phụ nữ tuổi sinh sản, không có thai, mức độ nặng – cần can thiệp nhanh để hạn chế số lượng máu mất.

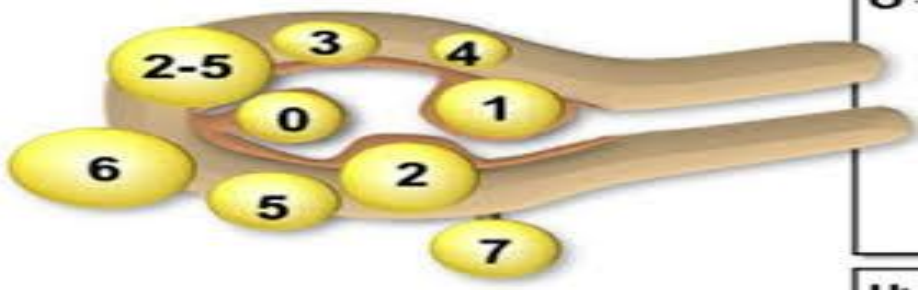
Đặc điểm	Bình thường	Bất thường
Tần suất	≥ 24 và ≤ 38 ngày	Vô kinh Chảy máu kinh không thường xuyên (> 38 ngày) Chảy máu kinh thường xuyên (< 24 ngày)
Thời gian hành kinh	≤ 8 ngày	Kéo dài > 8 ngày
Sự đều đặn (sự thay đổi về độ dài giữa 2 chu kỳ)	Đều (18-25 tuổi và 42-45 tuổi: ≤ 9 ngày; 26-41 tuổi: ≤ 7 ngày)	Không đều (sự thay đổi ≥ 8 – 10 ngày)
Thể tích máu (theo đánh giá của người bệnh)	5 – 80 ml	Ít < 5ml Nhiều > 80 ml
Xuất huyết giữa chu kỳ	Không có	Chảy máu bất thường giữa 2 chu kỳ (đầu ,giữa, cuối chu kỳ)

III. NGUYÊN NHÂN

(PHÂN LOẠI PALM – COEIN, FIGO 2018)

Nguyên nhân thuộc về cấu trúc	Nguyên nhân không thuộc cấu trúc
Polype (AUB –P)	Coagulopathy (AUB – C) Bệnh lý về đông máu
Adenomyosis (AUB – A) **Bệnh lý lạc tuyến trong cơ tử cung**	Ovalutory dysfuntion (AUB –O) Rối loạn chức năng phóng noãn
Leiomyoma (AUB –L) **U xơ tử cung (UXTC)**	Endometrial disorder (AUB –E) Rối loạn chức năng cầm máu nội mạc tử cung
Malignancy and Hyperplasia (AUB-M) **Bệnh lý ác tính và tăng sinh nội mạc tử cung**	Iatrogenic (AUB-I) Do thuốc
	Not otherwise classified

Hệ thống phân loại u xơ tử cung theo FIGO 2018		
SM – submucous **(UXTC dưới niêm mạc)**	0	UXTC dưới niêm mạc có cuống
O- other (UXTC ở vị trí khác)	1	< 50% trong cơ
	2	≥ 50% trong cơ
	3	100% trong cơ, có tiếp xúc nội mạc tử cung
	4	UXTC trong cơ
	5	Dưới thanh mạc ≥ 50% trong cơ
	6	Dưới thanh mạc < 50% trong cơ
	7	Dưới thanh mạc có cuống
	8	Cổ tử cung, dây chằng rộng
H-hybird	Nếu UXTC nằm trọn trong cơ và lồi ra dưới niêm và dưới thanh mạc, có thể có 2 số chỉ vị trí khối u, 2-5, cách nhau bằng 1 gạch nối. Theo qui ước, số đầu chỉ số khối u gần niêm mạc, số sau chỉ số khối u gần thanh mạc	
	Ví dụ: U xơ TC (L2 -5): Dưới niêm và dưới thanh mạc (<50% nằm trong trong lòng TC và <50% lồi ra dưới thanh mạc, hướng vào ổ bụng)	



IV. TIẾP CẬN XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG

- Hỏi bệnh sử và khám lâm sàng cẩn thận giúp tìm ra nguyên nhân của AUB và định hướng cho các xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán nguyên nhân.
- Các xét nghiệm cận lâm sàng:
  - B-hCG để loại trừ có thai
  - Tổng phân tích tế bào máu (nếu cần)
  - Nội tiết: tùy theo dấu hiệu tìm thấy thông qua hỏi bệnh sử và khám thực thể, bao gồm: chức năng tuyến giáp, prolactin, testosterone, FSH, LH, estrogen.
  - Đông máu: khuyến cáo cho các trường hợp tiền sử AUB nặng lúc mới dậy thì, bản thân hay gia đình có tiền sử chảy máu bất thường
  - Tầm soát ung thư CTC
  - Sinh thiết nội mạc tử cung
  - Xét nghiệm hình ảnh: siêu âm đầu dò bụng – âm đạo, siêu âm bơm nước buồng tử cung, MRI…
  - Nội soi buồng tử cung chẩn đoán.

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.
3. Bài giảng phụ khoa- Bộ môn Phụ sản Đại học y Dược

TĂNG SINH NỘI MẠC TỬ CUNG

I. ĐỊNH NGHĨA – PHÂN LOẠI

- Tăng sinh nội mạc TC là chẩn đoán mô học được định nghĩa là có sự tăng sinh bất thườn về kích thước và hình dạng của tuyến NMTC làm tăng tỷ lệ tuyến/ mô đệm với nội mạc TC bình thường.
- Phân loại: theo WHO dựa vào 2 yếu tố chính
  - Thành phần cấu trúc tuyến/ mô đệm (đơn giản hay phức tạp)
  - Có sự hiện diện của nhân không điển hình (điển hình hay không điển hình).
- Do đó tăng sinh NMTC được chia thành 4 nhóm
  - Tăng sinh đơn giản điển hình.
  - Tăng sinh đơn giản không điển hình.
  - Tăng sinh phức tạp điển hình.
  - Tăng sinh phức tạp không điển hình.
- Lý do của sự phân chia này dựa trên diễn tiến tự nhiên của bệnh
  - 2% tăng sinh đơn giản điển hình diễn tiến thành ung thư NMTC
  - 8% tăng sinh phức tạp điển hình diễn tiến thành ung thư NMTC
  - 23% tăng sinh không điển hình diễn tiến thành ung thư NMTC

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

Tăng sinh NMTC gây nên do có sự kích thích của estrogen lên NMTC mà không có tác dụng đối kháng của progesterone. Do đó, ta thường gặp tăng sinh NMTC ở các nhóm sau:

1. Tuổi dậy thì (do chu kỳ không phóng noãn).

2. Phụ nữ trẻ, tiền MK, quanh MK (do suy giảm progesterone của hoàng thể).

- Nội sinh: phụ nữ béo phì, bướu BT sản xuất estrogen, thiểu năng BT, hội chứng BT đa nang
- Ngoại sinh: điều trị nội tiết estrogen đơn thuần.
- Các bệnh lý đi kèm như tiểu đường, cao huyết áp

3. Hậu mãn kinh

- Điều trị nội tiết estrogen đơn thuần trong thời kỳ hậu MK.
- Cũng có thể do estrogen nội sinh.
- Do thuốc: Tamoxifen

III. TRIỆU CHỨNG – CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng

- Xuất huyết tử cung bất thường, thường đi kèm với đau co thắt vùng bụng dưới.

2. Khám

- Âm đạo có huyết từ buồng TC.
- Có thể phát hiện đi kèm cùng bướu BT, buồng trứng đa năng, tăng sinh tuyến thượng thận.

3. Siêu âm

- Tăng sinh NMTC tạo ra vùng echo dày, đồng nhất, bờ nhẵn trơn buồng TC, có độ dày ≥ 4mm (mãn kinh) và đầu chu kỳ kinh > 9mm
- Có thể phát hiện UNBT, BT đa nang

4. Nạo sinh thiết

- Tăng sinh NMTC là chẩn đoán của GPB trên vi thể nên nạo sinh thiết giúp chẩn đoán rõ ràng dạng tăng sinh.
- Tuy vậy, nạo sinh thiết (NST) không phải luôn luôn cho chẩn đoán chính xác. Có một số ung thư NMTC biệt hóa cao không chẩn đoán được qua NST (cùng tồn tại với tăng sinh NMTC không điển hình).

IV. XỬ TRÍ

Phụ thuộc vào tuổi, GPB, dấu hiệu lâm sàng, mong muốn có con.

Mục đích điều trị

- Đối với bệnh lý tăng sinh NMTC đơn giản hay phức tạp, điển hình: kiểm soát xuất huyết bất thường và ngăn ngừa diễn tiến thành ung thư NMTC.
- Tăng sinh NMTC không điển hình: cần điều trị triệt để bao gồm phẫu thuật (do nguy cơ ung thư nội mạc tử cung cao)

Lưu ý:

- Nhiều loại tăng sinh khác nhau có thể cùng hiện diện ở nội mạc và cùng đi kèm với ung thư NMTC
- Điều kiện đầu tiên trong điều trị bảo tồn là mẫu nạo sinh thiết đã lấy cẩn thận không bỏ sót tổn thương.
- Có thể điều trị ở tất cả thời điểm vì điều trị ở giai đoạn sớm tình trạng tăng sinh không điển hình cũng có thể thoái triển

1. Nhóm trẻ tuổi và chưa mãn kinh

a. Tăng sinh điển hình

- Thuốc ngừa thai phối hợp ít nhất 6 chu kỳ/ 6 tháng
- Progestin nên liên tục ít nhất 12 -14 ngày/ tháng x 3-6 tháng.
  - MPA (Medroxyprogesterone acetate) 10mg/ ngày
  - Micronized progesterone 200mg/ngày
  - Norethindrone acetate 5-25mg/ ngày
  - Depot medroxyprogesterone acetate 150mg TB mỗi 3 tháng
  - Đặt dụng cụ TC chứa nội tiết (levonorgestrel) đối với bệnh nhân muốn ngừa thai
- Sau đó
  - Theo dõi các biểu hiện trở lại bình thường của chu kỳ kinh nguyệt và rụng trứng
  - Nếu muốn có thai → kích thích phóng noãn
  - Sinh thiết NMTC khi có xuất huyết TC bất thường

b. Tăng sinh không điển hình

- Bệnh nhân còn muốn sinh
  - Thuốc ngừa thai phối hợp
  - Progestins: Megestrol (80-160mg/ngày), MPA, Depot medroxyprogesterone acetate 150mg tiêm bắp hoặc vòng tránh thai chứa progestin
  - Sinh thiết NMTC đánh giá điều trị sau 3 tháng, nếu bệnh lý còn tồn tại → tăng liều cao hơn. Thời gian thoái triển trung bình khi điều trị progestin được ghi nhận khoảng 9 tháng. Nếu bệnh lý vẫn còn tồn tại sau 7 – 9 tháng điều trị → tiên lượng điều trị nội khoa thất bại cao (có chỉ định cắt TC).
- Khi mẫu sinh thiết không còn dấu hiệu bệnh, khuyên bệnh nhân có thai sớm. Nếu chưa muốn có thai cần tiếp tục duy trì điều trị và sinh thiết NMTC mỗi 6-12 tháng.
- Cắt tử cung có chỉ định đối với:

- Bệnh nhân đủ con không muốn sinh thêm
- Bệnh nhân không muốn hoặc không thể theo dõi bằng phương pháp nội khoa và sinh thiết NMTC theo lịch hẹn
- Xuất huyết tử cung trầm trọng

2. Nhóm tuổi mãn kinh

a. Tăng sinh điển hình

- Đang điều trị nội tiết thay thế thì chỉ cần ngưng thuốc
- Có bướu buồng trứng → phẫu thuật
- Điều trị progestin liên tục 3 tháng, sau đó sinh thiết NMTC đánh giá điều trị ngay khi ngưng thuốc và lập lại sau 6-12 tháng
- Bệnh nhân còn ra huyết bất thường và kết quả nạo sinh thiết còn tồn tại bệnh → cắt tử cung
- BN bị các vấn đề nội khoa nặng không thể phẫu thuật cũng có thể điều trị với Progestin

b. Tăng sinh không điển hình

- Phương pháp điều trị thích hợp nhất là cắt tử cung
- Nếu chưa thực hiện được phẫu thuật có thể điều trị progestin liên tục hoặc đặt dụng cụ tử cung chứa progestin sau khi sinh thiết NMTC cẩn thận dưới nội soi BTC để loại trừ ung thư NMTC.
- Mẫu sinh thiết cần làm lại sau 3 tháng điều trị và sau đó mỗi 6-12 tháng.

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

U XƠ TỬ CUNG

I. ĐỊNH NGHĨA – PHÂN LOẠI

- U xơ tử cung là khối u lành tính của tế bào cơ trơn tử cung.
- Phân loại: tùy theo vị trí khối u xơ có thể chia thành
  - Dưới thanh mạc
  - Trong cơ tử cung
  - Dưới niêm mạc
  - Có thể ở CTC hoặc trong dây chằng rộng

II. CHẨN ĐOÁN

Phần lớn phụ nữ có u xơ tử cung không có triệu chứng lâm sàng nhưng cũng có thể có triệu chứng nặng

- Triệu chứng lâm sàng
  - Xuất huyết tử cung bất thường (rong kinh, rong huyết, cường kinh).
  - Các triệu chứng chèn ép vùng hạ vị (cảm giác trằn nặng, bón, tiểu lắt nhắt, bí tiểu…)
- Khám
  - Tổng trạng có thể bình thường hoặc nhợt nhạt, thiếu máu.
  - Tử cung to, chắc, mật độ không đều di động theo CTC.
  - Triệu chứng phúc mạc do khối u xơ TC thoái hóa hoại tử.
- Cận lâm sàng
  - Siêu âm: có u xơ tử cung (phân biệt u nang buồng trứng).
  - Có thể sử dụng CT-Scan, MRI trong những trường hợp khó (u to, cần chẩn đoán phân biệt …)
  - UIV đánh giá chèn ép niệu quản, thận
- Chẩn đoán phân biệt
  - Xuất huyết tử cung bất thường do chu kỳ không rụng trứng hay bệnh lý tăng sinh NMTC hay bệnh lý ác tính của NMTC.
  - Đau vùng chậu (do lạc nội mạc ở cơ TC, lạc nội mạc buồng trứng, thai ngoài tử cung, UNBT xoắn, viêm phần phụ).
  - Khối u hạ vị (thai, lạc nội mạc ở cơ TC, polyp tử cung, khối u BT, leiomyosacracoma).

III. XỬ TRÍ

1. Mục tiêu điều trị

- Làm giảm nhẹ các triệu chứng (xuất huyết tử cung bất thường, đau, các triệu chứng do chèn ép…)
- Giảm kích thước khối u xơ

Cách thức can thiệp nên tùy vào từng người bệnh dựa trên các yếu tố sau

- Kích thước và vị trí khối u xơ (to hay nhỏ, dưới niêm mạc, trong cơ hay dưới thanh mạc).
- Triệu chứng kèm theo (chảy máu, đau, chèn ép, vô sinh).
- Tình trạng mãn kinh
- Nguyện vọng của người bệnh (giá thành, sự thuận lợi, mong muốn bảo tồn TC, tác dụng phụ).

Xử trí u xơ tử cung có thể bằng biện pháp theo dõi, điều trị nội khoa hay phẫu thuật

2. Nội khoa: chỉ định điều trị nội khoa khi u xơ tử cung có triệu chứng

a. Progestins

- Lynestrenol 5mg: liều 1 viên x 2 lần/ ngày (uống)
- Norethisterone 5mg: liều 1 viên x 2 lần/ ngày (uống)
- Dydrogesterone 10-30mg/ ngày
- Nomegestrol acetate 5mg: liều 1 viên 1 lần/ ngày (uống)
- Tùy theo mức độ xuất huyết hoặc nhu cầu có con:
  - Có thể điều trị từ ngày thứ 16 đến 25
  - Hay từ ngày thứ 5 tới 25 của chu kỳ
  - Hoặc liên tục, trong 3-6 tháng
- DCTC có nội tiết (levonorgestrel) được sử dụng để giảm bớt thể tích khối u và cường kinh, đồng thời ngừa thai.
- Progestins (chích, cấy,…) dùng để điều trị các triệu chứng nhẹ ở những người muốn kết hợp ngừa thai.
- Progestins có thể giảm kích thước nhân xơ nhưng khi ngưng thuốc sẽ to trở lại.

b. Thuốc ngừa thai phối hợp

Làm teo NMTC, do đó giảm bớt tình trạng cường kinh trong UXTC

c. Chất đồng vận GnRH

- Chỉ định: có thể dùng trong những trường hợp sau
  - Điều trị trước mổ bóc nhân xơ to
  - Trì hoãn phẫu thuật và nâng thể trạng trước phẫu thuật
  - Bệnh nhân tiền mãn kinh
  - Chuẩn bị trước mổ cắt tử cung đường âm đạo, nội soi buồng tử cung đối với nhân xơ tử cung ≥ 5cm
  - Bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật
  - Bệnh nhân chưa muốn phẫu thuật
- Thuốc đắt tiền, hiệu quả có giới hạn nên chỉ sử dụng khi thật cần thiết
- Nên dùng 3 tháng trước phẫu thuật để nhân xơ nhỏ lại và phẫu thuật ít mất máu
- Các loại thuốc GnRH đồng vận

- Triptorelin	3.75 mg/ tháng	Tiêm bắp
- Leuprorelin acetat	3.75 mg/ tháng	Tiêm bắp
- Goserelin	3.6 mg/ tháng	Tiêm dưới da vùng bụng

d. Các phương pháp điều trị nội khoa khác

- Antiprogestins (RU-486)
- Danazol và Gestrinone (androgenic steroids)

Có hiệu quả nhưng tác dụng phụ nhiều

3. Phẫu thuật

Chỉ định phẫu thuật: khi có 1 trong các yếu tố sau

- UXTC to ≥ 12 tuần có triệu chứng
- Xuất huyết tử cung bất thường điều trị nội thất bại
- UXTC dưới niêm, rong huyết
- Có biến chứng (chèn ép bàng quang, niệu quản)
- UXTC hoại tử, nhiễm trùng nội thất bại
- UXTC to nhanh, nhất là sau mãn kinh
- Kết hợp với các bệnh lý khác: K CTC, K NMTC, TS NMTC không điển hình, sa sinh dục.

- Vô sinh, sẩy thai liên tiếp
- Khối u vùng hạ vị không phân biệt được với khối u buồng trứng

• **Phương pháp phẫu thuật**

Mục đích phẫu thuật lấy khối nhân xơ bảo tồn tử cung hay cắt tử cung tòan phần tùy thuộc vào tình trạng bệnh lý và nguyện vọng của người bệnh.

• **Bóc nhân xơ**

- UXTC ở cơ và dưới thanh mạc → mở bụng hoặc nội soi ổ bụng
- UXTC dưới niêm mạc → nội soi BTC
- UXTC thoái hóa sa xuống âm đạo →cắt đường âm đạo

• **Cắt tử cung toàn phần:** người bệnh đã được tư vấn kỹ và đồng ý trước phẫu thuật

• **Tắc động mạch tử cung**

Chỉ định

- Có chẩn đoán UXTC to 12-16 tuần (siêu âm tối đa 3 nhân xơ)
- Có chống chỉ định gây mê toàn thân
- Nhân xơ tái phát sau phẫu thuật bóc nhân xơ
- Muốn giữ lại TC
- Bn từ chối phẫu thuật

Chống chỉ định

- Có rối loạn đông máu
- Các bệnh lý nội khoa cần điều trị trước
- Nghi ngờ bệnh lý ác tính

Phương pháp: chuyển tuyến trên

- Đặt Catheter vào động mạch đùi luồn đến động mạch tử cung, rồi bơm vào chất plastic hay gel tạo cục máu làm giảm nuôi dưỡng u và kết quả giảm kích thước khối u xơ
- Sau phẫu thuật dùng thuốc giảm đau không steroid hoặc Paracetamol, KS dự phòng và theo dõi biến chứng (chảy máu, nhiễm trùng…)
- - BN được xuất viện sau 1 ngày

• Nội soi buồng tử cung cắt NXTC dưới niêm mạc: chuyển tuyến trên

- Phụ nữ đã có đủ con
- Điều trị triệu chứng xuất huyết bất thường

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

U PHẦN PHỤ

I. ĐẠI CƯƠNG

- 90% UBT là u dạng nang
- Thường gặp ở tuổi sinh đẻ

II. CHẨN ĐOÁN

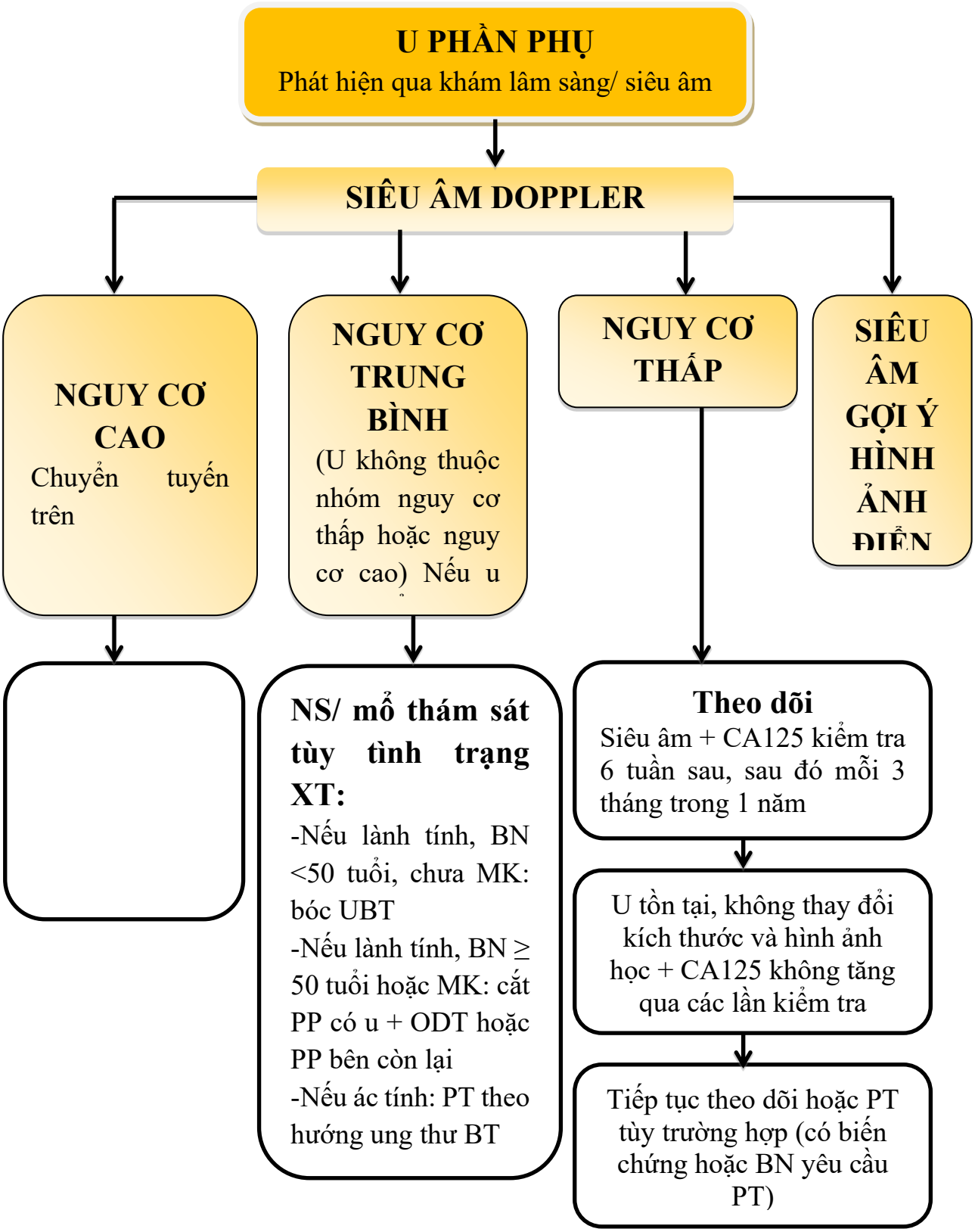
1. Lâm sàng

- Tiền sử: Bản thân và gia đình: K vú, K đại tràng, K NMTC hay K buồng trứng đang điều trị
- Bệnh sử
  - Tình trạng kinh nguyệt: thống kinh, rong kinh, rong huyết.
  - Thời điểm phát hiện bướu buồng trứng.
  - Các triệu chứng liên quan đến bướu buồng trứng: bụng to, nặng bụng
  - Các triệu chứng chèn ép: rối loạn tiêu hóa (bón), tiết niệu (bí tiểu)
- Thăm khám (phối hợp khám bụng, ngả ÂĐ và trực tràng): có khối u, mô tả các đặc tính của u.

2. Cận lâm sàng

- SA Doppler: được chỉ định sau khi đã phát hiện bướu buồng trứng bằng siêu âm trắng đen. Siêu âm sẽ mô tả, chẩn đoán và tính nguy cơ ác tính theo khuyến cáo của Hiệp hội siêu âm sản phụ khoa thế giới (ISUOG)
- MRI: chỉ định khi cần đánh giá tổn thương xâm lấn vào các cơ quan lân cận
- CT scan: chỉ định khi nghi ngờ ung thư có di căn xa hoặc chống chỉ định với MRI.
- Dấu ấn sinh học bướu (tumor markers):
  - CA125: chỉ định thường quy
  - Các dấu ấn sinh học bướu khác (AFP, CEA, βhCG, p231 xem): chỉ định tùy lâm sàng và cận lâm sàng
- Các thuật toán ước tính nguy cơ ung thư buồng trứng (ROMA value, RMI): được tham khảo thêm khi cần thiết

III. XỬ TRÍ



IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

BỆNH LÝ LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG (ENDOMETROSIS)

I. ĐỊNH NGHĨA

Lạc nội mạc tử cung là sự hiện diện của tuyến nội mạc tử cung và mô đệm bên ngoài tử cung, tạo ra quá trình viêm mạn, phát triển và thoái triển phụ thuộc vào nội tiết estrogen.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đau vùng chậu: đau khi hành kinh, đau khi giao hợp…
- Hiếm muộn
- Khối u buồng trứng
- Các triệu chứng khác (đau vùng tầng sinh môn hoặc thành bụng khi có kinh …)

2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: gợi ý lạc NMTC tại BT, cơ TC
- MRI: chỉ định khi có gợi ý lạc NMTC sâu
- CA125: thường tăng nhưng ít có giá trị chẩn đoán, sự tăng không liên quan đến độ nặng của bệnh.

3. Nội soi ổ bụng: tiêu chuẩn vàng chẩn đoán có lạc NMTC.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị: cá thể hóa từng trường hợp

2. Mục tiêu điều trị

- Giảm đau
- Bảo tồn khả năng sinh sản
- Giảm tái phát và biến chứng nặng

3. Lựa chọn điều trị

a. Điều trị nội khoa

- Kháng viêm không Steroid: Ibuprofen, Diclofenac, Celecoxib
- Ibuprofen: uống 600 – 1200 mg/ ngày, chia 2 -3 lần, hoặc
- Diclofenac: uống 100 – 150mg/ ngày, chia 2-3 lần, hoặc
- Celecoxib: uống 100-200mg x 2 lần/ ngày.
- Thuốc viên ngừa thai kết hợp: Khuyến cáo điều trị liên tục trong 3 tháng có hiệu quả giảm đau hơn là ngắt quãng. Nếu sau 3 tháng không hiệu quả chuyển sang điều trị với biện pháp nội tiết khác.
- **Liệu pháp progestin**

- Progestin dạng uống: progestin đơn thuần được sử dụng, được FDA chấp chận.
  - Norethindrone acetate: 5-20mg uống mỗi ngày, có hiệu quả trong đa số trong thống kinh và viêm vùng chậu mãn tính.
  - Medroxyprogesterone acetate: 150 mg TB mỗi 3 tháng
  - Dụng cụ phóng thích Etonogestrel (Implanon): dùng trong LNMTC nặng, thống kinh. Không ảnh hưởng đến BMD và lipid.
  - Danazol: tác dụng giảm đau tương tự GnRH đồng vận. Liều dung 400 – 600 mg/ ngày. Hiện nay rất hạn chế sử dụng vì nhiều tác dụng phụ.

- GnRH đồng vận là lựa chọn thứ hai nếu không đáp ứng với COC hoặc progestin, hoặc sau LNMTC tái phát, hoặc tồn tại sang thương LNMTC sau mổ. Phối hợp với liệu pháp Addback: Norethindrone acetate (NETA) 5 mg/ ngày trong 6 – 12 tháng.

- Triptorelin 3.75 mg/ 28 ngày (Tiêm bắp)
- Triptorelin 11.25 mg/ 3 tháng (Tiêm bắp)
- Leuprorelin acetat 3.75 mg/ 28 ngày (Tiêm bắp)
- Goserelin acetat 3.6mg/ 28 ngày (Tiêm dưới da vùng bụng)

b. Điều trị ngoại khoa

- **Chỉ định**

- Đau không đáp ứng với điều trị nội
- Hiếm muộn có U LNMTC ở BT > 3cm
- LNMTC sâu
- U LNMTC ở BT > 3cm không triệu chứng: được xử trí như khối u phần phụ

- **Xử trí**

- **Cá thể hóa từng trường hợp, tùy thuộc vào:**
  - Tuổi bệnh nhân
  - Nguyện vọng muốn sinh con
  - Tiền căn phẫu thuật lạc nội mạc tử cung
  - Bệnh nhân đồng thuận với phẫu thuật
- **Thời điểm phẫu thuật:**
  - Sau sạch kinh và trước ngày rụng trứng
  - Sau điều trị lạc nội mạc tử cung bằng nội tiết, trước khi có kinh lại
- **Phương pháp phẫu thuật:**
  - Bảo tồn:
    - Gỡ dính, đốt hủy hoặc cắt các tổn thương lạc nội mạc tử cung
    - Bóc (cắt) u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng
    - Phục hồi cấu trúc vùng chậu
  - Triệt để:
    - Cắt phần phụ có u
    - Cắt phần phụ có u ± cắt tử cung toàn phần hoặc bán phần nếu có kèm bệnh lý ở tử cung
    - Cắt các tổn thương lạc nội mạc tử cung sâu

c. Điều trị nội khoa kết hợp ngoại khoa

Có thể điều trị nội khoa trước hoặc sau phẫu thuật. Cân nhắc trong các trường hợp sau:

- Bệnh nhân trẻ, chưa đủ con
- Bệnh nhân cần trì hoãn phẫu thuật
- Bệnh nhân có triệu chứng đau và được đánh giá giai đoạn nặng trong phẫu thuật.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

TẦM SOÁT UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

Tại Việt Nam, ung thư cổ tử cung (UTCTC) là ung thư phổ biến thứ 4 ở phụ nữ và phổ biến thứ 2 ở phụ nữ tuổi sinh sản, sau ung thư vú. Nhiễm HPV là nguyên nhân chính của UTCTC gây nên bởi các type nguy cơ cao bao gồm 6, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68. Trong đó type 16, 18 gây nên > 70% các trường hợp UTCTC.

Phần lớn các trường hợp UTCTC có thể được phòng ngừa bằng cách tầm soát phát hiện sớm và điều trị các tổn thương ở giai đoạn tiền ung thư.

I. ĐỐI TƯỢNG TẦM SOÁT

- Phụ nữ ≥ 21 tuổi, đã có quan hệ tình dục và mong muốn được tầm soát ung thư cổ tử cung

II. THỜI ĐIỂM NGƯNG TẦM SOÁT

- 65 tuổi nếu bệnh nhân có 3 lần Pap's hoặc 2 lần co-testing âm tính
- Sau cắt tử cung vì bệnh lý lành tính

III. CÁC PHƯƠNG PHÁP TẦM SOÁT

1. Tế bào học

- Xét nghiệm tế bào cổ tử cung: cổ điển hoặc nhúng dịch

2. Xét nghiệm HPV

3. Quan sát cổ tử cung

- VIA (Visual Inspection using Acetic acid): quan sát CTC với acid acetic
- VILI (Visual Inspection using Lugol's iodine): quan sát CTC với Lugol

IV. CÁC PHÁC ĐỒ TẦM SOÁT

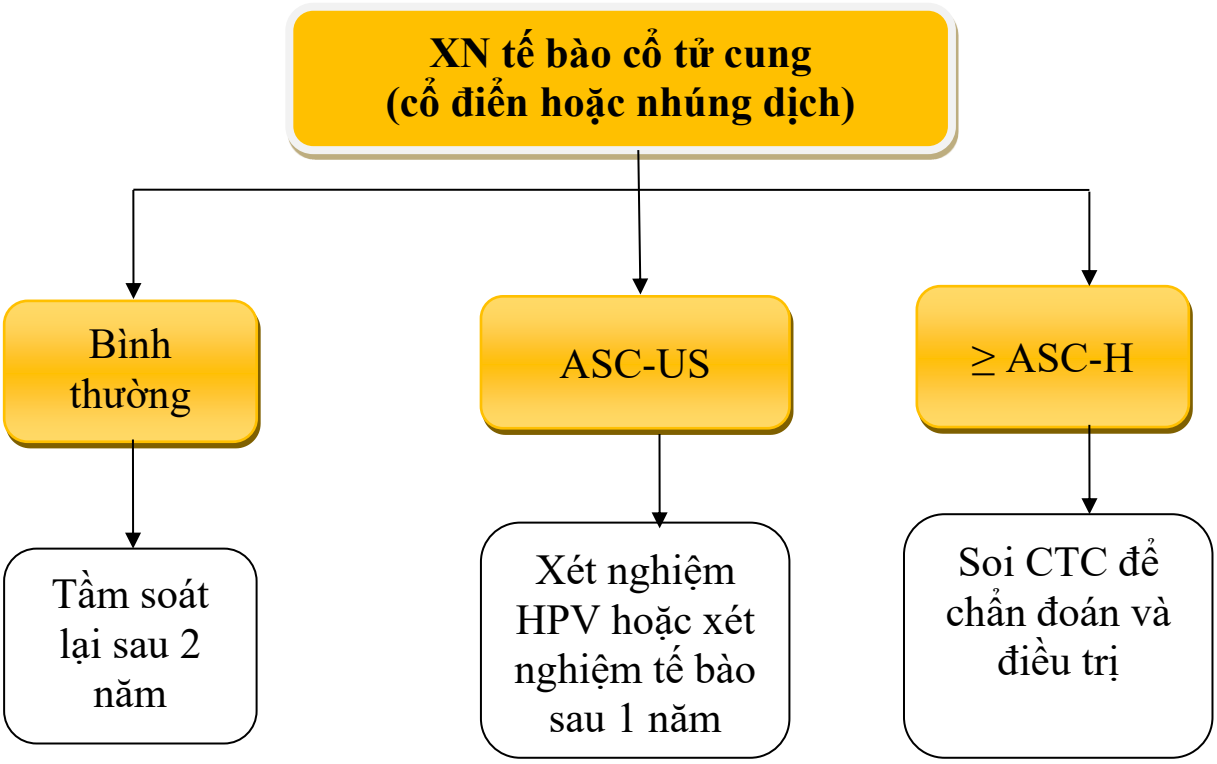
Tùy điều kiện cơ sở y tế và năng lực, kinh nghiệm chuyên môn tại cơ sở để chọn phác đồ cho phù hợp.

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

Phác đồ 1: Tầm soát dựa vào xét nghiệm tế bào cổ tử cung

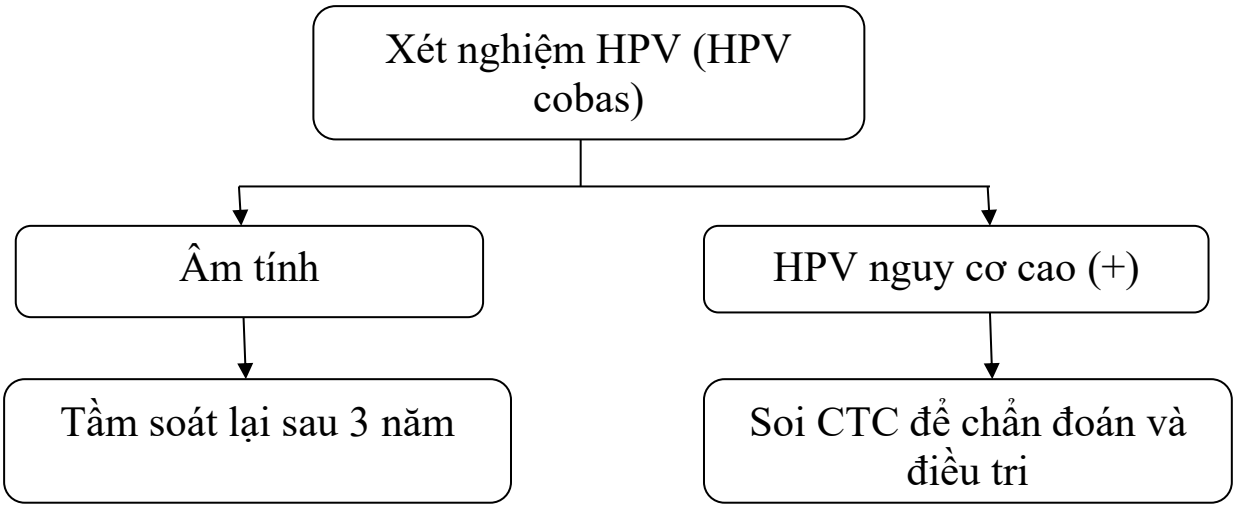
*Áp dụng cho phụ nữ ≥ 21 tuổi



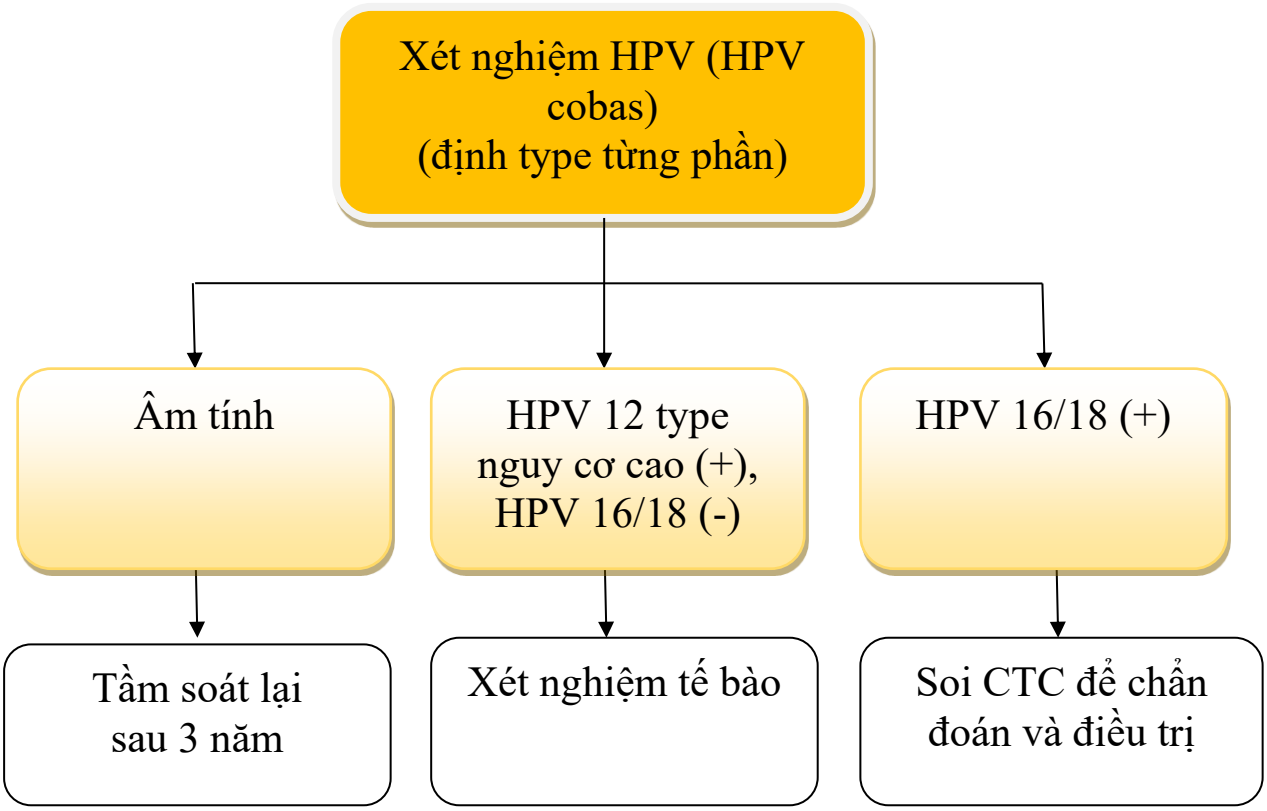
Phác đồ 2A: Tầm soát dựa vào xét nghiệm HPV đơn thuần

(định tính)

*Áp dụng cho phụ nữ ≥ 25 tuổi

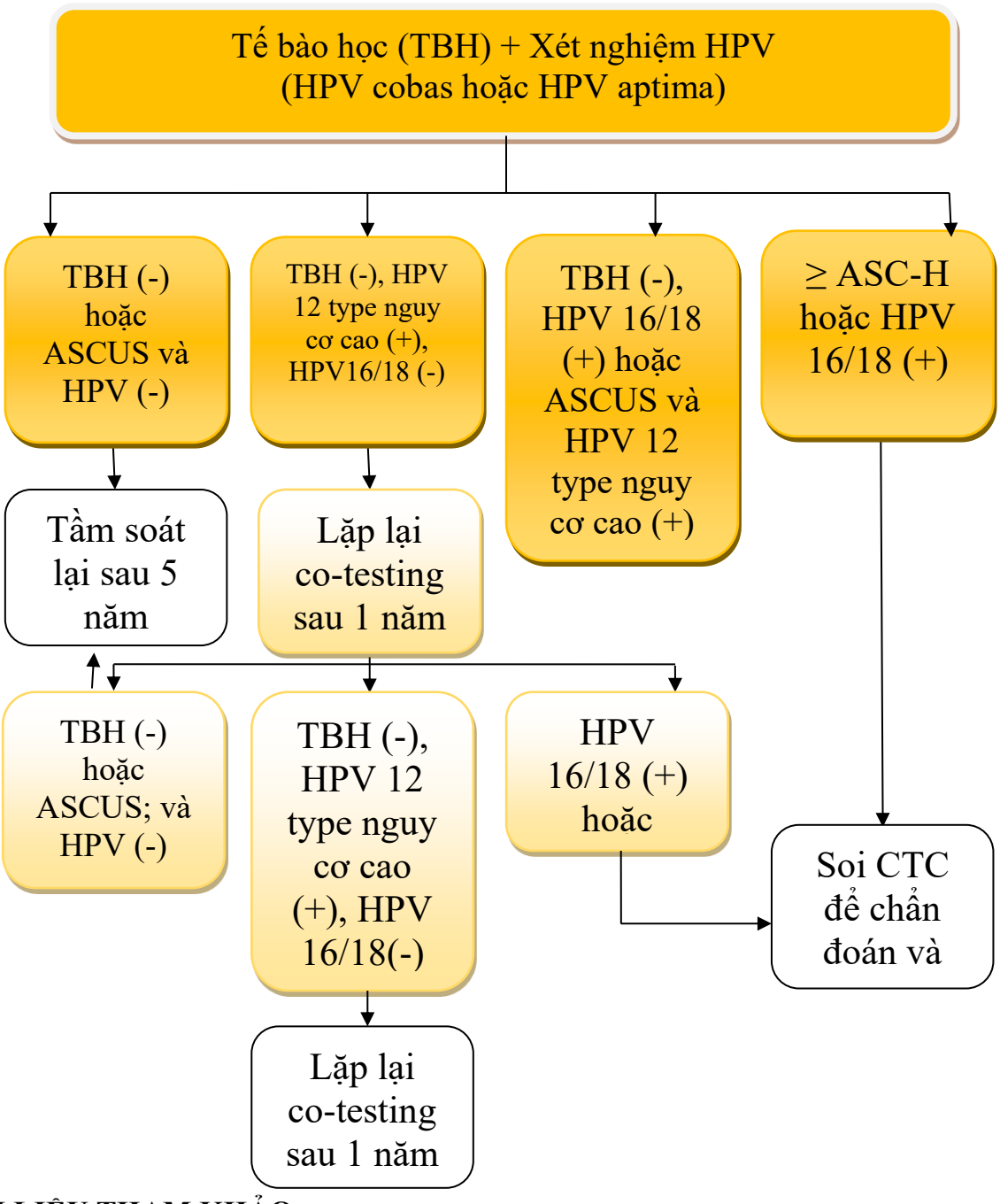


Phác đồ 2B: Tầm soát dựa vào xét nghiệm HPV đơn thuần
(định type từng phần)
*Áp dụng cho phụ nữ ≥ 25 tuổi



Phác đồ 3: Tầm soát dựa vào bộ đôi xét nghiệm HPV và tế bào học (co-testing)

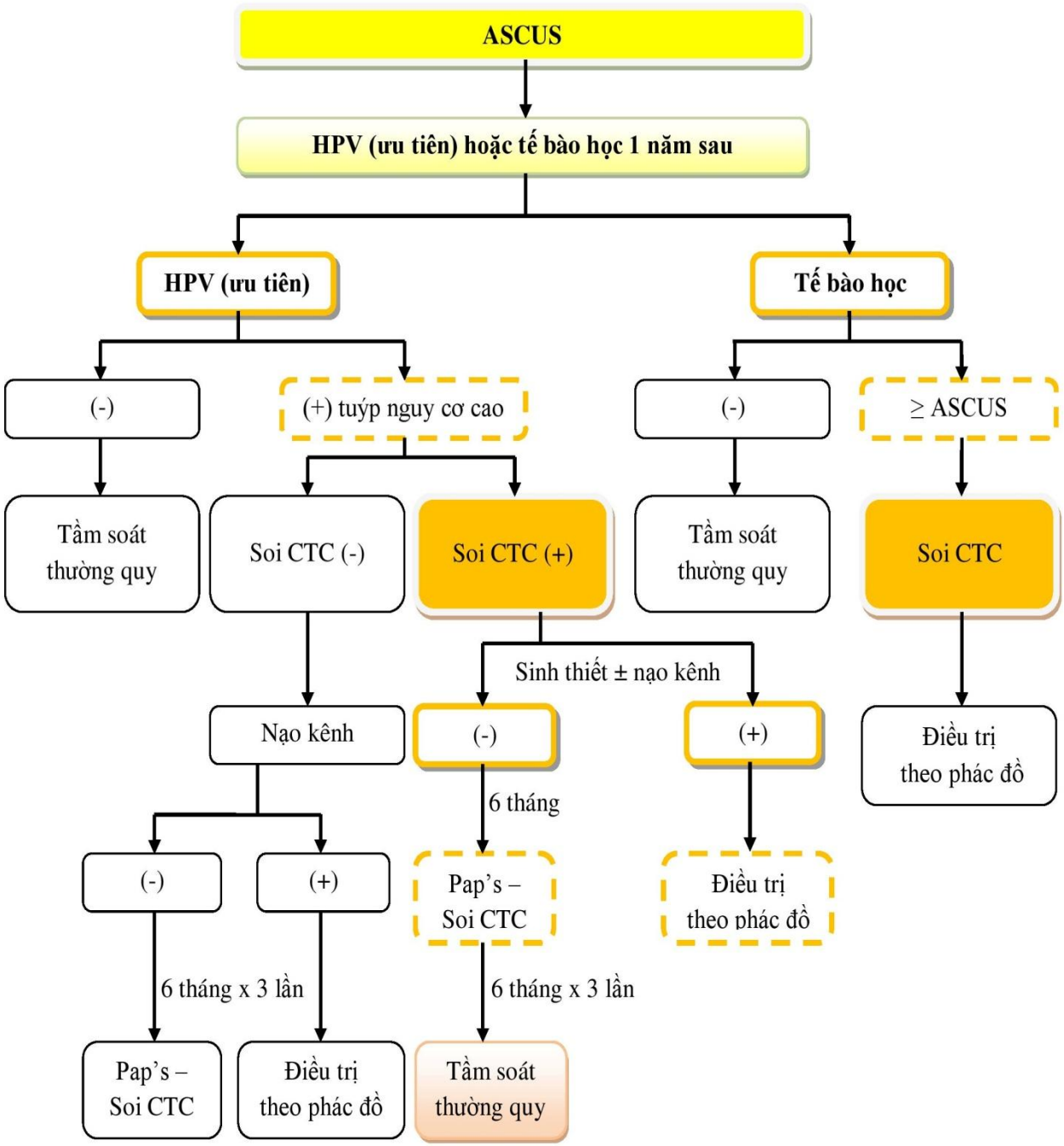
*Áp dụng cho phụ nữ ≥ 30 tuổi

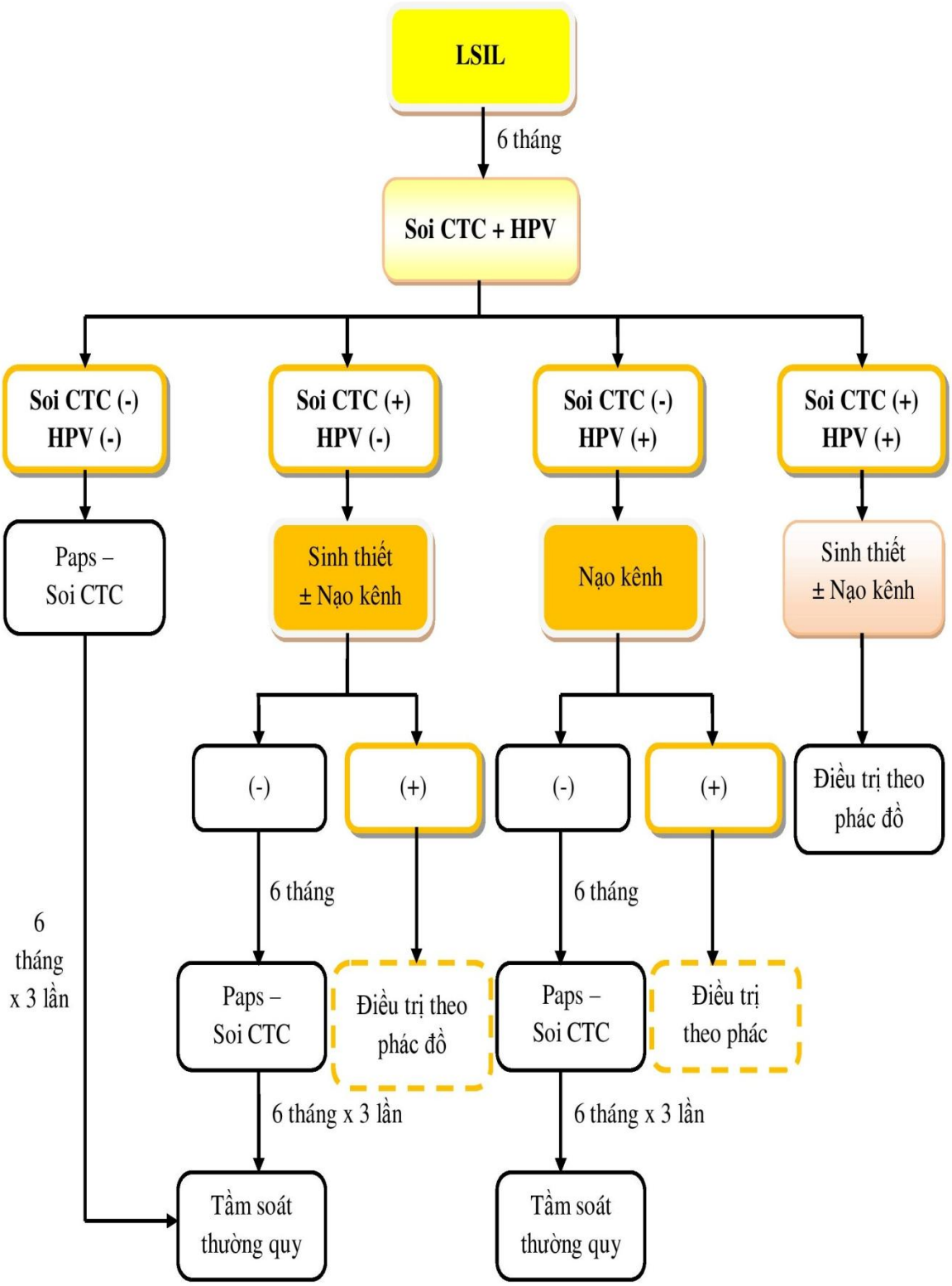


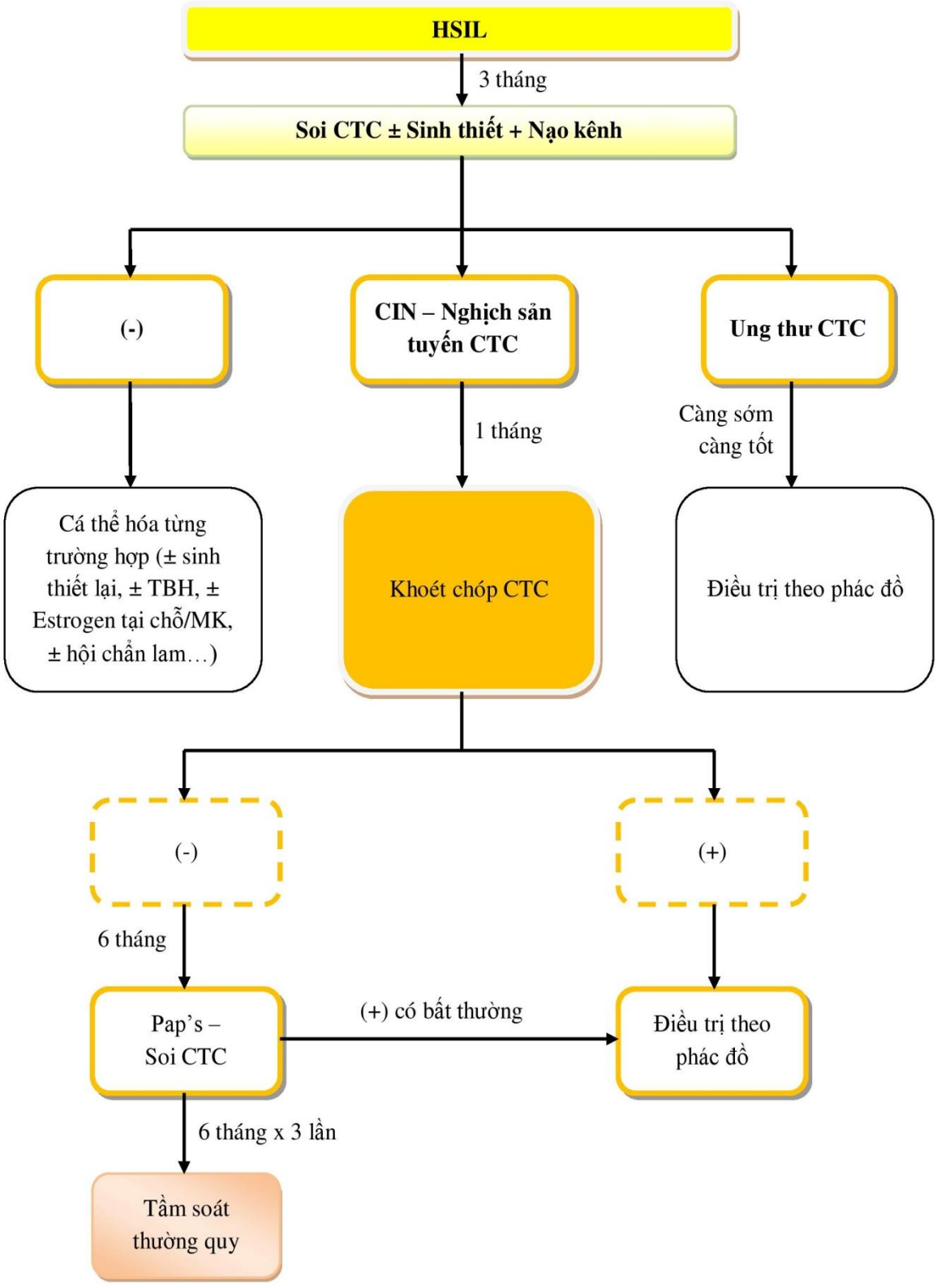
TÀI LIỆU THAM KHẢO

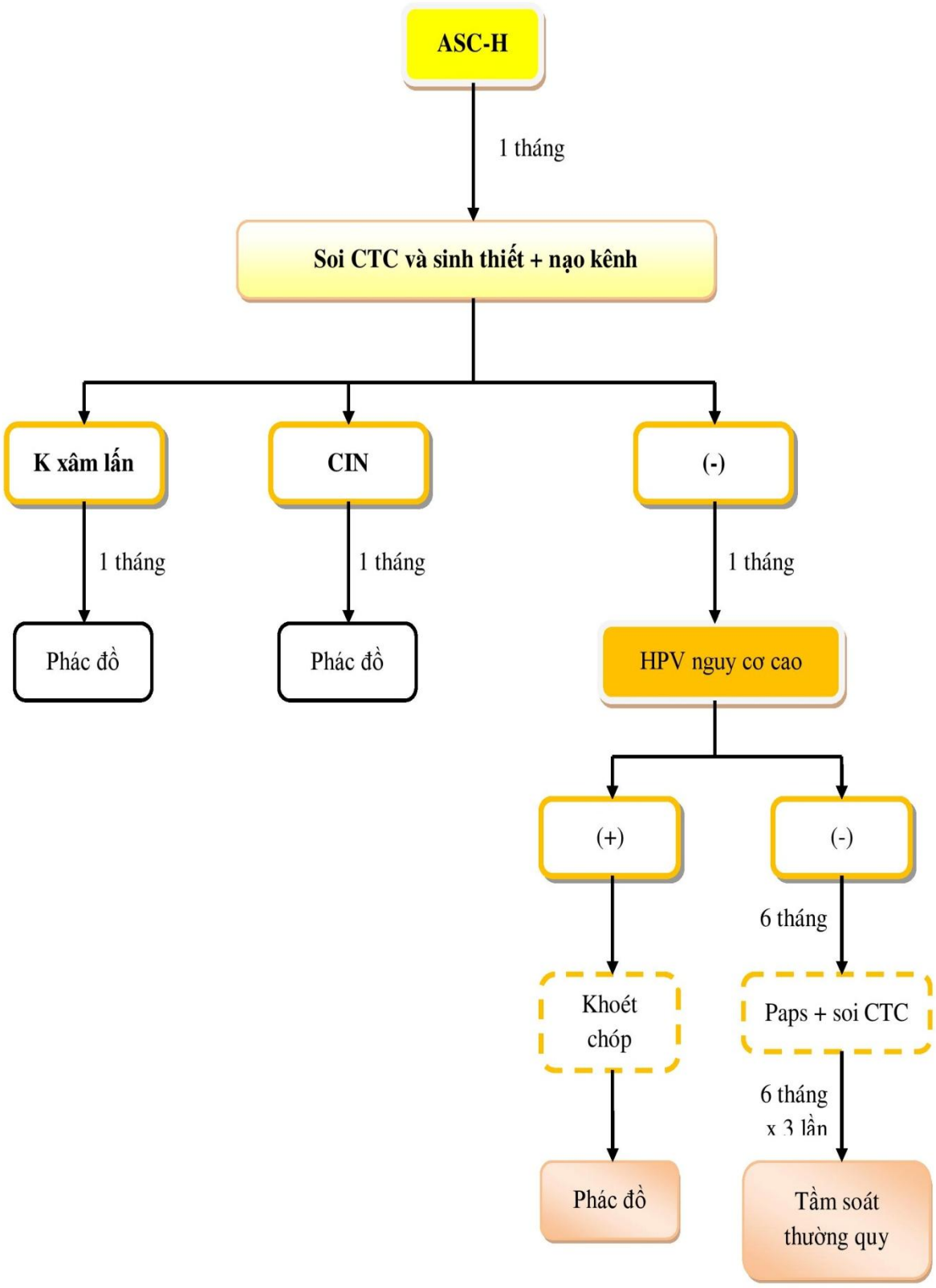
1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

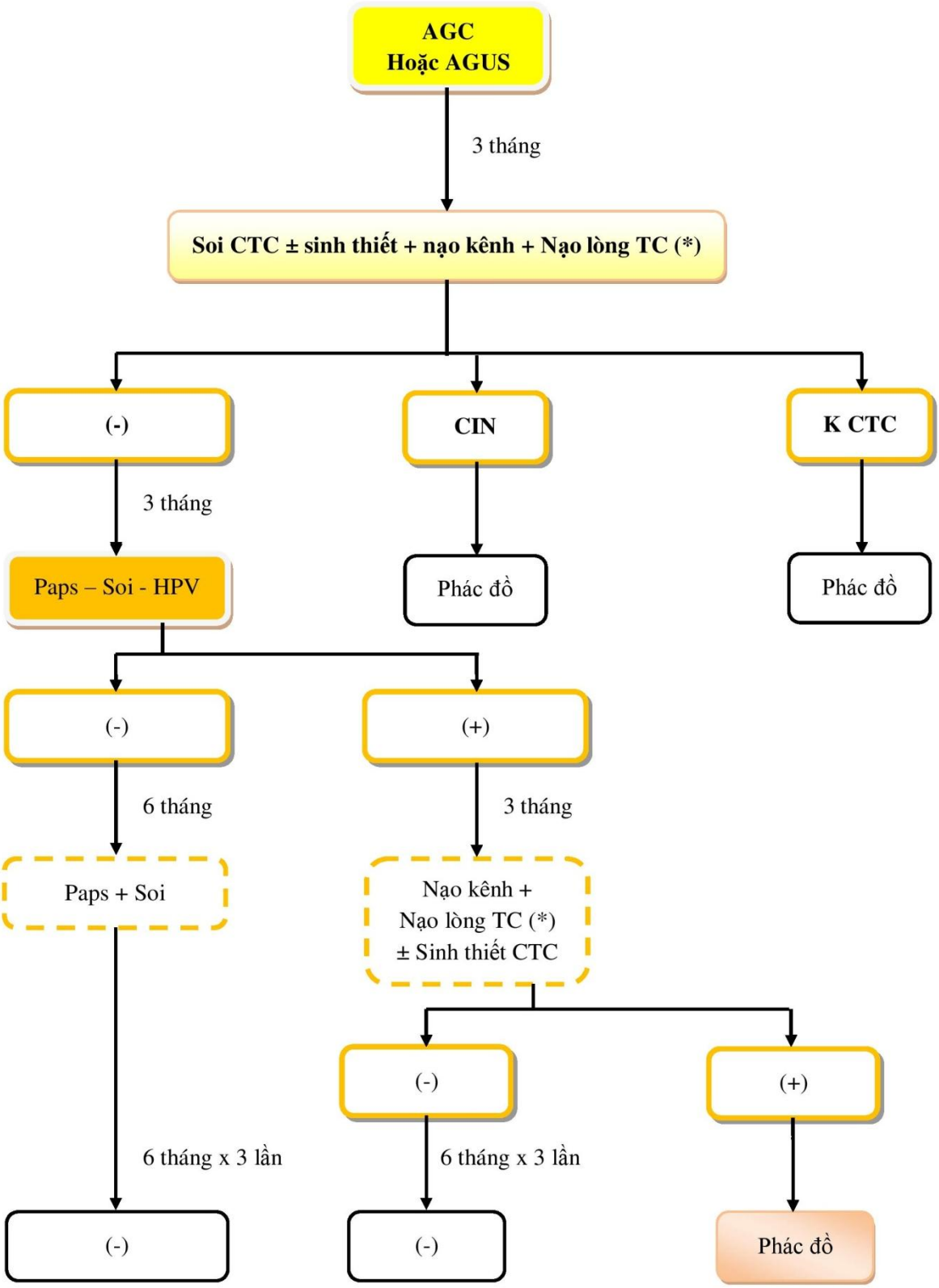
PAPS BẤT THƯỜNG VÀ TÂN SINH TRONG BIỂU MÔ CỔ TỬ CUNG



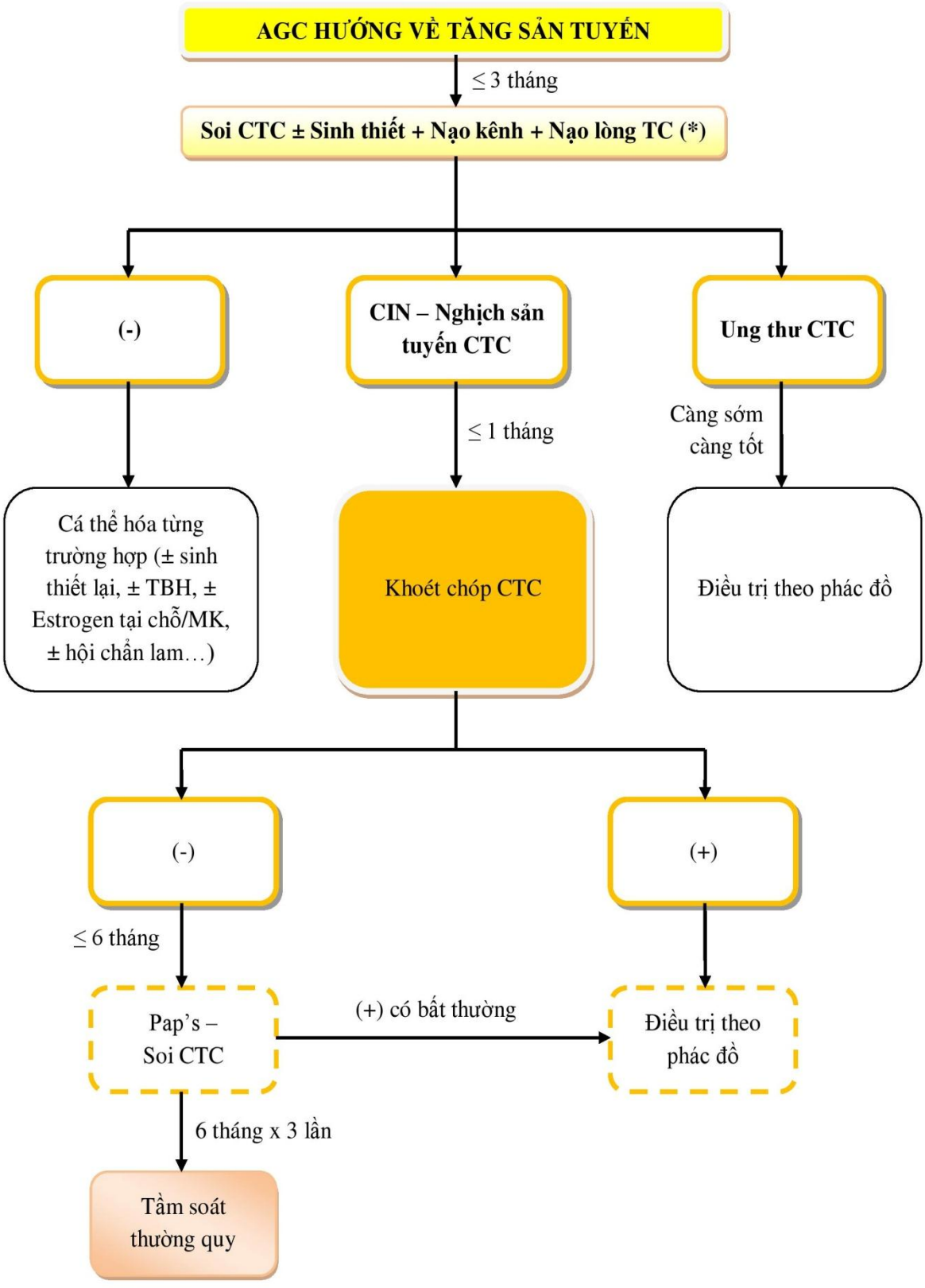

LSIL
6 tháng
Soi CTC + HPV
Soi CTC (-) HPV (-)
Soi CTC (+) HPV (-)
Soi CTC (-) HPV (+)
Soi CTC (+) HPV (+)
Paps – Soi CTC
Sinh thiết ± Nạo kênh
Nạo kênh
Sinh thiết ± Nạo kênh
(-)
(+)
(-)
(+)
Điều trị theo phác đồ
6 tháng
6 tháng
6 tháng x 3 lần
Paps – Soi CTC
Điều trị theo phác đồ
Paps – Soi CTC
Điều trị theo phác
6 tháng x 3 lần
6 tháng x 3 lần
Tầm soát thường quy
Tầm soát thường quy


HSIL
3 tháng
Soi CTC ± Sinh thiết + Nạo kênh
(-)
CIN – Nghịch sản tuyến CTC
Ung thư CTC
1 tháng
Càng sớm càng tốt
Cá thể hóa từng trường hợp (± sinh thiết lại, ± TBH, ± Estrogen tại chỗ/MK, ± hội chẩn lam…)
Khoét chóp CTC
Điều trị theo phác đồ
(-)
(+)
6 tháng
Pap's – Soi CTC
(+) có bất thường
Điều trị theo phác đồ
6 tháng x 3 lần
Tầm soát thường quy

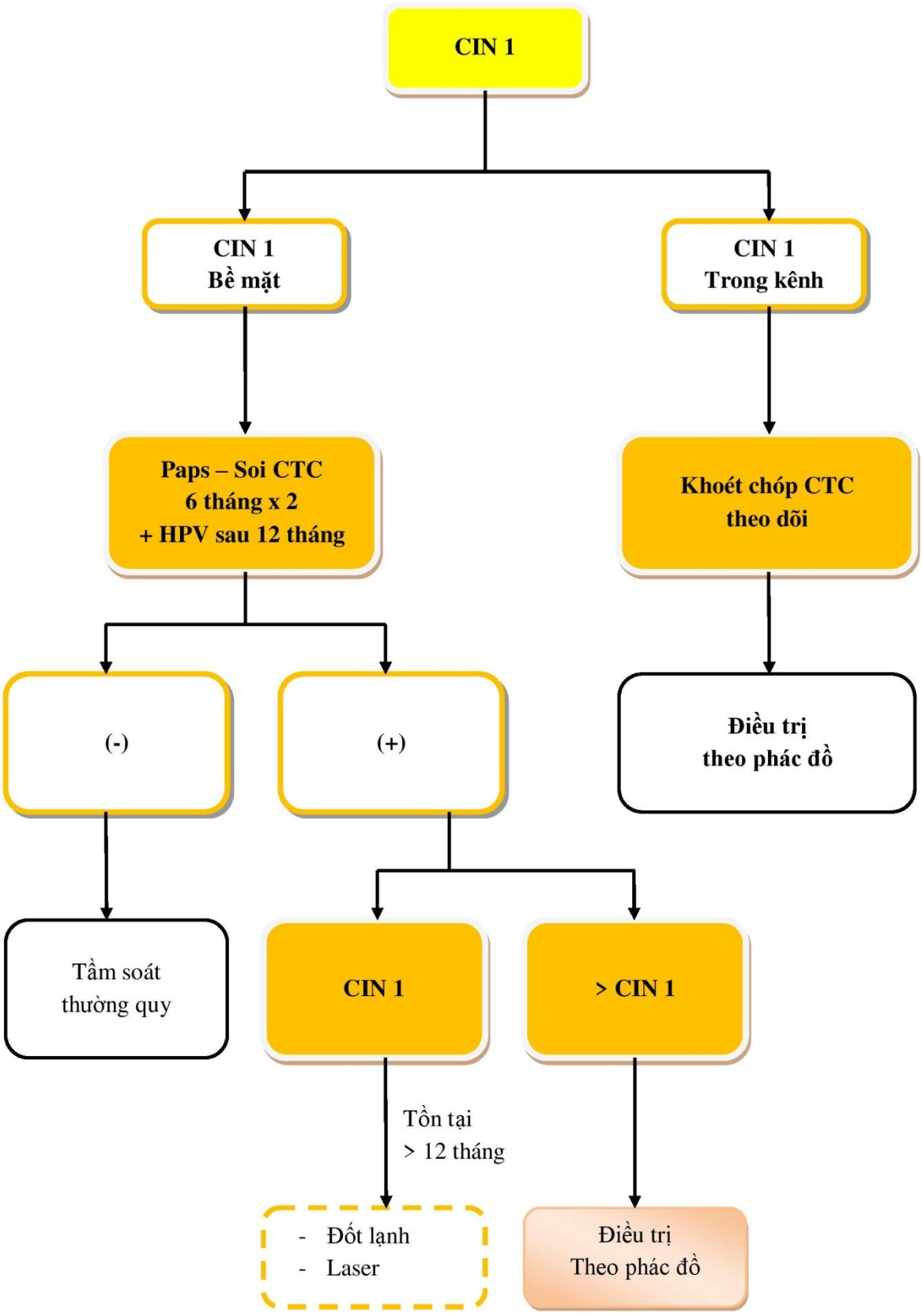

ASC-H
1 tháng
Soi CTC và sinh thiết + nạo kênh
K xâm lấn
CIN
(-)
1 tháng
1 tháng
1 tháng
Phác đồ
Phác đồ
HPV nguy cơ cao
(+)
(-)
6 tháng
Khoét chóp
Paps + soi CTC
6 tháng x 3 lần
Phác đồ
Tầm soát thường quy

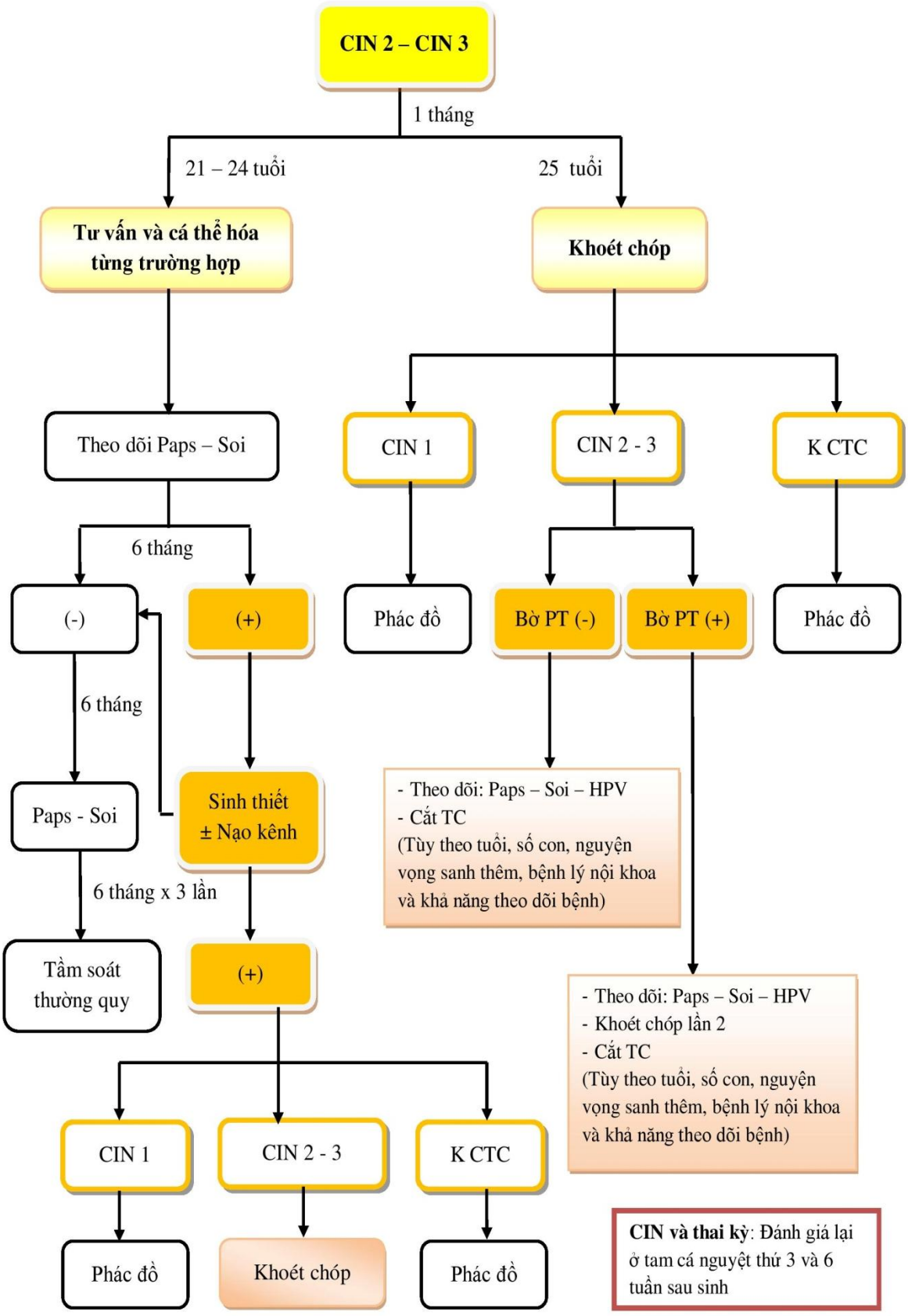


(*) Nạo lòng TC: Áp dụng cho BN ≥ 35 tuổi, nguy cơ tăng sinh NMTC



(*) Nạo lòng TC: Áp dụng cho BN ≥ 35 tuổi, nguy cơ tăng sinh NMTC


CIN 1
CIN 1
Bề mặt
CIN 1
Trong kênh
Paps – Soi CTC
6 tháng x 2
+ HPV sau 12 tháng
Khoét chóp CTC
theo dõi
(-)
(+)
Điều trị
theo phác đồ
Tầm soát
thường quy
CIN 1
> CIN 1
Tồn tại
> 12 tháng
- Đốt lạnh
- Laser
Điều trị
Theo phác đồ


CIN 2 – CIN 3
1 tháng
21 – 24 tuổi
25 tuổi
Tư vấn và cá thể hóa từng trường hợp
Khoét chóp
Theo dõi Paps – Soi
CIN 1
CIN 2 - 3
K CTC
6 tháng
(-)
(+)
Phác đồ
Bờ PT (-)
Bờ PT (+)
Phác đồ
6 tháng
Paps - Soi
Sinh thiết ± Nạo kênh
- Theo dõi: Paps – Soi – HPV
- Cắt TC
(Tùy theo tuổi, số con, nguyện vọng sanh thêm, bệnh lý nội khoa và khả năng theo dõi bệnh)
6 tháng x 3 lần
Tầm soát thường quy
(+)
- Theo dõi: Paps – Soi – HPV
- Khoét chóp lần 2
- Cắt TC
(Tùy theo tuổi, số con, nguyện vọng sanh thêm, bệnh lý nội khoa và khả năng theo dõi bệnh)
CIN 1
CIN 2 - 3
K CTC
Phác đồ
Khoét chóp
Phác đồ
CIN và thai kỳ: Đánh giá lại ở tam cá nguyệt thứ 3 và 6 tuần sau sinh

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.
3. Bài giảng Phụ Khoa- Bộ môn Phụ Sản Đại học Y dược Tp HCM

RỐI LOẠN TIỀN MÃN KINH VÀ MÃN KINH

I. TIỀN MÃN KINH

1. Định nghĩa

- Là giai đoạn kéo dài khoảng 2-5 năm trước khi mãn kinh
- Đây là giai đoạn đặc trưng của sự suy giảm Progesterone, FSH và LH tăng.

2. Lâm sàng

- Tăng tính thấm thành mạch: đau vú, dễ bị phù
- Chất nhờn CTC trong và lỏng suốt chu kỳ
- Tăng phân bào ở mô vú và nội mạc TC → tổn thương dị dưỡng hoặc tăng sinh nội mạc TC
- RLKN: chu kỳ ngắn hoặc thưa, rong kinh, rong huyết, cường kinh
- Hội chứng tiền kinh: tăng cân, chướng bụng trằn bụng dưới, đau vú, lo âu, căng thẳng, bất an.

3. Cận lâm sàng

- Đo lường nội tiết không có ý nghĩa

4. Điều trị

- Có nhu cầu ngừa thai bằng thuốc ngừa thai
- Không có nhu cầu ngừa thai bằng thuốc: điều trị bằng Progesterone
  - Thuốc ngừa thai thế hệ mới 20mcg Ethinyl Estradiol và 1mg Desogestrel thích hợp cho những trường hợp có triệu chứng lâm sàng nặng. Có thể sử dụng thuốc ngừa thai cho đến khi mãn kinh ở những phụ nữ không có nguy cơ tim mạch, nhưng tối đa là đến 50 tuổi phải đổi sang nội tiết thay thế.
  - Progestin: dùng 10 ngày mỗi tháng để ra kinh khi ngưng thuốc.

II. MÃN KINH

1. Định nghĩa

- Mất kinh liên tiếp 12 tháng

2. Lâm sàng

- Xảy ra êm đềm hoặc có xáo trộn: bốc hỏa, chóng mặt, nhức đầu, rối loạn tâm lý, mệt mỏi, tê đầu chi, tăng cân.
- Hoặc không xuất huyết TC sau khi ngưng điều trị Progesterone ở những trường hợp RLTMK

3. Điều trị

- Mục đích: Điều trị các triệu chứng than phiền
- Chỉ định
  - Triệu chứng vận mạch nhẹ
  - Thay đổi lối sống: tập thể dục yoga, thư giãn
  - Điều trị nội tiết
  - Vitamin E, thuốc bổ
  - Khẩu phần ăn có đậu nành và chế phẩm estrogen thực vật
  - Khẩu phần ăn cá, ít thịt, nhiều rau quả tươi
- Chống chỉ định tuyệt đối
  - K sinh dục phụ thuộc estrogen: vú, NMTC

- Thuyên tắc mạch đang diễn tiến
- Bệnh lý gan, nhất là gan mật đang diễn tiến

• Chống chỉ định tương đối

- Rối loạn mãn tính chức năng gan
- THA không kiểm soát
- Tiền căn thuyên tắc mạch
- Tiền porphyrine cấp từng hồi
- Tiểu đường không kiểm soát được

• Tác dụng phụ của estrogen thay thế

- Xuất huyết âm đạo
- Tăng cân, giữ nước, buồn nôn, đau vú, thay đổi tính khí
- Tăng sinh NMTC, K NMTC, xuất huyết âm đạo bất thường
- K vú: estrogen trị liệu làm bộc lộ K vú chưa biểu hiện → tăng xuất độ K vú.

• Thời gian sử dụng

- HRT nên dùng ở liều thấp nhất & thời gian ngắn nhất có thể trong điều trị trước mãn kinh, nên bắt đầu điều trị sớm trước khi mãn kinh thật sự.
- Không nên dùng sau 60 tuổi

• Lựa chọn thuốc

- Chọn thành phần Estrogen: Nên chọn loại tự nhiên
- Nên bổ sung Progestin ≥ 10 ngày/ tháng

Các loại HRT trên thị trường Việt Nam

- Estradiol valerate 2 mg Cyproteron acetate 1mg	(Climen)
- Estradiol valerate 2mg Norgestrel 0.5mg	(Cyclo-Progynova)
- Tibolone 2.5mg	(Livial)
- Estradiol 2mg Norethisteron acetate 1mg	(Pausogest)
- Estradiol valerate 2mg Norgestrel 0.5mg	(Progyluton)
- Estradiol valerate 2mg	(Progynova)

III. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.
3. Bài giảng Phụ Khoa- Bộ môn Phụ Sản Đại học Y dược Tp HCM

SA TẠNG CHẬU

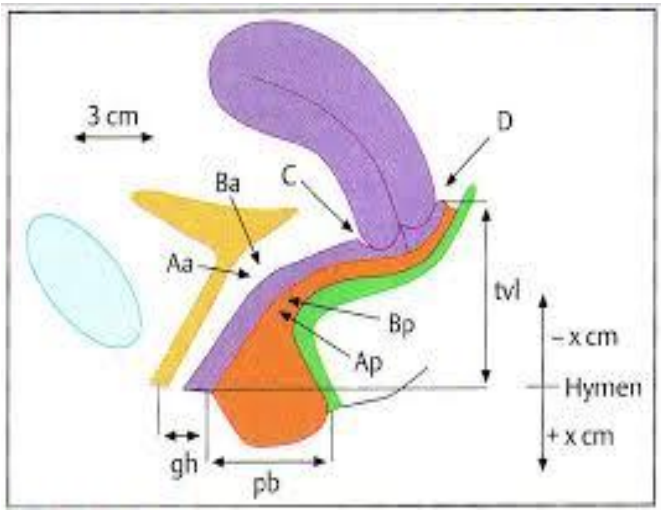
I. ĐỊNH NGHĨA

- Sa các tạng trong vùng chậu (POP = pelvic organ prolapse), là sự tụt xuống của TC, BQ, TrTr, thành trước, thành sau âm đạo… ra khỏi vị trí giải phẫu bình thường, do sự tổn thương và suy yếu các cấu trúc cân cơ và dây chằng nâng đỡ tại sàn chậu.
- Hệ thống nâng đỡ các cơ quan trong tiểu khung:
  - Hệ thống nâng đỡ: cơ nâng HM và cơ nâng của sàn hội âm
  - Hệ thống treo: dây chằng mu niệu đạo, mạc mu CTC, dây chằng TC cùng, dây chằng ngang CTC, cân Halban, cân TrTr- ÂD
  - Hệ thống định hướng: dây chằng tròn, dây chằng rộng.
- Phân loại và phân độ sa tạng vùng chậu

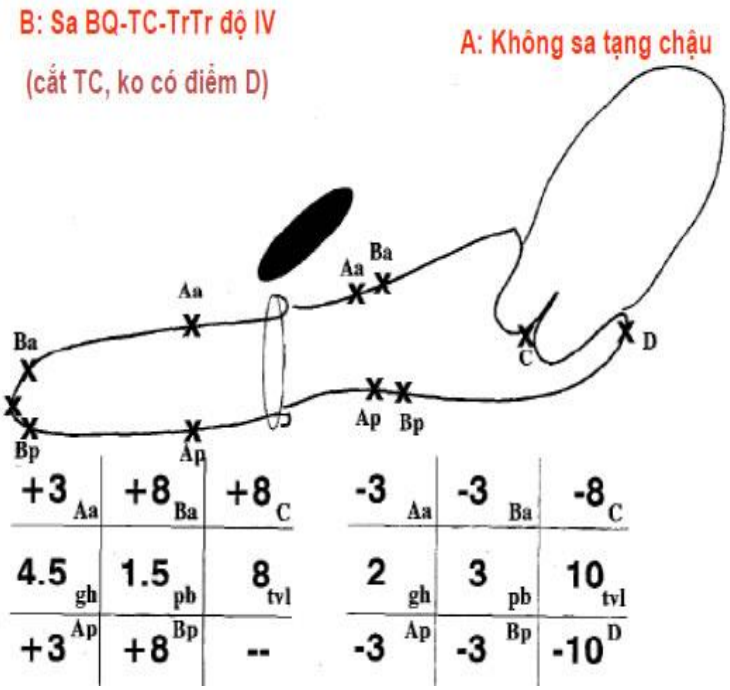
Vị trí giải phẫu so với thành AĐ	**Tạng chậu sa và phân loại**			**XN cần thiết**
Thành trước (ngăn trước)	Sa BQ: trung tâm, bên, kết hợp		Sa NĐ	Niệu động học
Vòng âm đạo (ngăn sau)	Túi sa RN: trước, sau	Sa TC	Sa MC	MRI động ± Niệu động học
Thành sau (ngăn giữa)	Túi sa TrTr: cao, giữa, thấp	Sa trực tràng Khối lồng trong TrTr –HM		MRI động ± Niệu động học
Tổn thương nút SC	Tổn thương cơ thắt trong và ngoài HM			Siêu âm 3D cơ thắt HM ngả TrTr
Ghi chú viết tắt: AĐ (âm đạo), BQ (bàng quang), NĐ (niệu đạo), RN (ruột non), TC (tử cung), MC (mỏm cắt), TrTr (trực tràng), HM (hậu môn), SC (sàn chậu)				

- Phân loại và độ sa tạng vùng chậu theo hệ thống POP- Q
  - Giúp phân loại sa tạng chậu tùy theo thành phần bị ảnh hưởng thuộc về:
    - Ngăn trước (sa BQ, sa niệu đạo)
    - Ngăn giữa (sa RN, CTC – TC, vòm AĐ nếu đã cắt TC)
    - Ngăn sau (sa trực tràng)
  - Thể hiện một bệnh nhân có thể sa một hay nhiều các thành phần nêu trên, quyết định điều trị tương ứng theo nguyên tắc phục hồi theo mỗi cấu trúc bị ảnh hưởng
  - Phân độ sa tạng chậu khách quan, chính xác giúp theo dõi và đánh giá hiệu quả điều trị do dung thước đo và thể hiện ra đơn vị cm.
- **Quy ước: Có 9 mốc cần đo**

- Đơn vị cm, BN ở tư thế SPK, đầu cao 45^0, rặn trong quá trình đánh giá.
- Dụng cụ: van AĐ, thước đo, kẹp tim, pozzi.
- Điểm cố định: Aa, Ap cách NĐ, mép màng trinh 3cm.
- Điểm thay đổi: Ba, Bp là điểm phồng ra xa nhất của đoạn AĐ từ Aa, Ap đến túi cùng trước và sau khi BN rặn ± hỗ trợ kéo CTC ra bằng pozzi hoặc kẹp tim
- Cùng đồ: C, D (được tính nếu còn TC)
- Gh: khe niệu dục
- Pb: thế sàn chậu (nút sàn chậu)
- Tvl: chiều dài AĐ
- Trên/ dưới mép màng trinh đánh dấu -/+ trước số đo.



- Phân độ
  - Độ 0: không sa tạng chậu.
    + Aa, Ba, Ap, Bp: 3cm nằm trên màng trinh.
    Điểm C hay D: tvl -2cm < C, D ≤ tvl
  - Độ I: B > 1cm trên màng trinh
  - Độ II: B trong khoảng ± 1cm trên dưới màng trinh
  - Độ III: B > 1cm dưới màng trinh đến < tvl – 2cm
  - Độ IV: sa toàn bộ, B ≥ (tvl – 2)cm



+3 Aa	+8 Ba	+8 C	-3 Aa	-3 Ba	-8 C
4.5 gh	1.5 pb	8 tvl	2 gh	3 pb	10 tvl
+3 Ap	+8 Bp	--	-3 Ap	-3 Bp	-10 D

Aa	Ba	C
Gh	Pb	Tvl
Ap	Bp	D

II. XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN VÀ CHUYÊN BIỆT

1. XNTP thường quy (như các bệnh lý phụ khoa khác), lưu ý

- Phát hiện và điều trị các yếu tố nguy cơ có thể ảnh hưởng kết quả PT (đang có viêm âm đạo, nhiễm trùng tiểu, tiểu đường, thiếu máu,…)

- Loại bỏ bệnh lý phụ khoa (rong cường kinh, rong huyết), bệnh lý CTC, TC, PP để quyết định có cắt TC không
- Siêu âm bụng tổng quát khi BN có chỉ định mổ hoặc nghi ngờ thận chướng nước do khối sa chèn ép gây bế tắc đường ra đường tiểu dưới.

2. Bilan niệu động học

- Thường quy với bệnh nhân có bệnh lý các tạng chậu thuộc ngăn trước:
  - Tiểu không kiểm soát khi gắng sức (TKKSKGS), sa BQ
  - Hướng dẫn chỉ định điều trị đối với sa BQ và niệu đạo
  - Đối chiếu KQ điều trị trước- sau mổ đối với sa thành trước AĐ.
- Ở BN có bệnh lý các tạng chậu thuộc ngăn giữa và dưới, cần làm niệu động học khi BN có triệu chứng rối loạn chức năng đường tiểu dưới hoặc khi nghi ngờ khối sa chèn ép lên BQ và cổ BQ.

III. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào lâm sàng theo phân loại và phân độ POP-Q và các xét nghiệm cận lâm sàng, từ đó đưa ra chẩn đoán

1. Sa tạng nào
2. Số lượng tạng bị sa
3. Độ sa của tạng đó
4. Rối loạn tiết niệu kèm theo không (TKKSKGS, tiểu tồn lưu, bí tiểu, tiểu không kiểm soát hỗn hợp …)
5. Có rối loạn đi cầu kèm theo không
6. Vẽ mô tả phân loại và phân độ sa tạng vùng chậu

Ví dụ chẩn đoán: sa tử cung độ 3, sa bàng quang độ 2, sa trực tràng độ 2, tiểu không kiểm soát khi gắng sức, tổn thương nút sàn chậu, rách cơ thắt HM diện rộng, táo bón.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nội Khoa

a. Chỉ định

- Trong các trường hợp sa các tạng độ 1-2, chưa có biến chứng hay chưa ảnh hưởng chất lượng sống BN

b. Điều trị

- Thay đổi thói quen, sinh hoạt phù hợp
- Sử dụng nội tiết estrogen tại chỗ (dạng viên đặt âm đạo hay creme bôi thoa)
- Tập vật lý trị liệu phục hồi sàn chậu: tự tập, tập với máy tập sàn chậu, kích thích điện cơ sàn chậu
- Vòng nâng BQ, TC, TrTr ngả âm đạo và điều trị TKKSKGS

2. Ngoại Khoa

a. Nguyên tắc

- Phục hồi lại các cấu trúc và chức năng sinh lý cơ quan bị sa của sàn chậu
- Chỉ định cắt TC khi có bệnh lý tại CTC, TC. Nếu như CTC bình thường và BN có điều kiện theo dõi CTC định kỳ thì nên cắt TC bán phần, giữ lại CTC để tránh phá vỡ cấu trúc nâng đỡ quan trọng của sàn chậu (vai trò của vòng xơ quanh CTC) làm phương tiện cố định các hệ thống nâng đỡ được phục hồi trong PT như mảnh ghép, may phục hồi bằng chỉ không tan.

b. Lựa chọn phương pháp PT tùy thuộc

- Cơ quan bị sa, mức độ sa, có thay đổi chức năng sinh lý sàn chậu
- Tuổi
- Tình trạng kinh tế, lối sống
- Tình trạng sức khỏe người bệnh
- Điều kiện trang thiết bị hiện có
- Khả năng và sở trường của PTV
- Nhu cầu của người bệnh sau khi được tư vấn điều trị cặn kẽ

3. Chỉ định PT điều trị sa tạng vùng chậu

Sa tạng chậu từ độ 2 theo POP-Q, có triệu chứng hay biến chứng, ảnh hưởng chất lượng cuộc sống người bệnh, thất bại điều trị bảo tồn 3-6 tháng (pessary) hoặc người bệnh yêu cầu PT sau khi đã được đánh giá đầy đủ.

4. Các phương pháp PT

a. Sa thành trước

- Sa BQ: nâng BQ bằng mảnh ghép tổng hợp prolypropylene, may phục hồi cân ngang BQ-CTC qua ngả AĐ/ NS ổ bụng/ mổ hở (repaire of paravaginal defect) khi sa BQ bên < độ 2, may gấp nếp cân BQ –CTC khi sa BQ thể trung tâm < độ 2.
- Niệu đạo: đặt sling dưới niệu đạo (đặt TOT, mini sling hoặc TVT trong trường hợp TKKSKGS nặng nghi do suy cơ thắt niệu đạo với nghiệm pháp Bonney (-), thất bại với TOT trước dó). PT Burch NS/ mổ bụng hở trường hợp không thực hiện được hoặc thất bại ≥ 2 lần PT đặt sling dưới niệu đạo.

b. Sa thành sau

- Sa trực tràng: Nâng trực tràng bằng mảnh ghép tổng hợp polupropylene mesh (cố định vào dây chằng cùng gai hoặc cơ nâng hậu môn và nút sàn chậu), may phục hồi cân trực tràng âm đạo bằng chỉ tan hay không tan.
- Khâu phục hồi cơ nâng hậu môn
- Tái tạo, tạo hình nút sàn chậu ± sử dụng mảnh ghép

c. Sa TC, mỏm cắt

- Cố định TC/MC vào mỏm nhô bằng chỉ không tan hoặc mảnh ghép tổng hợp
- Cố định TC/MC vào dây chằng cùng – gai bằng chỉ không tan hoặc mảnh ghép tổng hợp
- May ngắn dây chằng TC cùng bên bằng chỉ không tan (may phúc mạc trong phúc mạc)
- Cố định MC vào dây chằng TC – cùng
- Cắt TC và cố định mỏm cắt

5. Chỉ định và chống chỉ định đặt mảnh ghép tổng hợp

PT đặt mảnh ghép tổng hợp là PT ưu thế trong việc đạt hiệu quả giải phẫu ngay sau mổ và giữ cho hiệu quả PT kéo dài hơn, giảm tỷ lệ tái phát so với PT cắt TC hoặc may nếp gấp AĐ sửa hội âm kinh điển.

- Mảnh ghép được chỉ định trong trường hợp
  - Sa tạng chậu nặng từ độ 3, sa tái phát, sa mỏm cắt, tình trạng BN không cho phép PT kéo dài hoặc gây mê toàn thân.
- Chống chỉ định tuyệt đối đặt mảnh ghép tổng hợp
  - Bệnh lý rối loạn đông cầm máu, dùng kháng đông kéo dài, xơ gan, suy gan
  - Hiện tại hoặc tiền sử huyết khối/ thuyên tắc tĩnh mạch, động mạch
  - Tiểu đường chưa điều trị ổn, không kiểm soát tốt đường huyết
  - Tình trạng suy giảm miễn dịch, dùng corticoid kéo dài

- Nghiện thuốc lá nặng
- Tình trạng teo, khiếm khuyết niêm mạc AĐ, hệ thống cân cơ dây chằng quá nhiều
- Tổn thương tiền ung thư âm hộ, AĐ, CTC đã điều trị dứt kèm nhiễm HPV type nguy cơ ung thư cao kéo dài đến nay đã được xác định
- Ung thư cơ quan sinh dục, đường tiêu hóa và tiết niệu dưới
- Hiện tại hoặc tiền sử xạ trị vùng bụng chậu
- Hiện tại viêm nhiễm sinh dục chưa điều trị

• Chống chỉ định tương đối đặt mảnh ghép tổng hợp đặt ra do nguy cơ lộ mảnh ghép trong các trường hợp sau

- Cắt TC kèm theo lúc mổ
- Vết thương ở niệu đạo, bàng quang, trực tràng trong lúc mổ
- Niêm mạc AĐ còn quá ít để che phủ mảnh ghép

• Lựa chọn PT điều trị sa tạng chậu ngả AĐ hay ngả bụng

a. Chỉ định PT ngả AĐ khi

- BN lớn tuổi (>70)
- Tình trạng BN không cho phép gây mê kéo dài > 2 giờ
- BN có tiền sử vết mổ cũ trên bụng nhiều lần (≥ 2 lần) hoặc tiền sử nhiễm trùng vết mổ
- BN béo phì (BMI ≥ 30kg/m^2)
- Tiền sử thất bại với các PT treo TC ngả bụng

b. Chỉ định PT ngả bụng khi

- BN trẻ ≤ 60 tuổi hoặc BN ≤ 70 tuổi mong muốn PT ngả bụng.
- Sa TC/MC độ 3-4, sa lộn toàn bộ thành trước sau AĐ cần PT cố định TC/ MC/ sàn chậu vào mỏm nhô.
- Thất bại với PT điều trị sa tạng chậu ngả AĐ trước đó.

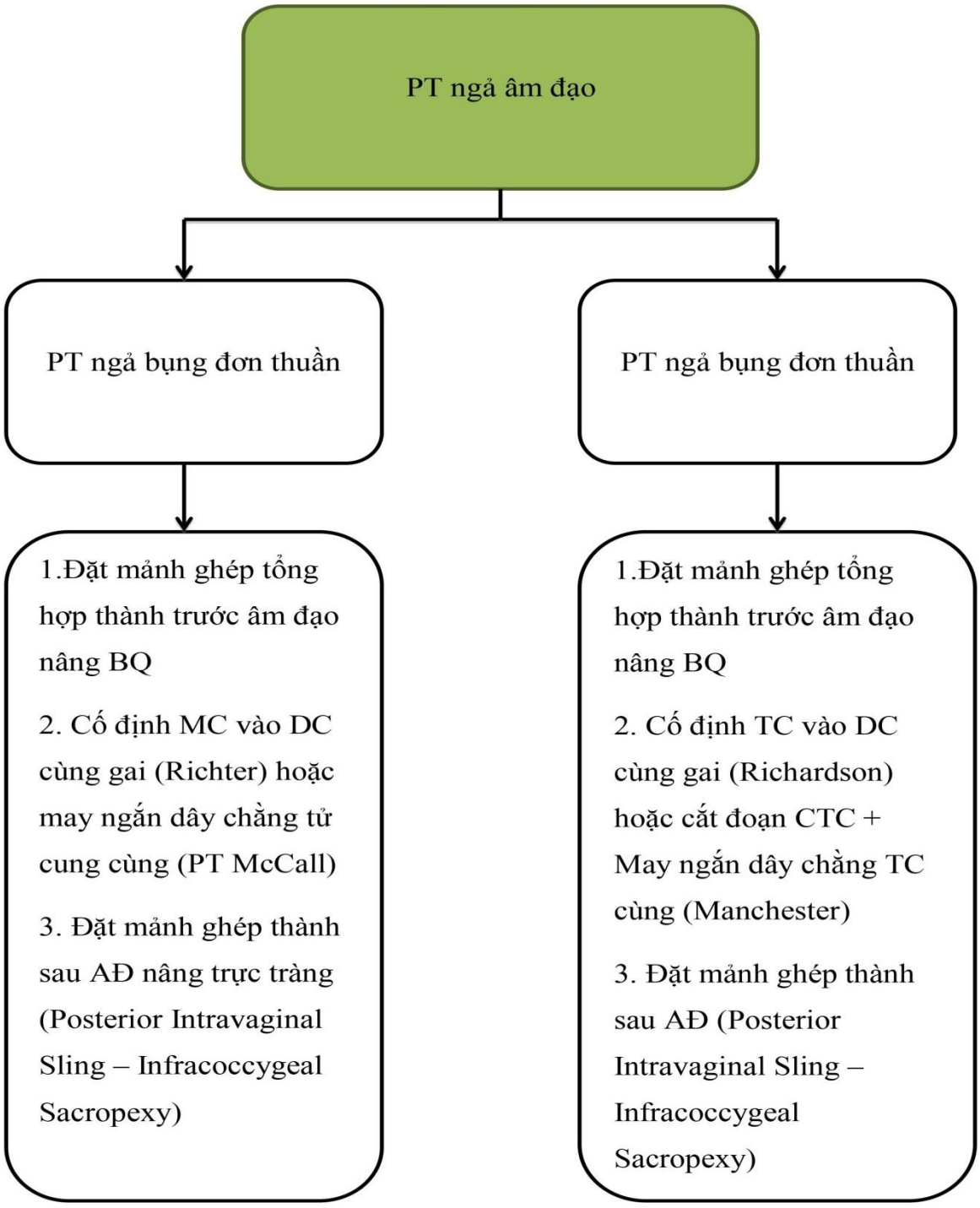
c. Chỉ định PT kết hợp ngả bụng và ngả AĐ khi

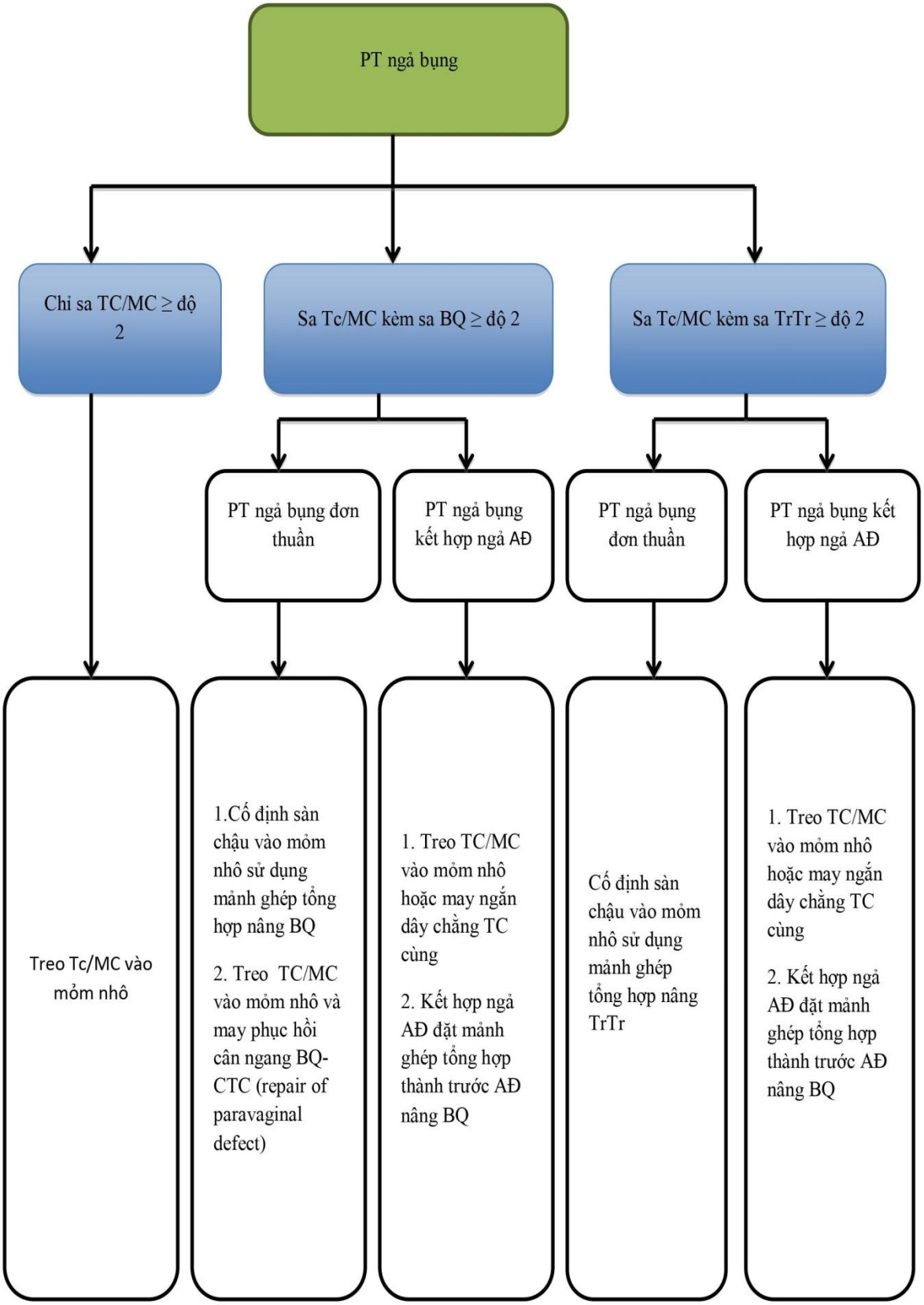
- Kỹ năng PTV không thể thực hiện được các PT phục hồi sa tạng chạy khó qua ngả bụng như NS treo TC vào mỏm nhô và đặt mảnh ghép nâng BQ-TrTr, khi đó cần kết hợp ngả AĐ để đặt mảnh ghép nâng BQ-TrTr, tăng hiệu quả điều trị.
- Sa TC ≥ độ 2 kèm sa các tạng chậu khác nhưng tình trạng BN không cho phép PT hoặc gây mê kéo dài > 2 giờ.

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.
3. Bài giảng Phụ Khoa- Bộ môn Phụ Sản Đại học Y dược Tp HCM

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ SA CÁC TẠNG VÙNG CHẬU




PT ngả bụng
Chỉ sa TC/MC ≥ độ 2
Sa Tc/MC kèm sa BQ ≥ độ 2
Sa Tc/MC kèm sa TrTr ≥ độ 2
PT ngả bụng đơn thuần
PT ngả bụng kết hợp ngả AĐ
PT ngả bụng đơn thuần
PT ngả bụng kết hợp ngả AĐ
Treo Tc/MC vào mỏm nhô
1.Cố định sàn chậu vào mỏm nhô sử dụng mảnh ghép tổng hợp nâng BQ
2. Treo TC/MC vào mỏm nhô và may phục hồi cân ngang BQ-CTC (repair of paravaginal defect)
1. Treo TC/MC vào mỏm nhô hoặc may ngắn dây chằng TC cùng
2. Kết hợp ngả AĐ đặt mảnh ghép tổng hợp thành trước AĐ nâng BQ
Cố định sàn chậu vào mỏm nhô sử dụng mảnh ghép tổng hợp nâng TrTr
1. Treo TC/MC vào mỏm nhô hoặc may ngắn dây chằng TC cùng
2. Kết hợp ngả AĐ đặt mảnh ghép tổng hợp thành trước AĐ nâng BQ

BỆNH LÝ LÀNH TÍNH TUYẾN VÚ

I. PHÂN LOẠI

Phân loại dựa trên triệu chứng lâm sàng:

- Đau vú
  - Theo chu kỳ
  - Không theo chu kỳ
- Khối u vú
  - U cục (nodularity)
  - Nang vú
  - Bọc sữa
  - Bướu sơi tuyến
  - Bệnh tuyến xơ hóa
  - Bướu mỡ
  - Hamartoma
  - Bệnh vú tiểu đường
  - Bướu diệp thể
- Tiết dịch núm vú
  - Tiết sữa
  - Tiết dịch núm vú bất thường
- Viêm nhiễm tuyến vú
  - Viêm vú nội sinh
  - Sung huyết vú sau sinh
  - Viêm, áp xe vú giai đoạn cho con bú
  - Áp xe dưới quầng vú tái phát kinh niên
  - Viêm vú cấp tính liên quan đến nang vú to
  - Nhiễm trùng ngoại sinh
  - Bệnh Mondor

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Bệnh sử
  - Khởi phát và tần suất xuất hiện triệu chứng: tiết dịch núm vú, u cục ở vú, đau vú,…
  - Tình trạng kinh nguyệt (còn kinh, mãn kinh)
  - Có sử dụng nội tiết hay không (thuốc ngừa thai, nội tiết thay thế)
- Tiền sử:
  - Ung thư gia đình
  - Sinh thiết vú có tăng sản không điển hình, đột biến gen BRCA1, BRCA2
  - Phẫu thuật vú, xạ trị
- Thăm khám:

  Quan sát:
  - Sự đối xứng hai bên vú
  - Thay đổi da, núm vú
  - Co kéo, nhô ra

  Sờ nắn:
  - Vú, nếu có u phải ghi nhận các tính chất của u vú
  - Vùng nách, vùng hạch trên đòn

Tư thế bệnh nhân:

- Ngồi với cánh tay thư giãn, hai tay giơ lên khỏi đầu, hai tay chống hông
- Tư thế nằm ngửa

2. Cận lâm sàng

- **Siêu âm: cần thực hiện ở tất cả BN**
- **Nhũ ảnh:**
  - BN ≥ 35 tuổi: thực hiện thường qui
  - BN < 35 tuổi: chỉ thực hiện khi nghi ngờ có sang thương ác tính
  - Nhũ ảnh bình thường không thể loại trừ ung thư vú (độ nhạy: 94%, độ đặc hiệu: 55%)
- **XQ ống tuyến vú cản quang: tiết dịch núm vú bệnh lý**
- **Chụp cộng hưởng từ (MRI)**
  - Sử dụng cho những trường hợp khó phân biệt lành/ác tính
  - Bệnh nhân có bơm silicon, hoặc vỡ túi ngực
  - Mô vú quá dày đặc
  - Có tiền căn gia đình ung thư vú
  - Đột biến gen BRCA1, BRCA2 …
  - Có sinh thiết carcinoma tiểu thùy tại chỗ không điển hình, hoặc sẹo radial
  - Có tiền sử xạ trị vào ngực do bệnh lý Lyphôm Hodgkin
  - Tiết dịch núm vú có máu đã chụp ống tuyến vú cản quang
- **Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA):**
  - BIRADS ≥ nhóm III
  - Nang vú không điển hình
  - Tình huống lâm sàng cần chẩn đoán tế bào học hỗ trợ hoặc giảm áp nang vú
- **Sinh thiết lõi (core biopsy):**
  - Tổn thương dạng đặc cần chẩn đoán mô học, kích thước > 15mm
  - Khi FNA nghi ngờ ác tính
  - Tình huống LS cần chẩn đoán mô học hỗ trợ
- **Sinh thiết mở (open biopsy)**
  - Khi core biopsy không thực hiện được
  - Không có sự tương đồng giữa kết quả chẩn đoán hình ảnh và lâm sàng
- **Sinh thiết có định vị: dưới siêu âm hoặc nhũ ảnh**
  - Siêu âm: khi LS không sờ thấy u nhưng siêu âm thấy u
  - Nhũ ảnh: khi LS và siêu âm không thấy u nhưng nhũ ảnh nghi ngờ.

❖ **Ngoại trừ siêu âm, hiện tại các kỹ thuật CLS còn lại đều phải chuyển trên**

3. Đau vú không có tổn thương thực thể đi kèm

a. Chẩn đoán

- **Đau theo chu kỳ kinh: đau nhiều trước khi hành kinh, thời gan đau thay đổi và tự hết sau hành kinh.**
  - Thường một bên, không rõ vị trí
  - Cảm giác trì nặng, sưng phồng và căng đau, lan đến cánh tay và nách
  - Có liên quan đến nội tiết sinh dục
- **Đau không theo chu kỳ kinh: liên quan đến sang chấn tinh thần, chấn thương, xơ sẹo từ những lần sinh thiết vú trước**
  - Thường gặp ở PN từ 40 -50 tuổi có chu kỳ kinh không đều
  - Thường ở một bên vú
  - Cảm giác đau nhói, rát bỏng trong vú

- Thỉnh thoảng có sự hiện diện của bướu sợi tuyến hay nang vú

Lưu ý: những trường hợp đau vú trong thai kỳ và thời kỳ hậu sản (tham khảo phác đồ Viêm vú – áp xe vú)

b. Xử trí: khi đau ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống

- **Điều trị không dùng thuốc**

- Chế độ ăn uống:
  - Hạn chế hay tránh dùng cà phê, trà, cacao, chocolate và các chất béo
  - Nên dùng thực phẩm giàu carbohydrates phức hợp (ngũ cốc, rau củ)
- Bổ sung Vitamin E 400 đơn vị/ ngày (tối đa 6 tháng)
- Dầu Evening primprose: 6-8g/ ngày (uống 1-3 lần/ ngày), tối đa 6 tháng
- Điều trị bằng thuốc: theo trình tự ưu tiên:

NSAIDS, Acetaminophen	NSAIDS: Ibuprofen, diclofenac,… Paracetamol Paracetamol + ibuprofen
Danazol 200mg, 100mg	100 – 400 mg/ ngày x 3- 6 tháng
Tamoxifen 10mg	10mg/ ngày. Tái phát 39-48% sau khi ngưng sử dụng
Bromocriptine 2,5mg	Tăng liều từ 1,25mg/ ngày (tùy đáp ứng của BN)
Nội tiết sinh dục	Viên tránh thai phối hợp hoặc Progestin 3-6 tháng

4. Khối u vú lành tính

a. Chẩn đoán

- Ghi nhận các nguy cơ ung thư vú: tuổi, tiền sử ung thư vú trong gia đình, tiền sử cá nhân bị ung thư vú, sinh thiết có tăng sản không điển hình, tiền căn phẫu thuật tuyến vú.
- LS: kích thước, vị trí (so với núm vú), di động, mật độ căng chắc, trơn láng, bờ rõ, dạng đặc hay dạng nang.
- CLS: siêu âm và nhũ ảnh: BIRADS II và III

b. Xử trí: chuyển tuyến trên

5. Tiết dịch núm vú

a. Tiết sữa (giai đoạn không cho con bú)

- Là hiện tượng tiết dịch giống sữa, tự phát thường là hai bên và từ nhiều ống tuyến, do tăng nồng độ prolactine.

- **Nguyên nhân**

- U tuyến yên (phù gai thị, rối loạn thị giác,…)
- Chấn thương thành ngực, tổn thương tủy sống, xơ ganm nhược giáp, suy thận,…
- BN đang sử dụng: estrogen liều cao, thuốc chống trầm cảm ba vòng và Cimetidine,…

- **CLS**

- Tăng prolactine máu
- TSH (Thyroid Stimulating Hormone)
- MRI để đánh giá u tuyến yên khi Prolactine tăng cao và/hoặc có triệu chứng thị giác trên LS
- CT scan nếu BN chống chỉ định chụp MRI

- **Xử trí: chuyển tuyến trên**

- Tùy theo nguyên nhân
- Điều trị tăng prolactine máu bằng Bromociptine 2.5mg: liều khởi đầu 1.25 – 2.5mg/ ngày, sau đó tăng thêm 2.5mg mỗi 2 - 7 ngày. Liều duy trì 2.5 -15mg/ ngày. Theo dõi

trong khoảng 3 tháng, nếu hết tiết sữa thì ngưng thuốc.

b. Tiết dịch núm vú bệnh lý

- Là tình trạng tiết máu, nước, mủ, thanh dịch đục, thường một bên, trên một ống tuyến, xảy ra tự phát
- **Nguyên nhân**
  - Thường gặp bướu nhú trong ống và dãn ống tuyến
  - Các nguyên nhân khác: ung thư, viêm vú, thay đổi sợi bọc tuyến vú.
- **CLS**
  - Prolactine máu
  - Siêu âm
  - Nhũ ảnh
  - Chụp ống tuyến sữa
  - Tế bào học dịch núm vú
- **Xử trí: chuyển tuyến trên**

III. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.
3. Bài giảng Phụ Khoa- Bộ môn Phụ Sản Đại học Y dược Tp HCM

ÁP XE VÚ

I. ĐỊNH NGHĨA – PHÂN LOẠI

- Áp xe vú là tình trạng tụ mủ khu trú ở mô vú
- Phân loại:
  - Áp xe vú nguyên phát:
    - Áp xe vú trong giai đoạn tiết sữa
    - Áp xe vú ngoài giai đoạn tiết sữa
  - Áp xe vú thứ phát:
    - Sau nhiễm trùng vùng dưới da núm vú: viêm tuyến bã, xạ trị

II. DỊCH TỄ HỌC

- Trong giai đoạn tiết sữa, xuất độ viêm vú 1 – 10%
- Áp xe vú chiếm 3 – 11% viêm vú và 0.1 – 0.3% phụ nữ nuôi con bằng sữa mẹ

III. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

- Giai đoạn tiết sữa: Staphylococcus aureus (93%)
- Ngoài giai đoạn tiết sữa: Staphylococcus aureus (40%), Staphylococcus coagulase (40%)...

IV. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Viêm vú hậu sản điều trị không hiệu quả
- Những nguyên nhân gây tắc tuyến sữa
- Các tình trạng làm suy giảm miễn dịch

V. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Toàn thân:
  - Biểu hiện nhiễm trùng
  - Sốt
  - Hạch nách cùng bên
- Tại chỗ:
  - Khối u vú có thể sưng nóng đỏ đau, có dấu phập phều, chọc ra mủ hoặc có thể chảy mủ qua núm vú.
  - Nối tĩnh mạch dưới da

2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích tế bào máu
- CRP
- Siêu âm vú
- Cấy mủ

VI. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Cương tức tuyến vú
- Tắc ống dẫn sữa
- Galactocle (bọc sữa)
- Ung thư vú giai đoạn viêm cấp (bằng FNA hoặc sinh thiết tất cả các trường hợp áp xe vú ngoài thời kỳ hậu sản để loại trừ ung thư)

VII. XỬ TRÍ

1. Xử trí tổng quát

- Chườm lạnh
- Tiếp tục nuôi con bằng sữa mẹ hay nặn sữa (Cắt sữa trong trường hợp không nuôi con bằng sữa mẹ hay nhiễm trùng nặng, áp xe tái phát nhiều lần)

2. Điều trị nội

- **Kháng sinh – kháng viêm – giảm đau**
- **Nguyên tắc điều trị kháng sinh:**
  - Điều trị kháng sinh ngay khi có chẩn đoán xác định
  - Điều chỉnh kháng sinh khi có kết quả kháng sinh đồ
  - Điều trị kháng sinh trước và duy trì 10 -14 ngày sau dẫn lưu ổ mủ
- **Nhiễm trùng nhẹ**
  - Dicloxacillin hoặc Cloxacillin 500mg 1 viên x 4 lần/ ngày, uống trong 10 – 14 ngày.
  - Nếu không đáp ứng trong 24 – 48 giờ chuyển sang Cephalexin 500mg 1 viên x 4 lần/ ngày, uống trong 10 -14 ngày.
  - Hoặc Cefadroxyl 500mg 2 viên x 2 lần/ ngày, uống trong 10 -14 ngày.
  - Hoặc Amoxicillin – clavulanate 625mg 1 viên x 3 lần/ ngày trong 10-14 ngày
  - Nếu nghi ngờ kỵ khí (áp xe dưới quầng vú) phối hợp thêm: Clindamycin 300mg 1 viên x 4 lần/ ngày, uống trong 10 14 ngày.
  - Hoặc Metronidazole 250mg 2 viên x 2 lần/ ngày, uống trong 10 14 ngày.
  - Hoặc Clindamycin 300mg 1 viên x 4 lần/ ngày, uống trong 10 14 ngày.
- **Nhiễm trùng nặng**
  - Vancomycin (15 mg/kg truyền TM mỗi 12 giờ)
  - Có thể phối hợp Cephalosporin thế hệ 3 hoặc beta – lactam/ chất ức chế beta – lactamase

3. Điều trị ngoại khoa

- Đường kính ổ áp xe < 3cm: Chọc hút bằng kim 18 – 19G + bơm rửa bằng NaCl 0.9% dưới siêu âm. Chọc hút tối đa 3 lần. Nếu không đáp ứng rạch dẫn lưu.
- Đường kính ổ áp xe đường kính 3- 5 cm: Chọc hút + dẫn lưu bằng catheter dưới siêu âm.
- Đường kính ổ áp xe > 5cm: rạch dẫn lưu.

VIII. THEO DÕI

- Chăm sóc vết thương hàng ngày: bơm rửa ổ áp xe, dẫn lưu bằng penrose hoặc mèche.
- Nặn hút sữa – nuôi con bằng sữa mẹ
- Theo dõi 3 tháng.

IX. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.
3. Bài giảng Phụ Khoa- Bộ môn Phụ Sản Đại học Y dược Tp HCM

CHĂM SÓC CHUNG HẬU PHẪU

I. NGÀY 1 (≤ 24 GIỜ SAU MỔ)

1. Theo dõi

- Tổng trạng, tri giác
- Dấu sinh tồn.
- Nước tiểu mỗi 4 -6 giờ.
- Tình trạng bụng mỗi 4 -6 giờ: các vết mổ có chảy máu, tụ máu không; bụng có chướng, có phản ứng thành bụng không.
- Âm đạo có ra huyết, ra dịch không.
- Có nhu động ruột và trung tiện chưa

2. Dịch truyền: 200ml/ ngày (có thể cho NaCl 0.9%, Glucose 5%, Ringer Lactate)

- Kháng sinh
- 12 giờ sau mổ cho ăn loãng (nếu không có lưu ý gì từ phẫu thuật viên...), và ăn lại bình thường khi có nhu động ruột.
- Vận động sớm tại chỗ (ngồi dậy, đi quanh giường ...)
- Rút sonde tiểu - ống dẫn lưu khi có chỉ định Bác sĩ.

II. NGÀY 2 ĐẾN KHI XUẤT VIỆN

1. Theo dõi

- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, hô hấp, nước tiểu mỗi 12 giờ.
- Tình trạng bụng (chướng, phản ứng thành bụng, vết mổ, ...)
- Âm đạo có ra huyết, ra dịch không
- Có trung tiện lại chưa
- Khuyến khích ngồi dậy, đi lại nhiều hơn.
- Ngưng dịch truyền hoàn toàn, nếu không có chỉ định đặc biệt
- Cho ăn uống lại bình thường
- Khám âm đạo trước khi xuất viện
- Xin GPB trước khi ra viện nếu có yêu cầu

2. Hướng dẫn khi xuất viện

- Lấy GPB 2 tuần sau xuất viện, trừ khi có yêu cầu đặc biệt từ PTV
- Hướng dẫn 4 -6 tuần sau mổ tùy theo tình trạng bệnh
- Trở lại BV hoặc cơ sở y tế gần nhất ngay khi có dấu hiệu bất thường (đau bụng, sốt, ra huyết)
- Dặn cắt chỉ 5 ngày sau mổ tại BV hay y tế địa phương
- Tư vấn bệnh nhân dinh dưỡng đầy đủ, không ăn kiêng
- Tư vấn những trường hợp phẫu thuật nặng nề có tai biến, tái khám khi có gì lạ và giới thiệu khám chuyên khoa.

III. ĐÁNH GIÁ SAU MỔ VÀ TRƯỚC XUẤT VIỆN

1. Mổ cắt tử cung

- Mỏm cắt có chảy máu không, nếu nhiều □ khâu cầm máu mỏm cắt.

- Mỏm cắt có viêm không (sốt, đau bụng, dịch âm đạo hôi, mỏm cắt phù nề ấn đau nhiều, BCĐNTT tăng, CRP tăng, siêu âm phù nề mỏm cắt ...) □nếu có: đổi kháng sinh liều cao, phổ rộng + phối hợp rửa âm đạo hằng ngày với Povidin idoin và đánh giá lại.
  - Diễn tiến tốt: hết sốt, hết đau bụng, BC giảm, CRP giảm...
  - Diễn tiến không tốt (tụ dịch mỏm cắt) □phá mỏm cắt, kháng sinh phổ rộng + phối hợp rửa âm đạo 5 ngày.
- Hẹn tái khám 4 – 6 tuần sau mổ tại phòng khám phụ khoa hoặc trở lại BV ngay khi có dấu hiệu bất thường (đau bụng, sốt, ra huyết).

2. Mổ UBT trên BN có thai

- Giảm gò TC sau mổ:
  - Alverin citrat 40mg 1 viên x 2 lần/ ngày, uống trong 5 – 7 ngày.
  - Progesteron 25mg 2 ống x 2 lần/ ngày, tiêm bắp trong 5 ngày hoặc Progesterone 100mg 1 viên x 2 lần/ ngày, đặt âm đạo trong 5 ngày.
- Theo dõi tim thai, có ra huyết âm đạo không.
- Xin GPB sớm nếu có nghi ngờ ung thư
- Siêu âm kiểm tra tình trạng thai trước khi xuất viện
- Hẹn tái khám 4 tuần sau mổ hay trở lại BV ngay khi có gì lạ.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

CHĂM SÓC HẬU PHẪU CẮT TỬ CUNG NGÃ ÂM ĐẠO

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện sớm những bất thường sau mổ
- Chảy máu mỏm cắt, âm hộ, TSM
- Tổn thương bàng quang, niệu quản
- Nhiễm trùng mỏm cắt, viêm phúc mạc khu trú, VPM toàn thể
- Bán tắc ruột, liệt ruột

II. THEO DÕI

- Tổng trạng, dấu hiệu sinh tồn: mạch, HA, nhiệt độ, nhịp thở.
- Lượng nước vào ra (quan trọng là nước tiểu trong 24 giờ)
- Trung tiện (bình thường 24 – 48 giờ)

III. CHẾ ĐỘ DINH DƯỠNG

- Ngày 1: nước có gaz + dịch truyền
- Ngày 2: ăn loãng
- Ngày 3: cháo thịt, cơm nhão, súp
- Ngày 4: cơm thường

IV. THUỐC

- Kháng sinh
- Tập vận động sớm

V. LƯU Ý

- Rửa âm đạo khi cần bằng dung dịch Pvidon iodin 5% pha loãng
- Trường hợp có treo cổ bàng quang, chăm sóc hậu phẫu tùy theo phương pháp phẫu thuật mà PTV áp dụng, chủ yếu theo dõi sự đi tiểu, cảm giác, lượng nước tiểu trong 1 ngày.
- Dẫn lưu bàng quang trong 24 – 48 giờ tùy theo yêu cầu của PTV.
- Theo dõi mỏm cắt (có máu tụ, nhiễm trùng, sót gạc hay không), vết may TSM (bầm, tụ dịch, tụ máu, nhiễm trùng).

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.
3. Bài giảng Phụ Khoa- Bộ môn Phụ Sản Đại học Y dược Tp HCM

CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG SAU MỔ

I. VẾT THƯƠNG SẠCH KHÔ

- Không thay băng vết thương
- Cắt chỉ sau mổ 5 ngày

II. VẾT THƯƠNG CHẢY MÁU

- Chảy máu thấm băng ít: thay băng và băng ép chặt vết thương
- Chảy máu nhiều: kiểm tra vết thương, may cầm máu

III. TỤ MÁU VẾT THƯƠNG

- Thể hiện bằng một đám bầm tím gồ lên vết mổ
- Xử trí: cắt một mối chỉ lấy hết máu cục, rửa sạch vết thương, băng ép

IV. NHIỄM TRÙNG VẾT MỔ

- Xảy ra ngày thứ 4 – 5 sau mổ, vết mổ sưng đau
- Cắt một mối chỉ để thoát dịch, để hở vết mổ
- Điều trị kháng sinh và may da thì 2

V. PHẢN ỨNG THÀNH BỤNG

Trong thời kỳ hậu phẫu, tại một chỗ vết mổ tấy đỏ, chảy một ít dịch đục như mủ. Sau đó tự bít lại, dần dần xuất hiện nhiều lỗ dò khác, chỉ khỏi khi lấy chỉ ra.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

CHĂM SÓC ỐNG DẪN LƯU

I. CHỈ ĐỊNH ĐẶT ỐNG DẪN LƯU

Dẫn lưu sau phẫu thuật cắt bỏ khối u hoặc các bộ phận bị dính, hoặc nghi ngờ có thể chảy máu sau mổ

- Dẫn lưu để thoát dịch tồn đọng sau phẫu thuật nhiễm trùng ổ bụng

II. CÁC LOẠI DẪN LƯU

- Có rất nhiều loại ống dẫn lưu, trong sản phụ khoa thường dùng nhất là dẫn lưu Penrose, Redon, Drain, Sump Drain.

III. VỊ TRÍ ĐẶT DẪN LƯU

- Vùng có ổ mủ
- Vùng thấp (hai hố chậu, cùng đồ Douglas), rãnh đại tràng và vùng dưới gan

IV. THỜI GIAN LƯU ỐNG DẪN LƯU

- Ống dẫn lưu thường được giữ cho đến khi thoát hết dịch. Tuy nhiên không nên giữ ống dẫn lưu quá 72 giờ.

V. CHĂM SÓC ỐNG DẪN LƯU

- Theo dõi dịch chảy ra (tính chất, số lượng, màu sắc, mùi...)
- Chăm sóc chân ống dẫn lưu (rửa, thay băng)
- Theo dõi tắc ống dẫn lưu (để tránh tình trạng này khi thay băng mỗi ngày phải di động ống dẫn lưu)
- Thay túi dẫn lưu mỗi ngày

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

SỐT SAU MỔ LẤY THAI

I. ĐỊNH NGHĨA

Sốt sau mổ lấy thai là sốt trên 24 giờ sau khi mổ với thân nhiệt từ 38^0C trở lên. Đây là triệu chứng do nhiều nguyên nhân khác nhau với mức độ nặng nhẹ khác nhau.

II. CÁC NGUYÊN NHÂN GÂY SỐT SAU MỔ LẤY THAI



III. CÁC DẤU HIỆU VÀ XỬ TRÍ

1. Nhiễm khuẩn vết mổ

- Dấu hiệu chính: vết mổ sưng, có dịch tiết là máu hay mủ, tấy đỏ quanh vết khâu
- Xử trí: cắt chỉ cách quãng, dẫn lưu thoát dịch. Rửa vết mổ bằng dung dịch sát khuẩn và thay băng tối thiểu ngày 2 lần.

2. Căng tức vú

- Dấu hiệu chính: vú căng đau cả hai bên, xuất hiện muộn 3 – 5 ngày sau mổ lấy thai
- Xử trí:

- Đắp mát, hút sữa, giữ vệ sinh vùng vú

- Nếu người mẹ cho con bú, khuyến khích tiếp tục cho con bú

3. Tắc ống dẫn sữa

- Đắp mát, hút sữa
- Thuốc giảm tiết sữa

4. Áp xe vú

- Kháng sinh, giảm đau
- Rạch áp xe, dẫn lưu

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

BÍ TIỂU SAU SINH MỔ

I. ĐỊNH NGHĨA

Bí tiểu sau sinh mổ là tình trạng rối loạn đường tiểu, biểu hiện bằng cảm giác muốn đi tiểu nhưng không thể tiểu được và có cầu bàng quang căng khi khám.

II. NGUYÊN NHÂN

- Do gây mê, gây tê
- Thần kinh quá lo lắng
- Tổn thương do thủ thuật thô bạo, dập bàng quang → liệt bàng quang → bí tiểu

III. XỬ TRÍ

- Dội nước ấm lên vùng âm hộ, vận động sớm, tập tiểu.
- Nếu thủ thuật trên thất bại thì đặt sonde tiểu và lưu trong 24 giờ.
- Tập bàng quang, 03 giờ tiểu 1 lần (mở sonde) cho tới lúc tạo được cảm giác mắc tiểu, cho sản phụ tiểu qua sone → rút sonde.
- Thuốc: (khi các phương pháp trên thất bại)

- (Malva purpurea + camphomonobromid + xanh methylen) 2 viên x 3 lần/ ngày, uống trong 5 ngày
- Alfuzosin 5mg 1 viên x 2 lần/ ngày, uống trong 5 ngày (giảm áp lực niệu đạo)
- Nếu sử dụng thuốc không hiệu quả thì tiến hành đặt thông tiểu.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

NHIỄM KHUẨN HẬU SẢN

I. ĐỊNH NGHĨA

Nhiễm khuẩn hậu sản là các nhiễm khuẩn xuất phát từ bộ phận sinh dục trong thời kỳ hậu sản. Đây là một trong những tai biến sản khoa thường gặp và là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ

- Cơ sở vật chất và trang thiết bị không đảm bảo vô khuẩn.
- Các can thiệp làm không đúng chỉ định và điều kiện. Không đảm bảo quy trình chăm sóc trước, trong và sau sinh.
- Điều trị không tốt các nhiễm khuẩn đường sinh dục trước sinh.
- Cơ địa kém, suy giảm miễn dịch, béo phì.
- Bệnh lý tiền sản giật, thiếu máu, chuyển dạ kéo dài, ối vỡ non, vỡ sớm.
- Sót nhau, rách âm đạo, cổ tử cung.
- Mầm bệnh hiện diện sẵn: vi khuẩn (tụ cầu vàng, E coli ...), nấm Candida albicans...

III. CÁC HÌNH THÁI NHIỄM KHUẨN

1. NHIỄM KHUẨN TẦNG SINH MÔN, ÂM HỘ, ÂM ĐẠO

- Do rách tầng sinh môn phức tạp, rách hoặc cắt tầng sinh môn mà không khâu hoặc khâu không đúng kỹ thuật, không đảm bảo vô khuẩn khi khâu tầng sinh môn, sót gạc trong âm đạo.
- Triệu chứng: sốt nhẹ 380C – 38.50C, vết khâu tầng sinh môn sưng tấy, đau, trường hợp nặng có mủ. TC co hồi bình thường, sản dịch không hôi.
- Điều trị:
  - Cắt chỉ tầng sinh môn nếu vết khâu tấy đỏ có mủ. Vệ sinh tại chỗ hàng ngày bằng oxy già (nếu vết khâu có mủ), hoặc Povidon iodin.
  - KS (uống hoặc tiêm).

2. NHIỄM TRÙNG TỬ CUNG

- Đây là hình thái hay gặp, nếu không điều trị kịp thời có thể dẫn đến các biến chứng khác nặng hơn như: viêm chu cung, viêm phúc mạc chậu, abces vùng chậu, viêm phúc mạc toàn bộ, nhiễm khuẩn máu,..
- Nhiễm trùng tử cung hậu sản bao gồm: viêm nội mạc tử cung (Endometritis), viêm cơ tử cung (Endomyometritis), viêm mô quanh tử cung (Endoparametritis)..
- Nhiễm trùng thường từ các vi trùng ở đường sinh dục dưới và thường nhiễm nhiều loại vi trùng cùng lúc (ái khí lẫn yếm khí). Các loại vi khuẩn thường gặp (tại BVTD 2014): Escherichia coli, Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus aureus ...

a. Chẩn đoán

- **Lâm sàng**
  - Triệu chứng cơ năng: sốt, đau hạ vị, có thể xuất huyết âm đạo muộn
  - Triệu chứng toàn thân:
    - Nhiệt độ $\geq 38^0$ C
    - Nhức đầu, lạnh run, mệt mỏi, chán ăn
    - Mạch nhanh
  - Triệu chứng thực thể
    - Sản dịch đục hôi

- Tử cung mềm nhão, ấn đau
- Xuất huyết từ lòng tử cung
- Khối cạnh TC (viêm chu cung, khối máu tụ)

- **Cận lâm sàng**

- Bạch cầu tăng từ 15.000 – 30.000 (Tỉ lệ đa nhân trung tính tăng)
- CRP tăng
- Procalcitonin tăng trong các trường hợp có nhiễm trùng huyết
- Siêu âm: có thể thấy hình ảnh ứ dịch lòng tử cung, hơi trong lòng TC, phù nề vết mổ cơ TC, nhưng đôi khi không có hình ảnh đặc hiệu.
- MRI: có thể thấy hình ảnh phù nề, hoại tử, bung vết mổ cơ TC, ...
- Cấy máu, sản dịch

b. Chẩn đoán phân biệt

- Nhiễm trùng vết mổ.
- Viêm vú, áp xe vú.
- Viêm đài bể thận cấp.
- Viêm phổi.
- Viêm tắc tĩnh mạch sâu
- Các bệnh lý nhiễm trùng không liên quan thai kỳ: viêm ruột thừa, nhiễm siêu vi, ...

c. Xử trí

Nguyên tắc xử trí

- Kháng sinh
- Hạ sốt
- Nâng tổng trạng
- Cho thuốc co hồi tử cung (Oxytocin x 1 – 2 ống/ ngày, tiêm bắp)
- Nạo lòng TC, phẫu thuật khi có chỉ định

Chọn lựa kháng sinh

- Sử dụng KS phổ rộng chống cả vi trùng kỵ khí sinh β-lactamase.
- Đối với nhiễm trùng tử cung nhẹ/ hậu sản sinh ngả âm đạo có thể dùng KS đường uống.
- Đối với nhiễm trùng hậu sản nặng hay trung bình, cần sử dụng KS phổ, đường tiêm.

Hút nạo buồng tử cung

- Cần thiết trong các trường hợp sót nhau hoặc cần lấy sạch mô hoại tử trong lòng tử cung để giải quyết tình trạng nhiễm trùng.
- Nên hút nhẹ nhàng lòng tử cung, không nên nạo thô bạo để tránh tai biến thủng tử cung hoặc di chứng dính lòng tử cung sau này.

Phẫu thuật

- Các trường hợp nhiễm trùng tử cung nặng không đáp ứng điều trị nhiễm trùng hoại tử vết mổ tử cung: phẫu thuật cắt tử cung, dẫn lưu.

3. VIÊM DÂY CHẰNG RỘNG VÀ PHẦN PHỤ

- Từ nhiễm khuẩn ở tử cung có thể lan sang các dây chằng (đặc biệt là dây chằng rộng) và các phần phụ như vòi trứng, buồng trứng.
- **Lâm sàng**: xuất hiện muộn sau sinh 8 – 10 ngày.

- Nhiễm trùng toàn thân, người mệt mỏi, sốt cao
- Sản dịch hôi, tử cung co hồi chậm
- Thăm âm đạo thấy có khối rắn đau, bờ không rõ, ít di động. Nếu là viêm dây chằng

rộng ở phần trên hoặc viêm phần phụ thì khối u ở cao, nếu là viêm đáy của dây chằng rộng, nắn và phối hợp thăm âm đạo sẽ thấy khối viêm ở thấp, ngay ở túi cùng, có khi khối viêm dính liền với túi cùng, di động hạn chế. Khó phân biệt với đám quánh ruột thừa.

- **Điều trị**

- Nghỉ ngơi, chườm lạnh, giảm đau, chống viêm
- KS phổ rộng (dựa vào kháng sinh đồ), phối hợp trong 2 tuần
- Dẫn lưu cùng đồ nếu áp xe Douglas
- Cắt tử cung trong trường hợp nặng

4. VIÊM PHÚC MẠC (VPM) TIỂU KHUNG

- VPM thứ phát là hình thái nhiễm khuẩn lan từ TC, dây chằng rộng, phần phụ, đáy chậu.
- VPM nguyên phát là nhiễm khuẩn từ TC có thể không qua các bộ phận khác mà đi theo đường bạch mạch hoặc lan trực tiếp đến mặt sau phúc mạc, lan đến túi cùng sau, ruột, bàng quang lan đến đâu sẽ hình thành giả mạc và phúc mạc sẽ dính vào nhau tại đó, phản ứng sinh ra các túi dịch, chất dịch trong (thể nhẹ), chất dịch có thể đục hoặc máu (thể nặng).
- Tiến triển có thể khỏi hoặc để lại di chứng dính nếu là thể nhẹ; tiến triển vỡ khối mủ vào âm đạo, bàng quang, trực tràng nếu thể nặng. Nếu mủ vỡ vào ổ bụng sẽ gây VPM toàn bộ
- **Lâm sàng**: 3- 15 ngày sau sinh, sau các hình thái khác của nhiễm khuẩn hậu sản

- Sốt cao 39-40^{0}C, rét run, mạch nhanh. Nhiễm trùng, nhiễm độc nặng.
- Đau hạ vị, tiểu tiện buốt, rát, có hội chứng giả lỵ.
- Tử cung to, ấn đau, di động kém, túi cùng đau khi khám

- **Điều trị**

- Nội khoa: nâng cao thể trạng, kháng sinh phổ rộng, phối hợp 2 – 3 loại
- Ngoại khoa: chỉ mổ khi có biến chứng, hoặc dẫn lưu mủ qua túi cùng sau

5. VIÊM PHÚC MẠC TOÀN THỂ

- Không thường gặp sau mổ lấy thai. Rất hiếm gặp sau sanh ngả âm đạo.
- Nguyên nhân

- Trong mổ lấy thai, do không đảm bảo vô khuẩn, khâu tử cung không tốt, sót nhau, tổn thương ruột, bàng quang. Sót gạc trong ổ bụng.
- Nhiễm trùng ối, nhiễm trùng bởi vi khuẩn độc lực cao như Steptococcus tán huyết β nhóm A.
- Có thể là biến chứng của các hình thái nhiễm khuẩn như: viêm tử cung toàn bộ, viêm dây chằng phần phụ có mủ, viêm phúc mạc tiểu khung điều trị không tốt.

- **Lâm sàng**: có thể xuất hiện sớm sau mổ lấy thai hoặc muộn 7 -10 ngày sau các hình thái nhiễm trùng khác.

- Sốt cao 39-40^{0}C, rét run, mạch nhanh nhẹ. Nhiễm trùng, nhiễm độc
- Nôn và buồn nôn. Bụng chướng đau, cảm ứng phúc mạc.
- Phản ứng thành bụng có thể không rõ do bụng mềm nhão sau sinh.
- Tử cung to ấn đau, túi cùng đầy đau.

- **Cận lâm sàng**:

- BC tăng, Neutrophil tăng, thiếu máu tán huyết. CRP tăng
- Rối loạn điện giải và toan chuyển hóa, rối loạn chức năng gan thận.
- Cấy sản dịch, cấy máu (làm kháng sinh đồ)

- Siêu âm: ổ bụng có dịch, các quai ruột giãn, có thể phát hiện dị vật (sót gạc...)
- XQ bụng không chuẩn bị: tiểu khung mờ, mức nước, hơi

• **Điều trị**

- Nội khoa: nâng thể trạng, bù nước điện giải, KS liều cao, phổ rộng, phối hợp
- Ngoại khoa: phẫu thuật cắt TC, rửa ổ bụng và dẫn lưu

6. NHIỄM KHUẨN HUYẾT

• Đây là hình thái nặng nhất. Có thể để lại nhiều di chứng thậm chí tử vong.

• **Lâm sàng**: sau can thiệp thủ thuật từ 24 – 48 giờ

- Hội chứng nhiễm độc nặng. Hội chứng thiếu máu. Dấu hiệu choáng nhiễm độc huyết áp tụt, rối loạn vận mạch và tình trạng toan máu.
- Sản dịch hôi bẩn. Cổ tử cung hé mở, tử cung to mềm ấn đau.
- Có thể xuất hiện nhiễm khuẩn ở các cơ quan khác (phổi, gan, thận).

• **Cận lâm sàng**: bạch cầu tăng, CRP tăng, procalcitonin (+), suy giảm chức năng gan – thận, rối loạn yếu tố đông máu. Cấy máu, cấy sản dịch (+)

• **Điều trị**: chuyển tuyến

IV. DỰ PHÒNG

• Đảm bảo điều kiện vô khuẩn khi đỡ sinh, khi thăm khám, các thủ thuật, phẫu thuật. Đảm bảo không sót nhau trong tử cung, xử trí tốt các tổn thương đường sinh dục khi sinh.

• Thực hiện các thủ thuật, PT nhẹ nhàng, hạn chế làm tổn thương mô, cầm máu tốt.

• Phát hiện sớm và điều trị tích cực các trường hợp nhiễm khuẩn đường sinh dục trước, trong và sau đẻ.

• Dùng KS dự phòng đúng nguyên tắc.

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

CHẨN ĐOÁN BỆNH NGUYÊN BÀO NUÔI

Bệnh nguyên bào nuôi liên quan đến thai kỳ là tên gọi chung cho các bệnh có sự tăng sinh bất thường của các nguyên bào nuôi kết hợp với thai kỳ. Bệnh nguyên bào nuôi được chia làm hai dạng: thai trứng và u nguyên bào nuôi.

I. PHÂN LOẠI BỆNH NGUYÊN BÀO NUÔI (FIGO – 2002)

1. Thai trứng (TT)

- Toàn phần (TTTP)
- Bán phần (TTBP)

2. U nguyên bào nuôi (UNBN)

- Thai trứng xâm lấn (TTXL)
- Ung thư nguyên bào nuôi (Ung thư NBN)
- U nguyên bào nuôi nơi nhau bám
- U nguyên bào nuôi dạng biểu mô

II. THAI TRỨNG TOÀN PHẦN

1. **Định nghĩa:** toàn bộ các gai nhau đều thoái hóa thành các bọc (túi) trứng.
2. **Chẩn đoán:**

- Siêu âm: hình ảnh bão tuyết hoặc hình chum nho hoặc các echo trống.
- Định lượng βhCG/máu > 1000mIU/ml.
- Thấy mô trứng được lấy ra từ tử cung.
- Giải phẫu bệnh: thai trứng toàn phần.

III. THAI TRỨNG BÁN PHẦN

1. **Định nghĩa:** bên cạnh những bọc trứng còn có các mô nhau thai hoặc có cả phôi, thai nhi (thường chết, teo đét).
2. **Chẩn đoán:**

- Siêu âm: bánh nhau to hơn bình thường, có nhiều hình ảnh echo trống trong nhau thai, có túi thai, có thể có hoặc không có thai nhi.
- Định lượng βhCG/máu > 100mIU/ml.
- Thấy mô trứng và nhau thai được lấy ra từ tử cung.
- Giải phẫu bệnh: thai trứng bán phần.

3. Điều trị thai trứng: chuyển tuyến trên

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

PHẦN 3: KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH

TƯ VẤN VỀ PHÁ THAI

Giúp khách hàng tự quyết định về việc phá thai và lựa chọn phương pháp phá thai phù hợp dựa trên cơ sở nắm được các thông tin về các phương pháp pháp, quy trình, các tai biến của các phương pháp phá thai, cách tự chăm sóc sau thủ thuật và các biện pháp phá thai (BPPT)

I. YÊU CẦU VỚI CÁN BỘ TƯ VẤN

1. Về kiến thức

- Nhận thức được nhu cầu, quyền của khách hàng
- Chính sách, pháp luật của Nhà nước về sức khỏe sinh sản (SKSS) và các chuẩn mực xã hội
- Nắm được 6 bước tư vấn
- Kiến thức chung về các phương pháp phá thai: chỉ định, chống chỉ định, quy trình, tai biến và cách chăm sóc sau phá thai
- Kiến thức chung về các biện pháp tránh thai và các bệnh lây truyền qua đường tình dục
- Những quy định, thủ tục riêng cho từng đối tượng đặc biệt.

2. Về kỹ năng

- Kỹ năng tiếp đón
- Kỹ năng lắng nghe.
- Kỹ năng giao tiếp.
- Kỹ năng giải quyết vấn đề.

II. QUY TRÌNH TƯ VẤN

Tư vấn thăm khám:

- Giải thích về quá trình và mục đích thăm khám
- Các xét nghiệm cần làm, thủ tục hành chính
- Hỏi về tiền sử sản phụ khoa
- Hỏi về bạo hành.
- Hỏi về các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Tư vấn quyết định phá thai: đưa ra hai lựa chọn cho khách hàng

- Tiếp tục mang thai và sinh con.
- Phá thai: nếu quyết định cuối cùng là phá thai, tư vấn về BPPT sẵn có tại cơ sở, giúp khách hàng tự lựa chọn phương pháp thích hợp và thực hiện thủ tục hành chính cần thiết.

1. Tư vấn phá thai bằng thủ thuật

a. Tư vấn về quá trình thủ thuật

- Thời gian cần thiết.
- Phương pháp giảm đau
- Cảm giác đau mà khách hàng phải trải qua.
- Các bước thủ thuật.
- Giới thiệu về người thực hiện thủ thuật.
- Thông tin về tác dụng phụ và tai biến có thể gặp.
- Ký cam kết phá thai.

b. Tư vấn về các biện pháp tránh thai sau thủ thuật

- Khả năng có thai lại sớm, cho nên việc bắt đầu áp dụng một biện pháp tránh thai ngay sau thủ thuật là cần thiết.
- Giới thiệu các biện pháp tránh thai, giúp khách hàng lựa chọn biện pháp tránh thai phù hợp và hướng dẫn khách hàng sử dụng đúng.
- Giới thiệu các địa điểm có thể cung cấp các biện pháp tránh thai.

c. Tư vấn về chăm sóc và theo dõi sau thủ thuật

- Dùng thuốc theo chỉ định của bác sĩ
- Kiêng giao hợp cho tới khi hết ra máu (thường sau 1 tuần)
- Tư vấn cách tự chăm sóc sau thủ thuật về vệ sinh, chế độ dinh dưỡng và chế độ sinh hoạt.
- Tự theo dõi các dấu hiệu bình thường
- Nếu có các dấu hiệu bất thường phải tái khám ngay.
- Tiếp tục tư vấn, nhắc lại các biện pháp tránh thai.
- Hẹn khám lại.
- Thời điểm tư vấn: tư vấn có thể được tiến hành trong 3 giai đoạn trước, trong và sau thủ thuật, nhưng hiệu quả nhất nên tiến hành vào giai đoạn trước và sau thủ thuật.

2. Tư vấn phá thai bằng thuốc

- Tư vấn về quyết định chấm dứt thai nghén.
- Giới thiệu hiệu quả của BPPT bằng thuốc và khẳng định khách hàng phải chấp nhận hút thai nếu phá thai bằng thuốc thất bại.
- Giới thiệu quy trình phá thai bằng thuốc: cách uống và sự xuất hiện các triệu chứng bình thường sau uống thuốc (ra huyết âm đạo và đau bụng). Nhấn mạnh sự cần thiết của việc khám lại theo hẹn.
- Tư vấn cách tự theo dõi và chăm sóc sau dùng thuốc sau phá thai.
- Giới thiệu các tác dụng phụ của thuốc phá thai và cách xử lý.
- Nhấn mạnh các triệu chứng cần trở lại cơ sở y tế ngay.
- Cung cấp thông tin liên lạc trong những tình huống cần cấp cứu.
- Cung cấp thông tin về khả năng có thai trở lại sau khi phá thai bằng thuốc.
- Giới thiệu các biện pháp tránh thai, giúp khách hàng chọn lựa BPTT phù hợp và hướng dẫn khách hàng sử dụng đúng.
- Cung cấp biện pháp tránh thai hoặc giới thiệu địa điểm cung cấp BPTT.
- Ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố mẹ hoặc người giám hộ).
- Hẹn khách hàng tái khám lại sau 2 tuần.

III. TƯ VẤN CHO CÁC NHÓM ĐỐI TƯỢNG ĐẶC BIỆT

1. Vị thành niên

- Dành đủ thời gian cho vị thành niên hỏi và đưa ra quyết định.
- Đảm bảo tính bí mật.
- Tư vấn kỹ hơn về bao cao su để vừa tránh thai vừa phòng các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

2. Những phụ nữ phải chịu bạo hành

- Khi tư vấn về phá thai cần đặc biệt chú ý:

- Thể hiện sự đồng cảm trong tư vấn, ứng xử thích hợp khi khách hàng sợ hãi hoặc buồn bã.
- Tạo mối quan hệ tốt và tin cậy với khách hàng.
- Giới thiệu khách hàng tới những dịch vụ xã hội hiện có để giúp khách hàng vượt qua hoàn cảnh của mình.
- Cung cấp dịch vụ tránh thai sau phá thai mà chính bản thân khách hàng có thể chủ động được.
- Tư vấn các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

3. Những phụ nữ có HIV

Khi tư vấn phá thai cho Phụ nữ nhiễm HIV/AIDS cần đặc biệt chú ý

- Đặc tính:
  - Sang chấn về tâm lý.
  - Ngần ngại chưa quyết định phá thai.
  - Bị gia đình ruồng bỏ, xã hội kỳ thị.
- Khi tư vấn chú ý:
  - Chia sẻ, động viên khách hàng.
  - Không tỏ ra kỳ thị, sợ sệt.
  - Tư vấn khả năng lây truyền từ mẹ sang con.
  - Đặc biệt là giới thiệu về sử dụng bao cao su để tránh thai và phòng ngừa lây truyền cho người khác.
  - Tư vấn cho người nhà về chăm sóc thể chất, tinh thần và phòng bệnh.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

PHÁ THAI BẰNG THUỐC ĐẾN HẾT 7 TUẦN

Phá thai bằng thuốc là phương pháp chấm dứt thai kỳ bằng cách sử dụng thuốc Mifepristone và misoprostol đối với thai đến hết 07 tuần (49 ngày) kể từ ngày đầu của chu kỳ kinh cuối cùng.

I. ĐIỀU KIỆN ÁP DỤNG

Khách hàng ở gần bệnh viện (khoảng cách từ nơi ở đến BV không quá 60 phút khi đi bằng bất cứ phương tiện gì).

II. NGƯỜI ĐƯỢC PHÉP THỰC HIỆN

Bác sĩ sản phụ khoa được huấn luyện về phá thai bằng thuốc và thành thạo kỹ thuật phá thai bằng phương pháp ngoại khoa.

III. CHỈ ĐỊNH

Thai trong tử cung có tuổi thai đến hết 49 ngày (theo siêu âm).

IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- **Tuyệt đối**
  - Hẹp van 2 lá, tắc mạch hoặc có tiền sử tắc mạch.
  - Bệnh lý tuyến thượng thận.
  - Rối loạn đông máu, sử dụng thuốc chống đông.
  - Thiếu máu nặng hoặc trung bình.
  - Dị ứng với mifepristone hoặc misoprostol.
  - Chẩn đoán chắc chắn hoặc nghi ngờ có thai ngoài tử cung.
  - Có thai tại vết mổ cũ ở TC.
- **Tương đối**
  - Điều trị Corticoid toàn thân lâu ngày.
  - Tăng huyết áp.
  - Đang viêm nhiễm sinh dục cấp tính (nên điều trị viêm nhiễm trước khi PTBT)
  - Dị dạng sinh dục
  - Vết mổ cũ ở TC: cân nhắc rất thận trọng, đồng thời phải giảm liều Misoprostol và tăng khoảng cách thời gian giữa các lần dùng thuốc.

V. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Tư vấn
  - Thảo luận về quyết định chấm dứt thai kỳ.
  - Tư vấn về các biện pháp phá thai hiện có tại cơ sở.
  - Tư vấn về phương pháp phá thai bằng thuốc.
  - Tư vấn về các tai biến có thể xảy ra và tác dụng phụ của thuốc.
  - Tư vấn theo dõi sau PTBT
  - Các dấu hiệu cần khám lại ngay.
  - Sự cần thiết của khám lại sau 2 tuần.
  - Các dấu hiệu bình thường sau khi dùng thuốc.
  - Các dấu hiệu phục hồi sức khỏe và khả năng sinh sản sau phá thai.
  - Thông tin về biện pháp tránh thai, hướng dẫn lựa chọn biện pháp thích hợp và sử dụng đúng cách để tránh phá thai lần nữa.
- Chuẩn bị khách hàng
  - Hỏi tiền sử để loại trừ chống chỉ định.
  - Khám toàn thân.
  - Khám phụ khoa.
  - Siêu âm.

- Ký cam kết tự nguyện phá thai.

• Phác đồ sử dụng thuốc

- **Thai đến hết 63 ngày**
  - Uống 1 viên Mifepriston 200mg tại bệnh viện, theo dõi mạch, huyết áp, tình trạng toàn thân của khách hàng trong vòng 15 phút. Sau đó cho khách hàng về nhà
  - Sau 24-48 giờ, ngậm dưới lưỡi hoặc bên má 800mcg Misoprostol tại BV hay tại nhà. Tuổi thai từ 56 ngày đến hết 63 ngày nên theo dõi sẩy thai tại BV.
- **Thai từ 64 ngày đến hết 84 ngày**
  - Chuyển tuyến

VI. THEO DÕI SAU DÙNG THUỐC

• Theo dõi trong những giờ đầu sau dùng thuốc:

- Dấu hiệu sinh tồn mỗi giờ 1 lần trong 3 giờ đầu
- Tình trạng ra máu âm đạo, đau bụng (có thể dùng thuốc giảm đau nếu cần) và tác dụng phụ (nôn, buồn nôn, tiêu chảy, sốt).

• Khám lại sau 2 tuần: để đánh giá hiệu quả điều trị

• Khai thác bệnh sử, khám lâm sàng, siêu âm kiểm tra (nếu cần thiết). Nếu:

- Sẩy thai hoàn toàn
- Ứ máu nhiều, sót nhau, thai lưu: ngậm dưới lưỡi 400mcg Misoprostol hoặc uống 600mcg Misoprostol (có thể lặp lại), hút buồng tử cung.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ

• **Chảy máu nhiều**: khi ra máu âm đạo ướt đẫm 2 băng vệ sinh dày trong vòng 1 giờ và kéo dài 2 giờ liên tiếp.

• **Xử trí:**

- Khi không ảnh hưởng tổng trạng:
  - Nếu thấy sẩy thai đang tiến triển và nhau thập thò CTC thì dùng kềm tim gắp mô nhau ra, và dùng thuốc co hồi tử cung: Oxytoxin, Misosprostol….
  - Nếu ứ dịch buồng TC nhiều khi hút buồng TC cầm máu.
- Khi có ảnh hưởng tổng trạng: vừa hồi sức vừa thực hiện thủ thuật như trên. Có thể nhập viện.

• **Rong huyết kéo dài, mệt mỏi, có dấu hiệu thiếu máu**: điều trị nội, ngoại khoa tùy tình trạng lâm sàng, có thể nhập viện.

• **Nhiễm khuẩn**: rất hiếm khi xảy ra.

- ***Triệu chứng***: sốt hoặc ớn lạnh, dịch tử cung có mùi hôi, đau vùng bụng hoặc chậu, ra máu âm đạo kéo dài hoặc ra máu thấm giọt, TC di động đau hoặc lượng bạch cầu, CRP tăng.
- ***Xử trí:***
  - Nhập viện.
  - Kháng sinh liều cao hoặc phối hợp.
  - Điều trị nội hoặc ngoại khoa tùy tình trạng bệnh.
  - Hút buồng tử cung nếu cần.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

PHÁ THAI BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT CHÂN KHÔNG ĐẾN HẾT 12 TUẦN

Phá thai bằng phương pháp hút chân không là phương pháp chấm dứt thai kỳ (CDTK) bằng cách dùng bơm hút chân không (bằng tay hoặc bằng hút điện) để hút thai trong TC từ tuần thứ 6 đến thứ 12.

I. CHỈ ĐỊNH

- Thai trong TC từ tuần thứ 6 đến tuần thứ 12.

(Chẩn đoán tuổi thai dựa theo kinh cuối và siêu âm. Nếu sai lệch giữa 2 cách tính tuổi thai ít hơn 5 ngày thì tính dựa vào KC. Nếu sai lệch trên 5 ngày thì tính theo siêu âm).

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối, tuy nhiên cần thận trọng đối với trường hợp đang viêm cấp tính đường sinh dục, cần được điều trị trước (theo phác đồ).
- Chú ý: thận trọng trong những trường hợp sau:
  - U xơ TC to
  - VMC ở TC
  - Sinh dưới 6 tháng
  - Di dạng đường sinh dục
  - Các bệnh lý nội – ngoại khoa
- Nhập viện những trường hợp tiên lượng khó khăn và sau khi hội chẩn khoa.

III. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

1. Chuẩn bị khách hàng

- Hỏi tiền sử bệnh về nội, ngoại, sản khoa. Nếu có bệnh nội khoa (tim mạch, tăng huyết áp,…), dị dạng đường sinh dục thì thực hiện thủ thuật này trong viện.
- Khám toàn thân
- Khám phụ khoa
- Siêu âm

2. Tư vấn

- Thảo luận về quyết định chấm dứt thai nghén.
- Tư vấn về các phương pháp phá thai hiện có tại cơ sở.
- Các bước tiến hành hút thai chân không.
- Tai biến có thể xảy ra khi hút thai.
- Tư vấn về theo dõi sau khi hút thai.
- Các dấu hiệu cần khám ngay sau hút thai.
- Các dấu hiệu hồi phục sức khỏe và khả năng sinh sản sau hút thai.
- Thông tin về các BPTT, hướng dẫn chọn lựa biện pháp tránh thai thích hợp và sử dụng đúng để tránh phá thai lặp lại.
- Cung cấp BPTT hoặc giới thiệu địa điểm cung cấp BPTT.
- Khách hàng ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn xin bỏ thai, cam kết của cha mẹ, hoặc người giám hộ).
- Thai từ 9 – 12 tuần: chuẩn bị CTC bằng cách cho ngậm dưới lưỡi 400mcg Misoprostol 3 giờ trước khi làm thủ thuật.

3. Người thực hiện thủ thuật

- Rửa tay thường quy bằng dung dịch sát khuẩn tiêu chuẩn.
- Trang phục y tế: áo choàng, quần, mũ, khẩu trang, kính bảo hộ.

4. Phương pháp giảm đau – vô cảm

- Uống thuốc giảm đau trước khi làm thủ thuật đối với những trường hợp vô cảm bằng phương pháp gây tê cạnh CTC (Ibuprofen 400mcg hoặc Paracetamol 1g uống trước khi làm thủ thuật 30 phút).

5. Thực hiện thủ thuật

- Khám xác định kích thước và tư thế CTC
- Thay găng vô khuẩn
- Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới mông
- Đặt van, bộc lộ CTC và sát khuẩn CTC, âm đạo.
- Kẹp CTC
- Gây tê cạnh CTC
- Đo buồng TC bằng ống hút
- Nong CTC (nếu cần)
- Hút thai
- Kiểm tra chất hút
- Đánh giá thủ thuật đã hoàn thành.
- Có thể đặt DCTC ngay sau khi hút thai nếu đảm bảo buồng TC sạch, không có chống chỉ định và khách hàng lựa chọn biện pháp này.
- Xử lý dụng cụ chất thải theo quy trình.

6. Theo dõi

a. Theo dõi ngay sau thủ thuật

- Theo dõi mạch, huyết áp và ra máu âm đạo ít nhất 30 phút sau thủ thuật
- Kê đơn kháng sinh 5 – 7 ngày. Theo thứ tự ưu tiên:

- Doxycyclin 100mcg
- B – lactame + a.clavuanic: Amoxicilin + a.clavuanic.
- Fluoroquinolon

- Tư vấn sau thủ thuật
- Hẹn tái khám sau 2 tuần

b. Khám lại sau 2 tuần

Khám để đánh giá hiệu quả điều trị bằng khám lâm sàng và siêu âm, nếu:

- Ứ máu, sót nhau, thai lưu: có thể tiếp tục dùng Misoprostol đơn thuần 400-600mcg uống hay ngậm dưới lưỡi, hoặc hút buồng TC
- Thai tiếp tục phát triển: hút thai.

IV. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. **Chảy máu nhiều:** xem phác đồ xử trí băng huyết trong khi hút thai.
2. **Rong huyết kéo dài, mệt mỏi, có triệu chứng mất máu cấp:** khám và siêu âm kiểm tra:

- **Xử trí:**

– Khi không ảnh hưởng đến tổng trạng: hút kiểm tra nếu còn nghi ngờ còn tổ chức thai và/ hoặc nhau thai

– Khi có ảnh hưởng tổng trạng: có thể nhập viện.

3. **Nhiễm khuẩn:** rất hiếm khi xảy ra

- **Triệu chứng:** sốt hoặc ớn lạnh, dịch TC có mùi hôi, đau vùng bụng hoặc chậu, ra máu âm đạo kéo dài hoặc ra máu thấm giọt, TC di động đau hoặc lượng BC, CRP tăng
- **Xử trí:**

- Nếu do sót thai/nhau → hút lại
- Kháng sinh liều cao
- Xem xét nhập viện nếu tình trạng nhiễm khuẩn nặng.

4. **Thủng tử cung:**
5. **Choáng: rất hiếm xảy ra**

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

XỬ TRÍ THAI LƯU ĐẾN HẾT 12 TUẦN

I. ĐỊNH NGHĨA

Thai chết lưu là thai đã chết trong TC mà không được tống xuất ra ngoài ngay

II. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử

Xác định ngày kinh chót, tình trạng ra huyết âm đạo, đau bụng

- Tiền sử sản phụ khoa:
  - Số con đã có – tuổi con nhỏ nhất.
  - Tiền sử thai lưu. Số lần đi hút thai.
  - Tiền căn MLT, bóc NXTC.
- Tiền căn bệnh nội ngoại khoa: bệnh lý tim mạch, cường giáp…

2. Khám

- Xác định tư thế TC, tuổi thai
- Đánh giá tình trạng ra huyết âm đạo
- Đánh giá các bệnh lý ở đường sinh dục đi kèm nếu có: viêm nhiễm, u xơ tử cung, u nang buồng trứng.

3. Xét nghiệm

- Siêu âm: xác định tình trạng thai lưu, tuổi thai và thời điểm lưu
- XN máu: đông máu toàn bộ, phân tích tế bào máu, nhóm máu, Rh (khi đủ điều kiện)

III. LƯU Ý

1. Lấy mốc tuổi thai dựa vào ngày kinh chót

- Tuổi thai vào thời điểm siêu âm, chỉ gợi ý tuổi thai vào thời điểm lưu, nhằm tiên lượng nguy cơ rối loạn đông máu
- Thai lưu tồn tại trong TC trên 6 tuần có thể xảy ra rối loạn đông máu.

2. Nhập viện những trường hợp

- Xét nghiệm đông máu toàn bộ bất thường.
- Có bệnh lý nội khoa cần thực hiện thủ thuật tại nơi điều kiện hồi sức cấp cứu
- Các trường hợp thai lưu có nguy cơ tai biến cao.

IV. XỬ TRÍ

1. Tư vấn

- Nếu khách hàng có Rh (-) tư vấn theo phác đồ xử trí thai phụ Rh (-)
- Tư vấn thủ thuật hút thai (bao gồm các bước thủ thuật, tai biến có thể xảy ra)
- Các dấu hiệu bất thường cần khám ngay.
- Tư vấn các biện pháp tránh thai sau hút thai
- Tư vấn về khả năng sinh sản sau thủ thuật.
- Nên có thai lại ít nhất 3 tháng hút thai lưu và kiểm tra sức khỏe trước khi có ý định mang thai trở lại.

2. Quy trình kỹ thuật

a. Phương pháp giảm đau – vô cảm

Uống thuốc giảm đau Ibuprofen 400mg hoặc Paracetamol 1g trước khi làm thủ thuật 30 phút đối với những trường hợp vô cảm bằng tê cạnh cổ TC

b. Thực hiện thủ thuật

- Sát trùng âm hộ (kềm I)
- Sát trùng CTC, âm đạo (kềm II)
- Gây tê mép trước CTC (vị trí 12 giờ với 1ml Lidocaine 1 %)
- Kẹp CTC bằng Pozzi.
- Gây tê cạnh CTC với 4ml Lidocain 1% với vị trí 4 giờ và 7 giờ hay 5 giờ và 8 giờ.
- Nong CTC bằng ống hút thích hợp với tuổi thai.
- Hút thai (bằng máy hay bằng tay), đánh giá hút sạch buồng TC.
- Mở Pozzi, lau sạch CTC và âm đạo.
- Kiểm tra mô và tổ chức sau hút thai, gửi giải phẫu bệnh mô nhau.

c. Theo dõi sau thủ thuật

- Theo dõi sinh hiệu, huyết âm đạo, đau bụng dưới
- Hướng dẫn sử dụng toa thuốc sau thủ thuật
- Hướng dẫn cách chăm sóc sau thủ thuật.
- Hẹn ngày tái khám và các dấu hiệu bất thường cần tái khám ngay, lấy kết quả giải phẫu bệnh
- Hướng dẫn ngừa thai, tránh mang thai ngoài ý muốn.

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

XỬ TRÍ SẨY THAI ĐANG TIẾN TRIỂN

I. ĐỊNH NGHĨA

Sẩy thai đang tiến triển là một tình trạng thai dưới 20 tuần, CTC dãn rộng, ra huyết nhiều, phần thai hoặc nhau đang tống xuất qua CTC

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng cơ năng

- Trễ kinh, đau bụng, ra huyết âm đạo

2. Triệu chứng thực thể

- Đánh giá tổng trạng, sinh hiệu, lượng máu mất.
- Xác định tư thế TC, xác định tuổi thai
- Đánh giá tình trạng sẩy thai: độ mở CTC, huyêt âm đạo, gò TC

3. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm nước tiểu: QS (+), siêu âm nếu cần.

III. XỬ TRÍ

1. Tư vấn

- Tư vấn trước và sau hút thai
- Tư vấn các biện pháp tránh thai sau hút thai
- Tư vấn khả năng sinh sản sau thủ thuật:

- Thời gian có thể mang thai lại là 10 – 14 ngày sau hút thai.
- Nên có thai lại ít nhất 3 -6 tháng sau sẩy thai.
- Khách hàng được giải thích rõ rang nguy cơ của hút thai và tự nguyện ký tên vào tờ cam kết hút thai theo yêu cầu
- Uống thuốc giảm đau trước khi làm thủ thuật đối với những trường hợp vô cảm bằng tê cạnh CTC (paracetamol 1g hoặc Ibuprofen 400mcg uống 30 phút trước khi làm thủ thuật).

2. Quy trình, kỹ thuật

- Sát trùng âm hộ (kềm I)
- Sát trùng âm đạo (kềm II)
- Gây tê mép trước CTC (vị trí 12 giờ với 1ml lidocaine 1%).
- Kẹp CTC bằng kềm Pozzi.
- Gây tê cạnh CTC với 4ml Lidocain 1% ở vị trí 4 hoặc 5 giờ và 7 hoặc 8 giờ.
- Nong CTC bằng ống hút nhựa (nếu trường hợp khó có thể sử dụng bộ nong bằng kim loại Hégar hay Pratt). Tuy nhiên CTC thường mở và không phải nong trong những trường hợp sảy thai đang tiến triển.
- Chọn ống hút thích hợp với tuổi thai.
- Hút thai (bằng bơm hút chân không bằng hay hay bơm điện), đánh giá hút sạch buồng TC.
- Mở kềm Pozzi, lau sạch CTC và âm đạo.
- Kiểm tra mô và tổ chức sau hút thai.
- Chuyển khách hàng sang buồng hồi phục.

3. Theo dõi sau thủ thuật

- Theo dõi sinh hiệu, huyết âm đạo, đau bụng dưới.

- Hướng dẫn sử dụng toa thuốc và cách chăm sóc sau thủ thuật.
- Hẹn ngày tái khám và các dấu hiệu bất thường cần tái khám ngay.
- Hướng dẫn ngừa thai tránh mang thai ngoài ý muốn.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

XỬ TRÍ SÓT NHAU / SÓT THAI

I. ĐỊNH NGHĨA

Sót nhau/ sót thai là tình trạng còn sót lại mô nhau hoặc thai trong tử cung sau phẫu thuật.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

a. Hỏi bệnh

- Thời điểm hút thai lần trước.
- Nơi hút thai lần trước (tại viện, hay ngoại viện).
- Tuổi thai lần hút trước.

b. Khám bệnh

- Tổng trạng: đánh giá tình trạng nhiễm trùng (sốt, đau bụng, dịch âm đạo hôi, môi khô, lưỡi bẩn…)
- Xác định tư thế và kích thước tử cung.
- Xác định độ đau TC
- Đánh giá độ mở CTC
- Đánh giá mức độ ra huyết âm đạo

2. Cận lâm sàng

a. Siêu âm

- Xác định tình trạng sót nhau, sót thai.
- Đánh giá mức độ sót nhau.

b. Xét nghiệm

- CTM, CRP, β hCG (tùy trường hợp)

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nội khoa

a. Chỉ định

- Ứ dịch lòng TC
- Nghi sót nhau kích thước nhỏ (dưới 3 x 3 cm).

b. Điều trị

- Oxytocin 5 đơn vị 1 -2 ống tiêm bắp x 3 ngày

  Hoặc

  Misoprostol 200mcg ngậm dưới lưỡi 2 viên x 2 lần/ngày x 2 -3 ngày.
- Kháng sinh ngừa nhiễm trùng.

2. Ngoại khoa

a. Chỉ định

- Sót thai, sót nhau hay ứ dịch lòng tử cung lượng nhiều.

b. Điều trị

- Hút kiểm tra buồng TC (thực hiện các bước như hút thai theo yêu cầu. Nên được thực hiện bởi kỹ thuật viên có kinh nghiệm).
- Gửi GPB mô sau hút.
- Kháng sinh điều trị.
- Thuốc tăng co hồi TC nếu cần.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.
3. Bài giảng Phụ Khoa- Bộ môn Phụ Sản Đại học Y dược Tp HCM

XỬ TRÍ BĂNG HUYẾT
TRONG VÀ SAU KHI HÚT THAI

Băng huyết *là tình trạng ra huyết âm đạo nhiều ≥ 300ml trong vòng 24 giờ sa hút thai hoặc ảnh hưởng đến tổng trạng.*

I. CHẨN ĐOÁN

1. Tổng trạng

- Vã mồ hôi, da xanh, niêm nhợt.
- Mạch nhanh trên 90 lần/ phút
- Huyết áp thấp, tụt

2. Khám

- Máu âm đạo ra nhiều, đỏ tươi, có khi có máu cục.
- Băng vệ sinh hoặc quần áo ướt đẫm máu.
- Tử cung gò kém, có thể do ứ máu trong lòng TC, sót tổ chức thai, mô nhau, do tổn thương ở CTC hoặc thủng TC

II. XỬ TRÍ

Tùy theo tình trạng lâm sàng mà có hướng xử trí tích cực.

1. Có choáng

- HA < 90/60 mmHg hoặc tình trạng ra máu không cải thiện.
- Hồi sức tích cực
- Chuyển bệnh nhân lên phòng mổ và xử trí tiếp.
- Lưu ý: Hoàn tất hồ sơ bệnh án, ghi rõ diễn tiến thủ thuật

2. Không choáng

- Huyết áp ≥ 90/60 mmHg.
- Truyền tĩnh mạch tốt nhất là 2 đường truyền: Glucose 5%, 500ml pha với 2 ống Oxytocin 5 đơn vị, truyền tĩnh mạch XXX giọt/ phút.
- Thở Oxy 4l/p
- Nằm đầu thấp.
- Nạp sạch buồng TC, có thể dùng thêm:
- Thuốc:
  - Oxytocin 5 đơn vị x 2 ống pha loãng truyền TM chậm hay tiêm bắp.
  - Methyl Ergometrine 0.2 mg, 1 ống pha loãng tiêm TM chậm hay tiêm bắp
  - Misoprostol 200mcg 04 viên đặt hậu môn.
- Thắt động mạch CTC
- Bóng chèn
- Tiếp tục theo dõi sinh hiệu và tình trạng ra máu của khách hàng.

Ghi chú:

1. Nếu có sẵn Mifepristone, áp dụng phác đồ phối hợp Mifepristone và Misoprostol.
2. Đối với sảy thai không trọn, cần điều trị dựa vào kích thước TC hơn là kinh cuối.
3. Có hiệu quả trong 1 -2 tuần trừ khi chảy máu quá nhiều hoặc nhiễm trùng.
4. Cần thêm liều bổ sung nếu nhau thai không sổ ra trong vòng 30 phút kể từ khi sổ thai.
5. Xem thêm phác đồ phá thai bằng thuốc đến hết 12 tuần.

III. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.
3. Bài giảng Phụ Khoa- Bộ môn Phụ Sản Đại học Y dược Tp HCM

XỬ TRÍ THỦNG TỬ CUNG TRONG KHI HÚT THAI HOẶC NẠO SINH THIẾT

I. ĐỊNH NGHĨA

Thủng TC là tổn thương đến lớp cơ TC ± phúc mạc TC do đưa dụng cụ vào buồng TC trong khi làm thủ thuật hút thai hoặc đặt, lấy vòng, nạo sinh thiết…

II. CHẨN ĐOÁN

- Bệnh nhân có thể đột ngột đau bụng dữ dội khi làm thủ thuật:
- **Khám:**
  - Đau đột ngột, da xanh, niêm nhợt
  - Mạch nhanh, huyết áp tụt (nếu có choáng)
  - Đau vùng hạ vị, có thể có phản ứng phúc mạc hay dấu hiệu kích thích phúc mạc
  - Đo buồng TC không cảm giác chạm đáy TC
  - Hút hay gắp ra mạc nối lớn
- **Cận lâm sàng**: siêu âm có thể thấy dịch ổ bụng hoặc tổn thương lớp cơ TC.

III. XỬ TRÍ

Trong quá trình làm thủ thuật nếu có nghi ngờ làm thủng TC

- **Ngưng làm thủ thuật ngay lập tức.**
- **Hồi sức:**
  - Xác định tổng trạng bệnh nhân: mạch, huyết áp. Đánh giá tình trạng choáng.
  - Lấy ngay đường truyền tĩnh mạch: Ringer lactate hay Natri Clorid 0,9 % 500ml, truyền TM XXX giọt/phút.
  - Dùng thuốc co hồi TC, kháng sinh và thuốc điều trị choáng (nếu bệnh nhân có choáng).
- **Chuyển bệnh nhân lên phòng mổ** để thực hiện phẫu thuật thám sát (hở hay nội soi), vá lỗ thủng (nếu có), giải quyết các tổn thương kèm theo và làm sạch buồng TC

Lưu ý:

- Trong những trường hợp bệnh nhân có kèm choáng: nên điều trị choáng tích cực, và chỉ chuyển bệnh nhân khi tình trạng đã ổn định.
- Tư vấn cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân hướng xử trí, cho ký cam kết.
- Hoàn tất hồ sơ bệnh án, ghi rõ diễn tiến thủ thuật.
- Khi bàn giao với khoa khác, phải ghi rõ ràng và cụ thể để việc theo dõi bệnh nhân được chặt chẽ hơn.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

ĐẶT VÀ THÁO DỤNG CỤ TỬ CUNG

I. CHUẨN BỊ KHÁCH HÀNG

- Hỏi tiền sử để loại trừ chống chỉ định.
- Thăm khám để loại trừ thai hoặc có xuất huyết tử cung bất thường chưa rõ nguyên nhân, các bất thường ở đường sinh dục.
- Siêu âm (nếu cần).

II. TƯ VẤN

- Nhu cầu khách hàng về sử dụng DCTC
- Giới thiệu các loại DCTC và cách đặt DCTC
- Tư vấn thuận lợi, bất lợi và các tác dụng ngoại ý thường gặp và cách xử lý, hạn dùng của DCTC
- Lịch tái khám sau đặt DCTC
- Ký cam kết

III. CHỈ ĐỊNH

- Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, đã có con.
- Muốn thực hiện môt biện pháp tránh thai tạm thời bằng DCTC.

IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

a. Tuyệt đối

- Viêm nhiễm cấp tính đường sinh dục
- Tử cung dị dạng
- Có thai
- Rong kinh, rong huyết chưa rõ nguyên nhân
- Ung thư đường sinh dục
- Sa sinh dục độ II – III

b. Tương đối

- Tiền căn thai ngoài tử cung
- U xơ tử cung
- Bệnh lý van tim hậu thấp
- Bệnh lý nội khoa mạn tính khác có suy gan, suy thận
- Bệnh lý dị ứng với đồng (hội chứng Wilson).

V. KỸ THUẬT

- Khám xác định kích thước và vị thế tử cung
- Sát trùng âm hộ, âm đạo và CTC
- Kẹp CTC, đo buồng tử cung
- Chuẩn bị DCTC (cho cành DCTC vào cần đối với vòng TCu, đánh dấu cần DCTC cho phù hợp với buồng tử cung)
- Đưa DCTC vào buồng tử cung và lấy cần dụng cụ ra
- Cắt dây vòng khoảng 2cm
- Tháo kẹp CTC và lau sạch CTC, âm đạo

VI. THÁO DCTC

- **Vì lý do y tế**

- Có thai (nếu thấy dây DCTC mới được tháo)
- Ra nhiều máu
- Đau bụng dưới nhiều
- Nhiễm khuẩn tử cung hoặc tiểu khung
- Phát hiện tổn thương ác tính hoặc nghi ngờ ác tính ở tử cung, CTC
- DCTC bị tụt thấp
- Đã mãn kinh (sau khi mất kinh 12 tháng)
- DCTC đã hết hạn (10 năm với TCu 380 – A, 5 năm với multiload) sau khi tháo có thể đặt ngay DCTC khác (nếu khách hàng muốn)

• **Vì lý do cá nhân**

- Muốn có thai trở lại
- Muốn dùng một BPTT khác
- Thấy không cần dùng BPTT nào nữa

• **DCTC có dây**

- Đặt mỏ vịt bộc lộ CTC
- Sát trùng âm đạo và CTC bằng Povidine iodine
- Dùng kềm Kelly dài, kép nhẹ dây vòng ra khỏi buồng tử cung
- Lau sạch âm đạo và lấy mỏ vịt khỏi âm đạo

• **DCTC không dây**

- Khám xác định tư thế TC
- Sát trùng âm hộ, âm đạo, CTC
- Kẹp CTC, đo buồng TC
- Dùng móc vòng lấy vòng ra khỏi buồng TC
- Tháo kẹp CTC, lau sạch âm đạo

• **Thuốc sau tháo DCTC**

- Kháng sinh uống dự phòng nhiễm trùng

***Lưu ý**:* cần phải tư vấn cho khách hàng sử dụng một biện pháp tránh thai khác sau khi lấy vòng, nhằm phòng ngừa mang thai ngoài ý muốn

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

CẤY QUE TRÁNH THAI

I. CHỈ ĐỊNH

Các phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ muốn chọn BPTT có hiệu quả trong nhiều năm.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

a. Tuyệt đối

- Có thai
- Đang bị ung thư vú

b. Tương đối

- Đang bị thuyên tắc tĩnh mạch sâu, thuyên tắc phổi.
- Đang bị Lupus ban đỏ hệ thống và có kháng thể kháng phospholipid (hoặc không làm xét nghiệm).
- Ra máu âm đạo bất thường chưa được chẩn đoán nguyên nhân.
- Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong vòng 5 năm trở lại.
- Xơ gan mất bù có suy giảm chức năng gan trầm trọng hoặc u gan (ngoại trừ trường hợp tăng sinh lành tính dạng nốt – benign focal nodular hyperplasia).
- Không tiếp tục sử dụng nếu khách hàng:
  - Đã từng hoặc đang bị tai biến mạch máu não hoặc thiếu máu cơ tim.
  - Đau nửa đầu có kèm mờ mắt.

III. THỜI ĐIỂM CẤY QUE TRÁNH THAI

1. Khách hàng chưa sử dụng BPTT (biện pháp tránh thai)

- Ngay khi đang có kinh hoặc trong 7 ngày đầu (hoặc trong vòng 5 ngày đầu đối với Etonogestrel implant) của vòng kinh.
- Ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Nếu đã quá 7 ngày (hoặc 5 ngày đối với Etenogestrel Implant) từ khi bắt đầu hành kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
- Vô kinh: bất kỳ thời điểm nào nếu có thể khẳng định không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
- Sau sinh và cho con bú hoàn toàn hoặc gần như hoàn toàn:
  - Trong vòng 6 tuần sau sinh và đang cho con bú: chỉ sử dụng thuốc cấy khi không còn BPTT nào khác.
  - Từ 6 tuần đến 6 tháng, vô kinh: bất cứ lúc nào.
  - Nếu có kinh trở lại sau 6 tuần: như trường hợp hành kinh bình thường.
- Sau sinh cho bú không hoàn toàn
  - Trong vòng 6 tuần sau sinh: chỉ sử dụng một khi không còn BPTT nào khác.
  - Sau 6 tuần:
    - Nếu chưa có kinh lại: bất cứ lúc nào nếu chắc chắn là không có thai, khách hàng cần sử dụng một BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
    - Nếu đã có kinh lại: như trường hợp hành kinh bình thường.
- Sau sinh, không cho con bú:
  - Dưới 21 ngày: bất cứ lúc nào.
  - Từ ngày 21 trở đi và chưa có kinh: bất cứ thời điểm nào nếu có thể khẳng định là không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT trong 7 ngày kế tiếp.

- Nếu đã có kinh lại bình thường: như trường hợp hành kinh bình thường.

• Ngay sau phá thai hoặc sẩy thai:

- Trong vòng 7 ngày sau phá thai, sẩy thai: có thể cấy thuốc ngay lập tức.
- Sau 7 ngày: bất cứ thời điểm nào có thể khẳng định không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.

• Sau sử dụng thuốc tránh thai khẩn cấp: sử dụng thuốc cấy trong vòng 7 ngày đầu của chu kỳ kinh tiếp theo (vào trong vòng 5 ngày đối với Etenogestrel implant) hoặc trong bất kỳ thời điểm nào nếu chắc chắn là không có thai. Cung cấp các BPTT hỗ trợ hoặc thuốc tránh thai trong thời gian chờ cấy thuốc.

• Ngay sau khi lấy thuốc cấy nếu muốn cấy tiếp.

2. Khách hàng đang sử dụng BPTT nội tiết

• Sẽ được cấy ngay lập tức nếu đang sử dụng đúng cách và liên tục hoăc nếu biết chắc là không có thai, vào thời điểm lặp lại mũi tiêm.

3. Khách hàng đang sử dụng BPTT không nội tiết (không phải DCTC) sẽ được cấy thuốc

• Sẽ được cấy ngay lập tức nếu đang sử dụng liên tục và đúng cách hoặc nếu biết chắc là không có thai, nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT khác hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.

4. Khách hàng đang sử dụng DCTC (kể cả DCTC giải phóng lenovogestrel) sẽ được cấy thuốc

• Trong vòng 7 ngày đầu tiên của vòng kinh, có thể lấy DCTC ở thời điểm này.

• Bất kỳ lúc nào nếu biết chắc là không có thai:

- Nếu đã quá 7 ngày từ khi hành kinh và đã có giao hợp: cần lấy DCTC vào chu kỳ sau.
- Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành kinh và không giao hợp: cần tránh giao hợp hoặc sử dụng BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp. Nếu DCTC chính là biện pháp hỗ trợ, cần lấy DCTC trong chu kỳ tiếp theo.

• Nếu vô kinh hoặc ra máu không theo chu kỳ: xem hướng dẫn cho phụ nữ vô kinh.

IV. QUY TRÌNH, KỸ THUẬT

1. Tư vấn

• Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu của khách hàng về thuốc cấy tránh thai.

• Hiệu quả, ưu, nhược điểm (có thể khó lấy ra). Biện pháp không có tác dụng phòng tránh nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục và HIV /AIDS.

• Cho khách hàng biết các tác dụng phụ có thể gặp, đặc biệt là ra máu bất thường.

• Khách hàng có thể đến khám lại bất cứ lúc nào khi có vấn đề hoặc muốn tháo que cấy tránh thai.

• Không phải là BPTT vĩnh viễn, lenoogestrel implant có tác dụng trong 5 – 7 năm, etenogestrel implant có tác dụng trong 3 năm.

2. Thăm khám

• Hỏi kỹ tiền sử, để phát hiện chống chỉ định.

• Khám sức khỏe toàn thân (cân, đo huyết áp, khám vú, khám gan, khám vàng da).

• Khám phụ khoa: phát hiện khối u sinh dục, để loại trừ có thai hoặc ra máu không rõ nguyên nhân. Trong hoàn cảnh xét nghiệm nước tiểu, thử thai không có sẵn, có thể đánh giá là "không có thai" dựa vào những dấu hiệu lâm sàng.

• Xét nghiệm: chức năng gan, bilan lipid, pap'smear, siêu âm phụ khoa.

3. Kỹ thuật cấy Etenogestrel implant

- Sát khuẩn vùng da định cấy (mặt trong cánh tay không thuận).
- Trải săng có lỗ vùng định cấy.
- Gây tê vùng định cấy bằng lidocaine 1% dọc đường cấy.
- Lấy ống cấy vô khuẩn ra khỏi bao bì (tuân thủ nguyên tắc không chạm trong thủ thuật).
- Kiểm tra bằng mắt thường xem que cấy có trong kim không.
- Đặt que cấy bằng cách đâm kim dưới da vừa đẩy vừa dùng đầu kim nâng mặt da lên.
- Giữ nguyên pít tông tại chỗ và kéo ống cấy về phía ngược lại, que thuốc sẽ nằm trong cánh tay.
- Kiểm tra xác định xem que thuốc đã được cấy nằm dưới da.
- Băng ép gạc vô khuẩn. tháo băng sau 24 giờ.
- Ghi phiếu theo dõi cấy que: ngày cấy, vị trí cấy thuốc, ghi họ tên người cấy.

4. Theo dõi sau cấy que

- Hẹn khách hàng quay lại trong vòng tuần lễ đầu tiên xem có nhiễm khuẩn không.
- Sau đó khách hàng có thể đến khám lại bất kỳ lúc nào khi có vấn đề hoặc khi muốn tháo que cấy tránh thai.

5. Kỹ thuật tháo

- Sát khuẩn
- Trải săng vải
- Gây tê tại chỗ đầu dưới que cấy
- Rạch da khoảng 2mm ngay đầu que đã gây tê
- Dùng tay nắn đầu que lộ ra chỗ rạch
- Dùng một kẹp nhỏ kẹp đầu que cấy kéo nhẹ ra
- Sau khi tháo que xong, sát khuẩn, băng lại. tháo băng sau 24 giờ.

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

THUỐC VIÊN TRÁNH THAI

I. THUỐC VIÊN TRÁNH THAI PHỐI HỢP

Là phương pháp tránh thai tạm thời phổ biến nhất. thành phần chính là 17 α-Ethinyl Estradiol và một loại Progesteron. Tác động qua các cơ chế sau:

- Ngăn phát triển của nang noãn
- Ngăn phóng noãn
- Làm nội mạc tử cung không tương thích cho làm tổ

1. Chỉ định

Áp dụng cho tất cả phụ nữ trong độ tuổi sinh sản mong muốn có thai.

2. Chống chỉ định

- **Tương đối:**
  - Khách hàng có tiền sử tắc mạch huyết khối, có bệnh van tim hậu thấp với biến chứng.
  - Khách hàng đang trong thời gian 6 tuần đầu hậu sản nếu có cho bú mẹ (COCs có ảnh hưởng đến số lượng sữa, không ảnh hưởng đến chất lượng sữa mẹ), hoặc khách hàng đang trong 3 tuần đầu hậu sản nếu không cho con bú và kèm theo các yếu tố nguy cơ của thuyên tắc mạch, có đột biến tăng đông máu.
  - Khách hàng có bệnh lý lệ thuộc Estrogen hoặc tăng nặng bởi Progesteron: ung thư vú đang điều trị hoặc đã khỏi trong 5 năm, bệnh lý đường mật, đang điều trị động kinh.
  - Khách hàng đang sử dụng nhóm thuốc Rìampicin.
  - Khách hàng có liên quan đến xơ vữa mạch máu: tăng huyết áp, ≥ 35 tuổi có hút thuốc lá, ≥ 35 tuổi có kèm theo Migraine.

3. Cách sử dụng

- Vỉ đầu tiên:
  - Uống viên đầu tiên của viên thuốc càng sớm càng tốt trong chu kỳ, trong vòng 3 ngày đầu của chu kỳ kinh
  - Mỗi ngày 1 viên, uống vào 1 giờ nhất định
  - Không được quên thuốc
  - Uống thuốc tiếp theo chiều chỉ dẫn của mũi tên, đến khi hết vỉ thuốc
  - Khi uống xong viên cuối cùng nghỉ trong vòng 7 ngày (uống liên tục đối với vỉ 28 viên có 7 viên giả dược)
- Sử dụng thuốc viên tránh thai phối hợp thất bại thường do: quên thuốc, sử dụng không đúng (bắt đầu trễ trong chu kỳ kinh đầu tiên…) hoặc sử dụng thuốc khi đang điều trị lao, sử dụng rifampicin.

4. Xử lý khi quên thuốc

- Quên 1 viên thuốc, bất cứ thời điểm nào khi phát hiện quên thuốc, sớm nhất có thể được, các viên sau đó vẫn uống tiếp tục, thời gian không thay đổi
- Quên 2 viên thuốc của 2 ngày liên tiếp:
  - Vỉ thuốc mới bắt đầu, chưa được 7 ngày → uống bù 1 viên ngay khi phát hiện, ngày hôm sau vẫn tiếp tục uống 1 viên thời gian như cũ, buộc phải dùng thêm 1 biện pháp tránh thai bổ sung nếu có giao hợp sau đó trong vòng 7 ngày
  - Khi vỉ thuốc đã bắt đầu được 7 ngày: uống bù ngay 1 viên bị quên, ngày hôm sau uống thuốc như thường lệ, không cần dùng biện pháp ngừa thai bổ sung
  - Khi đã uống được hơn 2 tuần: ngưng vỉ thuốc hẳn, chờ tiếp tục vỉ sau ở chu kỳ tiếp theo hoặc uống bù 1 viên ngay, tiếp tục uống viên bị quên, ngày hôm sau uống 1 viên

x 2 và bắt buộc uống vỉ mới sau khi hết vỉ cũ (không có khoảng nghỉ, bỏ 7 viên giả dược đối với vỉ 28 viên).

II. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

PHẦN 4: SƠ SINH

HỒI SỨC SƠ SINH NGẠT

I. ĐỊNH NGHĨA

Ngạt là tình trạng trẻ đẻ ra không thở, không khóc gây thiếu oxy, thừa CO2 mô, nếu kéo dài sẽ bị di chứng hoặc tử vong.

Theo WHO khoảng gần 1 triệu trẻ chết mỗi năm liên quan đến ngạt. Khoảng 10% trẻ sơ sinh cần hỗ trợ để khởi phát nhịp thở ban đầu, 1% cần hồi sức tích cực để cứu sống, 90% có thể tự hoàn tất sang kiểu tuần hoàn sơ sinh và tự thở.

Các bước hồi sức "ABC" bao gồm: đảm bảo thông thoáng đường thở, đảm bảo hô hấp, đảm bảo tuần hoàn và đảm bảo trẻ ấm…

II. CHUẨN BỊ 4 NHÓM DỤNG CỤ

Mỗi cuộc sinh cần được chuẩn bị đầy đủ các dụng cụ hồi sức.

Yêu cầu tất cả các dụng cụ đều phải sạch và sẵn sàng trong "Góc hồi sức".

Bàn hồi sức sơ sinh kích thước 60x80cm, bề mặt phẳng và cứng, đặt ngay tại phòng sinh, không bị gió lùa.

1. Nhóm dụng cụ làm khô ấm

- Đèn sưởi hoặc nguồn nhiệt khác bật sẵn.
- 3 mảnh vải khô sạch: 1 kê dưới vai, 1 đón và lau khô lần 1, 1 giữ ấm sau lau khô.
- Trải ga sạch, quần áo, mũ, chăn ấm cho trẻ.

2. Nhóm dụng cụ hồi sức hô hấp

- Dụng cụ hút: bầu hút, máy hút, sonde hút 8F, 10F, 12F.
- Cung cấp oxy ấm - ẩm: bình oxy, oxy trung tâm, dây, sonde, mask.
- Bóng bóp thể tích 250 – 400ml, mặt nạ: số 1, 0.
- Đèn soi thanh quản, ống NKQ các số 2,5; 3,0 và 3,5.

3. Dụng cụ vệ sinh làm rốn

- Bông cồn, gạc vô trùng, găng tay, panh, kéo, kẹp hoặc chỉ thắt rốn.

4. Thuốc và dịch cấp cứu

- Adrenalin, Natriclorua 0,9%, Ringer Lactate.
- Bơm tiêm 1, 3, 5, 10, 20ml.

III. ĐÁNH GIÁ TRẺ NGẠT

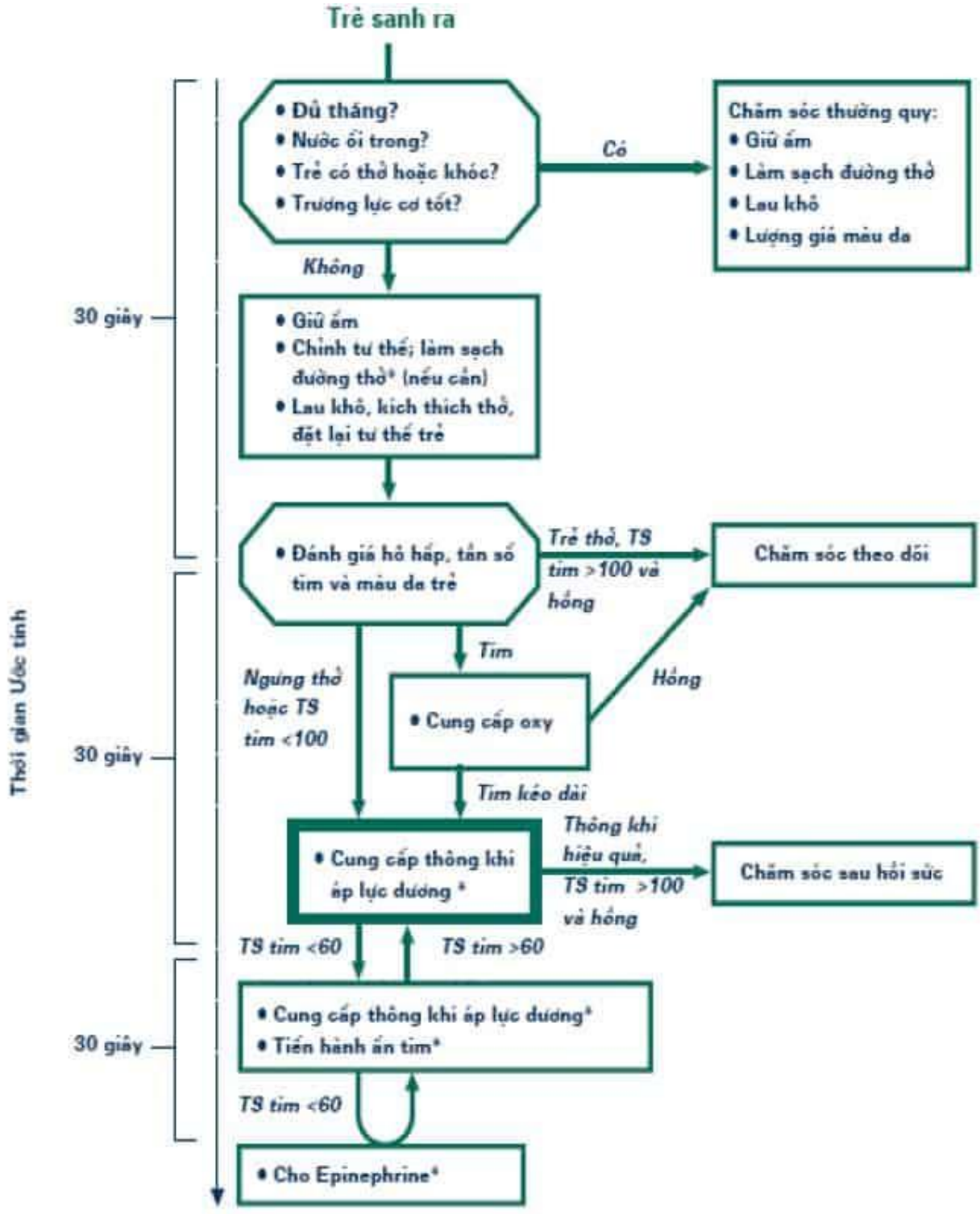
1. Chỉ số APGAR

Dấu hiệu	2 điểm	1 điểm	0 điểm
Hô hấp	Khóc to, thở bình thường	Khóc yếu, rên	Không thở
Tim	≥ 100 l/ph	< 100l/ph	Không có
Màu da	Hồng	Tím	Tái nhợt
Trương lực	Tốt	Yếu	Nhẽo
Phản xạ	Cử động tốt	Nhăn mặt	Không

Đánh giá:

- 8-10: bình thường, 6-7: ngạt nhẹ, 4-5: ngạt nặng, ≤ 3: ngạt rất nặng.
- Thời điểm đánh giá: 1, 5, 10 phút.
- Ba dấu hiệu để quyết định hồi sức (hô hấp, nhịp tim, màu da) cũng là 1 phần của thang điểm, hai phần (trương lực cơ, phản xạ) phản ánh tình trạng thần kinh.

2. Đánh giá trẻ cần hồi sức hay không

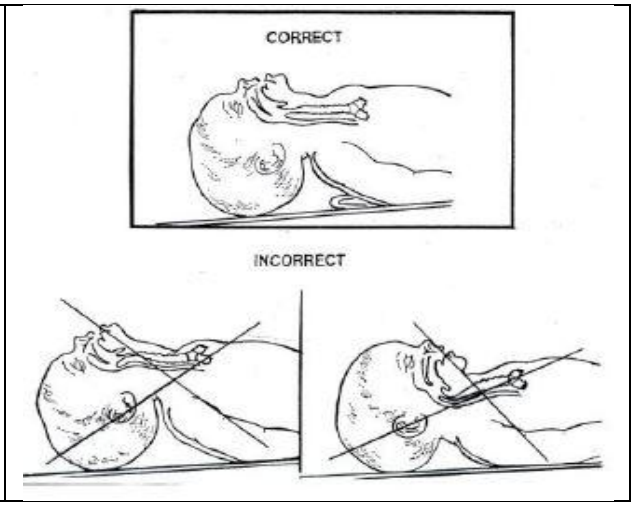


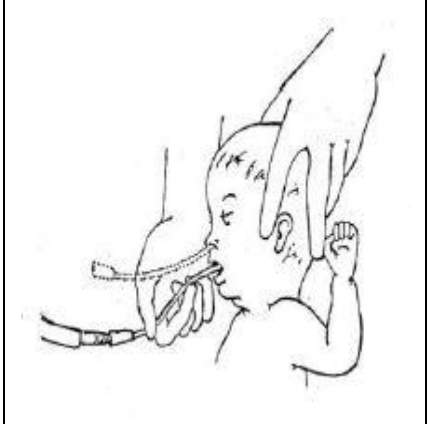
* Có thể cân nhắc đặt nội khí quản trong một số bước.

IV. CÁC BƯỚC HỒI SỨC SƠ SINH

Theo nguyên tắc A, B, C, D.

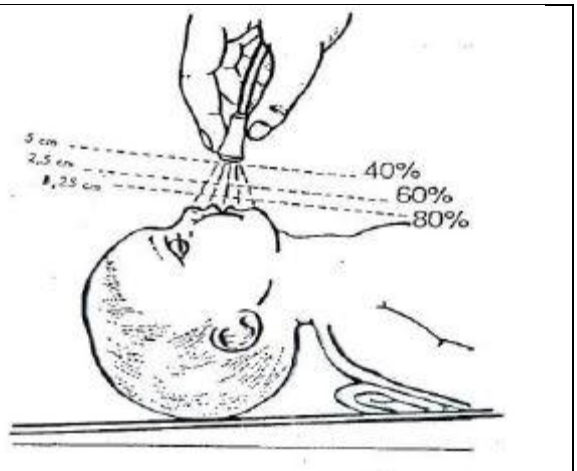
1. Nguyên tắc A: khai thông đường thở

• Nước ối trong - Trẻ khỏe, lau khô, giữ ấm, chỉnh tư thế thông đường thở. - Trẻ không khỏe: hút sạch miệng, mũi; miệng không quá 5cm, mũi không quá 3 cm.	

• Nước ối có phân su - Trẻ khỏe: hút sạch phân su miệng, mũi, lau khô, giữ ấm, chỉnh tư thế thông đường thở. - Trẻ không khỏe: dùng sonde lớn 12F hút sạch miệng, họng, mũi trẻ. Dùng đèn soi thanh quản để nhìn rõ thanh môn và hút sạch sau đó đặt NKQ vừa hút vừa rút NKQ ra.		

Sau khi làm thông đường thở, lau khô, đặt lại vị trí đầu, kích thích hô hấp, đánh giá trẻ 3 vấn đề: **HÔ HẤP, NHỊP TIM, MÀU DA.**

2. Nguyên tắc B: hỗ trợ hô hấp

• Cung cấp Oxy: Oxy lưu lượng tự do 5l/ph. - Chỉ định: khi trẻ thở được nhưng tím trung tâm. - Các phương pháp cung cấp Oxy: o Mặt nạ Oxy. o Dây Oxy bằng cách khum tay giống như mặt nạ. Chú ý không dùng mặt nạ gắn bóng tự phồng sau đó gắn với dây oxy qua bóng vì như vậy không đảm bảo đủ oxy qua đó.	 Cung cấp oxy lưu lượng tự do

a. Hô hấp nhân tạo (thông khí áp lực dương)

- **Chỉ định**

- Thở oxy lưu lượng tự do sau 30 giây trẻ vẫn tím.
- Ngừng thở hoặc thở nấc.
- Nhịp tim < 100l/ph mặc dù trẻ đang tự thở.

- **Kỹ thuật: Đảm bảo 4 tiêu chuẩn.**
  - Đặt mặt nạ kín mũi, miệng.
  - Bóp bóng tần số 40 – 60l/ph (đảm bảo tần số ta đếm nhầm: Thở - Hai – Ba – Thở - Hai – Ba…).
  - Áp lực vừa phải dùng lực 2-3 ngón tay không cần bóp cả bàn tay.
  - Luôn duy trì đường thở thẳng – thông.
- **Đánh giá đáp ứng khi thông khí**
  - Sau mỗi lần bóp lồng ngực phồng lên là có hiệu quả.
  - Cải thiện nhịp tim, nhịp thở, màu sắc da của trẻ.
- **Nếu lồng ngực không phồng lên khi thông khí lập tức kiểm tra:**
  - Thông thoáng đường thở, đặt lại tư thế đầu của trẻ.
  - Đặt lại mặt nạ cho khít với mặt trẻ.
  - Bóng có thủng không.

b. Đặt NKQ thông khí

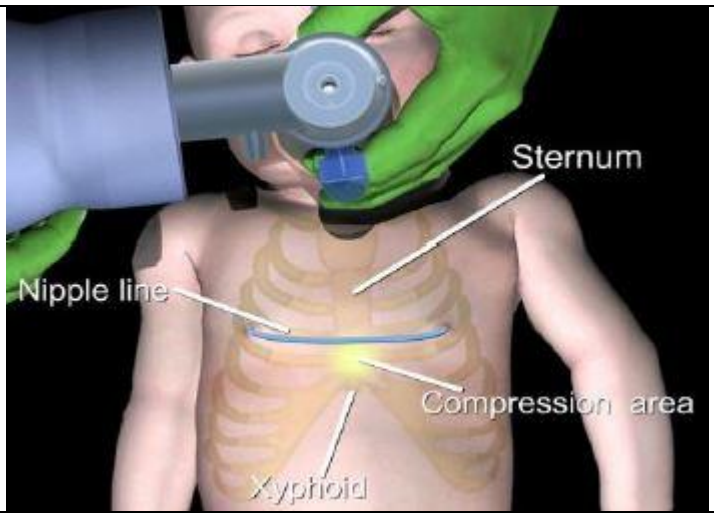
- **Chỉ định:**
  - Ối có phân su trẻ không khỏe đặt NKQ sau đó vừa hút vừa rút NKQ.
  - Bóp bóng trẻ không cải thiện, ngừng thở nhu cầu thông khí kéo dài.
  - Cần phối hợp ấn tim ngoài lồng ngực.
  - Đặt NKQ để dùng thuốc
  - Thoát vị cơ hoành.
- **Kích thước ống NKQ:**

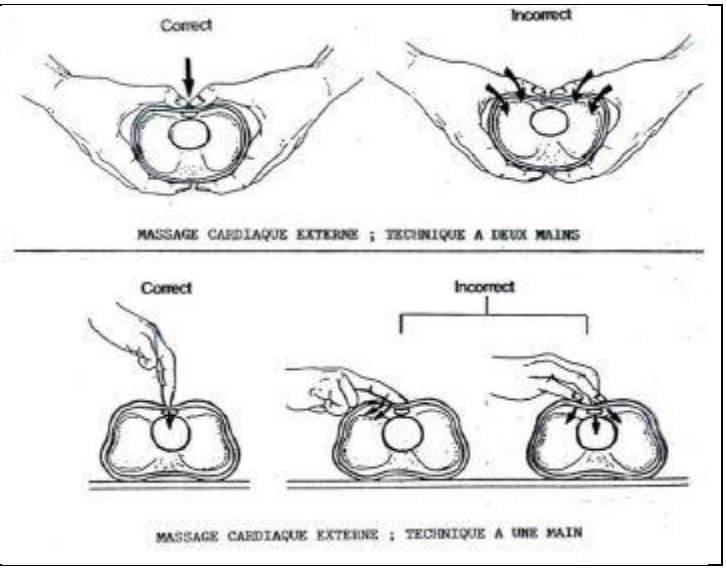
Cân nặng	Số NKQ
< 1500gr	2.5
1500 – 3000gr	3.0
3000gr	3.5

  - Độ sâu ống NKQ = Cân nặng trẻ (P-kg) + 6cm.

3. Nguyên tắc C: hỗ trợ tuần hoàn

- **Chỉ định**: Khi nhịp tim < 60 l/ph mặc dù đã có 30 giây thông khí áp lực dương có hiệu quả (tức là sau 30 giây bóp bóng qua mặt nạ hoặc NKQ với oxy 100%).
- **Kỹ thuật ấn ngực**: đảm bảo 4 yêu cầu

• Vị trí: 1/3 dưới xương ức, hay dưới đường liên núm vú 1 khoát ngón tay trẻ. • Tần số: 120-140l/ph phối hợp với bóp bóng theo tỷ lệ Bóp bóng/ấn ngực = 1/3 (Một và Hai và Ba và Bóp và Một và Hai…). • Áp lực: lún khoảng 1/3 đường kính trước – sau của lồng ngực trẻ.	

• Ấn thẳng góc với kỹ thuật ngón tay cái, tay không rời vị trí ấn tim trên lồng ngực.	

4. Nguyên tắc D: thuốc cấp cứu (Epinephrin 1/1000)

- **Chỉ định**: Nhịp tim < 60l/ph mặc dù thông khí áp lực dương phối hợp ấn ngực đúng và hiệu quả.
- **Liều**: Pha loãng nồng độ 1/10.000
  - Bơm NKQ: 0.3ml – 1ml.
  - Đường TM: 0.1ml – 0.3ml
- **Nếu không kịp cân**: 1.5 ml/lần qua NKQ, 0.5ml/lần tiêm TM.
- Trong và sau khi bơm Adrenalin vẫn tiếp tục phối hợp bóp bóng và ấn ngực.

Chăm sóc hiệu quả khác

- **Chú ý không làm các động tác:**
  - Gập đùi vào bụng trẻ.
  - Dốc ngược đầu trẻ và vỗ vào mông, lắc đứa trẻ.
  - Ngoáy vào hậu môn trẻ.

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

NHIỄM KHUẨN SƠ SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm khuẩn sơ sinh (NKSS) là tình trạng tổn thương viêm của một hay nhiều cơ quan trong cơ thể do nhiễm trùng gây ra ở thời kỳ sơ sinh.

Mặc dù có những phương pháp điều trị hiện đại với những kháng sinh mới ra đời nhưng tỷ lệ tử vong do nhiễm khuẩn vẫn cao. Tỷ lệ tử vong của NKSS sớm dao động từ 25 – 50% số trẻ bị nhiễm khuẩn.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ

1. Nguyên nhân

Thủy đậu, viêm gan, HIV, Coxsackie, Echo virus, Liên cầu tan huyết nhóm B, Listeria, Haemophilus Influenzae, phế cầu, sốt rét.

Nhiễm khuẩn ngược dòng do rỉ ối hoặc vỡ ối kéo dài: E.coli, Klebsiella, Pseudomonas, Proteus, Bacteria, tụ cầu, liên cầu nhóm B…

Tụ cầu vàng, Phế cầu, Clostridium, trực khuẩn mủ xanh, Coliform, nấm Candida.

Nguyên nhân gây NKSS rất đa dạng và phức tạp. Tùy vị trí khác nhau mà tính chất nhiễm khuẩn khác nhau.

2. Yếu tố nguy cơ

a. Đường máu:

Vi khuẩn đi qua đường máu trong trường hợp mẹ bị nhiễm khuẩn huyết:

- Mẹ bị sốt, bạch cầu tăng cao, CRP (+)
- Viêm nội mạc tử cung
- Nhiễm khuẩn bánh nhau.

b. Qua màng ối:

- Nhiễm trùng ối, màng ối, ối có mủ, mùi bất thường
- Thời gian vỡ ối > 18 giờ
- Thời gian chuyển dạ kéo dài > 12 giờ.

c. Tiếp xúc trực tiếp:

- Âm đạo bị nhiễm khuẩn gây viêm da, niêm mạc.
- Chăm sóc vệ sinh kém: vệ sinh tay, giường bệnh, lồng ấp, phòng bệnh.
- Quá trình thực hiện thủ thuật: đặt NKQ, Catheter, Thở Oxy, truyền TM.
- Nhiễm khuẩn chéo do nằm chung
- Trẻ bị ngạt, suy hô hấp, non tháng, thấp cân.

III. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG, XÉT NGHIỆM VÀ CHẨN ĐOÁN

1. Biểu hiện lâm sàng

Thường rất nghèo nàn, không điển hình nhất là trẻ non tháng – thấp cân, thường nhầm lẫn vào bệnh cảnh không nhiễm trùng ở trẻ sơ sinh, do đó cần hỏi tiền sử sản khoa và gia đình để phát hiện thêm.

- Biểu hiện toàn thân:
  - Rối loạn thân nhiệt: sốt, hạ nhiệt độ hoặc nhiệt độ dao động.
  - Da tái, tưới máu da kém, màu sắc da xấu, nổi vân tím, có khi rải rác các nốt xuất huyết dưới da, đôi khi phù cứng bì.
  - Vẻ mặt nhiễm trùng, nhiễm độc, hốc hác, môi khô, sụt cân.
- Thần kinh: li bì, trương lực cơ giảm, giảm vận động, có khi lại kích thích.
- Có thể co giật, co cứng, đôi khi thóp phồng nếu viêm màng não.

- Hô hấp: thở rên, đùn bọt cua, co rút lồng ngực, rối loạn nhịp thở, phổi ran ẩm 2 bên nếu có viêm phổi.
- Tình trạng tím tái do thiếu oxy.
- Tiêu hóa: kém ăn, sau có thể bỏ bú, nôn chớ, bụng chướng, dịch dạ dày ứ đọng, ỉa chảy, gan, lách to.
- Tiết niệu: trẻ có thể thiểu niệu, vô niệu, đôi khi đái máu.
- Những biểu hiện ổ nhiễm trùng: rốn sưng tấy đỏ, có mủ hoặc mùi hôi, mụn mủ da, viêm hoại tử da lan tỏa.

2. Chẩn đoán

Chẩn đoán khẳng định nhiễm trùng liên quan chặt chẽ tới tình trạng đứa trẻ: ngày tuổi, kết quả cấy bệnh phẩm, triệu chứng lâm sàng, mức độ nặng của bệnh.

IV. ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG SƠ SINH

Chuyển tuyến trên

V. PHÒNG NHIỄM KHUẨN

- Giáo dục ý thức vệ sinh, nuôi dưỡng trẻ bằng sữa mẹ trong 6 tháng đầu.
- Bỏ tập tục lạc hậu: kiêng tắm gội, nằm buồng tối, kín gió…
- Khám thai định kỳ, dinh dưỡng đầy đủ
- Dự phòng kháng sinh cho bà mẹ bị nhiễm liên cầu nhóm B. Tuy vậy lại làm tăng tỷ lệ sử dụng kháng sinh sớm ở trẻ và thời gian nằm viện lâu hơn khi bị bệnh.

Edward và cộng sự (2008) thấy sử dụng vaccine tiêm phòng thấy 85-90% bà mẹ có kháng thể chống GBS, kháng thể từ mẹ truyền sang con có hiệu quả kéo dài đến 2 tháng và còn hiệu lực ở người mẹ sau 2 năm.

- Khi trẻ đã ra đời:
  - Rửa tay sạch khi tiếp xúc trẻ.
  - Đảm bảo vệ sinh phòng bệnh, vô trùng lồng ấp, có lịch tiệt khuẩn định kỳ.
  - Tắm gội vệ sinh sạch hàng ngày, sát trùng để hở rốn.
  - Những trường hợp nguy cơ cao như: mẹ ối vỡ > 18 giờ, mẹ sốt, nước ối bẩn, nhiễm khuẩn ối cho kháng sinh dự phòng.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

TƯ VẤN NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ

Sữa mẹ là nguồn dinh dưỡng quý giá nhất giúp cho trẻ sơ sinh chống lại bệnh tật đồng thời tăng cường sức khỏe và sự phát triển của trẻ. Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới: 22% các trường hợp tử vong ở trẻ sơ sinh có thể phòng tránh được nếu được bú sữa mẹ sớm trong vòng 1 giờ đầu sau sinh, 13% trẻ dưới 5 tuổi bị tử vong có thể ngăn chặn được nếu được bú sữa mẹ hoàn toàn.

I. KHI MANG THAI

- Giải thích: lợi ích của bú mẹ; Giải thích: thế nào là bú sữa mẹ sớm và bú sữa mẹ hoàn toàn và lợi ích của nó
- Hỏi kinh nghiệm nuôi con bằng sữa mẹ.
- Giải thích tầm quan trọng của việc chăm sóc vú và núm vú, xin phép khám.
- Tạo niềm tin là tất cả bà mẹ đều có thể nuôi con bằng sữa mẹ.

II. NGAY SAU ĐẺ

- Thực hiện tiếp xúc da kề da ngay sau đẻ để giúp trẻ được bú sữa mẹ sớm (trong vòng 90 phút sau đẻ). Cho con nằm cạnh mẹ:
  - Mẹ dễ chăm sóc, theo dõi con.
  - Trẻ ít khóc hơn.
  - Thời gian bú mẹ được lâu hơn.
- Tư vấn về lợi ích của việc cho bú sớm:
  - Lợi ích của sữa non.
  - Sữa về sớm hơn.
  - Trẻ tăng cân tốt hơn.
  - Ít bị cương tắc sữa.
  - Không vắt bỏ sữa non, cần cho con bú cả sữa non.
- Hướng dẫn bà mẹ cho con bú đúng: Trẻ ngậm bắt vú đúng (Miệng trẻ mở rộng, Lưỡi trẻ hướng ra trước và có thể nhìn thấy được phía trên lợi. Môi dưới hướng ra ngoài. Cằm trẻ chạm vào vú mẹ. Nhìn thấy quầng vú phía trên nhiều hơn quầng vú phía dưới)
  - Tư thế cho bú đúng (đầu và thân trẻ ở trên cùng một đường thẳng, mặt trẻ đối diện với vú và môi trẻ đối diện với núm vú, thân trẻ sát với mẹ, đỡ toàn bộ người trẻ).
  - Trẻ bú có hiệu quả (mút chậm, sâu, thỉnh thoảng dừng lại rồi bú tiếp. Có thể nhìn hoặc nghe thấy tiếng trẻ nuốt).
- Phát hiện các trường hợp có khó khăn khi cho bú mẹ để hướng dẫn chi tiết.
- Cách giữ gìn nguồn sữa mẹ:
  - Uống nhiều nước.
  - Ăn đủ chất và tăng bữa.
  - Nghỉ ngơi đủ, ngủ 8 giờ/ngày hoặc hơn.
  - Giải thích về những thức ăn và những yếu tố có ảnh hưởng đến số lượng, chất lượng sữa (kể cả các thuốc).
  - Sử dụng bất kỳ thuốc gì đều phải có ý kiến của thầy thuốc.

III. CHO CON BÚ TRONG NHỮNG NGÀY ĐẦU

- Giải thích những thay đổi về vú trong những ngày đầu.
- Không hạn chế số lần cho trẻ bú, cho bú theo nhu cầu, ít nhất là 8 lần/ngày, cả ngày và đêm.
- Bú hết sữa một bên vú mới chuyển sang bên kia.
- Không dứt vú khi bé chưa muốn thôi bú.

- Chỉ cho bú sữa mẹ, không cho trẻ ăn hay uống bất cứ thức ăn, nước uống nào khác.
- Nếu vú cương đau hoặc trẻ khó bắt vú giai đoạn đầu: hướng dẫn bà mẹ vắt sữa và giải thích cho bà mẹ yên tâm là vấn đề này sẽ được giải quyết, trẻ sẽ bú lại được bình thường.

IV. CHO TRẺ NON THÁNG, NHẸ CÂN BÚ MẸ

- Nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nuôi con bằng sữa mẹ.
- Giúp bà mẹ yên tâm là có thể nuôi con bằng sữa mẹ.
- Khuyến khích bà mẹ vắt sữa từ ngày đầu.
- Để giúp sữa chảy tốt, nhắc người mẹ vắt ít sữa trước lúc cho bé bắt vú.
- Nếu trẻ không bú được, cần vắt sữa, cho ăn bằng thìa và cốc sạch, tốt nhất là luộc các dụng cụ trước khi cho trẻ ăn.
- Giải thích cho bà mẹ là trẻ sẽ lớn dần và bú tốt hơn.

V. CHO TRẺ SINH ĐÔI BÚ

- Giúp bà mẹ yên tâm là với 2 bầu vú, bà mẹ có thể nuôi cả 2 con.
- Có thể cho cả 2 trẻ bú cùng một lúc hoặc 1 trẻ bú trước, 1 trẻ bú sau.
- Nếu cả 2 trẻ cùng bú:
  - Đặt 1 gối bên dưới để đỡ hai tay bà mẹ (tư thế ngồi).
  - Đặt mỗi trẻ bên dưới 1 cánh tay
- Nếu 1 trẻ yếu hơn, cần lưu ý cho trẻ này bú đủ, có thể vắt giúp sữa khi trẻ bú.
- Động viên bà mẹ kiên trì. Trẻ sinh đôi thường là non tháng, thấp cân, cần nhiều thời gian mới thích nghi được với việc bú mẹ.
- Hướng dẫn bà mẹ và gia đình về nhu cầu ăn uống trong trường hợp sinh đôi.

VI. TRƯỜNG HỢP MẸ BịnVIÊM GAN ĐANG TIẾN TRIỂN

Không cho con bú khi mẹ có tổn thương núm vú (nứt núm vú..) và con đang có tổn thương ở miệng: tưa miệng, viêm lợi...Cần vắt bỏ sữa đến khi điều trị ổn định tiếp tục cho con bú mẹ trở lại

VII. TƯ VẤN VỀ VIỆC NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ Ở TRẺ CÓ MẸ NHIỄM HIV

Đối với bà mẹ bị nhiễm HIV cần:

- Tư vấn để người mẹ chọn cách nuôi dưỡng phù hợp
- Tư vấn về lợi ích của sữa mẹ và nguy cơ lây truyền HIV sang con.
- Tư vấn về dùng sữa thay thế và các nguy cơ mắc bệnh nếu dùng sữa thay thế không đúng cách
- Tư vấn khuyến cáo chung về nuôi dưỡng trẻ theo tuổi

Nếu người mẹ nhiễm HIV chọn cách nuôi con bằng sữa mẹ cần:

- Nuôi bằng sữa mẹ hoàn toàn, tuyệt đối không nuôi hỗn hợp.
- Tư vấn: tư thế bú, cách ngậm bắt vú đúng, xử trí nứt núm vú, viêm vú.
- Nên ngừng bú sớm (6 tháng) để hạn chế nguy cơ truyền HIV;
- Cần tư vấn các điều kiện cần có để nuôi bằng thức ăn thay thế trước khi ngừng cho trẻ bú mẹ
- Không bao giờ cho bú lại khi đã ngưng bú vì sẽ làm tăng cao khả năng lây truyền HIV cho con.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

RỐI LOẠN THÂN NHIỆT TRẺ SƠ SINH

Thân nhiệt của trẻ sơ sinh đo ở nách bình thường từ 36.5^{o}C đến dưới 37.5^{o}C. Khi vượt quá giới hạn này thì gọi là rối loạn thân nhiệt.

I. HẠ THÂN NHIỆT

- Hạ thân nhiệt là thân nhiệt dưới 36.50C khi đo ở nách. Hạ thân nhiệt sơ sinh là một dấu hiệu nặng có thể gây tử vong, thường gặp trong nhiễm khuẩn nặng.
- Các mức độ hạ thân nhiệt (cặp ở nách)
  - Hạ thân nhiệt nhẹ: thân nhiệt đo ở nách từ 36-36.4^{o}C.
  - Hạ thân nhiệt trung bình: thân nhiệt đo ở nách từ 35-35,9^{o}C.
  - Hạ thân nhiệt nặng: thân nhiệt đo ở nách dưới 35^{o}C.
- Xử trí hạ thân nhiệt bằng nguyên tắc dùng phương pháp vật lý.
- Nhận biết nguy cơ hạ thân nhiệt: trẻ nhẹ cân, trẻ đẻ non, có hồi sức, trẻ không khỏe (nhiễm khuẩn nặng), không nằm với mẹ, bú kém, thời tiết lạnh.
- Phát hiện kịp thời dấu hiệu hạ thân nhiệt: sờ bàn tay / bàn chân lạnh. Theo dõi sờ bàn chân mỗi giờ trong 2 giờ đầu, sau đó mỗi 4 giờ trong ngày đầu sau sinh.
- Đo thân nhiệt ít nhất 1 lần trong ngày đầu sau sinh. Những trẻ có nguy cơ cần kiểm tra thân nhiệt thường xuyên hơn mỗi 6 giờ.
- Xử trí:
  - Hướng dẫn mẹ giữ ấm cho trẻ bằng tiếp xúc da kề da, phương pháp Kangaroo hoặc mặc thêm áo tã, đội mũ, mang tất vớ, quấn khăn, và đắp chăn ấm cho trẻ, hoặc hướng dẫn các phương pháp ủ ấm an toàn khác.
  - Khuyến khích mẹ cho trẻ bú sớm, nhiều lần, nếu không thể bú thì cho uống sữa mẹ qua thìa.
  - Nếu thân nhiệt sau 1 giờ không trở về bình thường hoặc kèm theo bất cứ dấu hiệu nguy hiểm nào khác cần chuyển lên tuyến trên.
  - Chuyển tuyến an toàn sau khi tiêm liều kháng sinh đầu. Giữ ấm và cho sữa mẹ trong suốt quá trình chuyển.
  - ❖ Khám lâm sàng, làm xét nghiệm đường máu, các xét nghiệm cơ bản để chẩn đoán và điều trị theo nguyên nhân (nhất là nguyên nhân nhiễm khuẩn).
- Trường hợp hạ thân nhiệt nặng:
  - Sử dụng các phương tiên ủ ấm sẵn có (lồng ấp/giường sưởi ấm).
  - Điều trị các rối loạn kèm theo (đặc biệt hạ đường huyết).
  - Chuyển tuyến khi vượt quá khả năng điều trị hoặc tình trạng không cải thiện sau 2 ngày điều trị.

II. TĂNG THÂN NHIỆT

- Tăng thân nhiệt là thân nhiệt ≥ 37.5oC khi đo ở nách. Tăng thân nhiệt sơ sinh là một dấu hiệu nặng cũng có thể gây tử vong, thường gặp trong nhiễm khuẩn nặng đặc biệt bệnh cảnh viêm màng não mủ.
  - Tăng thân nhiệt nhẹ: thân nhiệt đo ở nách từ 37.6-38^{o}C.
  - Tăng thân nhiệt trung bình: thân nhiệt đo ở nách từ 38-39^{o}C.
  - Tăng thân nhiệt nặng: thân nhiệt đo ở nách trên 39^{o}C.
- Nguyên tắc xử trí bằng phương pháp vật lý và phương pháp dùng thuốc.

- Nhận biết nguy cơ tăng thân nhiệt: trẻ nhẹ cân, trẻ không khỏe (nhiễm khuẩn nặng), thời tiết nóng.
- Phát hiện kịp thời dấu hiệu tăng thân nhiệt: sờ bàn tay/bàn chân nóng.
- Đo thân nhiệt. Những trẻ có nguy cơ cần kiểm tra thân nhiệt thường xuyên hơn mỗi 6 giờ.
- Xử trí:

- Đưa trẻ ra khỏi nguồn nóng, nằm phòng thoáng khí. Mặc đồ thoáng, không đắp chăn, có thể cởi áo tã (nếu cần).
- Khuyến khích mẹ cho trẻ bú sớm, nhiều lần hơn; nếu không thể bú thì cho sữa mẹ bằng thìa.
- Nếu thân nhiệt sau 1 giờ không trở về bình thường hoặc kèm theo bất cứ dấu hiệu nguy hiểm nào khác cần chuyển lên tuyến trên.
- Chuyển tuyến an toàn sau khi tiêm liều kháng sinh đầu.

III. NHỮNG LƯU Ý VỚI MỌI TRẺ BỊ RỐI LOẠN THÂN NHIỆT

- Theo dõi thân nhiệt đúng qui trình. Theo dõi thường xuyên phương tiện làm ấm cho trẻ và cả nhiệt độ phòng.
- Kiểm tra đường huyết. Nếu < 40mg/dl thì xử trí (xem bài "Hạ đường huyết sơ sinh").

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

VÀNG DA SƠ SINH DO TĂNG BILIRUBIN TỰ DO

Đặc điểm vàng da sinh lý	Đặc điểm vàng da bệnh lý
Thường gặp ngày thứ 3-5 sau sanh, trong tuần đầu sau sanh.	Vàng da xuất hiện trước 24 giờ sau sanh.
Trẻ đủ tháng: bilirubin máu tăng cao vào ngày thứ 3 (khoảng từ 6-8 mg/dl tương đương 100-120 µmol/l, không vượt quá 12 mg/dl hoặc 150µmol/l), sau đó giảm dần. Trẻ đẻ non tăng chậm hơn, khoảng vào ngày thứ 5 và lượng bilirubin máu cũng cao hơn 12mg/dl, cao nhất có thể lên tới 15mg/dl (tương đương 200µmol/l), sau đó giảm dần.	Bilirubin trong máu tăng nhanh trên 0.5mg/dl/giờ (8.5µmol/l/giờ). Vàng da kèm theo các dấu hiệu khác (li bì, nôn, ăn kém, nhiệt độ không ổn định, ngừng thở…) Vàng da kéo dài trên 8 ngày ở trẻ đủ tháng và > 15 ngày đối với trẻ sanh non.

- Phát hiện vàng da bệnh lý.
- Đánh giá mức độ vàng da trên lâm sàng dựa vào phân vùng vàng da của Krammer hoặc định lượng Bilirubin máu, nhóm máu (nếu có).
- Chiếu đèn.
- Chuyển tuyến khi:
  - Chiếu đèn thất bại (bilirubin tiếp tục tăng > 8.5µmol/l/giờ).
  - Có nguy cơ cao như: tan máu do bất đồng nhóm máu mẹ con, ngạt, nhiệt độ không ổn định, li bì, nhiễm khuẩn, toan chuyển hóa hoặc albumin máu < 30g/l.
  - Bilirubin máu cao tới ngưỡng phải thay máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

SUY HÔ HẤP SƠ SINH

I. TỔNG QUAN

- Suy hô hấp là nguyên nhân nhập viện hàng đầu ở trẻ sơ sinh, đặc biệt là trẻ sơ sinh thiếu tháng. Suy hô hấp có thể gây tử vong nhanh hoặc các di chứng lâu dài nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời.
- Suy hô hấp có thể gây ra bởi bệnh lý từ phổi hoặc ngoài phổi.

II. TRIỆU CHỨNG CỦA SUY HÔ HẤP

- Thở nhanh ≥ 60 lần/phút; Thở chậm < 30 lần/phút.
- Ngừng thở > 20 giây hoặc < 20 giây kèm nhịp tim chậm < 100 lần/phút hoặc SpO2 giảm.
- Phập phồng cánh mũi.
- Co kéo lồng ngực.
- Thở rên.
- Tím tái.

III. NGUYÊN TẮC CƠ BẢN XỬ TRÍ SUY HÔ HẤP Ở TRẺ SƠ SINH

- Thông đường thở
- Cấp cứu ngừng hô hấp tuần hoàn.
- Hỗ trợ hô hấp liên tục.
- Theo dõi liên tục nhịp tim, SpO2, các dấu hiệu suy hô hấp.
- Khi trẻ bị suy hô hấp, cần hạn chế can thiệp hay thủ thuật không cần thiết làm tăng stress cho trẻ.
- Điều kiện lý tưởng cho các cơ sở y tế chăm sóc điều trị trẻ sơ sinh là có máy CPAP di động, máy đo SpO2, bộ trộn oxy để biết nồng độ oxy hoặc bình thở oxy lưu lượng thấp.

❖ **Thở oxy khi:**

- Trẻ thở gắng sức, tím hoặc SpO2 < 90%.
- Thở Oxy đảm bảo SpO2 90-95%, nếu không có máy đo SpO2, cho thở oxy lượng thấp nhất để trẻ hồng.
- Chuyển tuyến

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Bộ Y tế - 2016.
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Từ Dũ – 2019.

CHƯƠNG II: RĂNG – HÀM – MẶT

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT

MTA (Mineral Trioxide Aggregate): một hỗn hợp của xi măng Porland tinh chế và Bismuth oxit và cũng chứa một lượng nhỏ SiO_2, CaO, MgO, K_2SO_4, và Na_2SO_4

GIC (Glass Ionomer Cement): là một loại xi măng thủy tinh được sử dụng trong nha khoa phục hồi

$Ca(OH)_2$: Hydroxit Canxi

Góc ANB: Góc tương quan hàm trên - hàm dưới

Góc SNA: Góc xương hàm trên - nền sọ

Góc SNB: Góc xương hàm dưới - nền sọ

Chỉ số A-N Perp: Khoảng cách từ điểm A đến đường thẳng vuông góc với mặt phẳng Franfort đi qua điểm N

Chỉ số Pog-N Perp: Khoảng cách từ điểm Pog tới đường thẳng vuông góc với mặt phẳng Franfort đi qua điểm N

Điểm A: điểm sau nhất nằm trên đường vòng nối từ điểm gai mũi trước và bờ xương ổ răng của răng cửa giữa hàm trên

Điểm PoG: điểm trước nhất của xương cằm

Điểm N (Nasion): điểm trước nhất của đường khớp mũi - trán

NST: Nhiễm sắc thể

NF-1 (Neurofibromatosis 1): U xơ thần kinh ngoại vi còn gọi là Bệnh Von Recklinghausen (Von Recklinghausen disease)

NF-2 (Neurofibromatosis 2): U xơ thần kinh trung tâm

TNM (Tumour Node Metastasis): Phân loại khối u theo tính chất khối u,hạch, mức độ di căn

CT-Scanner (Computer Tomography Scanner): Chụp cắt lớp vi tính

PET-CT (Positron Emission Tomography - Computer Tomography): Chụp cắt lớp đồng vị phóng xạ phát Positron

MRI (Magnetic Resonace Imazing): Chụp phim cộng hưởng từ

RĂNG KHÔN MỌC LỆCH

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng mọc bất thường về trục, hướng và vị trí của răng khôn, làm cho răng không có chức năng ăn nhai và có thể gây biến chứng

NGUYÊN NHÂN

Thiếu khoảng trên xương hàm do sự bất tương xứng về kích thước giữa răng và xương hàm
Có yếu tố cản trở răng mọc ở vị trí đúng: lợi xơ, u xương hàm…

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Có các biểu hiện răng mọc bất thường về trục, hướng, vị trí. Tùy trường hợp mà có thể có các dấu hiệu dưới đây:
- Răng lệch trục
- Răng khôn hàm dưới thường có trục lệch gần hoặc lệch má ở các mức độ khác nhau
- Răng khôn hàm trên thường lệch phía ngoài
- Răng có thể bị kẹt bởi cổ răng hàm lớn thứ hai, mặt nhai răng khôn có thể không chạm mặt phẳng cắn
- Các dấu hiệu tổn thương răng kế cận: thường có tổn thương sâu cổ răng ở mặt xa răng hàm lớn thứ hai
- Khi có biến chứng viêm quanh thân răng hoặc các viêm nhiễm khác thì có các biểu hiện:Đau tự nhiên, khá dữ dội vùng góc hàm
- Có thể có sốt
- Bệnh nhân khó há miệng nhẹ, ăn nhai đau…
- Vùng sau răng 7 lợi nề đỏ có thể lan ra trụ trước amidan và ngách tiền đình, có thể có viêm loét ở niêm mạc vùng lân cận
- Lợi ấn đau, chảy mủ
- Có thể thấy một hoặc hai núm răng lộ ra khỏi lợi, bờ lợi có thể loét nhẹ
- Có hạch dưới hàm

2. Cận lâm sàng

- Phim X quang: phim sau huyệt ổ răng, Panorama, hàm dưới chếch, Conebeam CT…Có hình ảnh răng mọc lệch trục, hướng và vị trí
- Có thể có hình ảnh tổn thương mất mô cứng mặt xa răng hàm lớn thứ ha

3. Chẩn đoán phân biệt

- Răng khôn mọc lệch luôn có các biểu hiện trên lâm sàng và X quang rõ rệt, vì vậy không cần chẩn đoán phân biệt

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Khi đã xác định được răng khôn hàm dưới mọc lệch thì nên nhổ bỏ càng sớm càng tốt để không làm mất xương phía xa răng hàm lớn thứ hai
Lấy được răng khôn ra khỏi huyệt ổ răng mà không làm tổn thương răng kế cận. Trường hợp cần thiết, phải cắt thân răng hoặc phối hợp với chia tách chân răng
Trong một số trường hợp phải tạo vạt niêm mạc và mở xương để lấy răng

2. Điều trị cụ thể

a. Răng khôn lệch không có biến chứng

Vô cảm
Tạo vạt nếu cần
Mở xương bộc lộ răng nếu cần
Cắt thân răng, và chia cắt chân răng nếu cần

Lấy răng ra khỏi huyệt ổ răng bằng dụng cụ thích hợp
Kiểm soát huyệt ổ răng
Khâu phục hồi niêm mạc hoặc cắn gạc cầm máu
Hướng dẫn bệnh nhân dùng kháng sinh, chống viêm, giảm đau nếu cần

b. Răng khôn lệch đã có biến chứng

Điều trị biến chứng viêm quanh thân răng cấp hoặc nhiễm trùng khác:
+ Kháng sinh toàn thân
+ Bơm rửa túi quanh răng và chăm sóc tại chỗ khác…
Sau khi hết giai đoạn nhiễm trùng cấp tính thì điều trị nhổ răng khôn lệch theo các bước đã trình bày ở mục II1

IV. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Trường hợp chưa có biến chứng: nếu nhổ sớm thì có thể bảo vệ tốt được răng hàm lớn thứ hai tránh khỏi mất xương ở phía xa chân răng, sâu cổ răng…
Trường hợp đã có biến chứng: nếu điều trị đúng quy trình thì có thể tránh được các biến chứng

2. Biến chứng

Viêm quanh thân răng cấp
Tổn thương răng hàm lớn thứ hai
Áp xe vùng má, áp xe vùng cơ cắn, áp xe vùng dưới hàm, áp xe quanh hàm ngoài…
Viêm tấy tỏa lan vùng hàm mặt
Nhiễm trùng huyết

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Khám răng miệng định kỳ để phát hiện sớm và điều trị kịp thời

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt

MẤT RĂNG TOÀN BỘ

I. ĐỊNH NGHĨA

Mất răng toàn bộ là tình trạng mất toàn bộ răng trên cả hai cung hàm

NGUYÊN NHÂN

Sâu răng
Các tổn thương khác gây mất mô cứng của răng
Viêm quanh răng
Chấn thương
Răng bị nhổ do có bệnh lý liên quan đến răng như u, nang xương hàm

II. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào tình trạng mất răng trên cung hàm
Chụp phim X quang để đánh giá tình trạng xương hàm vùng mất răng
Xét nghiệm máu nếu cần

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Làm phục hình răng phục hồi lại các răng mất để thiết lập lại chức năng ăn nhai và thẩm mỹ cho bệnh nhân. Khác nhau tùy theo phương pháp phục hình mất răng

2. Điều trị cụ thể

a. Điều trị tiền phục hình:

Bấm gai xương ở sống hàm
Điều trị các trường hợp phanh môi, má bám thấp
Làm sâu ngách tiền đình trong một số trường hợp ngách tiền đình nông.

b. Phục hình răng bằng Hàm giả tháo lắp

Có hai loại: hàm nhựa thường, hàm nhựa dẻo
Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng toàn bộ
Chống chỉ định: Bệnh nhân dị ứng với nhựa nền hàm
Các bước:Lấy dấu 2 hàm và đổ mẫu
Làm thìa cá nhân (tại Labo)
Lấy dấu thìa cá nhân và đổ mẫu
Làm nền tạm, gối sáp
Thử cắn và ghi tương quan 2 hàm
Lên răng
Thử răng
Ép nhựa và hoàn thiện hàm (tại Labo)
Lắp hàm
Hướng dẫn bệnh nhân cách sử dụng và bảo quản hàm giả.

c. Phục hình răng bằng Implant

Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng toàn bộ
Chống chỉ định: Thiếu xương hàm vùng mất răng
Các bệnh toàn thân không cho phép
Có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
Các bước Làm hàm nhựa như phần 2
Cấy tối thiểu 2 trụ Implant
Sửa soạn các trụ Implant
Sửa soạn nền hàm giả mang phần âm của cúc bấm
Lắp hàm giả
Hướng dẫn bệnh nhân cách sử dụng

IV. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Tiên lượng:

Tất cả các phương pháp phục hình đều có tác dụng phục hồi chức năng ăn nhai và thẩm mỹ

Biến chứng:

Sang thương niêm mạc miệng

Viêm quanh implant

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Hướng dẫn các biện pháp vệ sinh răng miệng, kiểm soát mảng bám để ngăn ngừa sâu răng và viêm quanh răng

Khám định kỳ để phát hiện sớm các bệnh của răng, quanh răng và điều trị kịp thời ngăn ngừa biến chứng gây mất răng

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt

MẤT RĂNG TỪNG PHẦN

I. ĐỊNH NGHĨA

Mất răng từng phần là tình trạng mất một hoặc nhiều răng trên một hoặc cả hai cung hàm

NGUYÊN NHÂN

Sâu răng
Các tổn thương khác gây mất mô cứng của răng
Viêm quanh răng
Chấn thương
Thiếu răng bẩm sinh
Răng bị nhổ do có bệnh lý lên quan đến răng như u, nang xương hàm

II. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào tình trạng thiếu răng trên cung hàm
Chẩn đoán phân loại mất răng

1. Theo Kennedy

Loại I: Mất răng hàm phía sau cả 2 bên không còn răng giới hạn
Loại II: Mất răng hàm phía sau 1 bên không còn răng giới hạn
Loại III: Mất răng hàm phía sau còn răng giới hạn phía xa
Loại IV: Mất nhóm răng cửa
Loại V: Còn lại 1 hoặc 2 răng hàm
Loại VI: Còn 1 hoặc 2 răng trước.

2. Theo Kourliandsky

Loại I: Còn ít nhất 3 điểm chạm
Loại II: Còn 2 điểm chạm
Loại III: Còn nhiều răng nhưng không có điểm chạm

3. Cận lâm sàng

Chụp phim X quang để đánh giá tình trạng xương hàm vùng mất răng
Xét nghiệm máu nếu cần

III. ĐIỀU TRỊ

4. Nguyên tắc

Làm phục hình răng phục hồi lại các răng mất để thiết lập lại chức năng ăn nhai và thẩm mỹ cho bệnh nhân. Khác nhau tùy theo phương pháp phục hình mất răng

5. Điều trị cụ thể

5.1. Điều trị tiền phục hình

Lấy cao răng
Hàn các răng sâu
Hàn phục hồi các tổn thương mất mô cứng của răng nếu có
Mài chỉnh những răng có độ lệm quá lớn theo khảo sát trên song song kế
Nhổ các chân răng còn sót lại
Bấm gai xương ở sống hàm
Điều trị các trường hợp phanh môi, má bám thấp
Làm sâu ngách tiền đình trong một số trường hợp ngách tiền đình nông

5.2. Phục hình răng bằng Hàm giả tháo lắp

Có 3 loại Hàm khung kim loại, hàm nhựa thường, hàm nhựa dẻo.

a. Hàm giả nền nhựa

Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng từng phần
Chống chỉ định: Bệnh nhân dị ứng với nhựa nền hàm
Các bước: Lấy dấu 2 hàm và đổ mẫu

Làm nền tạm, gối sáp
Thử cắn và ghi tương quan 2 hàm
Lên răng
Thử răng
Ép nhựa và hoàn thiện hàm (tại Labo)
Lắp hàm
Hướng dẫn bệnh nhân cách sử dụng và bảo quản hàm giả.

b. Hàm khung kim loại

Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng từng phần
Chống chỉ định: Các răng mang móc không đủ vững chắc để làm tựa cho hàm giả
Các bước:
Lấy dấu hai hàm và đổ mẫu nghiên cứu
Khảo sát mẫu hàm, xác định răng đặt móc, hướng lắp và khung sơ khảo trên song song kế
Sửa soạn răng đặt móc và mài chỉnh tạo hướng lắp cho hàm khung nếu cần
Lấy dẫu và đổ mẫu làm việc
So mầu và chọn mầu răng
Thiết kế hàm khung trên mẫu thạch cao
Đúc hàm khung bằng hợp kim
Thử khung trên miệng bệnh nhân
Đo tương quan hai hàm
Lên răng trên hàm khung
Thử răng trên miệng bệnh nhân
Ép nhựa
Lắp hàm
Hướng dẫn bệnh nhân cách sử dụng hàm giả

c. Phục hình bằng cầu răng

Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng từng phần còn giới hạn hai đầu
Chống chỉ định:
Không còn đủ răng trụ ở 2 đầu vùng mất răng
Các trụ cầu không đủ độ vững chắc
Khoảng mất răng quá dài
Răng trụ không đủ lực gánh nhịp cầu
Các bước:
Sửa soạn các răng trụ mang cầu
Lấy dấu và đổ mẫu
So mầu răng
Đúc sườn kim loại và nướng sứ
Gắn cầu răng trên miệng

d. Phục hình răng bằng Implant

Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng từng phần
Chống chỉ định:
Thiếu xương hàm vùng mất răng
Các bệnh toàn thân không cho phép
Có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
Các bước: Sát khuẩn
Vô cảm
Bộc lộ xương hàm vùng cấy ghép
Bơm rửa

Đặt Implant
Đặt mũ phủ Implant hoặc trụ liền thương
Khâu đóng niêm mạc

e. Hàm toàn bộ phủ

Chỉ định: Mất răng loại Kennedy V và VI
Kỹ thuật: Các bước cơ bản giống hàm toàn bộ

IV. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Tất cả các phương pháp phục hình đều có tác dụng phục hồi chức năng ăn nhai và thẩm mỹ

2. Biến chứng

Sang thương niêm mạc miệng
Sang chấn và tổn thương các răng mang móc, răng trụ cầu
Viêm quanh Implant

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Hướng dẫn các biện pháp vệ sinh răng miệng, kiểm soát mảng bám để ngăn ngừa sâu răng và viêm quanh răng
Khám định kỳ để phát hiện sớm các bệnh của răng, quanh răng và điều trị kịp thời ngăng ngừa biến chứng gây mất răng

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt

SÂU RĂNG SỮA

I. ĐỊNH NGHĨA

Sâu răng sữa là một bệnh gây tổn thương mất mô cứng của răng do quá trình hủy khoáng gây ra bởi vi khuẩn ở mảng bám răng

NGUYÊN NHÂN

Do các men của vi khuẩn ở mảng bám răng tác động lên các thức ăn có nguồn gốc Gluxit còn dính lại ở bề mặt răng, chuyển hóa thành axit. Khi môi trường có pH< 5 thì gây ra tổn thương hủy khoáng làm mất mô cứng của răng và gây ra sâu răng

Chủng vi khuẩn có khả năng gây sâu răng cao nhất trong nghiên cứu thực nghiệm là *Streptococus mutans*. Một số chủng vi khuẩn khác như *Actinomyces, Lactobacillus...* cũng được xác định có khả năng gây ra sâu răng

Một số yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng sâu răngMen răng: Men răng thiểu sản hay men răng kém khoáng hóa dễ bị huỷ khoáng hơn và ảnh hưởng đến tiến triển của tổn thương sâu răng

Hình thể răng: Các răng có hố rãnh sâu có nguy cơ sâu răng cao do sự tập trung của mảng bám răng và khó làm sạch mảng bám răng. Có một tỷ lệ cao các trường hợp sâu răng được bắt đầu từ hố rãnh tự nhiên của các răng. Ngoài ra một số bất thường về hình dạng răng như răng sinh đôi, răng dính, núm phụ... cũng làm tăng nguy cơ gây sâu răng

Vị trí răng: Răng lệch lạc, chen chúc làm tăng khả năng lưu giữ mảng bám vì thế dễ bị sâu răng hơn

Nước bọt: Dòng chảy và tốc độ chảy của nước bọt là yếu tố làm sạch tự nhiên để loại bỏ các mảnh vụn thức ăn còn sót lạ Tạo một lớp màng mỏng trên bề mặt của răng từ nước bọt có vai trò như một hàng rào bảo vệ men răng khỏi pH nguy cơ. Ngoài ra nước bọt còn có vai trò đệm làm giảm độ toan của môi trường quanh răng và có tác dụng đề kháng với sâu răng. Nước bọt còn là nguồn cung cấp các chất khoáng, hỗ trợ quá trình tái khoáng để có thể phục hồi các tổn thương sâu răng sớm

Chế độ ăn nhiều đường, thói quen ăn uống trước khi đi ngủ hay bú bình kéo dài đều làm tăng nguy cơ sâu răng

Vệ sinh răng miệng đóng vai trò quan trọng nhất trong các yếu tố nguy cơ gây sâu răng, là yếu tố làm sạch cơ học giúp làm giảm hoặc mất các tác động gây sâu răng của các yếu tố gây sâu răng khác

I. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán các tổn thương sâu răng sớm

Các dấu hiệu lâm sàng ở giai đoạn này dựa vào một trong các dấu hiệu sau:Vùng tổn thương sâu răng sớm xuất hiện các vết trắng đục hoặc nâu vàng, bề mặt men răng còn nguyên vẹn

Vùng tổn thương sâu răng sớm xuất hiện các vết trắng đục khi thổi khô bềmặt

Vùng tổn thương là một vùng tối trên nền ánh sáng trắng của men răng bình thường khi chiếu đèn sợi quang học do hiện tượng tán xạ ánh sáng của tổn thương sâu răng

Vùng tổn thương là một vùng thay đổi màu sắc trên nền phát huỳnh quang màu xanh lá cây của men răng bình thường khi sử dụng một nguồn sáng đặc biệt kích thích phát huỳnh quang của men răng

Vùng tổn thương biểu hiện mức độ mất khoáng tương ứng với giá trị từ 10đến 20 khi đo bằng thiết bị Laser huỳnh quangX quang: Không có dấu hiệu đặc trưng trên X quang

2. Chẩn đoán sâu răng giai đoạn hình thành lỗ sâu

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng và/ hoặc X quang

a. Triệu chứng cơ năng

Có thể có hoặc không có triệu chứng cơ năng

Nếu có thì biểu hiện: Ê buốt ngà: ê buốt khi có các chất kích thích tác động vào vùng tổn thương như nóng, lạnh, chua, ngọt. Khi hết kích thích thì hết ê buốt

b. Triệu chứng thực thể

Tổn thương mất mô cứng của răng có thể rất nhỏ chỉ xác định được khi thăm khám với dấu hiệu mắc thám châm hoặc biểu hiện rõ hình ảnh lỗ sâu với các đặc điểm sau:Vị trí: mặt nhai các răng hàm sữa, mặt gần- xa, mặt ngoài và mặt trong cácrăng
Kích thước: có thể nhỏ giới hạn trong một mặt răng hoặc lan rộng sang hai/ba mặt
Độ sâu: có thể chỉ tổn thương lớp men răng hoặc tổn thương đến lớp ngàrăng
Đáy: có thể mềm có nhiều ngà mủn hoặc đáy cứng tùy vào giai đoạn tiếntriển của sâu răng
Mầu sắc: màu men ngà răng hoặc màu vàng nâu, đen
Nghiệm pháp thử tuỷ
Thổi bằng hơi: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thổi
Thử lạnh: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thử
Thử nóng: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thử
X quang: Có hình ảnh thấu quang vùng tổn thương sâu răng
Chẩn đoán phân biệt: Các tổn thương sâu răng sớm chẩn đoán phân biệt với thay đổi màu sắc răng không do sâu răng dựa vào các triệu chứng dưới đây:

Triệu chứng	**Sâu răng sữa giai đoạn sớm**	**Thay đổi màu sắc răng không do sâu**
Màu sắc	Màu trắng đục, nâu vàng trên men răng.	Màu trắng đục, nâu vàng trên men, ngà răng.
Vị trí	Hố rãnh mặt nhai, mặt gần, xa, mặt ngoài hoặc mặt trong các răng hàm sữa.	Toàn bộ mặt răng, có thể ở một răng do bị chấn thương gây chết tủy, hoặc trên nhiều răng do thiểu sản men răng sữa, có tính chất đối xứng.
	Mặt gần, xa, mặt ngoài hoặc mặt trong các răng cửa và răng nanh sữa.	
Ê buốt ngà	Không ê buốt ngà khi có kích thích.	Không ê buốt ngà khi có kích thích.

Các tổn thương sâu răng đã hình thành lỗ sâu chẩn đoán phân biệt với viêm tuỷ răng, tuỷ hoại tử dựa vào các triệu chứng dưới đây:

Triệu chứng	**Sâu răng**	**Viêm tủy răng**	**Tủy hoại tử**
Đau, ê buốt tự nhiên	Không có đau tự nhiên.	Đau tự nhiên từng cơn, đau nhiều về đêm.	Không có đau tự nhiên.
Đau, ê buốt khi ăn các chất kích thích như nóng, lạnh, chua, ngọt…	Ê buốt ngà khi có kích thích nóng, lạnh, chua, ngọt. Hết kích thích thì hết ê buốt.	Đau tăng lên. Khi hết các chất kích thích, đau vẫn tiếp tục kéo dài thêm.	Không đau, không ê buốt khi có kích thích
Tổn thương mô cứng răng	Có lỗ sâu	Lỗ sâu to, nhiều ngà mủn, làm sạch có thể thấy ánh hồng hoặc tủy hở	Có lỗ sâu, có tổn thương tổ chức cứng lộ ngà.
Gõ dọc	Không đau	Đau nhẹ	Đau nhẹ
Gõ gọc	Không đau	Đau nhẹ	Đau nhẹ

Thử tủy	Có đau, sớm hết đau khi hết kích thích	Đau nhiều và còn kéo dài them khi ngừng kích thích	Không đau
X-Quang	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy

II. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Đối với các trường hợp tổn thương sâu răng sớm thì cung cấp các yếu tố nhằm tăng cường quá trình tái khoáng, ngăn chặn hủy khoáng để phục hồi các tổn thương

Đối với các trường hợp đã tạo thành lỗ sâu thì phải lấy bỏ toàn bộ mô nhiễm khuẩn, bảo vệ tuỷ và hàn kín phục hồi mô cứng bằng các loại vật liệu thích hợp

2. Điều trị cụ thể

2.1. Tổn thương sâu răng sớm:

Tăng cường tái khoáng

Liệu pháp Fluor: dùng Fluor có độ tập trung cao ở dạng gel, dung dịch hoặc véc ni áp lên bề mặt vùng tổn thương để tái khoáng

Bổ sung canxi, phot pho ở dạng gel lên bề mặt vùng tổn thương để tái khoáng

Hướng dẫn bệnh nhân chải răng với kem răng có Fluor

Hướng dẫn bệnh nhân ăn uống hợp lý, bổ sung thêm các khoáng chất để tái khoáng

2.2. Tổn thương đã hình thành lỗ sâu

Hàn kín lỗ sâu phục hồi mô cứng

III. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Các tổn thương sâu răng sớm: nếu thực hiện tốt việc tăng cường quá trình tái khoáng thì các tổn thương có thể tự phục hồi

Các trường hợp đã hình thành lỗ sâu: nếu hàn phục hồi tốt đúng quy trình thì hoàn toàn có thể phục hồi được mô cứng của răng ngăn ngừa được các biến chứng

2. Biến chứng

Viêm tủy răng

Viêm quang cuống răng

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Áp dụng các biện pháp cơ học kiểm soát mảng bám răng như chải răng với kem Fluor và chỉ tơ nha khoa

Đối với các trường hợp có nguy cơ sâu răng cao thì áp dụng các chế phẩm cóđộ tập trung Fluor cao do thầy thuốc thực hiện

Hướng dẫn chế độ ăn uống có tác dụng dự phòng sâu răng

Khám và kiểm tra răng miệng định kỳ để phát hiện và điều trị sớm

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt

VIÊM TỦY RĂNG SỮA

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tuỷ răng sữa là tình trạng tổn thương nhiễm trùng mô tuỷ răng sữa, làm tăng áp lực nội tuỷ, chèn ép vào các tận cùng thần kinh gây ra triệu chứng đau và tổn thương mô tuỷ răng ở trẻ em

NGUYÊN NHÂN

Vi khuẩn: Thường xâm nhập vào tủy qua lỗ sâu. Phản ứng viêm thường xuất hiện khi các vi khuẩn gây sâu răng xâm nhập vào tủy qua các ống ngà hoặc hở sừng tủy

Chấn thương…

II. CHẨN ĐOÁN

1. Viêm tủy răng sữa có hồi phục

Viêm tủy có hồi phục là tình trạng viêm mô tủy nhưng có khả năng hồi phục khi loại bỏ được các yếu tố bệnh nguyên

1.1. Lâm sàng

Triệu chứng cơ năng

Đau: bệnh nhân có cảm giác đau tự nhiên, nhẹ thoáng qua, cơn đau ngắn. Khi ăn các chất kích thích nóng, lạnh, chua, ngọt… thì có cảm giác đau hoặc ê buốt tăng lên và sớm hết đau khi ngừng chất kích thích

Triệu chứng thực thể

Có tổn thương mô cứng của răng: có thể có lỗ sâu ở thân răng

Thử tủy: bệnh nhân có cảm giác đau ê buốt và sớm hết đau, ê buốt khi loại bỏ chất kích thích thử tủy

Răng không đổi màu

Gõ: gõ dọc không đau, gõ ngang vùng thân răng có thể có đau nhẹ.

1.2. Cận lâm sàng

Xquang: có biểu hiện các tổn thương mô cứng.

1.3. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với hai bệnh sâu ngà sâu và viêm tủy không hồi phục, dựa vào các dấu hiệu khác nhau dưới đây:

Triệu chứng	Viêm tủy có hồi phục	Sâu ngà sâu	Viêm tủy không hồi phục
Đau, ê buốt tự nhiên	Đau tự nhiên xuất hiện thoáng qua	Không có đau tự nhiên	Đau tự nhiên từng cơn, đau nhiều về đêm
Đau, ê buốt khi ăn các chất kích thích như nóng, lạnh, chua, ngọt,…	Có đau nhưng sau khi hết kích thích thì còn đau buốt nhẹ hoặc hết đau ngay	Ê buốt ngà khi có kích thích nóng, lạnh, chua, ngọt. Hết kích thích thì hết ê buốt	Đau tăng lên. Khi hết các chất kích thích, đau vẫn tiếp tục kéo dài thêm.
Tổn thương mô cứng răng	Có lỗ sâu, có tổn thương tổ chức cứng lộ ngà.	Có lỗ sâu.	Lỗ sâu to, nhiều ngà mủn, làm sạch có thể thấy ánh hồng hoặc tủy hở.
Gõ dọc	Không đau	Không đau	Đau nhẹ
Thử tủy	Có đau, sớm hết đau khi hết kích thích	Có cảm giác ê buốt và hết ngay khi ngừng kích thích.	Đau nhiều và còn kéo dài thêm khi ngừng kích thích

X-Quang	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy.

2. Viêm tủy răng sữa không hồi phục

Là tình trạng tổn thương viêm cấp mô tủy răng sữa ở trẻ em không còn khả năng hồi phục

Lâm sàng

Triệu chứng cơ năng

Đau tự nhiên, từng cơn với các đặc điểm dưới đây:23Thời gian cơn đau: có thể kéo dài hàng giờ hoặc đôi khi chỉ ngắn vài phút, làm cho tính chất cơn đau gần như liên tục

Đau tăng khi kích thích bởi nóng, lạnh, chua, ngọt…hết kích thích đau vẫn còn kéo dài

Đau tăng khi thay đổi tư thế: cúi đầu, nằm, về đêm

Đau lan nửa hàm, đôi khi không xác định được vị trí đau

Triệu chứng thực thể

Tổn thương mô cứng của răng: có lỗ sâu, nhiều ngà mủn, làm sạch có thể thấy ánh hồng hoặc tủy hở

Gõ dọc: đau nhẹ

Gõ ngang: đau nhiều

Răng không đổi màu, không lung lay

Thử tủy: đau nhiều và kéo dài khi đã loại bỏ yếu tố kích thích. Tuy vậy, ở trẻ em không có giá trị chắc chắn vì trẻ em đang đau sẽ rất cảnh giác và sợ hãi khi phản ứng lại với bất kì kích thích nào

Cận lâm sàng

X quang: Có hình ảnh tổn thương mô cứng thân răng

3. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với viêm tủy không hồi phục và viêm quanh cuống cấp, dựa vào các triệu chứng dưới đây:

Triệu chứng	Viêm tủy không hồi phục	Viêm tủy có hồi phục	Viêm quanh cuống cấp
Đau, ê buốt tự nhiên	Đau tự nhiên từng cơn, đau nhiều về đêm	Đau tự nhiên xuất hiện thoáng qua	Đau tự nhiên liên tục. Đau tăng khi chạm răng đối, cảm giác răng trồi cao.
Đau, ê buốt khi ăn các chất kích thích như nóng, lạnh, chua, ngọt,…	Đau tăng lên. Khi hết các chất kích thích, đau vẫn tiếp tục kéo dài thêm.	Có đau nhưng sau khi hết kích thích thì còn đau buốt nhẹ hoặc hết đau ngay	Không đau
Tính chất cơn đau	Đau có tính lan tỏa	Đau tại răng	Đau khu trú rõ tại răng tổn thương
Dấu hiệu toàn thân	Không có phản ứng toàn thân	Không có phản ứng toàn thân	Sốt, có hạch tương ứng
Sưng lợi	Không sưng lợi và vùng cuống tương ứng	Không sưng lợi và vùng cuống tương ứng	Sưng nề, ấn đau ngách lợi và vùng cuống tương ứng
Gõ ngang	Đau nhiều	Có thể đau nhẹ	Đau nhiều
Gõ dọc	Đau nhẹ	Không đau	Đau nhiều

Thử tủy	Đau nhiều và còn kéo dài thêm khi ngừng kích thích	Có đau, sớm hết đau khi hết kích thích	Không đau
X-Quang	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu	

III. ĐIỀU TRỊ

1. Viêm tủy có hồi phục

1.1. Nguyên tắc

Loại bỏ các yếu tố nhiễm khuẩn25Bảo tồn tủy
Bảo vệ tủy
Hàn phục hồi tổn thương mô cứng.

1.2. Điều trị cụ thể

Chuẩn bị xoang hàn
Hàn lót bảo vệ tủy: Có thể dùng Canxi hydroxit, hoặc MTA…Hàn phục hồi xoang hàn bằng Composite, GIC,…Viêm tủy không hồi phục- Nguyên tắcLàm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy
Hàn kín hệ thống ống tủy và phục hồi tổn thương mô cứng. - Điều trị cụ thểVô cảm
Mở tủy
Sửa soạn hệ thống ống tủy
Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tuỷ
Hàn kín hệ thống ống tủy bằng vật liệu thích hợp
Hàn phục hồi mô cứng thân răng bằng vật liệu thích hợp

TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Tiên lượng: Nếu thực hiện đúng quy trình thì có kết quả điều trị tốt
Biến chứng: Viêm quanh cuống răng cấp

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Khám răng định kì để phát hiện và điều trị sớm các tổn thương sâu răng để ngăn ngừa biến chứng viêm tủy

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt

RĂNG SỮA HOẠI TỬ TỦY

I. ĐỊNH NGHĨA:

Hoại tử tủy răng là tình trạng tủy răng bên trong răng của bạn bị chết. Tủy răng bị hoại tử là giai đoạn cuối của bệnh viêm tủy răng mãn tính. Nó có thể dẫn đến các vấn đề khác với răng của bạn nếu không được điều trị kịp thời.

II. NGUYÊN NHÂN:

Sâu răng sữa: do ăn kẹo bánh nhiều, ăn đồ ăn vặt ở trẻ em khiến trẻ dễ bị sâu răng. Bên cạnh đó, trẻ nhỏ thường hay lười và thường gặp khó khăn trong việc vệ sinh răng miệng làm răng dễ bị sâu hơn. Khi trẻ bị sâu răng, các vi khuẩn sẽ phá hủy hoàn toàn men răng và ngà răng, cuối cùng là tấn công làm viêm tủy răng. Nếu không được điều trị từ sớm thì sẽ dẫn đến hoại tử tủy răng.

Răng sữa bị chấn thương: do chạy nhảy hay nô đùa trẻ bị ngã dẫn đến răng bị gãy vỡ. Tủy răng bị lộ ra ngoài dễ bị viêm nhiễm.

III. CHẨN ĐOÁN:

3.1. Lâm sàng:

- Đau hoặc không đau, răng đổi màu (so sánh với màu răng bên cạnh hoặc gần đó bình thường). Mô mềm xung quanh răng có thể sưng đỏ, có mủ (áp- xe hay có lỗ dò ở mô mềm vùng chân răng). Tổn thương có thể lộ tủy hay không, có lỗ sâu trên răng.
- Răng lung lay, gõ đau hoặc không đau (gõ bằng cán gương với lực nhẹ).

3.2. Cận lâm sàng:

- Phim X-quang: có thấu quang quanh chóp răng, dây chằng nha chu dãn rộng, có thể có tiêu xương chân răng.

3.3. Chẩn đoán xác định: Hoại tử tủy.

IV. ĐIỀU TRỊ:

4.1. Chỉ định: Lấy tủy chân răng hoặc nhổ nếu nhiễm trùng nhiều, răng lung lay không giữ được.

4.2. Chống chỉ định tương đối:

- Bệnh nhân có tiền sử dị ứng thuốc tê, các bệnh tim mạch, bệnh về máu,… (cho trẻ khám chuyên khoa và có ý kiến của bác sĩ chuyên khoa cho phép điều trị và các thuốc trẻ có thể dùng được trong thời gian điều trị).

4.3. Điều trị:

Phương pháp điều trị:

- Lấy tủy toàn phần hoặc nhổ nếu nhiễm trùng nhiều, răng lung lay không giữ được.
- Gây tê tại chỗ, mở tủy, lấy tủy, sửa soạn ống tủy (SSOT), bơm rửa bằng dung dịch Dakin 1,5% hay nước muối sinh lý. Trám ống tủy bằng Eugenate. Trám kết thúc bằng GIC hay composite.
- Thuốc: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

Kháng sinh:

- Chọn thuốc kháng sinh thuộc các nhóm β lactam, nhóm aminosid hay aminoglycoside, nhóm chloramphenicol, nhóm tetracyclin, nhóm macrolid và lincosamid, nhóm quinolone, nhóm 5- nitro- imidazole tùy theo cơ địa và kháng sinh đồ. Khoa thường hay cho:
    - Amoxicilline 250mg (gói), 500mg (viên nang,gói):
        - Trẻ em trên 12 tuổi: Dùng liều người lớn: 500 mg, cách 8 giờ 1 lần.
        - Trẻ em dưới 12 tuổi: 40-50 mg/kg thể trọng/ ngày, cách 8 giờ 1 lần, sử dụng dưới dạng gói

- Trẻ dưới 20 kg thường dùng liều 20 – 40 mg/ kg thể trọng/ ngày, sử dụng dưới dạng gói.

- Metronidazole 250mg:
  - Liều thường dùng cho trẻ em: 20-30 mg/kg/ngày, chia làm 4 lần uống.

Kháng viêm:

- **Dexamethasone 0,5mg:**
  - Liều thường dùng cho trẻ em: 0,024 – 0,34mg/kg/ngày chia làm 4 liều.
- Prednisone 5mg:
  - Liều thường dùng cho trẻ em: 0,14 – 2mg/kg/ngày chia làm 4 lần uống.

Giảm đau:

- **Paracetamol 650mg, 500mg, 325mg, 250mg (gói), 125mg (gói):**
  - Trẻ em trên 12 tuổi: dùng theo liều người lớn: 500mg, 4-6 giờ một lần uống.
  - Trẻ em 10 – 11 tuổi: 480 mg, mỗi 4-6 giờ một lần uống.
  - Trẻ em 9 – 10 tuổi: 400 mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
  - Trẻ em 6 – 8 tuổi: 320 mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
  - Trẻ em 4 – 5 tuổi: 240 mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
  - Trẻ em 2-3 tuổi: 160 mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
  - Trẻ em 1 – 2 tuổi: 120 mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
- Ibuprofen 100mg / 5 ml:
  - Trẻ em 3 - 6 tháng tuổi (5 kg đến 7,6 kg): 2,5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 150 mg ibuprofen mỗi ngày).
  - Trẻ em từ 6 - 12 tháng tuổi (7,7 kg đến 9 kg): 2,5 ml mỗi lần, 3 - 4 lần mỗi ngày (tương đương 150 - 200 mg ibuprofen mỗi ngày).
  - Trẻ em từ 1 - 3 tuổi (10 kg đến 15 kg): 5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 300mg ibuprofen mỗi ngày).
  - Trẻ em từ 4 - 6 tuổi (16 kg đến 20 kg): 7,5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 450 mg ibuprofen mỗi ngày).
  - Trẻ em từ 7 - 9 tuổi (21 kg đến 29 kg): 10 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 600 mg ibuprofen mỗi ngày).
  - Trẻ em từ 10 - 12 tuổi (30 kg đến 40 kg): 15ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 900 mg ibuprofen mỗi ngày).

Thời gian điều trị:

- Tùy tổn thương trên lâm sàng, bác sĩ trực tiếp điều trị sẽ hẹn bệnh hai hoặc ba, bốn lần…
- Theo dõi, chế độ chăm sóc, tái khám:
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng cho trẻ, cách cho trẻ ăn uống trong thời gian điều trị.

V. TIÊN LƯỢNG BIẾN CHỨNG:

- Hoại tử tủy nếu không được điều trị sẽ gây ra các bệnh lý khác nghiêm trọng hơn như bệnh lý ở chân răng: u hạt, nang chân răng… Nặng hơn gây viêm xương hàm, viêm mô tế bào.
- Hoại tử tủy nếu nặng có thể phải nhổ răng như phương pháp điều trị cuối cùng, nếu răng của bé được nhổ quá sớm cũng sẽ ảnh hưởng đến việc thay răng vĩnh viễn hay sức khỏe răng miệng về sau.

VI. PHÒNG BỆNH HƯỚNG XỬ LÝ:

- Vệ sinh răng miệng đúng cách: tập cho trẻ thói quen vệ sinh răng miệng từ nhỏ và dạy trẻ cách vệ sinh răng miệng đúng cách. Các cha mẹ nên lưu ý chọn bàn chải đánh răng cho con nên dùng loại bàn chải mềm để hạn chế gây kích ứng nướu răng.
- Sử dụng chỉ tơ nha khoa để làm sạch thức ăn mắc kẹt, không nên dùng tăm tre. Nên cho trẻ súc miệng với nước muối ấm pha loãng sau khi chải răng.
- Hạn chế cho trẻ ăn vặt, ăn nhiều bánh kẹo, thực phẩm có chứa nhiều đường.
- Cho trẻ đi khám răng miệng định kì: nên cho trẻ đi khám răng định kì 2 – 3 lần/năm khi trẻ từ 2 tuổi trở lên.

RĂNG SỮA ÁP-XE QUANH CHÓP RĂNG

I. ĐỊNH NGHĨA:

Tổn thương cấp tính, nguyên phát hay do đợt bùng phát cấp tính của bệnh lý mạn tính vùng quanh chóp.

II. NGUYÊN NHÂN:

- Do nhiễm khuẩn: do bệnh tủy lan tràn qua vùng mô quanh chóp.
- Do sang chấn: răng bị chấn thương do tai nạn hoặc chấn thương khớp cắn
- Do sai sót trong điều trị: có thể do điều trị nội nha vô tình đi quá chóp răng, do miếng trám quá cao.

III. CHẨN ĐOÁN:

3.1. Lâm sàng:

- Răng có thể có lỗ sâu hoặc không, mô mềm xung quanh răng có sưng đỏ, có mủ.
- Gõ đau ít hay nhiều tùy tổn thương hoặc không đau.
- Răng lung lay từ độ 1 tới độ 4 (tùy nhiễm trùng ít hay nhiều).

3.2. Cận lâm sàng (nếu có):

Phim X-quang: có thấu quang xung quanh răng, có thể tiêu xương chân răng.

3.3. Chẩn đoán xác định: Áp-xe quanh chóp răng.

IV. ĐIỀU TRỊ:

4.1. Chỉ định:

Rạch áp-xe, cho toa thuốc.

4.2. Chống chỉ định tương đối:

Bệnh nhân có tiền sử về các bệnh tim mạch, bệnh về máu,… (cho trẻ khám chuyên khoa và có ý kiến của bác sĩ chuyên khoa cho phép điều trị và các thuốc trẻ có thể dùng được trong thời gian điều trị).

4.3. Điều trị:

- Rạch áp-xe, cho toa thuốc và hẹn tái khám.
- Thuốc: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

Kháng sinh:

- Chọn thuốc kháng sinh thuộc các nhóm β lactam, nhóm aminosid hay aminoglycoside, nhóm chloramphenicol, nhóm tetracyclin, nhóm macrolid và lincosamid, nhóm quinolone, nhóm 5- nitro- imidazole tùy theo cơ địa và kháng sinh đồ. Khoa thường hay cho:
    - Amoxicilline 250mg (gói), 500mg (viên nang, gói):
        - Trẻ em trên 12 tuổi: Dùng liều người lớn: 500 mg, cách 8 giờ 1 lần.
        - Trẻ em dưới 12 tuổi: 40-50 mg/kg thể trọng/ ngày, cách 8 giờ 1 lần, sử dụng dưới dạng gói.
        - Trẻ dưới 20 kg thường dùng liều 20 – 40 mg/ kg thể trọng/ ngày, sử dụng dưới dạng gói**.**
    - Metronidazole 250mg:
        - Liều thường dùng cho trẻ em: 20-30 mg/kg thể trọng/ngày, chia làm 4 lần uống.

Kháng viêm:

- **Dexamethasone 0,5mg:**
    - Liều thường dùng cho trẻ em: 0,024 – 0,34 mg/kg thể trọng/ngày chia làm 4 liều.
- Prenisone 5 mg:

- Liều thường dùng cho trẻ em: 0,14 – 2 mg/kg thể trọng/ngày chia làm 4 lần uống.

Giảm đau:

- **Paracetamol 500mg, 325mg, 250mg (gói), 125mg (gói):**
  - Trẻ em trên 12 tuổi: dùng theo liều người lớn: 500mg, 4-6 giờ một lần uống.
  - Trẻ em 10 – 11 tuổi: 480 mg, mỗi 4-6 giờ một lần uống.
  - Trẻ em 9 – 10 tuổi: 400 mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
  - Trẻ em 6 – 8 tuổi: 320 mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
  - Trẻ em 4 – 5 tuổi: 240 mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
  - Trẻ em 2-3 tuổi: 160 mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
  - Trẻ em 1 – 2 tuổi: 120 mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
- Ibuprofen 100mg / 5 ml:
  - Trẻ em 3 - 6 tháng tuổi (5 kg đến 7,6 kg): 2,5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 150 mg ibuprofen mỗi ngày).
  - Trẻ em từ 6 - 12 tháng tuổi (7,7 kg đến 9 kg): 2,5 ml mỗi lần, 3 - 4 lần mỗi ngày (tương đương 150 - 200 mg ibuprofen mỗi ngày).
  - Trẻ em từ 1 - 3 tuổi (10 kg đến 15 kg): 5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 300mg ibuprofen mỗi ngày).
  - Trẻ em từ 4 - 6 tuổi (16 kg đến 20 kg): 7,5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 450 mg ibuprofen mỗi ngày).
  - Trẻ em từ 7 - 9 tuổi (21 kg đến 29 kg): 10 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 600 mg ibuprofen mỗi ngày).
  - Trẻ em từ 10 - 12 tuổi (30 kg đến 40 kg): 15ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 900 mg ibuprofen mỗi ngày).

- Thời gian dùng thuốc từ 5 – 7 ngày.

Tái khám:

- Cho chụp phim X-quang: nếu được có thể điều trị lấy tủy toàn phần để bảo tồn răng.
- Nhổ răng.

V. TIÊN LƯỢNG BIẾN CHỨNG:

Tiên lượng phụ thuộc vào mức độ lây lan của nhiễm trùng. Thông thường, khi nhiễm trùng khu trú ở răng, tiên lượng rất tốt nếu được điều trị ngay khi các dấu hiệu và triệu chứng được chú ý. Nếu nhiễm trùng ảnh hưởng đến phần lớn xương hàm xung quanh của răng và khiến răng bị lung lay, cơ hội cứu răng sẽ giảm.

VI. PHÒNG BỆNH HƯỚNG XỬ LÝ:

Phải giữ vệ sinh răng miệng tốt cho trẻ sau các bữa ăn và chăm sóc răng miệng cho trẻ đúng cách. Tập cho trẻ thói quen súc miệng nhiều lần bằng nước trắng hoặc nước muối sinh lý sau khi ăn. Dùng gạc ẩm lau sạch răng cho trẻ sau khi ăn đối với trẻ nhỏ chưa biết đánh răng.

Hạn chế cho trẻ ăn thức ăn có nhiều đường như: bánh kẹo, nước ngọt và tránh xa các loại thức ăn mềm có tính dính cao như: kẹo dẻo, nho khô, trái cây sấy... Những loại thức ăn này làm cho vi khuẩn hoạt động mạnh tiết ra nhiều acid có hại cho răng.

Tạo cho trẻ thói quen dùng chỉ tơ nha khoa. Dùng chỉ nha khoa giúp bạn loại bỏ các vi khuẩn phát triển giữa các răng. Đánh răng không chưa đủ hiệu quả, nên dùng chỉ nha khoa hai lần một ngày.

Cho trẻ súc miệng bằng nước diệt khuẩn phù hợp với trẻ nhỏ để tránh diệt cả những vi khuẩn có lợi, làm thay đổi môi trường miệng của trẻ sau khi đánh răng một hoặc hai lần mỗi ngày để loại trừ các mảng bám trên bề mặt răng.

Các bậc cha mẹ cần phát hiện sớm và điều trị sớm các răng bị sâu của trẻ, như vậy sẽ làm giảm bớt nguy cơ viêm tủy răng.

Nên đưa trẻ đi khám răng định kỳ mỗi 6 tháng một lần để kịp thời phát hiện những dấu hiệu bất thường ở giai đoạn sớm. Không nên chờ đến khi răng bị viêm tủy hay đau răng mới đến nha khoa.

VIÊM LỢI LIÊN QUAN ĐẾN MẢNG BÁM RĂNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm lợi liên quan đến mảng bám răng là tổn thương viêm mạn tính xảy ra ở mô mềm xung quanh răng, nguyên nhân do vi khuẩn trong mảng bám răng gây rTổn thương khu trú ở lợi, không ảnh hưởng tới xương ổ răng và xương răng

NGUYÊN NHÂN

Các bệnh lợi được phân chia làm hai nhóm là các bệnh lợi do mảng bám răng và các tổn thương lợi không do mảng bám răng. Trong bài này chúng tôi đề cập đến bệnh viêm lợi chỉ do mảng bám răng với hai nhóm nguyên nhân:Viêm lợi chỉ do mảng bám răng, không có các yếu tố tại chỗ khác phối hợp

Viêm lợi do mảng bám răng với các yếu tố tại chỗ phối hợp làm tăng sự tích tụ mảng bám răng, đó là:Hình thể răng bất thường, có nhú men răng gần chân răng

Đường nứt xi măng: Có những đường như bị nứt chạy ngay dưới đường ranh giới men xi măng

Chất hàn thừa, cầu, chụp răng sai quy cách

Tiêu chân răng vùng cổ răng do sang chấn hoặc tổn thương tủy

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

Chủ yếu dựa trên các triệu chớng lâm sàng

Toàn thân: Không có biểu hiện gì đặc biệt

Tại chỗ

Ngoài miệng: Có thể có hạch dưới hàm

Trong miệng: Sau trên 2 tuần tiến triển có các tổn thương ở lợi với những đặc điểm lâm sàng:Có mảng bám răng ở răng giáp bờ viền lợi, có thể thấy bằng mắt thường hay chất nhuộm màu mảng bám răng

Thay đổi hình thể của lợi: Bờ lợi, nhú lợi sưng, phù nề, phì đại tạo nên túilợi giả

Thay đổi màu sắc của lợi: Lợi bình thường màu hồng nhạt chuyển sang màuđỏ nhạt hoặc đỏ sẫm

Độ săn chắc giảm: Bình thường lợi săn chắc, ôm sát cổ răng nhưng khi bị viêm thì giảm độ săn chắc và tính đàn hồi

Chảy máu: Tự nhiên hay khi khám

Tăng tiết dịch túi lợi

Phục hồi lợi sau khi làm sạch mảng bám răng

Hình ảnh mô học là tổn thương viêm

Không có mất bám dính quanh răng

Không có túi lợi bệnh lý

Biểu hiện viêm có thể ở một răng, một nhóm răng hoặc toàn bộ hai hàm

Trường hợp viêm lợi do mảng bám răng với các yếu tố tại chỗ phối hợp làm tăng sự tích tụ mảng bám răng có thể thấy các lợi viêm khu trú ở các răng có hình thể răng bất thường, có nhú men răng gần chân răng, đường nứt xi măng, chất hàn thừa, cầu, chụp răng sai quy cách hoặc tiêu chân răng vùng cổ răng do sang chấn hoặc tổn thương tủy

2. Cận lâm sàng

X quang: Không có hình ảnh tiêu xương ổ răng

3. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với viêm quanh răng tiến triển chậm

Triệu chứng	Viêm lợi do mảng bám răng	Viêm quanh chân răng tiến triển chậm

Có mảng bám răng	+	+
Thay đổi màu sắc lợi	+	+
Chảy máu lợi	+	+
Tăng tiết dịch lợi	+	+
Mất bám dính quanh răng	-	+
Túi lợi bệnh lý	-	+
Tiêu xương ổ răng	-	+

III. ĐIỀU TRỊ

Điều trị bao gồm các bước sau:

Hướng dẫn vệ sinh răng miệng, đây là yếu tố rất quan trọng nhằm loại trừ mảng bám răng là nguyên nhân gây bệnh

Làm sạch các chất bám trên bề mặt răng như cao răng, mảng bám và các chấtmầu

Dùng nước súc miệng có tác dụng kìm khuẩn hoặc sát khuẩn cho những người không thể làm sạch mảng bám răng bằng các biện pháp cơ học như bị tật,đang phẫu thuật vùng miệng, hàm mặt, mang khí cụ nắn chỉnh răng

Loại bỏ các yếu tố tại chỗ phối hợp làm tăng sự tích tụ mảng bám răng: sửalại chỗ hàn, cầu chụp sai quy cách, hàn răng sâu.

Phẫu thuật cắt, tạo hình lợi với những trường hợp lợi phì đại, xơ hóa

TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Tiên lượng

Nếu điều trị kịp thời mô lợi có thể phục hồi bình thường, tiên lượng tốt

Biến chứng

Nếu không được điều trị, viêm lợi có thể có các biến chứng sau:Áp xe lợi

Viêm quanh răng khu trú hoặc lan tỏa

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Để phòng bệnh viêm lợi do mảng bám răng cần thực hiện các biện pháp dưới đây:

Vệ sinh răng miệng đúng phương pháp: Chải răng sau khi ăn, dùng các biện pháp cơ học khác để làm sạch bề mặt răng, nhất là vùng khe giữa hai răng như chỉ tơ nha khoa, tăm nước

Duy trìchế độ dinh dưỡng đầy đủ, hợp lý để tăng sức đề kháng

Khám răng định kỳ: Nên 6 tháng khám kiểm tra định kỳ để phát hiên sớm các bệnh răng miệng và loại trừ cao răng, mảng bám răng

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt

VIÊM QUANH RĂNG TIẾN TRIỂN CHẬM

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm quanh răng tiến triển chậm là hậu quả của sự lan rộng quá trình viêm khởi đầu ở lợi tới tổ chức quanh răng, gây phá hủy xương ổ răng , dây chằng quanh răng và xương răng
Viêm quanh răng tiến triển chậm thường tiến triển nhiều năm, kéo dài nên còn được gọi là viêm quanh răng ở người lớn hoặc viêm quanh răng do viêm mạn tính
Còn gọi là viêm nha chu tiến triển chậm

NGUYÊN NHÂN

Viêm quanh răng tiến triển chậm là bệnh đa yếu tố. Đó là kết quả của sự tương tác nhiều yếu tố phức tạp giữa vật chủ và các tác nhân nhiễm trùng. Sự tiến triển viêm quanh răng là do mất thăng bằng giữa một bên là sự thâm nhập của các vi khuẩn vào hệ thống bám dính và một bên là khả năng bảo vệ của cơ thể vật chủ
Viêm quanh răng tiến triển chậm liên quan với sự tích tụ của mảng bám vi khuẩn hay liên quan chặt chẽ với tình trạng vệ sinh răng miệng
Mặc dù khả năng miễn dịch của cơ thể có thể thay đổi nhưng viêm quanh răng tiến triển chậm hầu như không liên quan với các thiếu hụt miễn dịch và tình trạng toàn thân bất thường
Một số bệnh toàn thân như đái tháo đường, các thay đổi về nội tiết hoặc các thiếu hụt miễn dịch có thể làm biến đổi đáp ứng của vật chủ đối với mảng bám răng đang tồn tại, làm tăng thêm tiến triển viêm quanh răng và làm tăng mức độ và phạm vi phá huỷ mô
Về mặt vi khuẩn, nhìn chung thì mảng bám dính ở vùng dưới lợi thường có các loài *Actinomyces* và khuẩn lạc chứa các vi khuẩn hình sợi gram dương và gram âm. Mảng bám không dính ở dưới lợi thì có các xoắn khuẩn và các trực khuẩn gram âm chiếm ưu thế

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

Trên lâm sàng có các thay đ ổi viêm mạn tính ở lợi và sự có mặt của các túi quanh răng
Viêm lợi: là biểu hiện đặc trưng của viêm quanh răng tiến triển chậm. Viêm lợi là do tích tụ mảng bám răng. Viêm lợi với các biểu hiện là lợi thường sưng nề nhẹ đến trung bình và có biểu hiện biến đổi mầu sắc từ hồng nhạt sang màu đỏ, lợi dính mất cấu trúc da cam. Có thay đổi hình thể bề mặt lợi như các bờ lợi không còn30sắc hoặc tròn và nhú lợi dẹt xuống hoặc lõm, mất vùng lõm ở lợi ở phía trước hai răng liền kề. Trong một số trường hợp, do hậu quả viêm mức độ nhẹ kéo dài, làm cho lợi bờ xơ dày
Chảy máu lợi: có thể có chảy máu tự nhiên hoặc dễ chảy máu khi bị kích thích hay chảy máu khi thăm khámDịch rỉ viêm: có thể có dịch rỉ viêm hoặc mủ ở túi lợ Nếu trường hợp túi quanh răng bị bít kín lại thì mủ không thể dẫn lưu ra được và có thể hình thành áp xe quanh răng. Khi có áp xe quanh răng thìsẽ gây ra đau cho bệnh nhân
Mất bám dính quanh răng và tiêu xương ổ răng, hình thành túi lợi bệnh lý hay túi quanh răng với chiều sâu của túi lợi có thể thay đổi khác nhau
Lung lay răng: do có tiêu xương ổ răng nên làm cho các răng bịlung lay . Nếu mất nhiều xương và tiến triển kéo dài, có thể còn gây ra di lệch răng
Đau: Viêm quanh răng tiến triển chậm thường không gây đau. Đôi khi các chân răng đã bộc lộ nhạy cảm với nóng lạnh. Nhưng có thể có đau âm ỉ khu trú, và có khi lan đến hàm, hoặc có thể thấy lợi nhạy cảm hoặc ngứTrường hợp đau cấp do đã tạo thành áp xe quanh răng hoặc có sâu ở các chân răng gây viêm tủy răng
Tính chất khu trú: Bệnh viêm quanh răng tiến triển chậm thường có ở toàn bộ hai hàm mặc dù có một vài vùng có thể nặng hơn so với các vùng khác. Các vùng nặng hơn thường liên

quan với việc kiểm soát mảng bám kém hơn như vùng chẽ chân răng hoặc các răng mọc sai vị trí

1.2. Cận lâm sàng

Trên phim X quang có các biểu hiện là:Có tiêu xương ổ răng
Có thể có di lệch răng
Có thể thấy tổn thương mất xương ở vùng chẽ giữa các chân răng của các răng nhiều chân
Nếu có phối hợp với sang chấn khớp cắn thì có biểu hiện mất xương có góc và vùng dây chằng quanh răng rộng

2. Chẩn đoán phân biệt:

Viêm quanh răng tiến triển chậm phân biệt với viêm quanh răng tiến triển nhanh bắt đầu ở người lớn
Dựa vào bệnh sử và đáp ứng với điều trị

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Phải điều trị loại bỏ đau, nếu có đau
Phải trừ được viêm lợi và chảy máu lợi
Loại bỏ hoặc giảm túi quanh răng
Loại bỏ nhiễm khuẩn và làm ngừng hình thành mủ
Ngăn chặn sự phá huỷ mô mềm và xương
Làm giảm lung lay răng bất thường
Loại trừ khớp cắn sang chấn và thiết lập khớp cắn tối ưu
Phục hồi lại các tổ chức đã bị phá huỷ
Tạo lại đường viền lợi sinh lý để bảo vệ mô quanh răng
Ngăn ngừa tái phát bệnh
Giảm mất răng

2. Phác đồ điều trị

Bước 1: Pha điều trị mở đầuTrong giai đoạn điều trị này, ưu tiên điều trị các cấp cứu về răng miệng như viêm tủy răng cấp, viêm quanh cuống răng cấp, viêm quanh thân răng cấp, áp xe lợi,áp xe quanh răng cấp
Nhổ các răng không còn hy vọng chữa được và có giải pháp thay thế tạmthời nếu cần hoặc có thể thì hoãn tới một thời gian thuận lợi hơn
Bước 2: Điều trị pha 1 (Pha bệnh căn) + Kiểm soát mảng bám răng
Kiểm soát chế độ ăn uống, nhất là ở những bệnh nhân có sâu răng lan
Lấy cao răng và làm nhẵn chân răng
Sửa chữa các yếu tố kích thích là các chỗ hàn hoặc các cầu chụp răng hoặc hàm giả sai quy cách
Hàn sâu răng, nhất là sâu ở mặt bên và sâu cổ răng
Điều trị chống vi khuẩn: Bằng các biện pháp tại chỗ hoặc toàn thân, hoặc kết hợp cả hai
Điều trị khớp cắn, loại bỏ khớp cắn sai
Đặt nẹp hay máng tạm thời để cố định răng trong trường hợp các răng lunglay
Bước 3: Đánh giá đáp ứng với điều trị pha 1Hẹn bệnh nhân đến khám lại và đánh giá kết quả sau điều trị các yếu tố bệnh căn. Cần kiểm tra lại các tình trạng dưới đây: Chiều sâu túi lợi và tình trạng viêm lợi
Tình trạng mảng bám răng và cao răng
Sâu răng
- Bước 4: Điều trị pha 2 (Pha phẫu thuật)lần điều trị này thực hiện các biện pháp điều trị phẫu thuật, có thể bao gồm các loại phẫu thuật dưới đây:Phẫu thuật quanh răng, có thể là nạo lợi, phẫu thuật cắt lợi, phẫu thuật vạt, hoặc các loại phẫu thuật khác

Đặt Implant
Bước 5: Điều trị pha 3 (Pha phục hồi) + Làm các phục hồi cuối cùng
+ Làm hàm giả cố định hoặc tháo lắp
Bước 6: Đánh giá đáp ứng với các thủ thuật phục hồi
Khám tình trạng quanh răng, ghi nhận các biểu hiện về đáp ứng quanh răng với các thủ thuật phục hồi, bao gồm:Tình trạng lợi
Tình trạng túi quanh răng và mức bám dính quanh răng
Tình trạng xương ổ răng
Tình trạng lung lay răng
Bước 7: Điều trị pha 4 (Pha duy trì) Gọi bệnh nhân đến khám lại theo định kỳ và kiểm tra về
Mảng bám răng và cao răng
Tình trạng lợi: tình trạng túi lợi và viêm lợi
Tình trạng khớp cắn
Mức độ lung lay răng
Các thay đổi bệnh lý khác
Chú ý hướng dẫn bệnh nhân về các biện pháp kiểm soát mảng bám răng
Điều trị ngay khi có các biểu hiện tái phát viêm quanh răng và loại bỏ các yếu tố bệnh nguyên mới xuất hiện

Các biện pháp điều trị tại chỗ:

Loại trừ các kích thích tại chỗ
Lấy sạch cao răng và làm nhẵn chân răng
Kiểm soát mảng bám răng
Hướng dẫn vệ sinh răng miệng
Chải răng
Thực hiện các biện pháp làm sạch kẽ răng: Dùng chỉ tơ nha khoa, bàn chải kẽ răng, tăm đúng cách
Phun nước để loại bỏ cặn thức ăn
Kiểm soát mảng bám răng bằng phương pháp hoá học như dùng nước Súc miệng Chlorhexidine
Hàn các răng sâu, nhất là các răng sâu ở mặt bên
Sửa lại các cầu chụp răng sai quy cách gây tích tụ mảng bám hoặc gây sangchấn
Sửa lại các hàm giả sai quy cách
Nhổ các chân răng, các răng lung lay quá mức, các răng có biểu hiện nhiễm trùng mà không cứu được
Sửa lại các chỗ hình thể răng dễ gây sang chấn khi ăn nhai
Xử trí các răng lệch lạc bằng cách nắn chỉnh răng hoặc nhổ bỏ
Liên kết các răng lung lay
Phẫu thuật cắt phanh môi, phanh má bám thấp.

Chống viêm

Các biện pháp bảo tồn: dùng thuốc bôi tại chỗ. Các thuốc bôi tại chỗ có tác dụng giảm đau, kích thích tái tạo mô, sát khuẩn và chống viêm
Phẫu thuật: trong một số trường hợp có thể phải phẫu thuật để loại bỏ túi quanh răng

IV. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Tốc độ tiến triển chậm vì vậy các biểu hiện lâm sàng trở nên rõ rệt ở tuổi từ 35 trở lên. Tốc độ tiến triển có thể khá khác nhau
Ở các vị trí khác nhau trong miệng thì mức độ tiến triển của bệnh không ngang nhau. Có chỗ duy trì tĩnh trong một thời gian dài trái lại, có khu vực lại tiến triển nhanh hơn. Các tổn thương

tiến triển nhanh hơn nảy sinh thường xuyên hay gặp ở vùng kẽ răng và thường liên quanh với vùng tích tụ mảng bám răng nhiều hơn và khó kiểm soát mảng bám răng như các vùng chẽ chân răng, các bờ phục hồi nhô ra, các vị trí răng sai tư thế, hoặc các vùng kẹt thức ăn
Ở các vị trí không kiểm soát được mảng bám răng, bệnh có thể tiếp tục tiến triển và dẫn tới mất răng

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Kiểm soát mảng bám răng:Các biện pháp cơ học: Chải răng đúng cách, làm sạch kẽ răng bằng chỉ nha khoa, bàn chải kẽ..., làm sạch bằng phương tiện phun tưới
Phương pháp hóa học: dùng nước súc miệng kháng khuẩn hàng ngày
Chế độ ăn uống cân bằng, sử dụng các thức ăn có lợi cho lợi
Khám răng định kỳ để phát hiện và điều trị kịp thời những tổn thương sớm vùng quanh răng

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt

VIÊM LỢI LOÉT HOẠI TỬ CẤP TÍNH

(Acute Necrotizing Ulcerative Gingivitis)

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm lợi loét hoại tử cấp là b ệnh nhiễm khuẩn cấp tính ở lợi với các tổn thương đặc trưng là sự loét và hoại tử ở mô lợi

NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân gây viêm lợi loét hoại tử cấp tính là do sọ bùng phát của các loại vi khuẩn gây bệnh trong miệng (VD: cầu khuẩn và xoắn khuẩn *Fusobacterium, Prevotella intermedia, Porphyromonas gingivalis*), sự bùng phát này hay gặp ở những người có nguy cơ cao…..

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

Các triệu chứng lâm sàng

1.1. Toàn thân:

Sốt

Người mệt mỏi

Biếng ăn

1.2. Tại chỗ

Ngoài miệng: có thể có hạch dưới hàm

Trong miệng:Tổn thương loét và hoại tử ở vùng viền lợi và nhú lợi: tổn thương loét hoại tử tiến triển nhanh bắt đầu ở nhú lợi và lan sang viền lợi, tạo vết lõm ở trung tâm, tổn thương hoại tử thường có hình đáy chén. Tổn thương có giới hạn rõ ràng và thường không lan tới lợi dính

Giả mạc: trên vùng tổn thương hoại tử phủ một lớp màng màu trắng, được cấu tạo bởi bạch cầu, mô hoại tử, fibrin. Khi lớp giả mạc được lấy đi sẽ làm tổn thương chảy máu

Đường viền ban đỏ: nằm giữa vùng hoại tử và mô lợi còn tương đối lành

Chảy máu tự nhiên hoặc khi va chạm

Đau nhức vừa phải khi bệnh tiến triển nặng thì đau nhiều hơn, đau tăng khi ăn nhai, kèm theo tăng tiết nước bọt

Miệng rất hôi

2. Cận lâm sàng

Xét nghiệm máu: Bạch cầu tăng, máu lắng tăng…

Cấy vi khuẩn: …

X quang: Không có tổn thương xương ổ răng

3. Chẩn đoán phân biệt

Viêm lợi loét hợi tử cấp cần phân biệt với viêm lợi miệng Herpes cấp

	Viêm lợi loét hoại tử cấp tính	Viêm lợi miệng Herpes cấp
Nguyên nhân	Chưa rõ	Do virus Herpes
Đặc điểm	Gây hoại tử lợi	Gây hồng ban, mụn nước.
Hình thái	Tổn thương lõm hình chén nước.	Tổn thương dạng mụn, có màng giả.
Vị trí	Thường ở nhú và viền lơi	Thấy ở lợi, niêm mạc miệng, môi
Tuổi	Ít gặp ở trẻ em.	Thường gặp ở trẻ em.
Tiến triển	Thời gian tiếng triển không xác định	Sau 7 đến 10 ngày tự khỏi

III. ĐIỀU TRỊ

Lần 1: Điều trị phải được giới hạn ở các vùng liên quan tới tình trạng cấp tính

Cách ly và làm khô tổn thương bằng gòn bông
Giảm đau tại chỗ
Lấy giả mạc và các cặn không dính ở bề mặt tổn thương
Làm sạch vùng tổn thương bằng nước ấm
Có thể lấy cao răng trên lợi nông bằng máy siêu âm
Cho bệnh nhân Súc miệng bằng hỗn dịch nước oxy già ấm 2 giờ/1 lần theo công thức trộn một cốc nước ấm với Ôxy già 3% theo tỷ lệ 1:1
Cho bệnh nhân Súc miệng Chlohexidine 0,12% , mỗi ngày 2 lần
Trường hợp viêm lợi loét hoại tử trung bình, nặng, có hạch và các triệuchứng toàn thân thì dùng kháng sinh phối hợp
Lưu ý: Không được lấy cao răng dưới lợi hoặc nạo túi lợi vì có thể gây nhiễm khuẩn máu
Các thủ thuật nhổ răng hoặc phẫu thuật quanh răng phải trì hoãn sau khi hết triệu chứng 4 tuần
Hướng dẫn bệnh nhân: Súc miệng bằng hỗn dịch nước Ôxy già ấm 2 giờ/1 lần theo công thức trộn một cốc nước ấm với Ôxy già 3% theo tỷ lệ 1:1
Súc miệng Chlohexidine 0,12%, mỗi ngày 2 lần
Không hút thuốc, không uống rượu, không ăn đồ gia vị
Hạn chế chải răng
Tránh gắng sức quá mức
Lần 2: Thường sau 1-2 ngày. Việc điều trị lần này tùy thuộc vào tình trạng bệnh nhân và tình trạng tổn thương
Có thể lấy cao răng nhẹ nhàng bằng máy siêu âm. Tránh làm sang chấn các tổn thương đang hồi phục
Hướng dẫn bệnh nhân như lần 1
Lần 3: Sau lần 2 từ 1 đến 2 ngày
Lấy cao răng và làm nhẵn chân răng
Hướng dẫn bệnh nhân: Ngừng Súc miệng nước Ôxy già
Duy trì Súc miệng Chlohexidine 0,12% thêm 2 đến 3 tuần
Thực hiện các biện pháp kiểm soát mảng bám răng

IV. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Nếu được điều trị đúng phác đồ thì tình trạng bệnh mô lợi phục hồi tốt
Khi tiến triển đến giai đoạn nặng mô lợi bị hoại tử tạo cơ hội phá hủy các cấu trúc quanh răng khác

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Duy trìchế độ dinh dưỡng đầy đủ, hợp lý
Vệ sinh răng miệng đúng phương pháp
Khám răng định kỳ

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt

BỆNH SÂU RĂNG
(Tooth Decay/ Dental caries)

I. ĐỊNH NGHĨA

Sâu răng là tình trạng tổn thương mất mô cứng của răng do quá trình hủy khoáng gây ra bởi vi khuẩn ở mảng bám răng

NGUYÊN NHÂN

Do các men của vi khuẩn ở mảng bám răng tác động lên các thức ăn có nguồn gốc Gluxit còn dính lại ở bề mặt răng, chuyển hóa thành axit. Khi môi trường axit cópH < 5,5 thì gây ra tổn thương hủy khoáng làm mất mô cứng của răng và gây ra sâu răng

Chủng vi khuẩn có khả năng gây sâu răng cao nhất trong nghiên cứu thực nghiệm là *Streptococus mutans*. Một số chủng vi khuẩn khác như *Actinomyces, Lactobacillus...* cũng được xác định có khả năng gây ra sâu răng

Một số yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng sâu răng:Men răngMen răng thiểu sản hay men răng kém khoáng hóa dễ bị huỷ khoáng hơn và ảnh hưởng đến tiến triển của tổn thương sâu răng

- Hình thể răng: Các răng có hố rãnh sâu có nguy cơ sâu răng cao do sự tập trung của mảng bám răng và khó làm sạch mảng bám răng. Có một tỷ lệ cao các trường hợp sâu răng được bắt đầu từ hố rãnh tự nhiên của các răng
- Vị trí răng: Răng lệch lạc làm tăng khả năng lưu giữ mảng bám vì thế dễ bị sâu răng hơn
- Nước bọt: Dòng chảy và tốc độ chảy của nước bọt là yếu tố làm sạch tự nhiên để loại bỏ các mảnh vụn thức ăn còn sót lạ Tạo một lớp màng mỏng trên bề mặt của răng từ nước bọt có vai trò như một hàng rào bảo vệ men răng khỏi pH nguy cơ. Ngoài ra nước bọt còn có vai trò đệm làm giảm độ toan của môi trường quanh răng và có tác dụng đề kháng với sâu răng. Nước bọt còn là nguồn cung cấp các chất khoáng, hỗ trợ quá trình tái khoáng để có thể phục hồi các tổn thương sâu răng sớm
- Chế độ ăn: nhiều đường, thói quen ăn uống trước khi đi ngủ hay bú bình kéo dài đều làm tăng nguy cơ sâu răng

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Chẩn đoán các tổn thương sâu răng sớm

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng

- Các dấu hiệu lâm sàng: Vùng tổn thương sâu răng sớm xuất hiện các vết trắng khi thổi khô bề mặt

Thay đổi mầu sắc vùng tổn thương khi chiếu đèn sợi quang học. Vùng tổn thương là một vùng tối trên nền ánh sáng trắng của men răng bình thường

Có biểu hiện thay đổi chỉ số huỷ khoáng khi sử dụng đèn Laser huỳnh quang. Vùng tổn thương biểu hiện mức độ mất khoáng tương ứng với giá trị từ 10đến 20 khi đo bằng thiết bị Laser huỳnh quang

X quang: Không có dấu hiệu đặc trưng trên X quang.

1.2. Chẩn đoán sâu răng giai đoạn hình thành lỗ sâu

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng và/ hoặc X quang: Triệu chứng cơ năngbuốt ngà: ê buốt khi có các chất kích thích tác động vào vùng tổn thương như nóng, lạnh, chua, ngọt. Khi hết kích thích thì hết ê buốt

Triệu chứng thực thể- Tổn thương mất mô cứng của răngVị trí: có thể gặp ở tất cả các mặt của răng

Độ sâu: < 4mm, chưa tổn thương đến tuỷ răng

Đáy: có thể nhẵn bóng hay nhiều ngà mủn tuỷ vào giai đoạn tiến triển
Mầu sắc: thường sẫm màu, có màu nâu hoặc đen
Kích thước: thường trong giới hạn một răng nhưng đôi khi lan sang răng bên cạnh với những lỗ sâu mặt bên
Trường hợp tổn thương mất mô cứng rất nhỏ, không biểu hiện rõ thành lỗ sâu thì khi dùng thám châm thăm khám có thể tìm thấy tổn thương với dấu hiệu mắc thám châm
Nghiệm pháp thử tuỷThổi bằng hơi: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thổi
Thử lạnh: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thử
Thử nóng: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thử
X quang: Có hình ảnh thấu quang vùng tổn thương sâu răng

2. Chẩn đoán phân biệt

Các tổn thương sâu răng sớm chẩn đoán phân biệt với thay đổi màu sắc răng không do sâu răng dựa vào các triệu chứng dưới đây:

Triệu chứng	Sâu răng sữa giai đoạn sớm	Thay đổi màu sắc răng không do sâu
Màu sắc	Màu trắng đục, nâu vàng trên men răng.	Màu trắng đục, nâu vàng trên men, ngà răng.
Vị trí	Hố răng mặt nhai, mặt gần, xa, mặt ngoài hoặc mặt trong các răng hàm sữa. Mặt gần, xa, mặt ngoài hoặc mặt trong các răng cửa và răng nanh nữa	Toàn bộ mặt răng, có thể ở ở một răng do bị chấn thương gây chết tủy, hoặc trên nhiều răng do thiểu sản men răng sữa, có tính chất đối xứng
Ê buốt ngà	Không ê buốt ngà khi có kích thích	Không ê buốt ngà khi có kích thích

Các tổn thương sâu răng đã hình thành lỗ sâu chẩn đoán phân biệt với viêm tuỷ răng, tuỷ hoại tử dựa vào các triệu chứng dưới đây:

Triệu chứng	Sâu răng	Viêm tủy răng	Tủy hoại tử
Đau, ê buốt tự nhiên	Không có đau tự nhiên	Đau tự nhiên từng cơn, đau nhiều về đêm	Không có đau tự nhiên
Đau, ê buốt khi ăn các chất kích thích như nóng, lạnh, chua, ngọt,…	Ê buốt ngà khi có kích thích nóng, lạnh, chua, ngọt. Hết kích thích thì hết ê buốt.	Đau tăng lên. Khi hết các chất kích thích, đau vẫn tiếp tục kéo dài thêm.	Không đau, không ê buốt khi có kích thích.
Tổn thương mô cứng răng	Có lỗ sâu.	Lỗ sâu to, nhiều ngà mủn, làm sạch có thể thấy ánh hồng hoặc tủy hở.	Có lỗ sâu, có tổn thương tổ chức cứng lộ ngà.
Gõ dọc	Không đau	Đau nhẹ	Đau nhẹ
Gõ ngang	Không đau	Đau nhiều	Không đau
Thử tủy	Có đau, sớm hết đau khi hết kích thích	Đau nhiều và còn kéo dài thêm khi ngừng kích thích	Không đau
X-Quang	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Đối với các trường hợp tổn thương sâu răng sớm thì cung cấp các yếu tố nhằm tăng cường quá trình tái khoáng, ngăn chặn hủy khoáng để phục hồi các tổn thương

Đối với các trường hợp đã tạo thành lỗ sâu thì phải lấy bỏ toàn bộ mô nhiễm khuẩn, bảo vệ tuỷ và hàn kín phục hồi mô cứng bằng các loại vật liệu thích hợp

2. Tổn thương sâu răng sớm- Tái khoáng hóa

Liệu pháp Flour: dùng Fluor có độ tập trung cao ở dạng gel, dung dịch hoặc véc ni áp lên bề mặt vùng tổn thương để tái khoáng

Hướng dẫn bệnh nhân chải răng với kem răng có Fluor.

3. Tổn thương đã hình thành lỗ sâu

Hàn kín lỗ sâu phục hồi mô cứng

+ Lấy ngà mủn

+ Sửa soạn thành lỗ sâu. + Sửa soạn đáy lỗ sâu. + Làm sạch lỗ sâu

+ Hàn lót che phủ bảo vệ tuỷ

+ Hàn kín phục hồi mô cứng: chọn vật liệu và mầu sắc vật liệu. + Hoàn thiện

Hướng dẫn kiểm soát mảng bám răng đề phòng sâu tái phát ở vùng ranh giới

Hẹn kiểm tra định kỳ

IV. BIẾN CHỨNG

Viêm tủy răng

Viêm quang cuống răng

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Áp dụng các biện pháp cơ học kiểm soát mảng bám răng như chải răng với kem Fluor và chỉ tơ nha khoa

Trám bít hố rãnh ở các răng vĩnh viễn có nguy cơ sâu răng như các hố rãnh tự nhiên sâu khó kiểm soát mảng bám

Đối với các trường hợp có nguy cơ sâu răng cao thì áp dụng các chế phẩm có độ tập trung Fluor cao do thầy thuốc thực hiện

Hướng dẫn chế độ ăn uống có tác dụng dự phòng sâu răng

Khám và kiểm tra răng miệng định kỳ để phát hiện và điều trị sớm

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt

TỔN THƯƠNG MÔ CỨNG CỦA RĂNG KHÔNG DO SÂU

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tổn thương mô cứng của răng bao gồm tổn thương men răng hoặc tổn thương cả men và ngà răng hoặc tổn thương xương răng mà không phải do sâu răng và thường do nhiều nguyên nhân khác nhau. Nếu không điều trị kịp thời thì các tổn thương này có thể dẫn tới viêm tuỷ răng

II. NGUYÊN NHÂN

1. Mòn răng

Mòn răng - răng: Có thể là sinh lý hay bệnh lý, tác nhân nội tại thường là trụ men của các răng đối diện, do khớp cắn bất thường hoặc nghiến răng

Mài mòn: Là tác động của lực ma sát từ các tác nhân ngoại lai, có thể do chải răng quá mạnh, cắn các vật cứng, hoặc thứ phát sau mài mòn hóa học

Mòn hóa học: Do các hóa chất như trong hội chứng trào ngược dạ dày, làm ắc quy, tiếp xúc với khí ga, axit...

Tiêu cổ răng: Do răng xoay trục hoặc cản trở cắn sang bên

Tổn thương do rối loạn quá trình phát triển răngTại chỗ

Nhiễm khuẩn, sang chấn làm rối loạn chức năng nguyên bào tạo men có thểtừ răng sữa

Điều trị tia xạ: Do môi trường: Trước sinh: Mẹ mắc giang mai, *Rubella* hoặc nhiễm Fluor từ mẹ

Khi sinh: Do tan máu bẩm sinh, thiếu Canxi, trẻ sinh non

Sau sinh: Thường gặp trong nhiễm khuẩn trầm trọng, nhiễm Fluor, thiếu dinh dưỡng..

2. Do di truyền

Tạo men không hoàn chỉnh bẩm sinh (bệnh chỉ xảy ra ở răng)

Tổn thương phối hợp với các bệnh toàn thân: Hội chứng loạn sản ngoại bì, hội chứng Down

Nứt vỡ răng: Thường gặp do chấn thương

3. Tiêu chân răng

Ngoại tiêu: Thường gặp do các kích thích trong thời gian ngắn như chấn thương, di chuyển răng trong chỉnh nha, các phẫu thuật vùng quanh răng hoặc điều trị vùng quanh răng

Nội tiêu: Có thể do chấn thương, nhiệt, viêm tủy mạn tính..

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Mòn răng: mòn từ rìa cắn răng cửa trước sau đó mòn đến múi chịu các răng hàmTốc độ của ngà nhanh hơn tốc độ mòn men nên tổn thương có dạng hình lõm đáy chénCác tổn thương của hai răng đối đầu thường khớp khít vào nhau

Mức độ mòn nhiều gây nhạy cảm răngTổn thương mòn hóa học nằm ở các răng gần nhau nơi có axit phá hủy, làm bề mặt men trở nên trong suốt

Tiêu cổ răng là tổn thương lõm hình chêm ở cổ răng tại đường ranh giới xi măng- ngà

Tổn thương do rối loạn phát triển răngMen răng mỏng như thủy tinh, để lộ màu ngà răng (thiểu sản men)

Men răng mềm, tính chất như phấn, nhanh chóng bị mòn để lộ ngà trên bề mặt (men răng kém khoáng hóa hoặc chưa trưởng thành)

Răng có màu từ xám xanh đến nâu hổ phách (thiểu sản ngà, tạo ngà không hoàn chỉnh..)

Nhiễm màu răng: răng có màu nâu đỏ do nhiễm porphyrin, màu từ vàng, nâu xám sậm hoặc xanh lơ, đỏ tía tùy mức độ nhiễm tetracycline…Nứt vỡ răng: khám răng có thể thấy đường rạn răng, đường nứt răng hoặc vỡ thân răng ..

Tiêu chân răng: tiêu nhẹ không có triệu chứng, nếu tiêu nhiều gây đau, thăm khám thấy xuất hiện u hạt

2. Cận lâm sàng

Tổn thương do rối loạn phát triển răng: Men răng có độ cản quang gần giống với ngà răng (men răng kém khoáng hóa..), thân răng hình cầu, chân răng hẹp, ngắn, tủy chân răng thường tắc (tạo ngà không hoàn chỉnh…)

Tiêu chân răng: hình ảnh thấu quang hai bên chân răng (ngoại tiêu) hoặc trong ống tủy có hình cầu (nội tiêu)

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Điều trị theo nguyên nhân và phục hồi tổ chức bị mất

Sơ đồ/phác đồ điều trịLoại bỏ nguyên nhân gây tổn thương sau đó chọn lựa phương pháp phục hồi thích hợp

2. Điều trị cụ thể

Mòn răng:Sử dụng máng chống nghiến cho bệnh nhân nghiến răng, điều chỉnh cácđiểm cản trở cắn và các điểm chạm sớm

Thay đổi thói quen xấu trong chải răng

Thay đổi chế độ ăn, loại bỏ thức ăn, đồ uống có axit

Tiến hành phục hồi tổ chức răng đã mất bằng phương pháp phù hợp như hàn răng, làm chụp bọc, Inlay, Onlay…Tổn thương do rối loạn phát triển răng:Dự phòng các biến chứng như mòn răng, vỡ răng, hở tủy và đảm bảo tính thẩm mỹ bằng phương pháp phù hợp như hàn Composite, phục hình bằng chụp, Veneer, Inlay, Onlay

Điều trị biến chứng hở tủy nếu có

Có thể tiến hành tẩy trắng răng khi răng bị nhiễm màu

Nứt vỡ răng: phục hồi thân răng và điều trị tủy nếu hở tủy

Tiêu chân răng: loại bỏ u hạt, điều trị tủy, hàn phục hồi …

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Mòn nhiều gây hở tủy và viêm tủy

VI. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Thay đổi thói quen xấu gây mòn răng

Phục hồi thân răng để dự phòng bệnh tiến triển nặng thêm

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt

VIÊM TỦY RĂNG VĨNH VIỄN

I. ĐỊNH NGHĨA:

Viêm tủy răng là tình trạng vùng tủy và các mô quanh chân răng bị viêm nhiễm.

II. NGUYÊN NHÂN:

- Sâu răng: Khi răng bị sâu, vết sâu không được trám kín kịp thời, để lâu ngày sẽ xâm lấn vào trong tủy răng, gây ra viêm tủy răng
- Viêm quanh răng gây viêm tủy ngược dòng: những vi khuẩn tồn tại gây viêm ở những tổ chức xung quanh răng, ví dụ như viêm nướu, cũng có thể gây nên viêm tủy răng
- Chấn thương răng: Những sự cố chấn thương ngoài ý muốn làm răng tổn thương, gãy, mẻ răng làm tủy răng bị lộ ra ngoài.
- Việc thay đổi nhiệt độ đột ngột khi ăn những thức ăn quá nóng hoặc quá lạnh làm răng bị sung huyết, dẫn đến viêm tủy răng
- Răng bị tổn thương: Việc đánh răng không phù hợp, bàn chải quá cứng, đánh răng quá mạnh khiến cổ răng bị khuyết dần đi, cổ răng bị khuyết nghiêm trọng có thể làm lộ tủy răng, gây viêm tủy
- Răng bị mài mòn: Ở những người lớn tuổi răng bị mài mòn sau nhiều năm cũng gây ra tình trạng hở tủy răng, cộng với thói quen vệ sinh răng miệng kém do cao tuổi càng dễ mắc bệnh viêm tủy răng
- Do thủ thuật của nha sĩ trong việc điều trị trước đây: vết trám các lỗ sâu chưa kín hoặc vấn đề mài cùi làm chụp khi răng còn sống.

III. CHẨN ĐOÁN:

3.1. Lâm sàng:

- Đau khi có kích thích: nóng, lạnh, chua, ngọt, khi ăn nhai... hết kích thích hết đau.
- Đau liên tục, uống thuốc giảm đau cũng không đỡ.
- Khám trong miệng:
    - Răng sâu lớn, mô mềm xung quanh răng có biểu hiện viêm, nhiễm trùng (sưng đỏ, có thể có lỗ dò).
    - Răng lung lay nhẹ hoặc không, đau khi gõ nhẹ (đôi khi triệu chứng lâm sàng rất điển hình của viêm tủy cấp không cần gõ).

3.2. Cận lâm sàng: Phim X-quang:

- Độ lan rộng của tổn thương mô răng (độ thấu quang) tới tủy hoặc gần sát sừng tủy. Hoặc có điều trị lấy tủy buồng hay tủy chân trước đó. Có thấu quang quanh chóp hoặc không.
- Dây chằng nha chu dãn rộng hoặc bình thường.
- Chóp chân răng đóng kín hoặc chưa đóng chóp.

3.3. Chẩn đoán xác định: Viêm tủy

IV. ĐIỀU TRỊ:

4.1. Chỉ định:

- Tùy theo tổn thương trên lâm sàng và phim X-quang.
- Che tủy trực tiếp hoặc gián tiếp bằng Hydroxit Canxi - Ca(OH)2.
- Điều trị tủy: lấy tủy chân.

4.2. Chống chỉ định tương đối:

- Bệnh nhân có tiền sử các bệnh tim mạch, bệnh về máu,…(cho trẻ khám chuyên khoa và có ý kiến của bác sĩ chuyên khoa cho phép điều trị và các thuốc trẻ có thể dùng được trong thời gian điều trị).

4.3. Điều trị:

- Tùy theo tổn thương trên lâm sàng và phim X-quang:

- Điều trị bảo tồn: Che tủy trực tiếp hoặc gián tiếp bằng Hydroxit Canxi - $Ca(OH)_2$.
- Điều trị tủy: Lấy tủy chân, nếu răng chưa đóng chóp phải điều trị đóng chóp chân răng trước khi trám ống tủy.
- Thuốc: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

Kháng sinh:

- Chọn thuốc kháng sinh thuộc các nhóm β lactam, nhóm aminosid hay aminoglycoside, nhóm chloramphenicol, nhóm tetracyclin, nhóm macrolid và lincosamid, nhóm quinolone, nhóm 5- nitro- imidazole tùy theo cơ địa và kháng sinh đồ. Khoa thường hay cho:
    - Amoxicilline 250mg (gói), 500mg (viên nang, gói):
        - Trẻ em trên 12 tuổi: Dùng liều người lớn: 500 mg, cách 8 giờ 1 lần.
        - Trẻ em dưới 12 tuổi: 40-50 mg/kg thể trọng/ ngày, cách 8 giờ 1 lần, sử dụng dưới dạng gói.
        - Trẻ dưới 20 kg thường dùng liều 20 – 40mg/ kg thể trọng/ ngày, sử dụng dưới dạng gói.
    - Metronidazole 250 mg:
        - Liều thường dùng cho trẻ em: 20-30 mg/kg/ngày, chia làm 4 lần uống.

Kháng viêm:

- **Dexamethasone 0,5mg:**
    - Liều thường dùng cho trẻ em: 0,024 – 0,34 mg/kg/ngày chia làm 4 liều.
- Prednisone 5 mg:
    - Liều thường dùng cho trẻ em: 0,14 – 2 mg/kg/ngày chia làm 4 lần uống.

Giảm đau:

- **Paracetamol 500mg, 325mg, 250mg (gói), 125mg (gói):**
    - Trẻ em trên 12 tuổi: dùng theo liều người lớn: 500mg, 4-6 giờ một lần uống.
    - Trẻ em 10 – 11 tuổi: 480mg, mỗi 4-6 giờ một lần uống.
    - Trẻ em 9 – 10 tuổi: 400mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
    - Trẻ em 6 – 8 tuổi: 320mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
    - Trẻ em 4 – 5 tuổi: 240mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
    - Trẻ em 2-3 tuổi: 160mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
    - Trẻ em 1 – 2 tuổi: 120mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
- Ibuprofen 100mg / 5 ml:
- Trẻ em 3 - 6 tháng tuổi (5 kg đến 7,6 kg): 2,5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 150 mg ibuprofen mỗi ngày).
- Trẻ em từ 6 - 12 tháng tuổi (7,7 kg đến 9 kg): 2,5 ml mỗi lần, 3 - 4 lần mỗi ngày (tương đương 150 - 200 mg ibuprofen mỗi ngày).
- Trẻ em từ 1 - 3 tuổi (10 kg đến 15 kg): 5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 300mg ibuprofen mỗi ngày).
- Trẻ em từ 4 - 6 tuổi (16 kg đến 20 kg): 7,5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 450 mg ibuprofen mỗi ngày).
- Trẻ em từ 7 - 9 tuổi (21 kg đến 29 kg): 10 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 600 mg ibuprofen mỗi ngày).

- Trẻ em từ 10 - 12 tuổi (30 kg đến 40 kg): 15ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 900 mg ibuprofen mỗi ngày).

- Thời gian dùng thuốc từ 5 – 7 ngày.

V. TIÊN LƯỢNG BIẾN CHỨNG:

- Hậu quả nhiễm trùng do viêm tủy bao gồm viêm quanh chóp , áp xe quanh chóp, viêm mô tế bào , và (hiếm gặp) viêm tủy xương hàm . Khi lan rộng từ các
- răng hàm trên có thể gây ra viêm xoang , viêm màng não , áp xe não , viêm mô tế bào hốc mắt , và huyết khối xoang hang có mủ.
- Khi lan rộng từ các răng hàm dưới có thể gây ra viêm họng Ludwig , áp xe thành bên hầu, viêm trung thất , viêm màng tim mủ màng phổi và viêm tĩnh mạch cổ huyết khối.

VI. PHÒNG BỆNH HƯỚNG XỬ LÝ:

- Vệ sinh răng miệng cẩn thận để tránh xa sâu răng
- Nên đi khám răng định kỳ 6 tháng 1 lần để phát hiện các bệnh về răng có thể dẫn tới viêm tủy răng như: sâu răng, viêm nướu, viêm nha chu...

HOẠI TỬ TỦY RĂNG VĨNH VIỄN

I. ĐỊNH NGHĨA:

Hoại tử tủy răng là tình trạng tủy răng bên trong răng bị chết. Tủy răng bị hoại tử là giai đoạn cuối của bệnh viêm tủy răng mãn tính. Nó có thể dẫn đến các vấn đề khác với răng nếu không được điều trị kịp thời.

II. NGUYÊN NHÂN:

- Sâu răng: tình trạng ăn kẹo bánh nhiều, ăn đồ ăn vặt nhiều ở trẻ em khiến trẻ dễ bị sâu răng. Bên cạnh đó, trẻ nhỏ thường hay lười và thường gặp khó khăn trong việc vệ sinh răng miệng làm răng dễ bị sâu hơn. Khi trẻ bị sâu răng, các vi khuẩn sẽ phá hủy hoàn toàn men răng và ngà răng, cuối cùng là tấn công làm viêm tủy răng. Nếu không được điều trị từ sớm thì sẽ dẫn đến hoại tử tủy răng.
- Răng bị chấn thương: do chạy nhảy hay nô đùa trẻ bị ngã dẫn đến răng bị gãy vỡ. Tủy răng bị lộ ra ngoài dễ bị viêm nhiễm.
- Do bị viêm nha chu: tình trạng viêm nướu nếu không được điều trị kịp thời có thể dẫn tới viêm nha chu có thể gây viêm tủy răng và cuối cùng là hoại tử tủy răng.

III. CHẨN ĐOÁN:

3.1. Lâm sàng:

- Đau hoặc không đau, răng đổi màu (so sánh với màu răng bên cạnh hoặc gần đó bình thường). Mô mềm xung quanh răng có thể sưng đỏ, có mủ (áp-xe hay có lỗ dò ở mô mềm vùng chân răng). Tổn thương có thể lộ tủy hay không, có lỗ sâu trên răng.
- Răng lung lay, gõ đau hoặc không đau (gõ bằng cán gương với lực nhẹ).

3.2. Cận lâm sàng (nếu có):

- Phim X-quang: có thấu quang quanh chóp răng, dây chằng nha chu dãn rộng, có thể có tiêu xương chân răng.

3.3. Chẩn đoán xác định: Hoại tử tủy (K0.41).

IV. ĐIỀU TRỊ:

4.1. Chỉ định:

- Lấy tủy chân răng; hoặc nhổ nếu nhiễm trùng nhiều, răng lung lay không giữ được.

4.2. Chống chỉ định tương đối:

- Bệnh nhân có tiền sử các bệnh tim mạch, bệnh về máu,… (cho trẻ khám chuyên khoa và có ý kiến của bác sĩ chuyên khoa cho phép điều trị và các thuốc trẻ có thể dùng được trong thời gian điều trị).

4.3. Điều trị:

- Lấy tủy toàn phần hoặc nhổ nếu nhiễm trùng nhiều, răng lung lay không giữ được.
- Thuốc: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

Kháng sinh:

- Chọn thuốc kháng sinh thuộc các nhóm β lactam, nhóm aminosid hay aminoglycoside, nhóm chloramphenicol, nhóm tetracyclin, nhóm macrolid và lincosamid, nhóm quinolone, nhóm 5- nitro- imidazole tùy theo cơ địa và kháng sinh đồ. Khoa thường hay cho:
    - Amoxicilline 250 mg (gói), 500 mg (viên nang, gói):
        - Trẻ em trên 12 tuổi: Dùng liều người lớn: 500mg, cách 8 giờ 1 lần.
        - Trẻ em dưới 12 tuổi: 40-50 mg/kg thể trọng/ ngày, cách 8 giờ 1 lần, sử dụng dưới dạng gói.
        - Trẻ dưới 20 kg thường dùng liều 20 – 40mg/ kg thể trọng/ ngày, sử dụng dưới dạng gói.

- Metronidazole 250mg:
  - Liều thường dùng cho trẻ em: 20-30 mg/kg/ngày, chia làm 4 lần uống.

Kháng viêm:

- **Dexamethasone 0,5mg:**
  - Liều thường dùng cho trẻ em: 0,024 – 0,34 mg/kg/ngày chia làm 4 liều.
- Prednisone 5mg:
  - Liều thường dùng cho trẻ em: 0,14 – 2 mg/kg/ngày chia làm 4 lần uống.

Giảm đau:

- **Paracetamol 500mg, 325mg, 250mg (gói), 125mg (gói):**
  - Trẻ em trên 12 tuổi: dùng theo liều người lớn: 500mg, 4-6 giờ một lần uống.
  - Trẻ em 10 – 11 tuổi: 480mg, mỗi 4-6 giờ một lần uống.
  - Trẻ em 9 – 10 tuổi: 400mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
  - Trẻ em 6 – 8 tuổi: 320mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
  - Trẻ em 4 – 5 tuổi: 240mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
  - Trẻ em 2-3 tuổi: 160mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
  - Trẻ em 1 – 2 tuổi: 120mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
- Ibuprofen 100mg / 5 ml:
  - Trẻ em 3 - 6 tháng tuổi (5 kg đến 7,6 kg): 2,5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 150 mg ibuprofen mỗi ngày).
  - Trẻ em từ 6 - 12 tháng tuổi (7,7 kg đến 9 kg): 2,5 ml mỗi lần, 3 - 4 lần mỗi ngày (tương đương 150 - 200 mg ibuprofen mỗi ngày).
  - Trẻ em từ 1 - 3 tuổi (10 kg đến 15 kg): 5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 300mg ibuprofen mỗi ngày).
  - Trẻ em từ 4 - 6 tuổi (16 kg đến 20 kg): 7,5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 450 mg ibuprofen mỗi ngày).
  - Trẻ em từ 7 - 9 tuổi (21 kg đến 29 kg): 10 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 600 mg ibuprofen mỗi ngày).
  - Trẻ em từ 10 - 12 tuổi (30 kg đến 40 kg): 15ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 900 mg ibuprofen mỗi ngày).

- Thời gian dùng thuốc từ 5 – 7 ngày.

V. TIÊN LƯỢNG BIẾN CHỨNG:

- Hoại tử tủy nếu không được điều trị sẽ gây ra các bệnh lý khác nghiêm trọng hơn như bệnh lý ở chân răng: u hạt, nang chân chóp… Nặng hơn gây viêm xương hàm, viêm mô tế bào.
- Hoại tử tủy nếu nặng có thể phải nhổ răng như phương pháp điều trị cuối cùng, nếu răng vĩnh viễn phải nhổ bỏ sẽ không có răng khác thay thế, ảnh hưởng tới thẩm mỹ, sức khỏe răng miệng về sau.

VI. PHÒNG BỆNH HƯỚNG XỬ LÝ:

- Vệ sinh răng miệng đúng cách: tập cho trẻ thói quen vệ sinh răng miệng từ nhỏ và dạy trẻ cách vệ sinh răng miệng đúng cách. Các cha mẹ nên lưu ý chọn bàn chải đánh răng cho con nên dùng loại bàn chải mềm để hạn chế gây kích ứng nướu răng.
- Sử dụng chỉ tơ nha khoa để làm sạch thức ăn mắc kẹt, không nên dùng tăm tre. Nên cho trẻ súc miệng với nước muối ấm pha loãng sau khi chải răng.
- Hạn chế cho trẻ ăn vặt, ăn nhiều bánh kẹo, thực phẩm có chứa nhiều đường.

- Cho trẻ đi khám răng miệng định kì: nên cho trẻ đi khám răng định kì 2 – 3 lần/năm khi trẻ từ 2 tuổi trở lên.

RĂNG VĨNH VIỄN ÁP-XE QUANH CHÓP RĂNG

1. ĐỊNH NGHĨA:

Tổn thương cấp tính, nguyên phát hay do đợt bùng phát cấp tính của bệnh lý mạn tính vùng quanh chóp.

2. NGUYÊN NHÂN:

Do nhiễm khuẩn: do bệnh tủy lan tràn qua vùng mô quanh chóp.

Do sang chấn: răng bị chấn thương do tai nạn hoặc chấn thương khớp cắn

Do sai sót trong điều trị: có thể do điều trị nội nha vô tình đi quá chóp răng, do miếng trám quá cao.

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1. Lâm sàng:

- Răng có thể có lỗ sâu hoặc không, mô mềm xung quanh răng có sưng đỏ, có mủ.
- Gõ đau ít hay nhiều tùy tổn thương hoặc không đau.
- Răng lung lay từ độ 1 tới độ 4 (tùy nhiễm trùng ít hay nhiều).

3.2. Cận lâm sàng (nếu có):

Phim X-quang: có thấu quang xung quanh răng, có thể tiêu xương chân răng.

3.3. Chẩn đoán xác định: Áp-xe quanh chóp răng

4. ĐIỀU TRỊ:

4.1. Chỉ định: Rạch áp-xe, cho toa thuốc.

4.2. Chống chỉ định tương đối:

Bệnh nhân có tiền sử dị ứng thuốc tế, các bệnh tim mạch, bệnh về máu,… (cho trẻ khám chuyên khoa và có ý kiến của bác sĩ chuyên khoa cho phép điều trị và các thuốc trẻ có thể dùng được trong thời gian điều trị).

4.3. Điều trị:

- Rạch áp-xe, cho toa thuốc và hẹn tái khám.

Kháng sinh:

Chọn thuốc kháng sinh thuộc các nhóm β lactam, nhóm aminosid hay aminoglycoside, nhóm chloramphenicol, nhóm tetracyclin, nhóm macrolid và lincosamid, nhóm quinolone, nhóm 5- nitro- imidazole tùy theo cơ địa và kháng sinh đồ. Khoa thường hay cho:

o **Amoxicilline 250mg (gói), 500mg (viên nang, gói):**

♣ Trẻ em trên 12 tuổi: Dùng liều người lớn: 500mg, cách 8 giờ 1 lần.

♣ Trẻ em dưới 12 tuổi: 40-50 mg/kg thể trọng/ ngày, cách 8 giờ 1 lần, sử dụng dưới dạng gói.

♣ Trẻ dưới 20 kg thường dùng liều 20 – 40mg/ kg thể trọng/ ngày, sử dụng dưới dạng gói.

o **Metronidazole 250mg:**

♣ Liều thường dùng cho trẻ em: 20-30mg/kg/ngày, chia làm 4 lần uống.

Kháng viêm:

- **Dexamethasone 0,5mg:**

♣ Liều thường dùng cho trẻ em: 0,024 – 0,34 mg/kg/ngày chia làm 4 liều.

- **Prenisone 5mg:**

♣ Liều thường dùng cho trẻ em: 0,14 – 2 mg/kg/ngày chia làm 4 lần uống.

- **Giảm đau:**

- **Paracetamol 500mg, 325 mg, 250 mg (gói), 125 mg (gói):**

♣ Trẻ em trên 12 tuổi: dùng theo liều người lớn: 500mg, 4-6 giờ một lần uống.

♣ Trẻ em 10 – 11 tuổi: 480mg, mỗi 4-6 giờ một lần uống.

♣ Trẻ em 9 – 10 tuổi: 400mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.

♣ Trẻ em 6 – 8 tuổi: 320mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
♣ Trẻ em 4 – 5 tuổi: 240mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
♣ Trẻ em 2-3 tuổi: 160mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
♣ Trẻ em 1 – 2 tuổi: 120 mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.

• **Ibuprofen 100mg / 5 ml:**

♣ Trẻ em 3 - 6 tháng tuổi (5 kg đến 7,6 kg): 2,5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 150 mg ibuprofen mỗi ngày).
♣ Trẻ em từ 6 - 12 tháng tuổi (7,7 kg đến 9 kg): 2,5 ml mỗi lần, 3 - 4 lần mỗi ngày (tương đương 150 - 200 mg ibuprofen mỗi ngày).
♣ Trẻ em từ 1 - 3 tuổi (10 kg đến 15 kg): 5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 300mg ibuprofen mỗi ngày).
♣ Trẻ em từ 4 - 6 tuổi (16 kg đến 20 kg): 7,5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 450 mg ibuprofen mỗi ngày).
♣ Trẻ em từ 7 - 9 tuổi (21 kg đến 29 kg): 10 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 600 mg ibuprofen mỗi ngày).
♣ Trẻ em từ 10 - 12 tuổi (30 kg đến 40 kg): 15ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 900 mg ibuprofen mỗi ngày).

- Thời gian dùng thuốc từ 5 – 7 ngày.
- Tái khám:

⎪ Cho chụp phim X-quang: nếu được có thể điều trị lấy tủy chân răng để bảo tồn răng.
⎪ Nhổ răng.

- Thuốc: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

5. TIÊN LƯỢNG BIẾN CHỨNG:

Tiên lượng phụ thuộc vào mức độ lây lan của nhiễm trùng. Thông thường, khi nhiễm trùng khu trú ở răng, tiên lượng rất tốt nếu được điều trị ngay khi các dấu hiệu và triệu chứng được chú ý. Nếu nhiễm trùng ảnh hưởng đến phần lớn xương hàm xung quanh của răng và khiến răng bị lung lay, cơ hội cứu răng sẽ giảm.

6. PHÒNG BỆNH HƯỚNG XỬ LÝ:

Phải giữ vệ sinh răng miệng tốt cho trẻ sau các bữa ăn và chăm sóc răng miệng cho trẻ đúng cách. Tập cho trẻ thói quen súc miệng nhiều lần bằng nước trắng hoặc nước muối sinh lý sau khi ăn.

Hạn chế cho trẻ ăn thức ăn có nhiều đường như: bánh kẹo, nước ngọt và tránh xa các loại thức ăn mềm có tính dính cao như: kẹo dẻo, nho khô, trái cây sấy... Những loại thức ăn này làm cho vi khuẩn hoạt động mạnh tiết ra nhiều acid có hại cho răng.

Tạo cho trẻ thói quen dùng chỉ tơ nha khoa. Dùng chỉ nha khoa giúp bạn loại bỏ các vi khuẩn phát triển giữa các răng. Đánh răng không chưa đủ hiệu quả, nên dùng chỉ nha khoa hai lần một ngày.

Cho trẻ súc miệng bằng nước diệt khuẩn phù hợp với trẻ nhỏ để tránh diệt cả những vi khuẩn có lợi, làm thay đổi môi trường miệng của trẻ sau khi đánh răng một hoặc hai lần mỗi ngày để loại trừ các mảng bám trên bề mặt răng.

Các bậc cha mẹ cần phát hiện sớm và điều trị sớm các răng bị sâu của trẻ, như vậy sẽ làm giảm bớt nguy cơ viêm tủy răng.

Nên đưa trẻ đi khám răng định kỳ mỗi 6 tháng một lần để kịp thời phát hiện những

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÂY ĐÓNG CHÓP CHO RĂNG VĨNH VIỄN BẰNG MTA

(Mineral Trioxide Aggregate)

I. CHỈ ĐỊNH:

- Răng vĩnh viễn chưa đóng chóp.
- Viêm tủy không hồi phục.
- Hoại tử tủy.

II. ĐIỀU TRỊ:

- Lấy tủy toàn phần.
- Quay Ca(OH)2 trong 1 tuần.
- Trám MTA vùng chóp, đặt gòn ẩm trong buồng tủy, trám tạm (Caviton).
- Trám bít ống tủy bằng vật liệu trám bít sau 1 ngày, trám tạm.
- Trám kết thúc bằng vật liệu trám kết thúc (GIC hay Composite)

III. TIÊN LƯỢNG BIẾN CHỨNG:

Vật liệu trám bít ống tủy tương hợp sinh học nhất hiện tại, giúp các răng vĩnh viễn tiếp tục quá trình đóng chóp chân răng sau khi tủy đã hoại tử, điều trị các tổn thương ở vùng chóp chân răng.

Tiên lượng: tỉ lệ thành công cao hơn so với các vật liệu trám bít khác. Biến chứng: không có biến chứng khi sử dụng MTA.

VIÊM QUANH CUỐNG RĂNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tổn thương viêm của các thành phần mô quanh cuống răng. Đây là tổn thương nhiễm khuẩn bao gồm cả các vi khuẩn ái khí và yếm khí, xâm nhập từ mô tủy viêm hoặc mô nha chu viêm, gây ra phản ứng viêm của các thành phần của mô quanh cuống răng

NGUYÊN NHÂN

Do nhiễm khuẩn

Do viêm tủy, tủy hoại tử gây biến chứng viêm quanh cuống răng

Quá trình viêm tủy do các vi khuẩn xâm nhập từ lỗ sâu giải phóng hàng loạt các chất có độc tính vào mô quanh cuống bao gồm

- Nội độc tố và ngoại độc tố của vi khuẩn
- Các enzyme tiêu protein, phosphatase acid, ß – glucuronidase và arylsulfatase
- Các enzyme tiêu cấu trúc sợi chun và sơi tạo keo
- Prostaglandin và interleukin 6 gây tiêu xương

Do viêm quanh răng, vi khuẩn từ mô quanh răng xâm nhập vào vùng cuốngrăng

Do sang chấn răng

Sang chấn cấp tính: sang chấn mạnh lên răng gây đứt các mạch máu ở cuống răng, sau đó có sự xâm nhập của vi khuẩn dẫn tới viêm quanh cuống, thường gây viêm quanh cuống cấp tính

Sang chấn mạn tính: các sang chấn nhẹ như sang chấn khớp cắn, núm phụ, sang chấn do tật nghiến răng, do thói quen xấu như cắn chỉ, cắn đinh,… lặp lại liên tục và gây ra tổn thương viêm quanh cuống mạn tính

Do sai sót trong điều trị: chất hàn thừa, chụp quá cao gây sang chấn khớp cắn

Do sai sót trong điều trị tủy:

- Trong khi lấy tủy và làm sạch ống tủy đẩy chất bẩn ra vùng cuống gây bộinhiễm
- Tắc ống tủy do các tác nhân cơ học như gãy dụng cụ hoặc do các tác nhân hữu cơ như tạo nút ngà mùn trong lòng ống tủy
- Lạc đường gây thủng ống tủy
- Xé rộng hoặc di chuyển lỗ cuống răng

Các tổ chức nhiễm khuẩn bị đẩy vào vùng cuống trong quá trình điều trị hoặc các dị vật như sợi cellulose từ côn giấy, bột talc từ găng tay,…Các vi khuẩn trong khoang tủy kháng lại các chất sát trùng ống tủy ở các răng điều trị tủy lại

Dùng thuốc sát khuẩn nồng độ quá cao, quá mạnh hoặc có tính kích thích mạnh vùng cuống như: Trioxymethylen

Các chất hàn quá cuống là vị trí lưu vi khuẩn

II. CHẨN ĐOÁN

1. Viêm quanh cuống cấp

Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

Toàn thân: Bệnh nhân mệt mỏi, sốt cao ≥ 38˚C, có dấu hiệu nhiễm trùng như môi khô, lưỡi bẩn, có thể có phản ứng hạch ở vùng dưới hàm hoặc dưới cằm

Cơ năng

Đau nhức răng: đau tự nhiên, liên tục dữ dội, lan lên nửa đầu, đau tăng khi nhai, ít đáp ứng với thuốc giảm đau, bệnh nhân có thể xác định rõ vị trí răng đau

Cảm giác trồi răng: răng đau chạm trước khi cắn làm bệnh nhân không dámnhai

Thực thể

Thường thấy vùng da ngoài tương ứng răng tổn thương sưng nề, đỏ, không rõ ranh giới, ấn đau, có hạch tương ứng, ấn đau

Răng có thể đổi màu hoặc không đổi màu,Khám thường thấy tổn thương do sâu chưa được hàn, hoặc răng đã được điều trị, hoặc những tổn thương khác không do sâu

Răng lung lay rõ, thường độ 2 hoặc 3

Gõ dọc răng đau dữ dội so với gõ ngang

Niêm mạc ngách lợi tương ứng vùng cuống răng sưng nề, đỏ, ấn đau, môlỏng lẻo

Thử nghiệm tủy: âm tính với thử điện và nhiệt do tủy đã hoại tử.

1.2. Cận lâm sàng

X quang: Có thể có hình ảnh mờ vùng cuống, ranh giới không rõ và dãn rộng dây chằng quanh cuống

Xét nghiệm máu: Bạch cầu đa nhân trung tính tăng, máu lắng tăng…

1.3. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với viêm tuỷ răng cấp

Triệu chứng	Viêm tủy cấp	Viêm quanh cuống cấp
Dấu hiệu toàn thân	Không có dấu hiệu toàn thân	Mệt mỏi, sốt cao, có phản ứng hạch vùng
Đặc điểm đau	Đau tự nhiên, thành cơn, đau nhiều về đêm, đau tăng khi ăn nhanh	Đau tự nhiên, âm ỉ, liên tục, răng lung lay, chồi cao.
Gõ dọc	Đau ít	Đau nhiều
Thử tủy	+	-
X-Quang	Vùng cuống cho hình ảnh bình thường	Có hình ảnh dãn rộng dây chằng

2. Viêm quanh cuống bán cấp

Chẩn đoán xác định

2.1. Lâm sàng

Toàn thân: Bệnh nhân cảm thấy khó chịu, đau đầu, sốt nhẹ < 38˚C hoặc không sốt

Cơ năng:

Đau âm ỉ, liên tục ở răng tổn thương, cảm giác răng chồi cao, đau tăng khi 2 hàm chạm nhau

Thực thể

Ít thấy sưng nề vùng da tương ứng với răng tổn thương.

Có thể có hạch nhỏ di động

Ngách lợi tương ứng răng tổn thương sưng nề nhẹ, đỏ, đầy, ấn đau

Răng đổi màu xám hoặc không

Tổn thương sâu răng ở các mặt răng

Răng lung lay độ 1, 2

Gõ dọc đau hơn gõ ngang

Thử nghiệm tủy: âm tính

2.2. Cận lâm sàng:

X quang: có thể có hình ảnh mờ vùng cuống, dãn rộng dây chằng vùng cuống nhẹ

2.3. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với viêm quanh cuống cấp

Triệu chứng	Viêm quanh cuống cấp	Viêm quanh cuống bán cấp

Dấu hiệu toàn thân	Mệt mỏi, sốt cao, có phản ứng hạch vùng	Khó chịu, đau đầu, sốt nhẹ <38°C hoặc không sốt.
Đặc điểm đau	Đau tự nhiên âm ỉ, liên tục, răng lung lay, chồi cao	Đau âm ỉ, liên tục ở răng tổn thương, cảm giác răng chồi cao, đau tăng khi 2 hàm chạm nhau.
Gõ dọc	Đau nhiều	Đau ít

3. Viêm quanh cuống mạn

Chẩn đoán xác định

3.1. Lâm sàng

Cơ năng

Chỉ có tiền sử đau của các đợt viêm tủy cấp, viêm quanh cuống cấp hoặc áp xe quanh cuống cấp

Thực thể

Răng đổi màu, màu xám đục ở ngà răng ánh qua lớp men

Vùng ngách lợi hoặc vòm khẩu tương ứng quanh cuống răng có thể hơi nề, có lỗ rò hoặc sẹo rò vùng cuống. Đôi khi lỗ rò không ở trong hốc miệng mà ở ngoài da hoặc nền mũi tùy vị trí nang và áp xe

Gõ răng không đau hoặc đau nhẹ ở vùng cuống răng. Thông thường các răng nguyên nhân gõ không đau. Dấu hiệu này chỉ (+) trong các đợt cấp hoặc bán cấp của thể mạn tính

Răng có thể lung lay khi tiêu xương ổ răng nhiều

Các thử nghiệm tủy âm tính.

3.2. Cận lâm sàng:

X quang:Đưa gutta-percha qua lỗ rò trong miệng có thể thấy hình ảnh nguồn gốc ổ mủ trên phim X quang

Áp xe quanh cuống mạn tính: hình tiêu xương ranh giới không rõ

U hạt và nang: hình ảnh tiêu xương có ranh giới rõ

3.3. Chẩn đoán phân biệt

Không thể chẩn đoán phân biệt chính xác các thể bệnh nếu không có sinh thiết

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

Loại trừ toàn bộ mô nhiễm khuẩn và hoại tử trong ống tủy

Dẫn lưu tốt mô viêm vùng cuống

Hàn kín hệ thống ống tủy, tạo điều kiện cho mô cuống hồi phục

Chỉ định phẫu thuật cắt cuống răng nếu tiên lượng điều trị nội nha không có kết quả

2. Phác đồ điều trị

Những răng bị viêm quanh cuống cấp hoặc bán cấp: dẫn lưu buồng tủy. Sau đó dùng kháng sinh có tác dụng với vi khuẩn yếm khí và Gram (-), kết hợp với giảm đau, nâng cao thể trạng để tiến hành điều trị nội nha

3. Điều trị cụ thể

3.1. Điều trị toàn thân

Đối với các thể bệnh đau (viêm quanh cuống cấp, áp xe quanh cuống cấp) phải điều trị bằng kháng sinh toàn thân, đặc biệt trong trường hợp áp xe quanh cuống cấp có viêm mô tế bào

3.2. Điều trị nội nha

Làm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy

Đặt Ca(OH)2 trong ống tủy để trung hòa mô viêm vùng cuống, sát khuẩn hệ thống ống tủy

Hàn kín hệ thống ống tủy
Phục hồi thân răng

3.3. Điều trị phẫu thuật

Sau điều trị nội nha có tổn thương quanh cuống không phục hồi do nhiều nguyên nhân khác nhau
Sau khi răng nguyên nhân và các răng liên quan được điều trị nội nha, theo dõi mà tổn thương cuống không tiến triển tốt, tiến hành điều trị phẫu thuật lấy đi toàn bộ lớp vỏ nang có hoặc không có cắt phần cuống răng nguyên nhân
Tiến hành hàn ngược cuống răng nếu có cắt cuống răng

IV. BIẾN CHỨNG VÀ TIÊN LƯỢNG

Những răng bị tổn thương vùng cuống răng nếu không được điều trị kịp thời và đúng phương pháp, bệnh có thể gây nhiều biến chứng phức tạp, gây ảnh hưởng không nhỏ tới sức khỏe người bệnh

1. Biến chứng tại chỗ

Áp xe: Vùng xung quanh hoặc gây viêm hạch và vùng quanh hạch
Viêm xương tủy

2. Biến chứng toàn thân

Liên quan bệnh tim mạch, viêm thận, viêm khớp, gây đau ½ mặt giống như đau dây thần kinh V, ngoài ra có thể gây sốt kéo dài, rất khó chẩn đoán bởi các xét nghiệm cơ bản như công thức máu không thấy có thay đổi, cấy máu âm tính,…

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Chẩn đoán và điều trị bệnh lý tủy kịp thời
Khám răng định kỳ 6 tháng 1 lần

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt

SAI KHỚP CẮN LOẠI I

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng sai khớp cắn mà ở tư thế cắn trung tâm, múi ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm trên khớp với rãnh ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm dưới, tương quan xương hai hàm bình thường, nhưng các răng phía trước lệch lạc ảnh hưởng tới thẩm mỹ và chức năng

NGUYÊN NHÂN

1. **Các rối loạn trong quá trình phát triển**
    - Thiếu răng bẩm sinh
    - Bất thường hình thể răng
    - Thừa răng
    - Răng mọc lạc chỗ
    - Răng ngầm
2. **Di truyền**

Biểu hiện là sự bất cân xứng giữa kích thước cung hàm và kích thước răng

3. **Chấn thương**
    - Tổn thương mầm răng vĩnh viễn
    - Mất răng sữa dẫn đến thay đổi vị trí mọc của răng vĩnh viễn
    - Chấn thương ảnh hưởng trực tiếp lên răng vĩnh viễn
4. **Các thói quen xấu**
    - Mút ngón tay
    - Đẩy lưỡi
    - Thở miệng

II. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định

1. **Lâm sàng**

Ngoài mặt:

- Mặt cân đối, kiểu mặt thẳng hoặc lồ
- Môi có thể bình thường hoặc không khép kín

Trong miệng

- Tương quan răng hàm lớn thứ nhất là loại I theo Angle
- Tương quan răng nanh loại I hoặc II
- Có thể có biểu hiện các dạng lệch lạc răng: Răng mọc chen chúc, răng mọc ngoài cung, hoặc xoay, hoặc kẹt
- Khe thưa giữa các răng với các mức độ khác nhau tùy trường hợp: Có thể do bất cân xứng kích thước răng và cung hàm, hoặc có răng thừa hoặc thiếu răng, hoặc có phanh môi bám thấp
- Có thể có khớp cắn sâu
- Độ cắn phủ tăng
- Có thể đường cong spee sâu
- Có thể có cắn hở
- Có thể có cắn chéo
- Có thể có nhô răng hai hàm
- Có thể thiếu răng trên cung hàm hoặc còn răng sữa quá tuổi thay
- Có thể có răng mọc lạc chỗ

2. **Cận lâm sàng**

Mẫu hàm thạch cao
Tương quan răng hàm lớn thứ nhất loại I
X quang:
Trên phim đo đầu bên (Cephalometrics)

- Tương quan xương hai hàm loại I:
- Số đo góc ANB: 0 < góc ANB< 2
- Chỉ số Wits bình thường

Trên phim toàn cảnh Panorama
Có thể thấy hình ảnh răng thừa, răng ngầm, lệch lạc răng, thiếu răng, u răng…

3. Chẩn đoán phân biệt

Lệch lạc răng do sai khớp cắn loại II: phân biệt dựa vào tương quan răng hàm lớn thứ nhất hai hàm trên lâm sàng, X quang
Lệch lạc răng do sai khớp cắn loại III: phân biệt dựa vào tương quan răng hàm lớn thứ nhất hai hàm trên lâm sàng, X quang

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Tạo lập lại tương quan hai hàm lý tưởng với tương quan răng nanh loại I
Cải thiện về thẩm mỹ
Đảm bảo độ ổn định
Điều trị cụ thể

1.1. Tìm khoảng sắp đều răng bằng các phương pháp có thể thực hiện:

- Nới rộng cung hàm
- Di xa răng cối
- Xoay răng cối
- Mài kẽ răng
- Nhổ các răng có chỉ định nhổ

1.2. Điều trị loại bỏ các nguyên nhân gây lệch lạc răng

- Cắt bỏ phanh môi bám thấp
- Cắt bỏ phanh lưỡi bám bất thường
- Điều trị loại bỏ các thói quen xấu gây lệch lạc răng…

1.3. Điều trị lệch lạc răng và tạo lập tương quan hai hàm về mức tối ưu

Gắn mắc cài
Đi dây cung thích hợp
Sắp xếp và làm đều các răng theo chiều đứng, chiều ngang và chiều trước sau tùy từng trường hợp:

- Trường hợp có răng chen chúc: Làm đều các răng
- Trường hợp có khe thưa: Đóng khe thưa hoặc tạo chỗ để làm phục hình răng nếu cần
- Trường hợp có cắn sâu: Làm phẳng đường cong Spee
- Trường hợp có cắn hở: Đóng khoảng hở liên hàm
- Trường hợp có cắn chéo: Nâng khớp, giải phóng điểm cản trở gây dịch chuyển chức năng
- Trường hợp nhô hai hàm: Kéo lùi khối răng trước ra sau
- Trường hợp có răng ngầm: Loại bỏ yếu tố cản trở, bộc lộ răng ngầm, gắn khí cụ và đưa răng về vị trí mong muốn

- Trường hợp răng mọc lạc chỗ: Đưa răng về đúng vị trí hoặc đổi chỗ mà vẫn đảm bảo chức năng
- Trường hợp thiếu răng: Đóng khoảng hoặc tạo khoảng để làm phục hình.

Hoàn thiện

Duy trì kết quả điều trị

IV. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Sai khớp cắn loại I gây ảnh hưởng tới thẩm mỹ và chức năng. Nếu không được điều trị sớm còn có thể gây sang chấn các răng, sâu răng, viêm quanh răng..

dẫn tới mất răng sớm

Nếu điều trị đúng phác đồ nói trên thì tiên lượng tốt

2. Biến chứng

Sang chấn các răng

Rối loạn thái dương hàm

Mất răng sớm

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Cần khám định kỳ, phát hiện và điều trị sớm

Chăm sóc răng miệng trẻ em để giữ được các răng sữa đến tuổi thay

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt

SAI KHỚP CẮN LOẠI II DO QUÁ PHÁT XƯƠNG HÀM TRÊN

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng sai khớp cắn mà ở tư thế cắn trung tâm, múi ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm trên khớp về phía gần so với rãnh ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm dưới, kèm theo tương quan xương hàm trên nhô ra trước so với cấu trúc nền sọ, xương hàm dưới ở vị trí bình thường

NGUYÊN NHÂN

Do cấu trúc xương hàm trên phát triển quá mức theo chiều trước sau và/hoặc chiều đứng.
Di truyền
Thói quen xấu: thở miệng, bú bình kéo dài không được điều trị sớm
Không rõ nguyên nhân

II. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định

1. Lâm sàng

1.1. Ngoài mặt:

Kiểu mặt lồi khi nhìn nghiêng
Góc mũi môi nhọn

1.2. Trong miệng

Ở tư thế cắn trung tâm:

- Tương quan răng hàm lớn thứ nhất hai hàm: múi ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm trên khớp về phía gần so với rãnh ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm dưới
- Tương quan răng nanh loại II một bên hoặc hai bên theo phân loại Angle.
- Độ cắn chìa có thể tăng
- Trục các răng cửa hàm dưới thường nghiêng trước nhiều và trồi cao để bù trừ sự mất cân xứng xương hai hàm
- Thường có khớp cắn sâu
- Cung hàm trên có thể bình thường hoặc hẹp
- Đường cong Spee sâu
- Có thể có các triệu chứng của thói quen xấu gây ra sai khớp cắn loại II

2. Cận lâm sàng

Trên mẫu hàm thạch cao:

- Tương quan răng hàm lớn thứ nhất loại II
- Tương quan răng nanh loại II
- Độ cắn chìa tăng

X quang phim đo đầu bên (Cephalometrics)

- Tương quan xương hai hàm loại II
  - Số đo góc ANB tăng
  - Chỉ số Wits tăng
- Xương hàm trên nhô ra trước so với nền sọ:
  - Số đo góc SNA tăng
  - Chỉ số A-N Perp tăng
- Xương hàm dưới bình thường
  - Số đo góc SNB nằm trong giá trị bình thường
  - Chỉ số Pog-NPerp bình thường

- Góc trục mặt bình thường

3. Chẩn đoán phân biệt

Sai khớp cắn loại II do răng: Phân biệt dựa vào phim X quang đo đầu bên với đặc điểm tương quan xương hai hàm là loại I

Sai khớp cắn loại II do xương hàm dưới: Phân biệt dựa vào phim X quang đo đầu bên Cephalometrics với các đặc điểm:

- Số đo góc SNA bình thường,Chỉ số A-Nper bình thường
- Số đo góc SNB giảm
- Chỉ số Pog-Nper tăng

Sai khớp cắn loại II do xương hai hàm: Phân biệt dựa vào phim X quang đo đầu bên với các đặc điểm:

- Số đo góc SNA tăng
- Số đo góc SNB giảm
- Chỉ số A-Nperp tăng
- Chỉ số Pog-Nper tăng

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Tạo lập lại tương quan hai hàm lý tưởng nhất là lý tưởng nhất là tương quan xương loại I, khớp cắn loại I cả răng hàm lớn và răng nanh, nếu không thì ít nhất phải đạt được tương quan răng nanh loại I

Cải thiện về thẩm mỹ

Đảm bảo độ ổn định

2. Điều trị cụ thể

<u>Bệnh nhân còn trong thời kỳ tăng trưởng</u>

Ngăn chặn sự phát triển của xương hàm trên bằng khí cụ Headgear tùy theo các trường hợp:

- Sử dụng Headgear kéo cao nếu bệnh nhân có khớp cắn hở, kiểu mặt dài
- Sử dụng Headgear kéo thấp nếu bệnh nhân có khớp cắn sâu
- Sử dụng Headgear kéo phối hợp nếu độ cắn phủ bình thường

Lực kéo Headgear mỗi bên: 350- 450gram

Thời gian đeo Headgear trong ngày: ít nhất 14 h/ngày

Thời gian điều trị với Headgear: thường khoảng 6 tháng đến 12 tháng

Đánh giá lại tương quan xương hai hàm trên phim X quang

Tạo lập lại tương quan răng hai hàm:Gắn mắc cài hai hàm

Sắp xếp và làm thẳng các răng theo chiều ngang và chiều đứng

Hoàn thiện

Điều trị duy trì

<u>Bệnh nhân đã hết thời kỳ tăng trưởng</u>

Điều trị bù trừ (ngụy trang)

+ Nhổ răng tạo khoảng

+ Sắp xếp kéo lùi các răng trước

Điều chỉnh tương quan răng hai hàm cho tới khi đạt khớp cắn loại I, ít nhất phải đạt được tương quan răng nanh loại I

Hoàn thiện

Điều trị duy trì

Phẫu thuật chỉnh hình xương hàm trên: áp dụng trong các trường hợp nặng không thể điều trị bù trừ bằng nắn chỉnh răng đơn thuần

IV. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Tình trạng khớp cắn loại II do quá phát xương hàm trên thường gây sang chấn các răng trước hai hàm, viêm quanh răng và có thể gây mất răng sớm, ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ

Nếu điều trị đúng phác đồ nói trên thì tiên lượng tốt

2. Biến chứng

Sang chấn các răng trước hai hàm

Rối loạn khớp thái dương hàm

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Cần khám, phát hiện và điều trị sớm loại bỏ các thói quen xấu

Điều trị sớm khi bệnh nhân còn trong thời kỳ tăng trưởng

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt

SAI KHỚP CẮN LOẠI II DO KÉM PHÁT TRIỂN XƯƠNG HÀM DƯỚI

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng sai khớp cắn mà ở tư thế cắn trung tâm, múi ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm trên khớp về phía gần so với rãnh ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm dưới, xương hàm dưới lùi phía sau so với cấu trúc nền sọ, xương hàm trên ở vị trí bình thường

NGUYÊN NHÂN

Di truyền

Do có tiền sử chấn thương xương hàm dưới lúc còn nhỏ gây kém phát triển xương hàm dưới

Do một số hội chứng bẩm sinhlàm xương hàm dưới kém phát triển:Pierre-Robin,Treacher Collins…

Không rõ nguyên nhân

II. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định

1. Lâm sàng

1.1. Ngoài mặt

Kiểu mặt lồi khi nhìn nghiêng

Cằm lùi sau

Rãnh môi cằm thường sâu

1.2. Trong miệng

Ở tư thế cắn trung tâm

- Tương quan răng hàm lớn thứ nhất hai hàm: múi ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm trên khớp về phía gần so với rãnh ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm dưới
- Tương quan răng nanh loại II một bên hoặc hai bên theo phân loại Angle.
- Trục răng cửa hàm dưới ngả trước nhiều và trồi cao
- Đường cong spee sâu
- Độ cắn chìa có thể tăng hoặc bình thường
- Thường có khớp cắn sâu
- Có thể có khấp khểnh răng

2. Cận lâm sàng

2.1. Trên mẫu hàm thạch cao

- Tương quan răng hàm lớn thứ nhất loại II
- Tương quan răng nanh loại II
- Các răng cửa hàm dưới ngả trước
- Đường cong Spee sâu

2.2. X quang phim đo đầu bên (Cephalometrics)

Xương hàm dưới lùi so với nền sọ

- Số đo góc SNB giảm
- Số đo góc ANB tăng
- Chỉ số Wits tăng
- Chỉ số Pog- NPerp tăng
- Số đo góc trục mặt giảm

Xương hàm trên ở vị trí bình thường

- Số đo góc SNA bình thường
- Chỉ số A-NPerp bình thường
- Môi dưới lùi so với đường thẩm mỹ E

3. Chẩn đoán phân biệt

Sai khớp cắn loại II do răng: Phân biệt dựa vào phim X quang đo đầu bên (Cephalometrics) với đặc điểm tương quan xương hai hàm loại I

Sai khớp cắn loại II do quá phát xương hàm trên: Phân biệt dựa vào phim X quang đo đầu bên (Cephalometrics) với các đặc điểm:

Số đo góc SNA tăng

Chỉ số A-Nperp tăng

Sai khớp cắn loại II do xương hai hàm: Phân biệt dựa vào phim X quang đo đầu bên với các đặc điểm:Số đo góc SNA tăng

Số đo góc SNB giảm

Chỉ số A-Nperp tăng

Chỉ số Pog-Nper tăng

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Tạo lập lại tương quan hai hàm lý tưởng nhất là lý tưởng nhất là tương quan xương loại I, khớp cắn loại I cả răng hàm lớn và răng nanh, nếu không thì ít nhất phải đạt được tương quan răng nanh loại I

Cải thiện về thẩm mỹ

Đảm bảo độ ổn định

2. Điều trị cụ thể

2.1. Bệnh nhân đang trong thời kỳ tăng trưởng

Đưa hàm dưới ra trước bằng khí cụ chức năng tháo lắp hoặc gắn chặt

Điều trị với khí cụ chức năng tháo lắp:Sử dụng khí cụ Monoblock, hoặc khí cụ Twinblock..

Thời gian đeo khí cụ chức năng: ít nhất 14 h/ngày

Thời gian điều trị với khí cụ chức năng: thường khoảng một năm, cho tới khi đạt tương quan xương hai hàm loại I trên X quang phim đo đầu bên (Cephalometrics)

Điều trị bằng khí cụ chức năng gắn chặt: + Gắn mắc cài hai hàm

Sắp xếp và làm thẳng các răng theo chiều đứng (làm phẳng đường cong Spee) và theo chiều ngang

Sử dụng khí cụ chức năng Forsus, hoặc Twinforce... gắn lên dây cung khiđã kết thúc giai đoạn làm đều và xếp thẳng hàng các răng

Duy trì điều trị với khí cụ chức năng trong thời gian 6-9 tháng sau khi đã đạt được khớp cắn răng nanh loại I

Hoàn thiện

Duy trì kết quả

2.2. Bệnh nhân đã hết thời kỳ tăng trưởng

Điều trị bù trừ (ngụy trang) + Nhổ răng tạo khoảng+ Sắp xếp kéo lùi các răng trước

Điều chỉnh tương quan răng hai hàm cho tới khi đạt khớp cắn loại I, ít nhất phải đạt được tương quan răng nanh loại I

Hoàn thiện

Điều trị duy trì

2.3. Phẫu thuật chỉnh hình xương hàm dưới

Áp dụng trong các trường hợp nặng không thể điều trị bù trừ bằng nắn chỉnh răng đơn thuần

IV. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Tình trạng khớp cắn loại II do quá phát xương hàm trên thường gây sang chấn các răng trước hai hàm, viêm quanh răng và có thể gây mất răng sớm, ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ

Nếu điều trị đúng phác đồ nói trên thì tiên lượng tốt

2. Biến chứng

Sang chấn các răng trước hai hàm

Rối loạn khớp thái dương hàm

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Cần khám, phát hiện và điều trị sớm loại bỏ các thói quen xấu

Điều trị sớm khi bệnh nhân còn trong thời kỳ tăng trưởng

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt

SAI KHỚP CẮN LOẠI II DO XƯƠNG HAI HÀM

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng sai khớp cắn mà ở tư thế cắn trung tâm, múi ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm trên khớp về phía gần so với rãnh ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm dưới, tương quan xương hàm trên nhô ra trước và xương hàm dưới lùi phía sau so với cấu trúc nền sọ

NGUYÊN NHÂN

Do di truyền

Do các thói quen xấu kéo dài không được điều trị ở giai đoạn sớm: Thở miệng, bú bình…

Không rõ nguyên nhân

II. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định

1. Lâm sàng

1.1. Ngoài mặt

Kiểu mặt lồi khi nhìn nghiêng

Góc mũi môi nhọn

Cằm lùi sau

1.2. Trong miệng

Ở tư thế cắn trung tâm

- Tương quan răng hàm lớn thứ nhất hai hàm: múi ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm trên khớp về phía gần so với rãnh ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm dưới
- Tương quan răng nanh loại II
- Độ cắn chìa tăng
- Đường cong spee sâu
- Có thể có hẹp hàm trên, cắn chéo các răng sau
- Có thể có cắn hở
- Có thể có răng chen chúc hoặc có khe thưa tùy từng trường hợp
- Có thể có cắn sâu phối hợp.

2. Cận lâm sàng

2.1. Mẫu hàm thạch cao

- Tương quan răng hàm lớn thứ nhất loại II
- Tương quan răng nanh loại II
- Độ cắn chìa tăng
- X quang phim đo đầu bên (Cephalometrics)Tương quan xương hai hàm loại IISố đo góc ANB tăng
- Chỉ số Wits tăng

2.2. Xương hàm trên nhô ra trước so với nền sọ

- Số đo góc SNA tăng
- Chỉ số A-N Perp tăng

2.3. Xương hàm dưới lùi sau

- Số đo góc SNB giảm
- Chỉ số Pog- NPerp tăng
- Số đo góc trục mặt giảm

3. Chẩn đoán phân biệt

Sai khớp cắn loại II do răng: Phân biệt dựa vào phim X quang đo đầu bên với đặcđiểm tương quan xương hai hàm là loại I
Sai khớp cắn loại II xương do nguyên nhân hàm trên đơn thuần: Phân biệt dựa vào phim X quang đo đầu bên Cephalometrics với các đặc điểm
Xương hàm trên nhô ra trước
+ Số đo góc SNA tăng
+ Chỉ số A-Nper tăng
Xương hàm dưới ở vị trí bình thường
+ Số đo góc SNB bình thường
+ Chỉ số Pog-Nper bình thường
Sai khớp cắn loại II xương do nguyên nhân hàm dưới đơn thuần: Phân biệt dựa vào phim X quang đo đầu bên Cephalometrics với các đặc điểm:
Xương hàm trên ở vị trí bình thường
+ Số đo góc SNA bình thường
+ Chỉ số A-Nper bình thường
Xương hàm dưới ở vị trí bình thường
+ Số đo góc SNB giảm
+ Chỉ số Pog-Nper tăng

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Tạo lập lại tương quan hai hàm lý tưởng nhất là lý tưởng nhất là tương quan xương loại I khớp cắn loại I cả răng hàm lớn và răng nanh, nếu không thì ít nhất phải đạt được tương quan răng nanh loại I
Cải thiện về thẩm mỹ
Đảm bảo độ ổn định

2. Điều trị cụ thể

2.1. Bệnh nhân còn trong thời kỳ tăng trưởng

Tạo lập lại tương quan xương bằng cách phối hợp điều trị ngăn chặn sự tăng trưởng của xương hàm trên và kích thích sự tăng trưởng của xương hàm dưới
Ngăn chặn sự phát triển của xương hàm trên bằng khí cụ Headgear tùy theo các trường hợp

- Sử dụng Headgear kéo cao nếu bệnh nhân có khớp cắn hở, kiểu mặt dài
- Sử dụng Headgear kéo thấp nếu bệnh nhân có khớp cắn sâu
- Sử dụng Headgear kéo phối hợp nếu độ cắn phủ bình thường

Lực kéo Headgear mỗi bên: 350- 450gram
Thời gian đeo Headgear trong ngày: ít nhất 14 h/ngày
Thời gian điều trị với Headgear: thường khoảng 6 tháng đến 12 tháng
Đưa hàm dưới ra trước bằng khí cụ chức năng tháo lắp hoặc gắn chặt
<u>Điều trị với khí cụ chức năng tháo lắp</u>
Sử dụng khí cụ Monoblock, hoặc khí cụ Twinblock..
Thời gian đeo khí cụ chức năng: ít nhất 14 h/ngày
Thời gian điều trị với khí cụ chức năng: thường khoảng một năm, cho tới khi đạt tương quan xương hai hàm loại I trên X quang phim đo đầu bên (Cephalometrics)
<u>Điều trị bằng khí cụ chức năng gắn chặt</u>
Gắn mắc cài hai hàm
Sắp xếp và làm thẳng các răng theo chiều đứng (làm phẳng đường cong Spee) và theo chiều ngang

Sử dụng khí cụ chức năng Forsus, hoặc Twinforce... gắn lên dây cung khiđã kết thúc giai đoạn làm đều và xếp thẳng hàng các răng
Duy trì điều trị với khí cụ chức năng trong thời gian 6-9 tháng sau khi đã đạt được khớp cắn răng hàm lớn thứ nhất loại I
Đánh giá lại tương quan xương hai hàm trên phim X quang
Hoàn thiện
Duy trì kết quả

2.2. Bệnh nhân đã qua thời kỳ tăng trưởng

Điều tri bù trừ bằng nhổ răng

Nhổ hai răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên, trong một số trường hợp có thể nhổ thêm hai răng hàm nhỏ thứ hai hàm dưới

Gắn mắc cài hai hàm

Tùy từng trường hợp chọn loại neo chặn phù hợp
Sắp xếp và làm thẳng các răng theo chiều ngang và chiều đứng
Đóng khoảng nhổ răng: trong một số trường hợp cần tăng cường neo chặn
Hoàn thiện
Điều trị duy trì
Phẫu thuật chỉnh hình xương hai hàm: áp dụng trong các trường hợp nặng không thể điều trị bù trừ bằng nắn chỉnh răng đơn thuần

IV. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Tình trạng khớp cắn loại II do quá phát xương hàm trên thường gây sang chấn các răng trước hai hàm, viêm quanh răng và có thể gây mất răng sớm, ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ
Nếu điều trị đúng phác đồ nói trên thì tiên lượng tốt

2. Biến chứng

Sang chấn các răng trước hai hàm
Rối loạn khớp thái dương hàm

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Cần khám, phát hiện và điều trị sớm loại bỏ các thói quen xấu
Điều trị sớm khi bệnh nhân còn trong thời kỳ tăng trưởng

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt

SAI KHỚP CẮN LOẠI II TIỂU LOẠI I DO RĂNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng sai khớp cắn mà ở tư thế cắn trung tâm, múi ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm trên khớp về phía gần so với rãnh ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm dưới, và các răng trước hàm trên ngả trước nhưng tương quan xương hai hàm bình thường

NGUYÊN NHÂN

Di truyền
Chế độ ăn: thường xuyên sử dụng thức ăn mềm
Thói quen xấu: Thở miệng
Đẩy lưỡi khi nuốt
Bú bình kéo dài trên hai năm
Mút môi dưới.
Mất răng sữa sớm, đặc biệt là các răng hàm nhỏ thứ hai sữa
Một số trường hợp không xác định được nguyên nhân

II. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định

1. Lâm sàng

1.1. Ngoài mặt:

Bệnh nhân có kiểu mặt lồi khi nhìn nghiêng, góc mũi môi nhọn.

1.2. Trong miệng

Ở tư thế cắn trung tâm

- Tương quan răng hàm lớn thứ nhất hai hàm: múi ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm trên khớp về phía gần so với rãnh ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm dưới
- Tương quan các răng trước hai hàm: các răng trước hàm trên ngả trước, tương quan răng nanh loại II
- Độ cắn chìa: có thể tăng
- Có thể có cắn sâu, hoặc có thể có cắn hở
- Có thể có răng chen chúc
- Cung răng trên: có thể bình thường hoặc hẹp
- Đường cong Spee sâu.

2. Cận lâm sàng

2.1. Mẫu hàm thạch cao

Tương quan răng hàm lớn thứ nhất loại II
Tương quan răng nanh loại II
Các răng cửa hàm trên ngả trước
Đường cong Spee sâu

2.2. X quang phim đo đầu bên (Cephalometrics)

Tương quan xương hàm trên và xương hàm dưới loại I theo chiều trước sau
Các chỉ số về răng:

- Góc giữa trục của răng cửa hàm trên với mặt phẳng SN tăng
- Góc răng cửa hàm trên với mặt phẳng hàm trên tăng
- Môi trên nhô ra trước so với đường thẩm mỹ E

3. Chẩn đoán phân biệt

Sai khớp cắn loại II tiểu loại I do xương: Phân biệt phải dựa vào phim X quang đo đầu bên với các đặc điểm:

- Góc ANB tăng cao
- Chỉ số Wits tăng cao

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Tạo lập lại tương quan hai hàm ở khớp cắn loại I, ít nhất phải đạt được tương quan răng nanh loại I

Cải thiện về thẩm mỹ

Đảm bảo độ ổn định

2. Điều trị cụ thể

2.1. Loại bỏ thói quen xấu nếu có

Nhổ răng: trong trường hợp cần khoảng để dịch chuyển về khớp cắn loại I thì thường phải nhổ răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên và răng hàm nhỏ thứ hai hàm dưới

2.2. Sử dụng khí cụ gắn chặt

Gắn mắc cài hai hàm

Sắp xếp và làm thẳng các răng theo chiều ngang và chiều đứng

Đóng khoảng nhổ răng. Trong một số trường hợp cần neo chặn

Hoàn thiện

Điều trị duy trì

IV. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Điều trị đúng phác đồ nói trên thì tiên lượng tốt

2. Biến chứng

Sang chấn vùng quanh răng các răng cửa hàm trên, gây mất răng, ảnh hưởng đến thẩm mỹ và chức năng

Rối loạn thái dương hàm

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Cần khám, phát hiện và điều trị sớm để loại bỏ các thói quen xấu gây ra sai khớp cắn loại II tiểu loại I do răng

Chế độ ăn phong phú có nhiều chất xơ và chất cứng

Phòng chống mất răng sữa sớm nhất là răng hàm sữa thứ hai

Trường hợp mất răng hàm sữa sớm cần giữ khoảng bằng khí cụ thích hợp

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt

SAI KHỚP CẮN LOẠI II TIỂU LOẠI II DO RĂNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng sai khớp cắn mà ở tư thế cắn trung tâm, múi ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm trên khớp về phía gần so với rãnh ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm dưới, độ cắn chìa bình thường, tương quan xương hai hàm bình thường nhưng độ cắn phủ tăng

NGUYÊN NHÂN

Di truyền

Một số trường hợp không xác định được nguyên nhân

II. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định

1. Lâm sàng

1.1. Ngoài mặt

Bệnh nhân thường có kiểu mặt thẳng khi nhìn nghiêng

1.2. Trong miệng

Ở tư thế cắn trung tâm

- Tương quan răng hàm lớn thứ nhất hai hàm: múi ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm trên khớp về phía gần so với rãnh ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm dưới
- Tương quan các răng trước hai hàm: tương quan răng nanh loại II, các răng cửa có hình ảnh đặc trưng của khớp cắn nắp hộp với các răng cửa hàm trên ngả lưỡi hoặc hai răng cửa giữa ngả lưỡi và hai răng cửa bên ngả môi
- Độ cắn chìa bình thường
- Độ cắn phủ tăng, mức độ tăng cao tùy từng trường hợp
- Đường cong spee tăng cao
- Có thể có khấp khểnh răng
- Có thể có cắn chéo các răng sau một bên hoặc cả hai bên
- Cung răng hàm trên có thể bình thường hoặc hẹp

2. Cận lâm sàng

2.1. Mẫu hàm thạch cao

Tương quan răng hàm lớn thứ nhất loại II

Tương quan răng nanh loại II

Các răng cửa hàm trên ngả trong hoặc hai răng cửa giữa ngả trong và hai răng cửa bên ngả ngoài

Đường cong Spee sâu

2.2. X quang phim đo đầu bên (Cephalometrics)

Tương quan xương hàm trên và xương hàm dưới loại I theo chiều trước sau

Các chỉ số về răng:Trục của răng cửa hàm trên ngả lưỡi

Góc răng cửa hàm trên với mặt phẳng SN thấp

Góc răng cửa hàm trên với mặt phẳng hàm trên thấp

Góc liên răng cửa tăng

Chỉ số phần mềm: Góc mũi môi bình thường

3. Chẩn đoán phân biệt

Sai khớp cắn loại II tiểu loại II do xương: Phân biệt phải dựa vào phim X quang đo đầu bên với các đặc điểm:

+ Số đo góc ANB tăng

+ Chỉ số Wits tăng

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Tạo lập lại tương quan hai hàm lý tưởng nhất là khớp cắn loại I cả răng hàm lớn và răng nanh, nếu không thì ít nhất phải đạt được tương quan răng nanh loại I
Cải thiện về thẩm mỹ
Đảm bảo độ ổn định

2. Điều trị cụ thể

Nghiên cứu mẫu hàm và lên kế hoạch điều trị
Nhổ răng nếu có chỉ định
Gắn mắc cài cố định hai hàm
Nâng khớp cắn nếu có chỉ định
Sắp xếp và làm thẳng các răng theo chiều ngang và chiều đứng
Đóng khoảng nhổ răng. Trong một số trường hợp cần tăng cường neo chặn
Hoàn thiện
Điều trị duy trì
Kết thúc điều trị

IV. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Tình trạng khớp cắn loại II tiểu loại 2 do răng thường gây sang chấn các răng trước hai hàm, viêm quanh răng và có thể gây mất răng sớm, ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ
Nếu điều trị đúng phác đồ nói trên thì tiên lượng tốt

2. Biến chứng

Sang chấn các răng trước hai hàm
Rối loạn khớp thái dương hàm

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Cần khám định kỳ, phát hiện và điều trị sớm

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt

GIẢ KHỚP CẮN LOẠI III

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng sai khớp cắn mà để đạt được sự lồng múi tối đa thì hàm dưới phải trượt ra phía trước dẫn đến tương quan hai hàm là khớp cắn loại III, múi ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm trên khớp về phía xa so với rãnh ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm dưới

NGUYÊN NHÂN

Điểm chạm khớp sớm mà gây trượt hàm dưới ra trước khi cắn

Thói quen xấu: đưa hàm dưới ra trước khi cắn

II. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định

1. Lâm sàng

1.1. Ngoài mặt

Nhìn mặt nghiêng: kiểu mặt thẳng, hoặc lõm

Tầng mặt dưới: chiều cao tầng mặt dưới có thể bình thường hoặc giảm.

1.2. Trong miệng

Ở vị trí khớp cắn lồng múi tối đa

- Tương quan răng hàm lớn thứ nhất và răng nanh: Tương quan loại IIIĐộ cắn chìa đảo ngược: có giá trị âm
- Có biểu hiện cắn chéo: Có thể thấy ở vùng răng cửa hoặc thấy ở một bên cả vùng răng cửa và răng hàm
- Ở vị trí tương quan tâm: Tương quan răng hàm lớn thứ nhất loại I
- Khi hàm dưới chuyển động đóng:
    - Hàm dưới có thể đổi hướng ra trước hoặc sang bên khi gặp điểm chạm sớm
    - Hàm dưới có thể đưa về được tương quan bình thường nhưng do thói quen đưa ra trước tạo ra tương quan răng hàm lớn thứ nhất loại III

2. Cận lâm sàng

2.1. Mẫu hàm thạch cao

Khi răng hai hàm đạt lồng múi tối đa: Tương quan loại III ở răng hàm lớn thứ nhất và răng nanh

2.2. X quang: Phim Cephalometrics

Tương quan xương hai hàm: thường là loại I

Số đo góc ANB: có giá trị âm

Răng cửa trên ngả lưỡi

Răng cửa dưới ngả môi

3. Chẩn đoán phân biệt

3.1. Khớp cắn loại III do xương:

Phân biệt dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

Lâm sàng

- Ở tương quan tâm là khớp cắn loại III
- Không có điểm chạm sớm gây trượt hàm dưới ra trước
- Không có biểu hiện trượt hàm dưới ra trước

X quang: Tương quan xương hai hàm loại II

3.2. Khớp cắn ngược do răng

Các chỉ số về xương bình thường

Chỉ có biểu hiện khớp cắn ngược vùng răng cửa

Không có điểm chạm sớm hoặc trượt hàm dưới ra trước

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Tạo lập lại tương quan hai hàm, lý tưởng nhất là tương quan xương loại I và khớp cắn loại I cả răng hàm lớn và răng nanh, nếu không thì ít nhất phải đạt được tương quan răng nanh loại I

Cải thiện về thẩm mỹ

Đảm bảo độ ổn định

Điều trị cụ thể

Loại bỏ điểm chạm sớm:

- Xác định các điểm chạm sớm gây trượt hàm dưới
- Lấy mẫu hai hàm
- Vào càng nhai
- Xác định, đánh dấu điểm chạm sớm
- Mài chỉnh các điểm chạm sớm đã xác định

Loại bỏ thói quen xấu làm trượt hàm dưới ra trước

- Hướng dẫn bệnh nhân tư thế đúng khi đóng hàm dưới
- Trong một số trường hợp phải sử dụng khí cụ

Thiết lập lại tương quan răng khớp cắn loại

- Gắn mắc cài hai hàm
- Sắp xếp và làm thẳng các răng theo chiều ngang và chiều đứng
- Có thể kết hợp với chun kéo loại III
- Nâng khớp cắn để điều chỉnh khớp cắn chéo phía trước
- Có thể sử dụng khí cụ nong hàm nếu hẹp hàm trên: khí cụ Quad Helix , khí cụ có ốc nong nhanh…

Hoàn thiện

Duy trì kết quả điều trị

IV. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Sai khớp cắn giả loại III nếu không được điều trị sớm thì tình trạng sai khớp cắn nặng lên và dẫn đến sai khớp cắn loại III

Nếu điều trị đúng phác đồ trên thì sẽ có kết quả tốt

2. Biến chứng

Gây cắn chéo thực sự vùng răng phía sau

Sang chấn răng và mô quanh răng

Rối loạn chức năng khớp thái dương hàm

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Khám răng miệng định kỳ để phát hiện và điều trị thói quen xấu gây lệch lạc răng, phát hiện sớm các bất thường về khớp cắn và điều trị kịp thời

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt

KHỚP CẮN HỞ

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng các răng đối diện trên cung răng không có độ cắn phủ lên nhau theo mặt phẳng đứng khi hai hàm ở tư thế khớp cắn trung tâm, khớp cắn hở có thể xảy ra ở phía trước hoặc phía sau hoặc phối hợp

NGUYÊN NHÂN

1. Loại cắn hở do răng

Do thói quen xấu bất lợi cho hàm răng

Thói quen mút ngón tay kéo dài: Trẻ em có thói quen mút tay kéo dài sau 4tuổi

Thói quen đẩy lưỡi: Khi lưỡi đặt ở vị trí ra trước và giữa các răng cửa trên và răng cửa dưới thường xuyên sẽ gây ra khớp cắn hở

2. Do các bệnh gây trở ngại đường thở qua mũi

Thở miệng do viêm amiđan

Thở miệng do VA

Thở miệng do thói quen và do các bệnh lý khác …

Cản trở mọc răng: Do cứng khớp, răng không mọc đủ chiều cao thân răng

3. Loại cắn hở do xương hàm

Sự phát triển bất thường của xương hàm trên

Sự phát triển bất thường của xương hàm dưới

Sự phát triển bất thường của cả xương hàm trên và xương hàm dưới

II. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định

1. Khớp cắn hở do răng

Hỏi bệnh: Có thói quen xấu như tật đẩy lưỡi, mút ngón tay, thở miệng…

1.1. Lâm sàng

Ngoài mặt: không có triệu chứng đặc trưng

Trong miệng:

Có biểu hiện các răng đối diện không tiếp xúc nhau theo chiều đứng ở tư thế cắn trung tâm:Có thể có thể có cắn hở ở một hoặc nhiều răng ở vùng các răng trước nhưng các răng sau có tiếp xúc.

Có thể có biểu hiện cắn hở ở vùng các răng phía sau, nhưng các răng trước có tiếp xúc

Có thể có biểu hiện cắn hở cục bộ ở cả vùng răng trước và răng sau

Răng cửa trên có thể ngả trước

Có thể có hẹp cung răng trên

Có thể răng chưa mọc hết chiều cao thân răng.

1.2. Cận lâm sàng

Mẫu hàm thạch cao

Không có sự tiếp xúc của các răng đối diện tại vùng răng có khớp cắn hở

Có thể giảm chiều rộng cung răng hàm trên trong trường hợp kém phát triển cung răng trên do thói quen đẩy lưỡi

X quangPhim đo đầu bên (Cephalometrics)

Có hình ảnh cắn hở, góc xương hàm dưới bình thường

Phim toàn cảnh

Có thể thấy hình ảnh răng bị cứng khớp không mọc hết chiều cao thân răng

2. Khớp cắn hở do xương hàm

2.1. Lâm sàng

Ngoài mặt

- Kiểu mặt dài
- Tầng mặt dưới: tăng

Trong miệng
Có cắn hở
Cắn hở ở vùng răng phía trước, hoặc Cắn hở ở vùng răng sau, hoặc Cắn hở ở cả vùng răng trước và sau
Cung răng trên: thường có biểu hiện hẹp.

2.2. Cận lâm sàng

Mẫu hàm thạch cao

Không có sự tiếp xúc của các răng đối diện tại vùng răng có khớp cắn hở
Thường giảm chiều rộng cung răng hàm trên

Phim đo đầu bên (Cephalometrics)

Góc mặt phẳng hàm dưới (GoGn-SN): lớn
Góc ANB: có thể tăng (trường hợp tương quan xương hàm loại II) hoặc giảm (trường hợp tương quan xương hàm loại III)
Chẩn đoán phân biệtKhớp cắn hở có các biểu hiện trên lâm sàng và X quang rõ rệt, vì vậy không cần chẩn đoán phân biệt

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Đóng khớp cắn hở, tạo tương quan hai hàm tối ưu

2. Điều trị cụ thể

2.1. Khớp cắn hở do răng

Giai đoạn sớm của răng hỗn hợp, từ 6-8 tuổi

- Loại bỏ thói quen xấu
- Loại bỏ thói quen mút ngón tay: Quấn băng dính chống thấm nước vào ngón tay, hoặc dùng khí cụ chống mút ngón tay
- Loại bỏ thói quen đẩy lưỡi: dùng khí cụ rào chặn lưỡi, hoặc hướng dẫn trẻ tập lưỡi
- Loại bỏ thói quen thở miệng: Điều trị các bệnh lý liên quan gây trở ngại thở đường mũi, hoặc phối hợp dùng khí cụ chống thở miệng

Giai đoạn muộn của răng hỗn hợp (sau 8 tuổi) và giai đoạn răng vĩnh viễn

Điều trị loại bỏ thói quen xấu như giai đoạn sớm
Kết hợp điều trị với khí cụ gắn chặt

- Gắn mắc cài hai hàm
- Đặt dây cung thích hợp
- Sử dụng chun liên hàm theo chiều đứng đóng cắn hở
- Có thể phối hợp làm trồi và làm lún các răng
- Làm chụp thân răng bị cứng khớp cho đạt được khớp cắn bình thường nếu cắn hở do răng cứng khớp

2.2. Khớp cắn hở do xương hàm

Bệnh nhân đang trong thời kỳ tăng trưởng

Sử dụng khí cụ có máng cắn phía sau tạo lực tác động làm lún các răng sau, làm cho xương hàm dưới xoay ra trước và lên trên làm đóng cắn hở, đồng thời hạn chế sự phát triển của xương hàm theo chiều đứng
Sử dụng khí cụ Headgear kéo cao làm lún các răng hàm hàm trên, làm cho xương hàm dưới xoay ra trước và lên trên đóng cắn hở

Bệnh nhân trưởng thành

Khi bệnh nhân đã ở tuổi trưởng thành, thì tùy mức độ cắn hở do xương mà có thể áp dụng phương pháp điều trị khác nhau

Mức độ nhẹ hoặc trung bình có thể bù trừ được

- Gắn mắc cài hai hàm
- Đặt dây cung thích hợp
- Sử dụng chun liên hàm theo chiều đứng đóng cắn hở. + Sử dụng vít neo chặn làm lún và làm trồi các răng

Mức độ nặng không thể bù trừ được

- Gắn mắc cài hai hàm
- Đặt dây cung thích hợp
- Sắp xếp lại các răng để chuẩn bị cho phẫu thuật
- Phẫu thuật chỉnh hình có thể xương hàm trên hoặc xương hàm dưới hoặc cả hai để đóng cắn hở

IV. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Cắn hở do răng: nếu điều trị đúng phác đồ trên thì sẽ có kết quả tốt. Nếu không điều trị kịp thời thì có thể chuyển thể thành cắn hở do xương và điều trị phức tạp hơn

Cắn hở do xương: điều trị phức tạp hơn. Tuy vậy, thực hiện đúng phác đồ trên thì đa số các trường hợp có kết quả tốt, nhưng vẫn có một tỷ lệ tái phát

2. Biến chứng

Mòn răng, tiêu xương ổ răng, viêm quanh răng, sâu răng…

Rối loạn chức năng khớp thái dương hàm

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Khám răng miệng định kỳ để phát hiện sớm và điều trị kịp thời

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt

CẮN CHÉO

I. ĐỊNH NGHĨA

Cắn chéo là tương quan bất thường của một hoặc nhiều răng với một hoặc nhiều răng của cung răng đối theo hướng má - lưỡi hoặc môi - lưỡi

NGUYÊN NHÂN

1. Cắn chéo phía trước

1.1. Do răng

Chấn thương răng sữa gây lệch lạc mầm răng vĩnh viễn về phía lưỡi
Lưu giữ răng sữa lâu, răng thay thế sẽ mọc về phía vòm miệng
Răng thừa
Thói quen cắn môi trên
Bệnh nhân khe hở môi đã phẫu thuật
Không đủ chiều dài cung răng

1.2. Do xương

Di truyền
Kém phát triển phía trước của xương hàm trên
Tăng trưởng xương hàm dưới quá mức
Kết hợp kém phát triển phía trước của xương hàm trên và tăng trưởng quá mức của xương hàm dưới

1.3. Do chức năng

Giả sai khớp cắn loại III
Thói quen đưa hàm dưới ra trước để lồng múi tối đa dẫn tới cắn chéo phía trước

2. Cắn chéo phía sau

2.1. Do răng

Do răng sữa tồn tại lâu trên cung hàm
Mút ngón tay kéo dài
Khe hở môi - vòm miệng

2.2. Do xương

Di truyền
Kém phát triển phía bên của xương hàm trên (a)
Quá phát triển phía bên của xương hàm dưới (b)
Kết hợp a+b

2.3. Do chức năng

Cắn chéo một bên
Do cản trở của khớp cắn
Lệch hàm dưới trong chu trình chuyển động đóng hàm

II. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định

Dựa vào triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng. Có thể gặp cắn chéo phía trước hoặc cắn chéo phía sau hoặc phối hợp

1. Cắn chéo phía trước

1.1. Lâm sàng

Ngoài mặt

Nhìn mặt nghiêng: có thể bình thường, hoặc thẳng, hoặc lõm ở tầng mặt giữa
Tầng mặt dưới: có thể có tỷ lệ bình thường hoặc giảm so với các tầng mặtkhác
Có thể có đường sẹo khe hở môi đã phẫu thuật

Trong miệng

Ở vị trí cắn trung tâm, tương quan tâm

- Hoặc tương quan loại I răng hàm lớn thứ nhất và răng nanh. Một hoặc một số răng có độ cắn chìa đảo ngược hoặc có giá trị bằng 0 trong mối tương quan hướng môi - lưỡi giữa các răng phía trước cuả hàm trên và hàm dưới
- Hoặc tương quan loại III răng hàm lớn thứ nhất và răng nanh. Một hoặc một số răng có độ cắn chìa đảo ngược trong mối tương quan hướng môi- lưỡi giữa các răng phía trước cuả hàm trên và hàm dưới
- Có thể có răng thừa vùng răng cửa hàm trên, có thể có răng cửa sữa khi đãtới tuổi thay, răng cửa hàm trên có thể mọc về phía vòm miệng

1.2. Cận lâm sàng

Mẫu hàm thạch cao

Chu vi cung hàm trên giảm

X quang Phim Cephalometrics

- Tương quan xương hai hàm loại I hoặc loại II
- Đo các góc trên phim:Góc SNA, SNB, ANB: có thể có giá trị bình thường, hoặc góc SNA có giá trị nhỏ hơn giá trị bình thường và góc SNB có giá trị bình thường, hoặc góc SNB có giá trị lớn hơn giá trị bình thường
- Góc ANB: có giá trị âmGóc răng cửa hàm trên với mặt phẳng khẩu cái: có giá trị bình thường hoặc nhỏ hơn bình thường hoặc lớn hơn bình thường

Phim toàn cảnh

Có thể có hình ảnh răng lệch lạc , thiếu chỗ cho răng cửa hàm trên

Có thể thấy hình ảnh răng thừa vùng răng cửa hàm trên

2. Cắn chéo phía sau

2.1. Lâm sàng

Ngoài mặt

Nhìn mặt nghiêng: có thể bình thường, hoặc thẳng, hoặc lõm ở tầng mặtgiữa

Tầng mặt dưới: có thể có tỷ lệ bình thường hoặc giảm so với các tầng mặtkhác

Có thể có đường sẹo khe hở môi đã phẫu thuật.

Trong miệng

Ở vị trí cắn trung tâm, tương quan tâm

- Tương quan loại I, loại II hoặc loại III răng hàm lớn thứ nhất và răng nanh
- Cắn chéo: có thể thấy ở một răng, một số răng, một nhóm răng, có thể thấymột bên hoặc cả hai bên của cung răng
- Cắn chéo phía sau đơn giản: Múi ngoài của răng sau hàm trên cắn khít về phía lưỡi so với múi ngoài của răng sau hàm dưới
- Cắn chéo phía má hàm trên: hoàn toàn không cắn khít (cắn kéo)
- Cắn chéo phía vòm miệng hàm trên: hoàn toàn không cắn khít
- Có thể có răng hàm sữa khi đã tới tuổi thay
- Răng hàm vĩnh viễn có thể mọc về phía vòm miệng hoặc phía má

2.2. Cận lâm sàng

Mẫu hàm thạch cao

Hình dạng cung răng: hình chữ A hoặc hình ô mê ga thắt hẹp hai bên

Cung hàm: có thể cân xứng hoặc không cân xứng

Kích thước rộng cung hàm: giảm

Tương quan hai hàm: Mất tương quan bình thường múi - hố chiều má - lưỡi của các răng sau

Mất cân xứng kích thước hai hàm

X quang, phim Cephalometrics:
Tương quan xương hai hàm loại I hoặc loại II Đo các góc trên phim:Góc SNA, SNB, ANB: có thể có giá trị bình thường, hoặc góc SNA có giá trị nhỏ hơn giá trị bình thường và góc SNB có giá trị bình thường , hoặc góc SNB có giá trị lớn hơn giá trị bình thường
Góc ANB: có giá trị âm trong trường hợp tương quan xương loại III
Góc răng cửa hàm trên với mặt phẳng khẩu cái: có giá trị bình thường hoặc nhỏ hơn bình thường hoặc lớn hơn bình thường
Độ cắn chìa: có giá trị 0 hoặc âm hoặc bình thường
Chẩn đoán thể lâm sàng: có 3 thể cắn chéo là cắn chéo do răng, cắn chéo do xương và cắn chéo do trượt chức năng

3. Cắn chéo do răng

Các chỉ số về xương bình thường
Chỉ có các biểu hiện bất thường về răng

4. Cắn chéo do xương

X quang: Tương quan xương hai hàm loại III, có thể có biểu hiện:

- Kém phát triển xương hàm trên, xương hàm dưới bình thường
- Xương hàm trên bình thường, xương hàm dưới phát triển quá mức.
- Cả hai hàm bất thường

Trên mẫu thạch cao: có hẹp cung hàm trên so với hàm dưới hoặc ngược lại

5. Chẩn đoán phân biệt

Tình trạng cắn chéo luôn có các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng rõ rệt, vì vậy không cần chẩn đoán phân biệt với các rối loạn khớp cắn khác

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Tạo lập lại các mối tương quan răng –răng , răng- xương, xương- xương, mô cứng- mô mềm theo khớp cắn đúng, đảm bảo sự ổn định và sinh lý của các mối tương quan trên

2. Điều trị cụ thể

2.1. Giai đoạn hàm răng sữa:

Loại bỏ nguyên nhân gây nên cắn chéo
Loại bỏ điểm chạm sớm:
Đeo khí cụ loại bỏ thói quen xấu
Nhổ răng thừa…

2.2. Giai đoạn hàm răng hỗn hợp

Can thiệp nắn chỉnh răng bằng một hoặc phối hợp các phương pháp dưới đây:

- Dùng cây đè lưỡi điều trị cắn chéo một răng
- Dùng mặt phẳng nghiêng răng cửa hàm dưới
- Dùng cánh tay đẩy đàn hồi
- Dùng khí cụ có ốc nong
- Dùng khí cụ face mask với ốc nong nhanh
- Dùng khí cụ chụp cằm (Chin cup)
- Dùng khí cụ frankel III…

2.3. Giai đoạn hàm răng vĩnh viễn

Can thiệp nắn chỉnh răng bằng một hoặc phối hợp các phương pháp dưới đây:

- Khí cụ có ốc nong
- Dùng khí cụ gắn chặt với chun cắn chéo
- Khí cụ Quad-helix…

2.4. Khi đến tuổi trưởng thành:

Có thể phối hợp với phẫu thuật trong các trường hợp cắn chéo do xương

IV. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Nếu điều trị đúng phác đồ trên thì sẽ có kết quả tốt

Nếu không điều trị thì có thể ảnh hưởng đến thẩm mỹ và chức năng

2. Biến chứng

Gây ra các tổn thương ở răng và quanh răng như mòn răng, tiêu xương ổ răng, viêm quanh răng, sâu răng…

Rối loạn chức năng khớp thái dương hàm

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Khám răng miệng định kỳ để phát hiện các lệch lạc sớm và điều trị kịp thời

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt

SAI KHỚP CẮN LOẠI III DO KÉM PHÁT TRIỂN XƯƠNG HÀM TRÊN

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng sai khớp cắn mà ở tư thế cắn trung tâm, múi ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm trên khớp về phía xa so với rãnh ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm dưới, xương hàm trên lùi phía sau so với cấu trúc nền sọ, xương hàm dưới ở vị trí bình thường

NGUYÊN NHÂN

Di truyền: Xương hàm trên kém phát triển

Dị tật bẩm sinh khe hở môi - vòm miệng làm kém phát triển xương hàm trên

Một số bệnh gây cốt hóa sớm xương hàm trên: hội chứng Crouzon…

II. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định

1. Lâm sàng

Ngoài mặt: Bệnh nhân có kiểu mặt lõm.

Trong miệng

Toàn bộ cung răng trên lùi ra phía sau so với hàm dưới

Các răng trước

Có khớp cắn ngược

Răng cửa trên ngả về phía môi

Răng cửa dưới ngả lưỡi

Tương quan răng hàm lớn thứ nhất hai hàm: loại III

Tương quan răng nanh hai hàm: loại III

Có thể có cắn chéo vùng răng sau

Có thể có cắn hở

Có thể có các lệch lạc răng khác

2. Cận lâm sàng

2.1. Mẫu hàm thạch cao

Tương quan răng hàm lớn thứ nhất và răng nanh: loại III

Độ cắn chìa âm

2.2. X quangPhim đo đầu bên (Cephalometrics)

- Tương quan xương hai hàm loại III
- Số đo góc SNA: nhỏ hơn giá trị bình thường. + Số đo góc SNB có giá trị bình thường
- Số đo góc ANB: có giá trị âm
- Chỉ số Wits: giảm
- Chỉ số A-Nperp: giảm
- Chỉ số Pog-Nperp: bình thường
- Số đo góc răng cửa hàm trên với mặt phẳng khẩu cái: có giá trị lớn hơn bìnhthường
- Số đo góc răng cửa dưới với mặt phẳng hàm dưới: nhỏ hơn giá trị bình thường

3. Chẩn đoán phân biệt

3.1. Sai khớp cắn loại III quá phát xương hàm dưới:

Phân biệt dựa vào các triệu chứng lâm sàng và X quang

Lâm sàng

Hàm trên: bình thường

Hàm dưới: nhô quá mức

X quang: phim Cephalometrics

- Số đo góc SNA bình thường.
- Chỉ số A-Nperp bình thường.
- Số đo góc SNB tăng
- Chỉ số Pog-Nperp tăng

2.2. Sai khớp cắn loại III do kém phát triển xương hàm trên và quá phát xương hàm dưới:

Phân biệt dựa vào các triệu chứng lâm sàng và X quang

Lâm sàng

Hàm trên: lùi

Hàm dưới: nhô quá mức

X quang: phim Cephalometrics

- Số đo góc SNA giảm
- Chỉ số A-Nperp giảm
- Số đo góc SNB tăng
- Chỉ số Pog-Nperp tăng

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Tạo lập lại tương quan hai hàm, lý tưởng nhất là tương quan xương loại I và khớp cắn loại I cả răng hàm lớn và răng nanh, nếu không thì ít nhất phải đạt được tương quan răng nanh loại I

Cải thiện về thẩm mỹ

Đảm bảo độ ổn định

2. Điều trị cụ thể

2.1. Bệnh nhân đang trong thời kỳ tăng trưởng

Can thiệp kích thích tăng trưởng xương hàm trên ra trước bằng khí cụ Face mask:Khí cụ ngoài mặt tựa vào trán và cằm để kéo và kích thích xương hàm trên tăng trưởng ra trước

Lực kéo là 300-500g mỗi bên

Phối hợp dùng ốc nong để nong rộng hàm nếu có hẹp hàm trên

Thời gian đeo: khoảng 14 giờ /ngày và kéo dài từ 6 tháng đến 12 tháng.

2.2. Bệnh nhân hết thời kỳ tăng trưởng

Can thiệp nắn chỉnh răng bù trừ bằng khí cụ gắn chặt

Có thể nhổ bớt răng: thường nhổ răng hàm nhỏ thứ hai hàm trên và răng hàm nhỏ thứ nhất hàm dưới

Gắn mắc cài hai hàm

Đi dây cung thích hợp

Dịch chuyển các răng để có được tương quan hai hàm ở mức tối ưu. Có thể phối hợp sử dụng chun liên hàm loại III

Can thiệp phẫu thuật chỉnh hình xương: Trong các trường hợp kém phát triển xương hàm trên nặng không thể điều trị bù trừ bằng nắn chỉnh răng đơn thuần được thì phải kết hợp chỉnh hình xương hàm trên

Hoàn thiện

Duy trì kết quả điều trị

IV. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Sai khớp cắn loại III do kém phát triển xương hàm trên là loại sai khớp cắn nặng, ảnh hưởng nhiều đến chức năng và thẩm mỹ
Nếu điều trị kịp thời và đúng phác đồ trên thì sẽ có kết quả tốt

2. Biến chứng

Sang chấn răng và mô quanh răng
Rối loạn chức năng khớp thái dương hàm

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Khám răng miệng định kỳ để phát hiện các lệch lạc sớm,theo dõi sự tăng trưởng của xương và điều trị kịp thời

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt

VIÊM TẤY LAN TỎA VÙNG HÀM MẶT

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng viêm mô tế bào hoại tử lan rộng không giới hạn, với các biểu hiện nhiễm trùng, nhiễm độc nặng, diễn biến nhanh, nguy cơ tử vong cao nếu không được điều trị kịp thời

NGUYÊN NHÂN

1. Do răng

Răng viêm quanh cuống không được điều trị

Răng có viêm quanh răng không được điều trị

2. Do biến chứng răng khôn

3. Do nguyên nhân khác

Do tai biến điều trị

Do chấn thương

Nhiễm trùng các vùng lân cận

II. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định

1. Lâm sàng

1.1. Toàn thân

Trong tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc nặng. Sốt cao hoặc nhiệt độ không tăng do tình trạng mạch nhiệt phân ly, mạch nhanh nhỏ, khó bắt

Người bệnh thường ở tình trạng lả, suy kiệt, vật vã

1.2. Tại chỗ

Bệnh bắt đầu ở một vùng nhất định, sau đó lan nhanh sang tất cả các vùng khác của nửa mặt cùng bên, sàn miệng hoặc bên đối diện

Ngoài mặt

- Mặt biến dạng, sưng to lan rộng ra các vùng má, vùng cơ cắn, vùng mang tai, vùng dưới hàm, vùng thái dương, có thể lan tới vùng cổ và ngực
- Mi mắt sưng nề che kín nhãn cầu
- Mất các rãnh tự nhiên ở mặt
- Da căng bóng nề, không kẹp được bằng tay, màu trắng nhợt hoặc hơi tím
- Ấn thấy có mật độ cứng, không có dấu hiệu chuyển sóng, có thể thấy lạo xạo hơi

Trong miệng

- Khít hàm
- Sưng nề vùng sàn miệng, má, thành bên họng
- Niêm mạc má, tiền đình nề, mang dấu răng, có cặn tơ huyết bẩn. + Nước bọt quánh, miệng có mùi hôi thối
- Có biểu hiện tổn thương răng nguyên nhân

2. Cận lâm sàng

X quang thường quy: có biểu hiện tổn thương răng nguyên nhân

Phim MRI, CT scanner: xác định chính xác vị trí, kích thước tổ chức bị viêm hoại tử

Xét nghiệm sinh hóa: Có albumin niệu, trụ niệu, bạch cầu cao

3. Chẩn đoán phân biệt

Viêm tấy tỏa lan vùng hàm mặt có các biểu hiện lâm sàng rõ và tiến triển nhanh, không cần chẩn đoán phân biệt

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Chống nhiễm trùng, nhiễm độc và nâng cao thể trạng
Rạch rộng và dẫn lưu mủ
Xử trí răng nguyên nhân

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị toàn thân

Đồng thời với việc phẫu thuật, phải điều trị chống sốc nhiễm trùng, nhiễm độc và nâng cao thể trạng

2.2. Phẫu thuật

Vô cảm
Rạch rộng, mở thông và dẫn lưu các ổ mủ
Bơm rửa
Đặt dẫn lưu tới tất cả các ổ mủ
Xử trí răng nguyên nhân.

2.3. Chăm sóc sau phẫu thuật

Bơm rửa qua dẫn lưu nhiều lần trong ngày
Thay những dẫn lưu bị tắc

IV. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Tiên lương **NẶNG**. Nếu không điều trị kịp thời, bệnh tiến triển nhanh, có thể tử vong do nhiễm trùng, nhiễm độc, ngạt thở

2. Biến chứng

Áp xe trung thất
Viêm tắc tĩnh mạch xoang hang
Nhiễm trùng huyết

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Khám răng miệng định kỳ để phát hiện sớm và điều trị kịp thời các răng bệnh lý

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt

U MEN XƯƠNG HÀM

(Ameloblastoma)

I. ĐỊNH NGHĨA

U men xương hàm là u có nguồn gốc từ nguyên bào tạo men, là u lành tính nhưng có tính chất xâm lấn tại chỗ và có thể chuyển dạng thành ác tính

NGUYÊN NHÂN

Phát sinh từ nguyên bào tạo men còn vùi kẹt ở trong xương hàm

II. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định

1. Lâm sàng

1.1. Giai đoạn đầu:

Bệnh tiến triển trong xương hàm, không có triệu chứng và được phát hiện tình cờ khi chụp X quang xương hàm

1.2. Giai đoạn u to làm phồng xương hàm

Ngoài mặt

Mặt biến dạng, sờ không đau, khối u không đều sờ có chỗ cứng, chỗ mềm.

Trong miệng

Làm phồng xương hàm, làm đầy ngách lợi, thời kỳ đầu niêm mạc và răng trên u bình thường, ấn cứng.

Khi u đã phá hủy tới vỏ xương thì ấn có dấu hiệu bóng nhựa

Khi u đã phá hủy hầu hết xương có các dấu hiệu dưới đây:

- Các răng trên vùng u có biểu hiện di lệch
- Niêm mạc trên vùng u có thể bị loét do sang chấn hoặc có các dấu răng

Trường hợp u bị bội nhiễm: có cảm giác đau, niêm mạc và da trên u đỏ, các răng trên u lung lay nhiều. Bệnh nhân có sốt và xuất hiện hạch vùng ngoại vi

Hiếm gặp u men ở hàm trên. Nếu gặp thì có thể có thấy triệu chứng mũi xoang

2. Cận lâm sàng

X quang: Có hình ảnh tổn thương phá hủy xương hàm dạng nang có thể một hoặc nhiều buồng, ranh giới không rõ. Có thể có hình ảnh tiêu chân răng các răng liên quan

Mô bệnh học: Thấy hình ảnh tổn thương đặc trưng của u men. Dựa vào hình ảnh mô bệnh học, u men được phân loại thành các thể dưới đây:

- U men thể nang: Ameloblastoma
- U men dạng tuyến: Adeno-Ameloblastoma
- U men - xơ: Fibro-Ameloblastoma
- U men dạng nhày: Myxo-Ameloblastoma
- U men máu: Angio-Ameloblastoma

3. Chẩn đoán phân biệt

Nang xương hàm

Nang thân răng: trên X quang có hình ảnh tổn thương xương hàm có ranh giới rõ, và liên quan đến thân răng ngầm nằm trong nang

Nang chân răng: liên quan với răng nguyên nhân nhưng trên X quang không có hình ảnh tiêu chân răng

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Phẫu thuật cắt bỏ triệt để toàn bộ khối u để tránh tái phát

2. Điều trị cụ thể

2.1. Trường hợp u có kích thước nhỏ, chưa phá hủy nhiều xương

Phẫu thuật cắt bỏ u, giữ lại bờ nền xương hàm
Phục hình răng để phục hồi chức năng ăn nhai

2.2. Trường hợp u có kích thước lớn, phá hủy nhiều xương

Phẫu thuật cắt bỏ u và đoạn xương hàm
Phục hồi đoạn xương cắt bỏ bằng kỹ thuật ghép xương hàm
Phục hình răng để phục hồi chức năng ăn nhai

Trong một số trường hợp có thể tiến hành phẫu thuật mở thông u men để chuẩn bị cho phẫu thuật cắt bỏ triệt để

IV. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Nếu phẫu thuật không triệt để, lấy bỏ toàn bộ u thì có nguy cơ tái phát cao
Nếu không được điều trị thì u gây phá hủy xương hàm nhanh chóng, có thể gây gãy xương bệnh lý và xâm lấn mô mềm xung quanh. U men còn có nguy cơ chuyển dạng ác tính
Nếu phẫu thuật triệt để lấy bỏ toàn bộ u thì sẽ có tiên lượng tốt

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Khám chuyên khoa răng hàm mặt định kỳ để phát hiện tổn thương sớm và điềutrị kịp thời

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt

U RĂNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Là khối u xuất hiện ở xương hàm có nguồn gốc từ tế bào tạo ngà, tạo men và tạo xương chân răng

NGUYÊN NHÂN

Do sự tăng sinh của biểu mô của răng hay cơ quan tạo men

II. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định

1. Lâm sàng

Ngoài miệng

Không thấy có biểu hiện lâm sàng đặc hiệu

Nếu có bội nhiễm thì sẽ gây sưng nề mô mềm tương ứng vùng ngoài mặt.

Trong miệng

- Niêm mạc miệng bình thường
- Có thể phát hiện thiếu răng vĩnh viễn tại cung hàm có u: thường là răng cửa trên, răng hàm nhỏ hoặc hàm lớn hàm dưới
- U làm xương hàm gồ nhẹ ở mặt trong hoặc ngoài

2. Cận lâm sàng

X quang thường quy

2.1. Panorama

- U cản quang, ranh giới rõ
- Có nhiều răng nhỏ giống hoặc không giống hình thể răng
- Có thể thấy răng mọc ngầm liên quan

2.2. CT Scanner:

Xác định kích thước u và những liên quan với mô xung quanh

3. Chẩn đoán phân biệt

U xương răng: hình ảnh X quang không có những tổ chức như răng

Khối canxi hóa : nằm trong xương không liên quan đến răng

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Phẫu thuật cắt bỏ triệt để toàn bộ khối u

2. Điều trị cụ thể

Phẫu thuật cắt u và lấy răng ngầm

Vô cảm

Rạch niêm mạc đường ngách tiền đình

Mở xương

Bộc lộ u

Cắt u lấy toàn bộ khối u

Bộc lộ răng ngầm

Lấy răng ngầm

Khâu đóng vết mổ theo lớp giải phẫu

IV. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Phát hiện sớm, phẫu thuật lấy toàn bộ u sẽ cho kết quả tốt

2. Biến chứng

Nhiễm trùng, viêm xương hàm

Biến dạng xương hàm

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Khám kiểm tra định kỳ phát hiện u và răng ngầm

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt

U XƯƠNG RĂNG (U XÊ-MĂNG CHÂN RĂNG)

I. ĐỊNH NGHĨA

Xương răng là khối u lành tính ở xuong hàm có nguồn gốc từ ngoại trung mô

NGUYÊN NHÂN

Ít được biết đến, u phát sinh từ tế bào ngoại trung mô ở vùng trung mô ở vùng quanh răng, đó là tế bào tạo xương răng

II. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định

1. Lâm sàng

1.1. Cơ năng

Xuất hiện các cơn đau như viêm tủy ở răng nguyên nhân

1.2. Thực thể

Ngoài mặt

Thường không có triệu chứng đặc hiệu

Khi u phát triển to có thể có bội nhiễm viêm sưng tấy đỏ ngoài mặt và gây viêm xương và rò ra ngoài da

Khi u phát triển gây viêm xương có thể thấy đường dò mủ ngoài mặt tươngứng

Trong miệng

Khi u còn nhỏ ít có triệu chứng

Có thể có khối phồng xương , gianh giới không rõ

Hoặc có dò mủ tương ứng vùng răng nguyên nhân

Có biểu hiện bệnh lý ở răng nguyên nhân.

Thử tủy thường dương tính

2. Cận lâm sàng

X quang thường quy: Thường là một khối cản tương đối đồng nhất, hình tròn liền với 1 hay nhiều chân răng, xung quanh vùng cản quang là vùng sang mỏng, bờ rõ ràng

CT Scanner: Xác định kích thước u và những liên quan với mô xung quanh.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ u và răng

2. Điều trị cụ thể

<u>Phẫu thuật cắt u</u>

Vô cảm

Rạch niêm mạc tiền đình vùng u

Tách bóc bộc lộ khối u

Cắt bỏ khối u

Kiểm soát vùng phẫu thuật

Khâu phục hồi

Kháng sinh

IV. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Nếu điều trị phẫu thuật lấy bỏ được toàn bộ u thì kết quả tốt

2. Biến chứng

Loét, nhiễm trùng, hoại tử u

Ảnh hưởng thẩm mỹ

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Khám kiểm tra răng hàm mặt định kỳ để phát hiện u

Thiết lập kế hoạch điều trị toàn diện cho bệnh nhân

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt

VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI DO VIRUS (QUAI BỊ)

I. ĐỊNH NGHĨA

Quai bị là bệnh viêm tuyến nước bọt mang tai thường gặp ở trẻ em và thanh thiếu niên do virus gây ra, bệnh có thể lây truyền trực tiếp qua trung gian nước bọt và có tính chất dịch tễ

NGUYÊN NHÂN

Bệnh do virus thuộc nhóm Paramyxo virus gây ra

II. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán xác định dựa vào các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và tính chất dịch tễ

1. Lâm sàng

1.1. Thời kỳ ủ bệnh

Giai đoạn đầu không có triệu chứng lâm sàng và có thể kéo dài từ 2-3 tuần, sau đó xuất hiện một số triệu chứng dưới đây:

- Có thể sốt
- Khô miệng
- Đau vùng mang tai, đau rõ nhất ở 3 điểm là trước nắp tai, mỏm xương chũm và góc hàm

1.2. Thời kỳ toàn phát

Sưng đau tuyến mang tai với các đặc điểm:Lúc đầu sưng 1 bên, sau lan ra 2 bên

Mới đầu khối sưng nhỏ, làm mất rãnh sau góc hàm, đẩy dái tai ra trước, sau to dần và lan ra cả vùng dưới hàm

Sờ vùng mang tai thấy cảm giác căng dạng "mật độ keo", hơi nóng, hơi đau

Há miệng có thể hạn chế

Niêm mạc miệng khô, đỏ, giảm tiết nước bọt

Lỗ ống Stenon nề, đỏ, đôi khi có những vết nhỏ viêm bầm tím xung quanh và không có mủ nếu không có bội nhiễm

2. Cận lâm sàng:

Xét nghiệm máu: Ít có vai trò trong chẩn đoán bệnh vì triệu chứng lâm sàng khá điển hình.

X quang: không có giá trị chẩn đoán

3. Yếu tố dịch tễ:

Ở nước ta, bệnh có thể tản phát quanh năm, tuy nhiên thường gặp hơn vào các tháng thu - đông.

Khí hậu mát, lạnh và khô hanh giúp cho bệnh quai bị có thể lan truyền mạnh hơn. Dịch quai bị thường xảy ra trong nhóm trẻ em đi nhà trẻ, lớp mẫu giáo hoặc đến trường phổ thông, cũng có thể gặp trên nhóm trẻ lớn hoặc thanh niên và người lớn tuổi với tỷ lệ thấp hơn và thường là các trường hợp tản phát.

Tỷ lệ mắc ở nam giới thường cao hơn nữ.

4. Chẩn đoán phân biệt:

Viêm tuyến nước bọt do vi khuẩn: thường biểu hiện viêm tuyến mang tai ở một bên và có mủ ở miệng ống Stenon, không có tính chất dịch tễ

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Nâng cao thể trạng
- Chống bội nhiễm

- Nghỉ ngơi, hạn chế vận động

2. Điều trị cụ thể

- Thuốc an thần
- Hạ sốt
- Vệ sinh răng miệng
- Nghỉ ngơi, nâng cao thể trạng

IV. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Bệnh tiến triển khoảng 8-10 ngày và tự khỏi

2. Biến chứng

Viêm tinh hoàn: là biến chứng hay gặp

Viêm buồng trứng: hiếm gặp

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Tiêm văcxin phòng quai bị cho trẻ em

Cách ly người bệnh, ngăn ngừa lây nhiễm ra cộng đồng

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt

VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI MẠN TÍNH

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tuyến nước bọt mạn tính là loại viêm tuyến nước bọt thường gặp ở người lớn do nhiều nguyên nhân,hay gặp nhất là do vi khuẩn

NGUYÊN NHÂN

Vi khuẩn

Sỏi tuyến mang tai

Bệnh có thể được coi là biến chớng của những tổn thương tái phát do phản xạ, dị ứng, nội tiết của tuyến nước bọt

Do những thâm nhiễm nguyên thủy tuyến mang tai của hội chứng Sjogren

II. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán xác định dựa vào các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và tính chất dịch tễ

1. Lâm sàng

1.1. Ngoài miệng

Thường chỉ biểu hiện khi có đợt bán cấp: sưng, tức tuyến mang tai 1 hoặc cả 2 bên, đau nhiều

Giữa 2 đợt sưng, tuyến mang tai chỉ hơi to hơn bình thường, sờ chắc, không đau

Bệnh nhân chủ yếu thấy khó chịu nhất là lúc sáng dậy, nước bọt hơi mặn trong miệng

Tình trạng trên kéo dài khoảng 1 - 2 tuần, có điều trị hay không cũng hết dần . Sau vài tháng sưng đau trở lại

1.2. Trong miệng

Lỗ ống Stenon sưng đỏ

Xoa nắn tuyến có mủ loãng hoặc những sợi nhầy mủ, chứa phế cầu, tụ cầu và liên cầu khuẩn chảy theo lỗ ống Stenon vào miệng

2. Cận lâm sàng

Hình ảnh Xquang có tiêm thuốc cản quang

Ống Stenon giãn to, đường kính không đều, chỗ phình, chỗ chít hẹp

Những ống nhỏ trong nhu mô có thể thấy rõ, có những ổ đọng thuốc trong nang tuyến phình ra

3. Chẩn đoán phân biệt

Viêm tuyến nước bọt mang tai do virus (quai bị): dựa vào dấu hiệu không có mủ chảy ra ở lỗ ống Stenon và tính chất dịch tễ

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Nâng cao thể trạng

Chống bội nhiễm

Nghỉ ngơi, hạn chế vận động

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị nội khoa:

Chỉ định: Khi tuyến chưa xơ hóa

Điều trị bằng cách bơm rửa tuyến bằng thuốc kháng sinh, chống viêm, nước muối sinh lý

2.2. Điều trị ngoại khoa

Chỉ định: Khi tuyến xơ hóa, không còn chức năng

Điều trị bằng phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến mang tai, bảo tồn thần kinh VII

Kỹ thuật:

- Vô cảm

- Rạch da theo đường Redon vùng mang tai
- Bóc tách bộc lộ thần kinh VII
- Cắt toàn bộ tuyến mang tai
- Kiểm soát vùng phẫu thuậtĐặt dẫn lưu kín
- Khâu phục hồi
- Kháng sinh

IV. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Nếu phát hiện sớm, điều trị nội khoa sẽ cho kết quả tốt

2. Biến chứng

Áp xe tuyến mang taiViêm tấy lan tỏa

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Khám chuyên khoa răng hàm mặt định kỳ để phát hiện viêm tuyến mang tai sớm và điều trị kịp thời

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt

VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT DƯỚI HÀM DO SỎI

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng tổn thương viêm tuyến nước bọt có nguyên nhân do sỏi có thể ởvùng tuyến hoặc ống tuyến

NGUYÊN NHÂN

Sỏi ống tuyến nước bọt

Sỏi tuyến nước bọt

II. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định

1. Lâm sàng

1.1. Toàn thân

Có thể có sốt nếu viêm cấp

Có thể có hạch viêm dưới hàm cùng bên.

Triệu chứng Garel : Xảy ra trong bữa ăn , tuyến dưới hàm sưng phồng lên do sỏi làm tắc nước bọt, ứ lại trong tuyến. Khi nước bọt thoát ra được thì hết sưng tuyến và hết đau

1.2. Tại chỗ

Ngoài mặt

Sưng vùng dưới hàm: ranh giới rõ, nếu trong đợt cấp thì có biểu hiện sưng, nóng, đỏ, sờ đau. Nếu không phải đợt cấp thì da trên vùng sưng bình thường, nắn chắc, ít đau

Trong miệng

Lỗ ống Wharton nề đỏ

Sờ có thể thấy sỏi ở vùng ống tuyến

Khi vuốt dọc ống tuyến về phía miệng ống tuyến, có thể có mủ chảy ra

2. Cận lâm sàng

X quang thường quy: có thể thấy hình ảnh sỏi ở tuyến hoặc ống tuyến.

CT Scanner:

- Thấy vị trí, kích thước của sỏi
- Có hình ảnh phì đại tuyến dưới hàm

Chụp cản quang tuyến dưới hàm: có hình ảnh chuỗi ngọc trai điển hình với đặc điểm ống Wharton to, giãn nỡ không đều

3. Chẩn đoán phân biệt

U tuyến dưới hàm: không có triệu chứng Garel, không có sỏi

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Phẫu thuật lấy sỏi và điều trị bảo tồn tuyến hoặc cắt bỏ tuyến

2. Điều trị cụ thể

2.1. Phẫu thuật lấy sỏi và điều trị bảo tồn tuyến

Chỉ định: Sỏi ống tuyến

Viêm tuyến nhưng tuyến chưa xơ hóa

<u>Kỹ thuật</u>

- Vô cảm
- Xác định và cố định vị trí sỏi bằng chỉ phẫu thuật. + Rạch niêm mạc dọc ống tuyến tại vị trí có sỏi
- Bộc lộ và lấy sỏi
- Kiểm soát vùng phẫu thuật
- Cắt bỏ chỉ cố định sỏi
- Khâu đóng niêm mạc

- Kháng sinh, chống viêm

2.2. Phẫu thuật lấy sỏi và cắt bỏ tuyến dưới hàm

Chỉ định: Sỏi tuyến

Tuyến viêm mạn gây xơ hóa

Kỹ thuật

- Vô cảm
- Rạch da vùng dưới hàm
- Tách bóc, bộc lộ tuyến
- Cắt bỏ tuyến cùng sỏi
- Kiểm soát vùng phẫu thuật
- Đặt dẫn lưu
- Khâu phục hồi phần mềm
- Kháng sinh

IV. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Viêm tuyến dưới hàm do sỏi ống tuyến được điều trị sớm bằng việc lấy sỏi ống tuyến sẽ bảo tồn được tuyến dưới hàm với kết quả điều trị tốt

Viêm tuyến dưới hàm do sỏi ống tuyến nếu điều trị lấy bỏ sỏi muộn thì tuyến dưới hàm dễ viêm mạn xơ hóa, dẫn đến phải cắt bỏ tuyến

Viêm tuyến dưới hàm do sỏi tuyến thì không thể điều trị bảo tồn tuyến

2. Biến chứng

Áp xe vùng dưới hàm

Áp xe vùng sàn miệng

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Khi phát hiện có sỏi ống tuyến Wharton thì phẫu thuật lấy bỏ sớm để phòng viêm tuyến

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt

ĐAU DÂY THẦN KINH V

I. ĐỊNH NGHĨA

Đau dây thần kinh V hay dây tam thoa là chứng đau nửa mặt với đặc trưng là các cơn đau ngắn, dữ dội, xuất hiện tự nhiên hoặc do kích thích

NGUYÊN NHÂN

Thường không xác định rõ được nguyên nhân gây đau dây V

Trong một số trường hợp, có thể do:

- Chèn ép dây thần kinh V
- Rối loạn khử myelin nguyên phát: bệnh xơ cứng rải rác
- Dây thần kinh V bị xâm nhập vào vùng rễ thần kinh V hay hạch Gasser trong một số bệnh: Carcinoma, Sarcoidosis..

II. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định

1. Lâm sàng

Toàn thân: Không có biểu hiện gì đặc biệt

1.1. Cơ năng:

- Đau kịch phát kéo dài một vài giây đến vài phút, xảy ra chủ yếu vào buổi sáng, ***hiếm khi về đêm***
- Tính chất cơn đau: Thường khu trú một bên mặt
- Vùng đau: là vùng chi phối một nhánh hoặc nhiều nhánh thần kinh V
- Đau khởi phát đột ngột, với tính chất đau buốt, như dao đâm, như cháy bỏng, hay như điện giật
- Cường độ đau dữ dội
- Đau khởi phát từ vùng bị kích thích như ăn nhai, đánh răng, rửa mặt..
- Giữa các cơn đau là khoảng im lặng, hoàn toàn không có triệu chứng, tuy nhiên, một vài bệnh nhân có thể có đau đầu âm ỉ vào những thời điểmkhác
- Không kèm theo dấu hiệu rối loạn cảm giác
- Kiểu đau là cố định trên mỗi bệnh nhân
- Ngoài ra có thể kèm theo những dấu hiệu do bệnh lý nguyên nhân gây nên.

1.2. Thực thể

Trong một số trường hợp, có thể xác định được các tổn thương là yếu tố kích thích

Trong cơn đau, khi sờ nắn vùng mặt bên đau làm cơn đau tăng lên dữ dội

2. Cận lâm sàng

X quang thường quy: có thể thấy hình ảnh khối u chèn ép dây V

Chụp cộng hưởng từ: có thể phát hiện hình ảnh u thần kinh dây VIII hoặc hình ảnh các khối u chèn ép dây V

3. Chẩn đoán phân biệt:

Đau thần kinh sau Herpes: phân biệt dựa vào tiền sử có nhiễm Herpes

Đau đầu từng chuỗi (Cluster Headache): kèm theo đau một bên mặt còn có dấu hiệu chảy nước mắt, nước mũi, vã mồ hôi ...

Đau co thắt nửa mặt (Hemifacial Spasm): đau do thần kinh VII bị kích thích, với tính chất đau kèm theo co giật các cơ một bên mặt, nhưng không dữ dội như đau thần kinh V

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Trong các trường hợp phát hiện được nguyên nhân thì phải điều trị loại bỏ nguyên nhân gây đau

Trong các trường hợp không xác định được nguyên nhân thì điều trị triệu chứng

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị nguyên nhân

Chỉ định: Trong các trường hợp xác định được nguyên nhân gây đau dây V

Kỹ thuật: Trường hợp dây V bị chèn ép thì phải phẫu thuật cắt bỏ các khối u (phẫu thuật giải áp thần kinh V)

Vô cảm: thường thực hiện dưới gây mê

Phẫu thuật bộc lộ khối u

Cắt bỏ khối u, giải phóng dây thần kinh V

Cầm máu và kiểm sóat vùng phẫu thuật

Đặt dẫn lưu

Khâu phục hồi theo các lớp giải phẫu

2.2. Điều trị triệu chứng

<u>Nội khoa</u>

Chỉ định: trong các trường hợp không xác định được nguyên nhân thì điều trị nội khoa luôn là lựa chọn đầu tiên trước khi tiến hành điều trị ngoại khoa

Phác đồ điều trị

Carbamazepine thường là lựa chọn đầu tiên khi điều trị đau thần kinh V, có thể thay thế bằng Oxcarbazepine hoặc gabapentin để giảm tác dụng phụ

Khởi đầu bằng một liều thấp, tăng dần đến liều đáp ứng. Sau khi đạt liều đáp ứng, duy trì trong 4 – 6 tuần, sau đó giảm dần về liều khởi đầu

Trường hợp thuốc lựa chọn không đáp ứng thì lựa chọn giải pháp điều trị khác

<u>Ngoại khoa</u>

Chỉ định: khi không xác định được nguyên nhân và điều trị nội khoa thất bại

Kỹ thuật: tùy trường hợp có thể áp dụng một trong các phương pháp dưới đây:

- Phương pháp phá hủy rễ thần kinh VPhá huỷ rễ thần kinh có thể là phá huỷ một phần (phá hủy chọn lọc) hoặc phá huỷ hoàn toàn (microsurgical rhizotomy)
- Phá hủy rễ thần kinh V một phần: có một số phương pháp sau:Phương pháp xuyên da: có 3 kỹ thuật + Phá hủy rễ thần kinh V bằng Glycerol
- Phá hủy rễ thần kinh V bằng bóng áp lực.
- Phá hủy rễ thần kinh V bằng nhiệt đông
- Phẫu thuật cắt rễ thần kinh

IV. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Các trường hợp xác định được nguyên nhân: cho kết quả điều trị tốt

Các trường hợp không xác định được nguyên nhân

Điều trị nội khoa: dễ tái phát

Điều trị ngoại khoa: kết quả điều trị thường tốt, tuy nhiên vẫn có tỷ lệ tái phát nhất định

2. Biến chứng

Dị cảm

Mất cảm giác xúc giác vùng dây V chi phối

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Khám sức khỏe định kỳ để phát hiện sớm các nguyên nhân gây đau và điều trị kịp thời

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt

CHẤN THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng tổn thương mô mềm vùng hàm mặt do chấn thương với một hoặc các biểu hiện như bầm tím, đụng giập, rách, chảy máu, thiếu hổng mô.…

NGUYÊN NHÂN

Do tai nạn giao thông

Do tai nạn lao động

Do tai nạn sinh hoạt…

II. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định

Chủ yếu dựa trên các triệu chứng lâm sàng , một số trường hợp có thể kết hợp cận lâm sàng

1. Vết thương xây sát

Tổn thương nông trên mặt da đến lớp thượng bì với biểu hiện có vết xước, rớm máu, xây xát

Có thể có dị vật, có thể làm thay đổi màu sắc da nếu không được làm sạch

Bệnh nhân cảm thấy rất đau, rát do bong lớp thượng bì, hở đầu mút thầnkinh

2. Vết thương đụng dập

Da có biểu hiện xuất huyết, tụ máu tại chỗ, có biểu hiện bầm tím, phù nề và biến dạng mô mềm

Bề mặt vết thương đụng giập có thể màu tím hoặc vàng nếu bệnh nhân đến muộn

3. Vết thương rách da

Rách da với các kích thước khác nhau. Vết rách có thể gọn hoặc nham nhở. Hai mép vết rách có thể đóng kín hoặc hở. Có thể có dị vật

Rách mô mềm dưới da: có thể có tổn thương rách cơ, tổn thương thần kinh, mạch máu, tuyến nước bọt…

Có thể có rách niêm mạc

Chảy máu: tùy vị trí và mức độ tổn thương mà có chảy máu ở các mức độ khác nhau

4. Vết thương xuyên

Có tổn thương xuyên thấu đi từ da, qua các mô mềm dưới da và niêm mạc thông với các hốc tự nhiên vùng hàm mặt như: khoang miệng, hốc mũi, xoang hàm…Tùy theo vết thương xuyên thông vào vùng nào mà có triệu chứng liên quan kèm theo như: rách niêm mạc miệng và chảy máu miệng, rách niêm mạc mũi và chảy máu qua ngách mũi…Có thể có dị vật ở vùng vết thương

Cận lâm sàng: X quang: nếu tổn thương chảy máu xoang hàm thì có hình ảnh mờ xoang hàm…

5. Vết thương mất mô

Mất da: với kích thước khác nhau tùy theo loại tổn thương

Mất mô dưới da: vết thương có thể gây mất cơ, để lại thiếu hổng mô

Tổn thương mạch máu: có thể có tổn thương mạch máu gây chảy máu với các mức độ khác nhau

Biểu hiện tổn thương thần kinh: có thể có dấu hiệu tê bì ở vùng da tương ứng nếu có tổn thương thần kinh

Rò nước bọt: nếu có tổn thương tuyến nước bọt hoặc ống tuyến

Dị vật vùng tổn thương: có thể có dị vật

Có biểu hiện co kéo làm biến dạng

6. Vết thương hỏa khí

Tổn thương mô mềm: tùy từng trường hợp mà có thể có các mức độ tổn thương khác nhau như tổn thương da, mô mềm dưới da, mất mô…
Đặc điểm tổn thương: đường vào nhỏ, đường ra to, mô bị tổn thương rộng kèm theo dị vật…
X quang: có thể có hình ảnh các dị vật ở các vùng tổn thương

7. Vết thương tuyến nước bọt

Rách da vùng tuyến nước bọt
Tổn thương nhu mô tuyến nước bọt, có thể có dấu hiệu chảy nước bọt qua vùng tổn thương
Tổn thương niêm mạc miệng tương ứng ống tuyến và ống tuyến, có dấu hiệu chảy nước bọt qua vùng tổn thương ống tuyến

8. Vết thương bỏng

Da đỏ, có thể có vết chợt
Có phỏng nước vùng tổn thương
Có các biểu hiện nhiễm trùng nếu bệnh nhân đến muộn

9. Chẩn đoán phân biệt

Các tổn thương mô mềm vùng hàm mặt luôn có các triệu chứng rõ rệt vì vậy không cần chẩn đóan phân biệt

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Đánh giá hết tổn thương, tránh bỏ sót
Xử lý vết thương càng sớm càng tốt
Làm sạch tổn thương và loại bỏ hết dị vật
Cắt lọc tiết kiệm da và mô mềm dưới da
Cầm máu kỹ
Khâu phục hồi

- Khâu kín từ trong ra ngoài đặc biệt lớp niêm mạc
- Khâu đúng vị trí giải phẫu, tránh để khoang ảo, không căng
- Khâu đóng ngay nếu vết thương sạch

2. Điều trị cụ thể

2.1. Vết thương xây sát

Vết thương nhỏ:

- Làm sạch bằng nước muối sinh lý, lấy bỏ dị vật
- Băng bằng mỡ kháng sinh có phủ Lidocaine

Vết thương lớn:

- Vô cảm: gây tê, trong một số trường hợp có thể gây mê
- Điều trị vết thương: lau rửa bằng gạc hoặc dùng bàn chải với xà phòng, thìa nạo…
- Băng bằng mỡ kháng sinh có phủ Lidocaine

2.2. Vết thương đụng dập

Nếu máu tụ đang hình thành: băng ép để cầm máu
Tụ máu đã cầm: Nếu tụ máu nhỏ thì theo dõi để tự tiêu. Nếu lớn thì phải phẫu thuật lấy máu tụ
Tụ máu chưa cầm: mở ra lấy máu tụ, cầm máu và băng ép
Tụ máu lâu, có xu hướng nhiễm trùng: rạch lấy bỏ máu tụ

2.3. Vết thương rách da

Làm sạch

Rửa vết thương: rửa bằng nước muối sinh ly dưới áp lực. Trường hợp vết thương bẩn dùng nước Ôxy già hoặc nước muối pha Betadin
Lấy bỏ hết dị vật
Tẩy rửa vết thương: vết thương có lẫn hóa chất, đặc biệt hóa chất có màu, cần tìm dung môi thích hợp để tẩy rửa
Vết thương rộng lẫn nhiều dị vật hoặc bẩn: bệnh nhân được gây mê, dùng bàn chải phẫu thuật chải rửa để loại bỏ dị vật
Cắt lọc tiết kiệm
Da: cắt xén mép, bảo tồn vạt da còn cuống
Cơ: cắt bỏ phần cơ dập nát hoại tử
Cầm máu: lựa chọn các phương pháp sau
+ Kẹp mạch
+ Đốt điện
+ Khâu cầm máu

3. Khâu phục hồi

Yêu cầu: khâu đúng vị trí giải phẫu, từ trong ra ngoài, tránh để khoang ảo, không được căng, lớp niêm mạc phải kín tuyệt đối
Phương pháp khâu: lựa chọn kiểu khâu, mũi rời, khâu vắt, trong da, xagần…
Thời gian được đóng kín da: tương đối, nếu vết thương sạch đóng kín, nếu vết thương bẩn đóng thì hai

3.1. Vết thương xuyên

Vết thương nhỏ, không chảy máu, không dị vật: không phẫu thuật, điều trị kháng sinh, chống phù nề, thay băng, theo dõi
Vết thương to, chảy máu nhiều, có dị vật: phẫu thuật làm sạch, cầm máu,đóng vết thương

3.2. Vết thương mất mô

Vết thương nhỏ: bóc tách, khâu phục hồi
Mất mô rộng: tạo hình, đóng kín vùng thiếu hổng mô.

3.3. Vết thương hỏa khí

Phẫu thuật cầm máu, loại bỏ dị vật, tạo hình đóng kín vết thương.

3.4. Vết thương tuyến nước bọt

Tổn thương có thể ở nhu mô hoặc ống tuyến
Dò nước bọt ở nhu mô: khâu phục hồi
Dò ở ống tuyến: nối, hoặc dẫn lưu vào trong miệng

3.5. Vết thương bỏng

Chườm lạnh, chống shock, bù nước, điện giải, dùng kháng sinh…
Khi tổn thương đã ổn định tùy tình trạng mà có thể ghép da hoặc tạo hình phục hồi vết thương

IV. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Điều trị sớm và đúng nguyên tắc sẽ cho kết quả tốt
Điều trị muộn và sai nguyên tắc có thể gây ra tai biến, di chứng trầm trọng, làm ảnh hưởng đến chức năng, thẩm mỹ

2. Biến chứng

Nhiễm trùng vết thương
Rò nước bọt
Sẹo xấu ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ …

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Tái khám định kỳ

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHỔ RĂNG DƯ

I. ĐỊNH NGHĨA:

Răng dư là răng mọc thêm, ngoài những răng bình thường và có thể được tìm thấy hầu như ở bất kỳ vị trí nào trên khung hàm. Răng thừa có thể xảy ra một hoặc nhiều răng, một phía hoặc hai phía, đã nhú ra hoặc còn ở mọc ngầm và ở một hoặc cả hai hàm.

II. NGUYÊN NHÂN:

Nguyên nhân răng dư chưa được hiểu rõ hoàn toàn

Giả thuyết cho rằng răng răng dư được tạo ra như là kết quả của sự phân đôi mầm răng. Giả thuyết khác, răng dư được hình thành là kết quả của sự hoạt động thái quá cục bộ, độc lập, mạnh mẽ của tính di truyền ngà răng.

Tính di truyền cũng có thể đóng một vai trò quan trọng trong sự xuất hiện bất thường này, như răng dư phổ biến hơn ở những trẻ em có người thân có răng dư so với dân số chung

Các điều kiện có khả năng dẫn đến bệnh mọc thừa răng bao gồm sứt môi, loạn phát xương đòn ở sọ và hội chứng Gardner.

III. CHẨN ĐOÁN:

3.1. Lâm sàng:

- Vị trí mọc răng dư hay gặp: giữa 2 răng cửa giữa hàm trên hoặc dưới. Số lượng răng dư kẽ giữa hàm trên có thể từ 1 tới 2 răng hoặc nhiều hơn.
- Răng dư mọc bất ở vùng nào trên cung hàm đều có thể làm chậm mọc răng, răng mọc chen chúc, khe hở ở giữa 2 răng, nang răng, nhiễm trùng trong miệng
- Răng dư ngầm dưới niêm mạc: có thể thấy vùng niêm mạc mặt trong hay ngoài phồng lên hay gồ cao hơn so với vùng răng bên cạnh.
- Răng dư ngầm trong xương: có thể thấy có thể thấy vùng niêm mạc mặt trong hay ngoài phồng lên hay gồ cao hơn so với vùng răng bên cạnh.

3.2. Cận lâm sàng:

Phải chụp Phim X-quang quanh chóp/ toàn cảnh (Panorex)/ CTConbeam: xác định có răng dư với các hình dạng như

- Dạng hình nón (conical)/ Dạng củ (Tuberculate)/ Dạng răng phụ (Supplemental/ Dạng xơ răng (Odontome). Ở hệ răng sữa răng dư có dạng hình nón
- Xác định số lượng răng dư, vị trí mọc (đã mọc hay ngầm)

3.3. Chẩn đoán xác định: Răng dư (K00.1).

IV. ĐIỀU TRỊ:

4.1 Chỉ định:

- Phẫu thuật nhổ răng dư đã mọc hoặc ngầm dưới niêm mạc.
- Phẫu thuật nhổ răng dư ngầm dưới tiền mê hoặc gây mê.

4.2 Chống chỉ định tương đối:

- Bệnh nhân có tiền sử các bệnh tim mạch, bệnh về máu,… (cho trẻ khám chuyên khoa và có ý kiến của bác sĩ chuyên khoa cho phép điều trị và các thuốc trẻ có thể dùng được trong thời gian điều trị).

4.3 Điều trị:

- Phẫu thuật nhổ răng dư đã mọc hoặc ngầm dưới niêm mạc.
- Phẫu thuật nhổ răng dư ngầm dưới tiền mê hoặc gây mê (Có phác đồ điều trị dưới tiền mê hoặc gây mê).

  Thuốc: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.
- **Kháng sinh**: chọn thuốc kháng sinh thuộc các nhóm β lactam, nhóm aminosid hay aminoglycoside, nhóm chloramphenicol, nhóm tetracyclin, nhóm macrolid và lincosamid, nhóm quinolone, nhóm 5- nitro- imidazole tùy theo cơ địa và kháng sinh

đồ. Khoa thường hay cho:

- Amoxicilline 250 mg (gói), 500 mg (viên nang, gói):
  - Trẻ em trên 12 tuổi: Dùng liều người lớn: 500mg, cách 8 giờ 1 lần.
  - Trẻ em dưới 12 tuổi: 40-50 mg/kg thể trọng/ ngày, cách 8 giờ 1 lần, sử dụng dưới dạng gói.
  - Trẻ dưới 20 kg thường dùng liều 20 – 40mg/kg thể trọng/ ngày.
- Metronidazole 250mg:
  - Liều thường dùng cho trẻ em: 20-30 mg/kg/ngày, chia làm 4 lần uống.

- **Kháng viêm, giảm đau và hạ sốt**: chọn thuốc kháng viêm non-steroid (NSAIDs) hay steroid tùy theo cơ địa và bệnh cảnh lâm sàng của từng bệnh nhân. Khoa thường hay cho:
  - Alphachymotrypsine:
    - Dùng theo hướng dẫn sử dụng của Mims.
  - Dexamethasone 0,5mg:
    - Liều thường dùng cho trẻ em: 0,024 – 0,34 mg/kg/ngày chia làm 4 liều.
  - Prednisone 5mg:
    - Liều thường dùng cho trẻ em: 0,14 – 2 mg/kg/ngày chia làm 4 lần uống.
  - Paracetamol 500mg, 325mg, 250mg (gói), 125mg (gói):
    - Trẻ em trên 12 tuổi: dùng theo liều người lớn: 500mg, 4-6 giờ một lần uống.
    - Trẻ em 10 – 11 tuổi: 480mg, mỗi 4-6 giờ một lần uống.
    - Trẻ em 9 – 10 tuổi: 400mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
    - Trẻ em 6 – 8 tuổi: 320mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
    - Trẻ em 4 – 5 tuổi: 240mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
    - Trẻ em 2-3 tuổi: 160mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
    - Trẻ em 1 – 2 tuổi: 120mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống. Thời gian dùng thuốc từ 5 – 7 ngày.
  - Ibuprofen 100mg / 5 ml:
    - Trẻ em 3 - 6 tháng tuổi (5 kg đến 7,6 kg): 2,5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 150 mg ibuprofen mỗi ngày).
    - Trẻ em từ 6 - 12 tháng tuổi (7,7 kg đến 9 kg): 2,5 ml mỗi lần, 3 - 4 lần mỗi ngày (tương đương 150 - 200 mg ibuprofen mỗi ngày).
    - Trẻ em từ 1 - 3 tuổi (10 kg đến 15 kg): 5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 300mg ibuprofen mỗi ngày).
    - Trẻ em từ 4 - 6 tuổi (16 kg đến 20 kg): 7,5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 450 mg ibuprofen mỗi ngày).
    - Trẻ em từ 7 - 9 tuổi (21 kg đến 29 kg): 10 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 600 mg ibuprofen mỗi ngày).
    - Trẻ em từ 10 - 12 tuổi (30 kg đến 40 kg): 15ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 900 mg ibuprofen mỗi ngày).
- Thời gian dùng thuốc từ 5 – 7 ngày.

V. TIÊN LƯỢNG BIẾN CHỨNG:

- Biến chứng lớn nhất của răng dư là làm cản trở sự mọc răng của các răng bình thường, làm chen chúc các răng trong miệng.

- Tùy vào vị trí răng dư mà sẽ có tiên lượng khác nhau:
- Răng dư đã mọc thì việc nhổ răng là cần thiết và dễ dàng.
- Răng dư vẫn còn ngầm trong xương hàm thì tùy vào biến chứng mà răng dư mang lại có thể tiến hành phẫu thuật nhổ răng hoặc tiếp tục theo dõi.

VI. PHÒNG BỆNH HƯỚNG XỬ LÝ:

Việc phát hiện răng dư có thể tình cờ khi đưa bé đi khám các bệnh lý răng miệng khác nếu răng ngầm trong xương hàm và chỉ được phát hiện qua chụp phim x-quang. Tốt nhất nên đưa trẻ khám răng định mỗi kì 6 tháng để kiểm tra tình trạng răng miệng và sự phát triển các mầm răng để sớm phát hiện răng dư nếu có và có phương án điều trị thích hợp sớm nhất, tránh gây ra các biện chứng về sau cho bé.

NHỔ RĂNG THÔNG THƯỜNG

I. ĐIỀU TRỊ :

1. Chỉ định:

- Răng và chân răng mất chức năng, có vị trí và cấu trúc giải phẫu răng và vùng liên quan bình thường .

2. Thận trọng:

- Bệnh nhân thai nghén, các bệnh lý về nội khoa, … (khám chuyên khoa và cho ý kiến nhổ răng)

3. Phác đồ điều trị

- Phương pháp điều trị
    - Làm các xét nghiệm nếu cần thiết: máu (sinh hóa, huyết học), X_quang
    - Tiến hành thủ thuật:
        - Gây tê tại chỗ hoặc gây tê vùng + nhổ răng (nạy, kềm)
        - Nạo, khâu (nếu chảy máu)
        - Cắn gạc + toa

II. THUỐC

- Giảm đau, kháng viêm. Nếu cần thiết dùng kháng sinh
- Thuốc dùng trong điều trị:

1. Kháng sinh:

a. Họ Macrolide (Spiramycine 750,000IU) + Họ 5-Nitronidazol (Metronidazol 125mg)
b. Nhóm Betalactam
c. Họ Cephalosporin
d. Họ Clincosamid (Clindamycin)
e. Họ 5-Nitronidazol (Metronidazol)

Kháng sinh được sử dụng kê đơn với hàm lượng và liều dùng phụ thuộc vào trẻ em, người lớn hay người cao tuổi, kilogam cân nặng hoặc mức độ nhiễm trùng, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

2. Kháng viêm:

a. Nhóm Fluomethylprednisolon, Glucocorticoid tổng hợp (Dexamethasone)
b. Nhóm Corticosteroid (Prednisolone, Methylprednisolon)
c. Nhóm Enzyme thuỷ phân protein (Alphachymotrypsin: chiết xuất từ tuỵ bò)
d. Nhóm Bromelain và Trypsin

Liều dùng điều chỉnh theo tuổi và kilogam cân nặng hoặc mức độ viêm, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

3. Giảm đau: dịu cơn đau, chặn đứng cơn đau

a. Bậc 1 (Đau nhẹ):

- Thuốc giảm đau không phải Opioid (Paracetamol)
- Thuốc chống viêm không steroid

b. Bậc 2 (Đau vừa):

- Phối hợp Opioid yếu (Codein, Oxycodein) với Paracetamol:
    - Ibuprophen 200mg / Paracetamol 325mg (viên nang)
    - Tramadol 375mg / Acetaminophen 325mg (viên nang)
    - Paracetamol 500mg / Codein 30mg (viên nang, viên sủi bọt)
- Thuốc chống viêm không steroid

c. Bậc 3 (Đau nặng): thuốc giảm đau opioid mạnh (Morphin, Hydromophon,…) phối hợp với thuốc chống viêm không steroid.

Khuyến cáo: thuốc giảm đau bậc 3 hạn chế sử dụng, chỉ sử dụng trong trường hợp khẩn cấp.

Liều dùng điều chỉnh theo tuổi và kilogam cân nặng hoặc mức độ nhiễm trùng, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

4. Kháng viêm + Giảm đau: dịu cơn đau, chặn đứng cơn đau:

Thuốc chống viêm không steroid như:

a. Diclofenac Kali 50 mg

Liều dùng điều chỉnh theo tuổi và kilogam cân nặng hoặc mức độ nhiễm trùng, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

PHẪU THUẬT CẮT GỐC RĂNG

I. CHẨN ĐOÁN :

1. Lâm sàng

- Đau nhức răng lâu ngày
- Lỗ dò vùng nướu răng phía chóp răng liên quan

2. Cận lâm sàng

- X_Quang có thấu quang chóp răng nhiễm trùng)
- Xét nghiệm cần thiết : TS –TC –Công thức máu

3. Chẩn đoán xác định

- Răng nhiễm trùng chóp

II. PHÁC ĐỒ DIỀU TRỊ:

1. Chỉ định:

Phẫu thuật cắt chóp được chỉ định trong trường hợp bị thất bại khi điều trị nội nha theo phương pháp thông thường hay không thể điều trị nội nha lại.

2. Chống chỉ định tương đối:

Bệnh nhân có tiền sử bệnh tiểu đường, tim mạch, các bệnh lý về máu… (cho bệnh nhân khám chuyên khoa và có ý kiến của BS chuyên khoa cho phép điều trị …).

3. Phác đồ điều trị:

- Khám và làm bệnh án
- Làm các cân lâm sàng cần thiết: X_Quang, xét nghiệm máu
- Phẫu thuật được tiến hành các bước như sau :
    - Sát trùng tại chỗ bằng Povidone Iodine 10%
    - Gây tê tại chỗ , gây tê vùng (gây tê lổ khẩu cái trước hoặc lổ khẩu sau hoặc lỗ cằm, …)
    - Tạo vạt bằng dao mổ (dao 11,15 tùy từng trường hợp)
    - Bóc tách vạt niêm mạc màng xương, bộc lộ xương vùng chóp răng.
    - dùng tay khoan + mũi khoan (702, 703, …) khoan xương mở xương bộc lộ vùng chóp răng, cắt chóp răng.
    - Nạo sạch tổ chức viêm (nếu cần có thể dùng Acide Tricloracetique 30% (AT) để đốt tổ chức viêm).
    - Bơm rửa bằng dung dịch Nacl 9‰
- Trám ngược:
    - Tạo xoang ở phần chóp chân răng bằng mũi tròn nhỏ ...
    - Cách ly
    - Trám ngược ống tủy bằng vật liệu trám kết thúc (Amalgam, MTA, ...)
    - Khâu kín vạt bằng chỉ Silk 3.0
    - Cắn gạc cầm máu
    - Thời gian điều trị:
    - Trong một ngày
    - Tái khám sau 7 ngày

III. THUỐC

Thuốc dùng trong điều trị: lựa chọn thuốc điều trị phù hợp cho từng bệnh nhân. Tùy thực tế trên lâm sàng kết hợp kháng sinh, kháng viêm giảm đau từ 5-7 ngày,

1. Kháng sinh:

a. Họ Macrolide (Spiramycine 750,000IU) + Họ 5-Nitronidazol (Metronidazol

125mg)
b. Nhóm Betalactam
c. Họ Cephalosporin
d. Họ Clincosamid (Clindamycin)
e. Họ 5-Nitronidazol (Metronidazol)

Kháng sinh được sử dụng kê đơn với hàm lượng và liều dùng phụ thuộc vào trẻ em, người lớn hay người cao tuổi, kilogam cân nặng hoặc mức độ nhiễm trùng, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

1. Kháng viêm:

a. Nhóm Fluomethylprednisolon, Glucocorticoid tổng hợp (Dexamethasone)
b. Nhóm Corticosteroid (Prednisolone, Methylprednisolon)
c. Nhóm Enzyme thuỷ phân protein (Alphachymotrypsin: chiết xuất từ tuỵ bò)
d. Nhóm Bromelain và Trypsin

Liều dùng điều chỉnh theo tuổi và kilogam cân nặng hoặc mức độ viêm, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

2. Giảm đau: dịu cơn đau, chặn đứng cơn đau

a. Bậc 1 (Đau nhẹ):

- Thuốc giảm đau không phải Opioid (Paracetamol)
- Thuốc chống viêm không steroid

b. Bậc 2 (Đau vừa):

- Phối hợp Opioid yếu (Codein, Oxycodein) với Paracetamol:
  - Ibuprophen 200mg / Paracetamol 325mg (viên nang)
  - Tramadol 375mg / Acetaminophen 325mg (viên nang)
  - Paracetamol 500mg / Codein 30mg (viên nang, viên sủi bọt)
- Thuốc chống viêm không steroid

c. Bậc 3 (Đau nặng):thuốc giảm đau opioid mạnh (Morphin, Hydromophon, …) phối hợp với thuốc chống viêm không steroid.

Khuyến cáo: thuốc giảm đau bậc 3 hạn chế sử dụng, chỉ sử dụng trong trường hợp khẩn cấp.

Liều dùng điều chỉnh theo tuổi và kilogam cân nặng hoặc mức độ nhiễm trùng, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

3. Kháng viêm + Giảm đau: dịu cơn đau, chặn đứng cơn đau

Thuốc chống viêm không steroid như:

a. Diclofenac Kali 50 mg

Liều dùng điều chỉnh theo tuổi và kilogam cân nặng hoặc mức độ nhiễm trùng, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG THEO PP PHẪU THUẬT

I. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng

- Vùng răng liên hệ có sưng, đỏ, đau, có mủ
- Răng lệch, vỡ lớn

2. Cận lâm sàng

- X Quang: Panorex, cận chóp (trên phim thấy hình ảnh răng lệch, ngầm, biến chứng,…)
- Xét nghiệm máu: công thức máu, tiểu cầu, TQ, TCK . . .

3. Xác định:

- Biến chứng răng khôn, răng lệch hoặc răng vỡ lớn, nhiễm trùng

II. ĐIỀU TRỊ:

1. Chỉ định:

- Các răng mất chức năng, răng nhiễm trùng, vỡ lớn không thể phục hồi được
- Các răng lệch, ngầm gây biến chứng
- Nhổ răng theo yêu cầu phục hình, chỉnh hình

2. Chống chỉ định tương đối

Bệnh nhân có tiền sử bệnh tiểu đường, tim mạch, các bệnh lý về máu và các bệnh nội khoa khác (cho bệnh nhân khám chuyên khoa và có ý kiến của BS chuyên khoa cho phép điều trị …)

3. Điều trị

- Khám và làm bệnh án
- Làm các cân lâm sàng cần thiết: X_Quang, xét nghiệm máu
- Phẫu thuật được tiến hành các bước như sau :
    - Sát trùng tại chỗ bằng Povidone Iodine 10%
    - Gây tê tại chỗ , gây tê vùng (gây tê lỗ khẩu cái trước hoặc lỗ khẩu sau hoặc lỗ cằm, …)
    - Tạo vạt bằng dao mổ (dao 11,15 tùy từng trường hợp)
    - Bóc tách vạt niêm mạc màng xương, bộc lộ xương vùng chóp răng.
    - dùng tay khoan + mũi khoan (702, 703, …) khoan xương mở xương bộc lộ vùng chóp răng, cắt chóp răng.
    - Nạo sạch tổ chức viêm (nếu cần có thể dùng Acide Tricloracetique 30% (AT) để đốt tổ chức viêm).
    - Bơm rửa bằng dung dịch Nacl 9‰
- Trám ngược:
    - Tạo xoang ở phần chóp chân răng bằng mũi tròn nhỏ ...
    - Cách ly
    - Trám ngược ống tủy bằng vật liệu trám kết thúc (Amalgam, MTA, ...)
    - Khâu kín vạt bằng chỉ Silk 3.0
    - Cắn gạc cầm máu
    - Thời gian điều trị:
    - Trong một ngày
    - Tái khám sau 7 ngày

III. THUỐC

Thuốc dùng trong điều trị: lựa chọn thuốc điều trị phù hợp cho từng bệnh nhân. Tùy thực tế trên lâm sàng kết hợp kháng sinh, kháng viêm giảm đau từ 5-7 ngày,

1. Kháng sinh:

a. Họ Macrolide (Spiramycine 750,000IU) + Họ 5-Nitronidazol (Metronidazol 125mg)
b. Nhóm Betalactam
c. Họ Cephalosporin
d. Họ Clincosamid (Clindamycin)
e. Họ 5-Nitronidazol (Metronidazol)

Kháng sinh được sử dụng kê đơn với hàm lượng và liều dùng phụ thuộc vào trẻ em, người lớn hay người cao tuổi, kilogam cân nặng hoặc mức độ nhiễm trùng, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

2. Kháng viêm:

a. Nhóm Fluomethylprednisolon, Glucocorticoid tổng hợp (Dexamethasone)
b. Nhóm Corticosteroid (Prednisolone, Methylprednisolon)
c. Nhóm Enzyme thuỷ phân protein (Alphachymotrypsin: chiết xuất từ tuỵ bò)
d. Nhóm Bromelain và Trypsin

Liều dùng điều chỉnh theo tuổi và kilogam cân nặng hoặc mức độ viêm, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

3. Giảm đau: dịu cơn đau, chặn đứng cơn đau

a. Bậc 1 (Đau nhẹ):

- Thuốc giảm đau không phải Opioid (Paracetamol)
- Thuốc chống viêm không steroid

b. Bậc 2 (Đau vừa):

- Phối hợp Opioid yếu (Codein, Oxycodein) với Paracetamol:
    - Ibuprophen 200mg / Paracetamol 325mg (viên nang)
    - Tramadol 375mg / Acetaminophen 325mg (viên nang)
    - Paracetamol 500mg / Codein 30mg (viên nang, viên sủi bọt)
- Thuốc chống viêm không steroid

c. Bậc 3 (Đau nặng): thuốc giảm đau opioid mạnh (Morphin, Hydromophon,…) phối hợp với thuốc chống viêm không steroid.

Khuyến cáo: thuốc giảm đau bậc 3 hạn chế sử dụng, chỉ sử dụng trong trường hợp khẩn cấp.

Liều dùng điều chỉnh theo tuổi và kilogam cân nặng hoặc mức độ nhiễm trùng, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

4. Kháng viêm + Giảm đau: dịu cơn đau, chặn đứng cơn đau

Thuốc chống viêm không steroid như:

a. Diclofenac Kali 50 mg

Liều dùng điều chỉnh theo tuổi và kilogam cân nặng hoặc mức độ nhiễm trùng, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

PHẪU THUẬT TIỀN PHỤC HÌNH

Đại cương:

- Theo yêu cầu phục hình.

I. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

Khám lâm sàng bao gồm đánh giá tương quan khớp cắn hiện tại, khối lượng, hình dáng phần xương nâng đỡ, đặc tính mô mềm che phủ, tương quan xương giữa hai hàm, độ sâu đáy hành lang, vị trị bám của các cơ, các bệnh lý nếu có ở xương và mô mềm.

2. Cận lâm sàng

- X_Quang: Panorex, cận chóp, …
- Xét nghiệm máu cần thiết : sinh hóa máu, huyết học.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Các cấu trúc xương và mô mềm gây trở ngại cho sự thiết kế cũng như ổn định của hàm giả, ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ của phục hình sau này.

2. Thận trọng

Bệnh nhân thai nghén, các bệnh lý về nội khoa, … (khám chuyên khoa và cho ý kiến điều trị)

III. ĐIỀU TRỊ

- Khám và làm bệnh án
- Phẫu thuật tiền phục hình gồm: phẫu thuật mô mềm, phẫu thuật mô xương

1. Phẫu thuật mô mềm :Mô mềm triển dưỡng, thắng môi, thắng lưỡi

Mô mềm triển dưỡng: tăng sản mô mềm ở đỉnh sóng hàm**,** tăng sản mô mềm vùng lồi củ hàm trên**,** tăng sản mô sợi viêm (u lợi khe)

Thắng và dây chằng: thắng môi bám thấp, thắng lưỡi ngắn

- Gây tê tại chỗ vùng cần phẫu thuật
- Rạch vùng cần phẫu thuật + bóc tách
- Phẫu thuật cắt bỏ tăng sản mô mềm, giải phóng thắng môi, thắng lưỡi (chú ý: đường rạch giảm căng)
- Nạo, rửa sạch bằng nước vô trùng
- Khâu vết thương: mũi rời hay mũi liên tục (nếu cần)

2. Phẫu thuật mô xương

Tái tạo hình dáng sóng hàm (điều chỉnh xương ổ).

Giảm lồi củ xương hàm trên.

Điều chỉnh lồi rắn (Torus): hàm trên và hàm dưới.

- Gây tê tại chỗ hay gây tê vùng: vùng cần phẫu thuật.
- Rạch vùng cần phẫu thuật + bóc tách.
- Dùng mũi khoan, kềm bấm xương, đục: loại bỏ trở ngại cho phục hình vùng phẫu thuật (lưu ý: mũi khoan trụ hoặc tròn, chia nhỏ xương sau đó dùng đục lấy đi từng phần không ảnh hưởng khớp thái dương hàm, sàn miệng).
- Dũa xương, rửa sạch vùng phẫu thuật bằng nước vô khuẩn.
- Khâu vết thương: mũi rời hay mũi liên tục.

(*) Thời gian điều trị:

- Trong một ngày
- Tái khám sau 7 ngày + cắt chỉ

IV. THUỐC

Thuốc dùng trong điều trị: lựa chọn thuốc điều trị phù hợp cho từng bệnh nhân. Tùy thực tế trên lâm sàng kết hợp kháng sinh, kháng viêm giảm đau từ 5-7 ngày,

1. **Kháng sinh:**
    a. Họ Macrolide (Spiramycine 750,000IU) + Họ 5-Nitronidazol (Metronidazol 125mg)
    b. Nhóm Betalactam
    c. Họ Cephalosporin
    d. Họ Clincosamid (Clindamycin)
    e. Họ 5-Nitronidazol (Metronidazol)

Kháng sinh được sử dụng kê đơn với hàm lượng và liều dùng phụ thuộc vào trẻ em, người lớn hay người cao tuổi, kilogam cân nặng hoặc mức độ nhiễm trùng, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

2. **Kháng viêm:**
    a. Nhóm Fluomethylprednisolon, Glucocorticoid tổng hợp (Dexamethasone)
    b. Nhóm Corticosteroid (Prednisolone, Methylprednisolon)
    c. Nhóm Enzyme thuỷ phân protein (Alphachymotrypsin: chiết xuất từ tuỵ bò)
    d. Nhóm Bromelain và Trypsin

Liều dùng điều chỉnh theo tuổi và kilogam cân nặng hoặc mức độ viêm, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

3. **Giảm đau: dịu cơn đau, chặn đứng cơn đau**
    a. Bậc 1 (Đau nhẹ):

- Thuốc giảm đau không phải Opioid (Paracetamol)
- Thuốc chống viêm không steroid

b. Bậc 2 (Đau vừa):

- Phối hợp Opioid yếu (Codein, Oxycodein) với Paracetamol:
    - Ibuprophen 200mg / Paracetamol 325mg (viên nang)
    - Tramadol 375mg / Acetaminophen 325mg (viên nang)
    - Paracetamol 500mg / Codein 30mg (viên nang, viên sủi bọt)
- Thuốc chống viêm không steroid

c. Bậc 3 (Đau nặng): thuốc giảm đau opioid mạnh (Morphin, Hydromophon,…) phối hợp với thuốc chống viêm không steroid.

Khuyến cáo: thuốc giảm đau bậc 3 hạn chế sử dụng, chỉ sử dụng trong trường hợp khẩn cấp.

Liều dùng điều chỉnh theo tuổi và kilogam cân nặng hoặc mức độ nhiễm trùng, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

4. **Kháng viêm + Giảm đau: dịu cơn đau, chặn đứng cơn đau**

Thuốc chống viêm không steroid như:

a. Diclofenac Kali 50 mg

Liều dùng điều chỉnh theo tuổi và kilogam cân nặng hoặc mức độ nhiễm trùng, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

BẤM GAI XƯƠNG – ĐIỀU CHỈNH XƯƠNG Ổ

I. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán sơ bộ:

a. Lâm sàng

- Bệnh nhân: Đau , khó chịu khi ăn , nói
- Xương ổ răng, xương hàm có phần nhô cao, ấn đau
- Hô xương hàm vùng răng cửa hàm trên và hàm dưới (trong điều chỉnh xương ổ, phục hình thẩm mỹ)

b. Cận lâm sàng X Quang.

2. Chẩn đoán xác định

- Gai xương vùng răng …
- Hô xương hàm vùng răng …

II. ĐIỀU TRỊ:

1. Chỉ định

- Phẫu thuật bấm gai xương vùng răng …
- Phẫu thuật điều chỉnh hô xương hàm vùng răng …

2. Chống chỉ định

- Bệnh nhân tiểu đường, tim mạch, các bệnh lý về máu …(muốn phẫu thuật phải xin ý kiến Bác sĩ chuyên khoa).
- Trong giai đoạn điều trị ung thư (xạ trị).
- Phụ nữ có thai: 3 tháng đầu, 3 tháng cuối của thai kỳ.

3. Phác đồ điều trị

- Phương pháp điều trị:
    - Khám và làm bệnh án
    - Làm các xét nghiệm cần thiết : công thức máu , TS -TC , tiểu cầu
    - Phẫu thuật được tiến hành các bước như sau:
        - Gây tê tại chỗ vùng gai xương
        - Rạch nướu dọc sóng hàm vùng gai xương
        - Bóc tách bộc lộ, bấm gai xương, dũa phẳng (có thể dùng mũi khoan: ngọn lửa , tròn ..rà phẳng)
        - Nạo tổ chức viêm (nếu có)
        - Rửa sạch bằng dung dịch nước muối sinh lý NaCl 9%
        - Khâu cầm máu silk 3.0 (mũi rời hoặc khâu vắt)
        - Cắn gạc cầm máu.
- Thuốc dùng trong điều trị

III. THUỐC

Thuốc dùng trong điều trị: lựa chọn thuốc điều trị phù hợp cho từng bệnh nhân. Tùy thực tế trên lâm sàng kết hợp kháng sinh, kháng viêm giảm đau từ 5-7 ngày,

1. Kháng sinh:

a. Họ Macrolide (Spiramycine 750,000IU) + Họ 5-Nitronidazol (Metronidazol 125mg)
b. Nhóm Betalactam
c. Họ Cephalosporin
d. Họ Clincosamid (Clindamycin)
e. Họ 5-Nitronidazol (Metronidazol)

Kháng sinh được sử dụng kê đơn với hàm lượng và liều dùng phụ thuộc vào trẻ em, người lớn hay người cao tuổi, kilogam cân nặng hoặc mức độ nhiễm trùng, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

2. Kháng viêm:

a. Nhóm Fluomethylprednisolon, Glucocorticoid tổng hợp (Dexamethasone)
b. Nhóm Corticosteroid (Prednisolone, Methylprednisolon)
c. Nhóm Enzyme thuỷ phân protein (Alphachymotrypsin: chiết xuất từ tuỵ bò)
d. Nhóm Bromelain và Trypsin

Liều dùng điều chỉnh theo tuổi và kilogam cân nặng hoặc mức độ viêm, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

3. Giảm đau: dịu cơn đau, chặn đứng cơn đau

a. Bậc 1 (Đau nhẹ):

- Thuốc giảm đau không phải Opioid (Paracetamol)
- Thuốc chống viêm không steroid

b. Bậc 2 (Đau vừa):

- Phối hợp Opioid yếu (Codein, Oxycodein) với Paracetamol:
    - Ibuprophen 200mg / Paracetamol 325mg (viên nang)
    - Tramadol 375mg / Acetaminophen 325mg (viên nang)
    - Paracetamol 500mg / Codein 30mg (viên nang, viên sủi bọt)
- Thuốc chống viêm không steroid

c. Bậc 3 (Đau nặng): thuốc giảm đau opioid mạnh (Morphin, Hydromophon,…) phối hợp với thuốc chống viêm không steroid.

Khuyến cáo: thuốc giảm đau bậc 3 hạn chế sử dụng, chỉ sử dụng trong trường hợp khẩn cấp.

Liều dùng điều chỉnh theo tuổi và kilogam cân nặng hoặc mức độ nhiễm trùng, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

4. Kháng viêm + Giảm đau: dịu cơn đau, chặn đứng cơn đau

Thuốc chống viêm không steroid như:

a. Diclofenac Kali 50 mg

Liều dùng điều chỉnh theo tuổi và kilogam cân nặng hoặc mức độ nhiễm trùng, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHE TỦY CHO RĂNG VĨNH VIỄN BẰNG MTA

(Mineral Trioxide Aggregate)

I. CHỈ ĐỊNH:

- Răng vĩnh viễn sâu ngà sâu (sát tủy).
- Răng có triệu chứng viêm tủy có hồi phục.

II. ĐIỀU TRỊ:

- Lấy ngà mùn.
- Đặt MTA lên vùng tổn thương dày khoảng 1mm.
- Trám kết thúc bằng vật liệu trám kết thúc (GIC hay Composite)

III. TIÊN LƯỢNG BIẾN CHỨNG:

- Tiên lượng khá. Giúp duy trì sự sống tủy cho răng vĩnh viễn tiếp tục phát triển bình thường.
- Biến chứng: răng không đáp ứng với điều trị dẫn đến chết tủy lúc đó phải điều trị tủy.

IV. PHÒNG BỆNH HƯỚNG XỬ LÝ:

- Cho bé đi khám răng miệng định kì mỗi 6 tháng
- Hướng dẫn bé cách vệ sinh răng miệng đúng và có giám sát việc vệ sinh răng miệng của bé.
- Hạn chế đồ ăn ngọt, có tính dính cao dễ gây sâu răng
- Đưa bé đi khám răng ngay khi có triệu chứng nhức răng để được điều trị sớm, tránh tổn thương lan rộng tới tủy răng.

ĐIỀU TRỊ RĂNG LỆCH LẠC ĐƠN GIẢN

I. ĐỊNH NGHĨA

Răng lệch lạc nhẹ, đơn giản, chỉ khu trú ở một số răng.

II. NGUYÊN NHÂN

- Răng sữa nhổ sớm.
- Bất hài hòa giữa Răng và xương hàm....

III. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán sơ bộ:

Khám lâm sàng:

- Răng lệch lạc nhẹ, đơn giản, chỉ khu trú ở một số răng. Khám cận lâm sàng X Quang:
- Không có sai lệch xương hàm.
- Răng lệch lạc.

IV. ĐIỀU TRỊ

- Bệnh nhân không hợp tác.

2.3. Phương pháp điều trị:

- Chụp hình, lấy dấu, đổ mẫu hàm thạch cao trước điều trị:

* Găng S, găng XS, găng Medium, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, thạch cao cứng, thạch cao thường, chất lấy dấu, xà phòng rửa tay 2%, banh miệng, bàn chải rửa tay.

- Chuyển Labo thực hiện khí cụ bằng nhựa tự cứng:

* Găng S, găng XS, găng Medium, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, thạch cao cứng, thạch cao thường, bột nhựa tự cứng, nước nhựa tự cứng, Dây móc cuộn Dentaurum 0,6 mm, Dây móc cuộn Dentaurum 7mm, Dây móc cuộn Dentaurum 0,8mm, Dây móc cuộn Dentaurum 0,9mm, Dây móc cuộn Dentaurum 1.00mm, chất xúc tác Soldering Flux, vỉ hàn Silver solder, gas Butane, sáp lá, băng keo cá nhân, Alcohol, vaseline, Dây Ligaturendraht / Wire 0.25 mm, đá mài trụ đỏ, mũi mài nhựa kim loại H251GEA014 060, mũi trụ dài Tunten 0138012, ốc nới rộng tháo lắp, giấy nhám ngoại, gòn kg, kính bảo hộ, dao 15.

- Lắp khí cụ trên miệng bệnh nhân:

* Găng S, găng XS, găng Medium, ly, khẩu trang, khăn giấy, ống hút nước bọt, băng keo hấp, chỉ OralB, chổi đánh bóng, Ciment gắn tạm, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, bàn chải rửa tay, mũi mài nhựa kim loại H251GEA014 060, mũi trụ dài Tunten 0138012, đá mài trụ đỏ, giấy nhám kẽ, giấy cắn đỏ, gòn cuộn Size 01, mặt gương, Mũi khoan 6368 314 023, Mũi khoan 379EF314 018, Mũi khoan tungten0138.010, Mũi khoan cắt cầu E 0153 314 012, Mũi khoan 859EF314 014, Mũi khoan 859 314 010, Mũi khoan 5856 314 016, Tetric Flow A3, Tetric Ceram A 3, Fuji IX, Keo trám thẩm mỹ Prime & Bond.

- Điều chỉnh khí cụ định kỳ:

* Găng, ly, khẩu trang, khăn giấy, ống hút nước bọt, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, bàn chải rửa tay, mũi mài nhựa kim loại H251GEA014 060, mũi trụ dài Tunten 0138012, đá mài trụ đỏ, giấy nhám kẽ, giấy cắn đỏ, gòn cuộn Size 01, mặt gương, Mũi khoan 6368 314 023, Mũi khoan 379EF314 018, Mũi khoan tunten0138.010, Mũi khoan cắt cầu E 0153 314 012, Mũi khoan 859EF314 014, Mũi khoan 859 314 010, Mũi khoan 5856 314 016, Tetrich Flow A3, Tetrich Ceram A 3, Fuji IX, Keo trám thẩm mỹ Prime & Bond.

- Kết thúc điều trị, chụp hình, lấy dấu, X quang kiểm tra sau điều trị gắn hàm duy trì

(nếu cần).

- Tái khám.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Tốt.

VI. PHÒNG BỆNH/ HƯỚNG XỬ LÝ

Vệ sinh răng miệng tốt

Bệnh nhân khám răng định kỳ mỗi 6 tháng để phát hiện sớm răng lệch lạc

KHÍ CỤ FACEMASK (ĐIỀU TRỊ HẠNG III)

I. Chẩn đoán:

1.1. Chẩn đoán sơ bộ:

1.1.1. Khám lâm sàng:

- Cắn chéo răng cửa.
- Gương mặt cong phẳng / cong lõm.

1.1.2. Khám cận lâm sàng X Quang:

- Chụp X quang.

1.1.3. Xương hàm trên kém phát triển.

1.2. Chẩn đoán: sai hình hạng III – Xương hàm trên kém phát triển.

II. Điều trị:

2.1. Chỉ định :

- Bệnh nhân đang tuổi tăng trưởng
- Khí cụ Facemask:

2.2. Chống chỉ định:

- Bệnh nhân không hợp tác.
- Không đủ răng neo chặn.

2.3. Phương pháp điều trị:

- Chụp hình, thử khâu, lấy dấu, đổ mẫu hàm thạch cao trước điều trị:

* Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, thạch cao cứng, thạch cao thường, chất lấy dấu, xà phòng rửa tay 2%, banh miệng, bàn chải rửa tay, khâu 16, khâu 26.

- Chuyển Labo thực hiện khí cụ bộ phận cung trong miệng:

* Găng, ly, khẩu trang, ống hút nước bọt, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, thạch cao cứng, thạch cao thường, dây thẳng 045, chất xúc tác Soldering Flux, vỉ hàn Silver solder, gas Butane, sáp lá, băng keo cá nhân, Alcohol, vaseline, đá mài trụ đỏ, mũi trụ dài Tunten 0138012, giấy nhám ngoại, gòn kg, kính bảo hộ.

- Lắp khí cụ trong miệng bệnh nhân và hướng dẫn đeo Facemask:

* Găng, ly, khẩu trang, ống hút nước bọt, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, Ciment gắn khâu (Kentac Crem), giấy đánh thuốc, gòn cuộn size 01, đá mài trụ đỏ, mũi trụ dài Tunten 0138012, giấy nhám ngoại, gòn kg, kính bảo hộ, Facemask, Face Bow, Head Gear (kéo cao), Head Gear (kéo thấp), thun tách kẽ, thun kéo liên hàm Bummer.

- Điều chỉnh khí cụ Facemask định kỳ:

* Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, banh miệng, bàn chải rửa tay.

- Kết thúc điều trị, chụp hình, lấy dấu, X quang kiểm tra sau điều trị:

* Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, thạch cao cứng, thạch cao thường, chất lấy dấu, xà phòng rửa tay 2%, bàn chải rửa tay.

- Tái khám.

KHÍ CỤ TWINBLOCK/ MONOBLOCK
(ĐIỀU TRỊ HẠNG II)

I. Chẩn đoán:

1.1. Chẩn đoán sơ bộ:

1.1.1. Khám lâm sàng:

- Độ cắn chìa tăng.
- Khớp cắn hạng II.

1.1.2. Khám cận lâm sàng X Quang.

- Sai lệch xương nền hàm trên và hàm dưới.

1.2. Chẩn đoán : sai hình hạng II do hàm dưới kém phát triển.

II. Điều trị:

2.1. Chỉ định:

- Bệnh nhân đang tuổi tăng trưởng.
- Khí cụ Monoblock/ Twinblock.

2.2. Chống chỉ định:

- Bệnh nhân không hợp tác.

2.3. Phương pháp điều trị:

- Chụp hình, lấy dấu, đổ mẫu hàm thạch cao trước điều trị:

* Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, thạch cao cứng, thạch cao thường, chất lấu dấu, bàn chải rửa tay, sáp lá.

- Lấy dấu cắn và chuyển Labo thực hiện khí cụ:

* Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, thạch cao cứng, thạch cao thường, bột nhựa tự cứng, nước nhựa tự cứng, Dây móc cuộn Dentaurum 0,8mm, chất xúc tác Soldering Flux, vỉ hàn Silver solder, gas Butane, sáp lá, băng keo cá nhân, Alcohol, vaseline, verni (AIC), đá mài trụ đỏ, mũi mài nhựa kim loại H251GEA014 060, mũi trụ dài Tunten 0138012, ốc nới rộng tháo lắp, giấy nhám ngoại, gòn kg, kính bảo hộ, dao 15.

- Lắp khí cụ trên miệng bệnh nhân:

* Găng, ly, khẩu trang, ống hút nước bọt, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, đá mài trụ đỏ, mũi trụ dài Tunten 0138012, giấy nhám ngoại, gòn kg, kính bảo hộ.

- Điều chỉnh khí cụ định kỳ:

* Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, banh miệng, bàn chải rửa tay.

- Kết thúc điều trị, chụp hình, lấy dấu, X quang kiểm tra sau điều trị:

* Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, thạch cao cứng, thạch cao thường, chất lấy dấu, xà phòng rửa tay 2%, bàn chải rửa tay.

- Tái khám.

KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH

I. Chẩn đoán:

1.1. Chẩn đoán sơ bộ:

1.1.1. Khám lâm sàng:

- Răng lệch lạc phức tạp
- Khớp cắn hạng I,II hoặc III

1.1.2. Khám cận lâm sàng X Quang:

- Vị trí răng lệch lạc

1.2. Chẩn đoán : sai hình hạng I, II hoặc III, Răng lệch lạc

II. Điều trị:

2.1. Chỉ định: khí cụ cố định.

2.2. Chống chỉ định:

- Bệnh nhân không hợp tác.
- Bệnh nhân nha chu viêm tiến triển.

2.3. Phác đồ điều trị:

- Chụp hình, lấy dấu, đổ mẫu hàm thạch cao trước điều trị:

* Găng S, găng XS, găng Medium, ly, khẩu trang, khăn giấy, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, thạch cao cứng, thạch cao thường, chất lấy dấu, xà phòng rửa tay 2%, banh miệng, bàn chải rửa tay.

- Gắn khâu / mắc cài ống tube.

* Găng S, găng XS, găng Medium, ly, khẩu trang, ống hút nước bọt, khăn giấy, kính bảo hộ, thun tách kẽ, bột đánh bóng không Flour, chỉ OralB, chổi đánh bóng, Ciment gắn khâu (Ketac Crem) ,giấy đánh thuốc, gòn cuộn size 01,Vaseline, khâu 16, 26, 36, 46 các cỡ , khâu 17, 27, 37, 47 các cỡ, Acid Etch, Alcohol, Composite gắn mắc cài 712 – 011, Composite gắn mắc cài 712 – 035, keo trám thẩm mỹ Prime &Bond, mắc cài 16, 26, 36, 46, mắc cài 17, 27, 37, 47, ống tube.

* Giấy cắn đỏ, Mũi khoan 6368 314 023, Mũi khoan 379EF314 018, Mũi khoan tunten0138.010, Mũi khoan cắt cầu E 0153 314 012, Mũi khoan 859EF314 014, Mũi khoan 859 314 010, Mũi khoan 5856 314 016

- Chỉ định nhổ răng (nếu cần).
- Gắn mắc cài.

* Găng S, găng XS, găng Medium, ly, khẩu trang, ống hút nước bọt, khăn giấy, kính bảo hộ, xà phòng rửa tay 2% , bàn chải rửa tay, băng cuộn, Acid Etch, Alcohol, bột đánh bóng không Flour, chổi đánh bóng, chất lấy dấu , banh miệng, gòn cuộn size 01, tăm bông trám răng, keo trám thẩm mỹ Prime &Bond, Composite gắn mắc cài 712 – 011, Composite gắn mắc cài 712 – 035, .

* Mắc cài kim loại, mắc cài tự buộc kim loại, mắc cài tự buộc sứ, mắc cài 11 kim loại, mắc cài 12 kim loại, mắc cài 13 kim loại, mắc cài 21 kim loại, mắc cài 22 kim loại, mắc cài 23 kim loại, mắc cài 31,32,33,41,42 kim loại, mắc cài 33 kim loại, mắc cài 43 kim loại

* Dây NITI .012 (Upper + Lower), dây NITI .014 (Upper + Lower), dây NITI.016 (Upper + Lower), dây NITI 016. 016 (Upper + Lower), dây NITI 016. 022 (Upper + Lower), dây NITI 017. 025 (Upper + Lower), dây NITI 018 (Upper + Lower), dây NITI 019. 025 (Upper + Lower), dây NITI 021. 025 (Upper + Lower), dây SS 014 (Upper + Lower), dây SS 016 (Upper + Lower), dây SS 016. 016 (Upper + Lower), dây SS 016. 022 (Upper + Lower), dây SS 017. 025 (Upper + Lower), dây SS 018. 025 (Upper + Lower), dây SS 019.025 (Upper+ Lower), dây SS 021. 025 (Upper + Lower), dây SS 018 (Upper + Lower), dây Reverse 016. 022 (Upper + Lower), dây thẳng Spring (multisstran) .018.

* Thun cột rời Silver, thun xích sát, thun xích trung, thun xích thưa
* Dây Ligaturendraht / Wire 0.25 mm
* Mặt gương, giấy vẽ phim (Unitek Cephalometric Tracing Film Acetate), giấy cắn đỏ,sáp WAX-PAK
* Mũi khoan 6368 314 023, Mũi khoan 379EF314 018, Mũi khoan tunten0138.010, Mũi khoan cắt cầu E 0153 314 012, Mũi khoan 859EF314 014, Mũi khoan 859 314 010, Mũi khoan 5856 314 016
* Băng cuộn, băng keo cá nhân, băng keo hấp, chỉ OralB, dầu máy tay khoan W&H, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex.
- Điều chỉnh khí cụ định kỳ.
* Găng, ly, khẩu trang, ống hút nước bọt, khăn giấy, kính bảo hộ, xà phòng rửa tay 2% , bàn chải rửa tay, Acid Etch, Keo trám thẩm mỹ Prime &Bond, Composite gắn mắc cài 712 – 011, Composite gắn mắc cài 712 – 035.
* Dây NITI .012 (Upper + Lower), dây NITI .014 (Upper + Lower), dây NITI .016 (Upper + Lower), dây NITI 016. 016(Upper + Lower), dây NITI 016. 022 (Upper + Lower), dây NITI 017. 025 (Upper + Lower), dây NITI 018 (Upper + Lower), dây NITI 019. 025 (Upper + Lower), dây NITI 021. 025 (Upper + Lower), dây SS 014 (Upper + Lower), dây SS 016 (Upper + Lower), dây SS 016. 016 (Upper + Lower), dây SS 016. 022 (Upper + Lower), dây SS 017. 025 (Upper + Lower), dây SS 018. 025 (Upper + Lower), dây SS 019.025 (Upper + Lower), dây SS 021. 025(Upper + Lower), dây SS 018 (Upper + Lower), dây Reverse 016. 022 (Upper + Lower)
* Thun cột rời Silver, thun xích sát, thun xích trung, thun xích thưa, thun kéo liên hàm Chuck (Light), thun kéo liên hàm Dwight (Medium), thun kéo liên hàm Bummer (Heavy), thun kéo liên hàm Ciff (Light), thun kéo Roberto (Heavy), thun kéo Fran. (Heavy)
* Dây Kobayahi (dây móc giữ thun), dây Ligaturendraht / Wire 0.25 mm, giấy nhám ngoại, giấy nhám kẽ, giấy cắn đỏ, Gain Protector (ống nhựa luồn dây), dao 15, lò xo vòng hở, lò xo vòng khít, lò xo Niti đóng khoảng (Light + heavy), Lò xo NiTi đòng khoảng (Heavy), ốc nới rộng tháo lắp, ốc nới rộng cố định, Fuji IX, giấy đánh thuốc, sáp lá, sáp WAX-PAK, Mũi khoan 6368 314 023, Mũi khoan 379EF314 018, Mũi khoan tunten0138.010, Mũi khoan cắt cầu E 0153 314 012, Mũi khoan 859EF314 014, Mũi khoan 859 314 010, Mũi khoan 5856 314 016, Mũi mài nhựa kim loại H251GEA014 060, mũi trụ dài Tunsten 0138012, đá mài trụ đỏ, bút marker (bút đánh dấu)
* Dây TMA 16*22 (Upper + Lower), dây TMA 17*25 (Upper + Lower), dây TMA 19*25 (Upper + Lower). Lò xo chỉnh Torque 1 răng, Lò xo chỉnh Torque nhiều răng. Mắc cài nâng khớp răng cửa. Dây Titanol lò xo dựng trục răng cối. Nút tròn kéo răng lệch lạc (nút lưỡi), nút stop, hook kéo răng (phải, trái). Khâu 2 ống (các số).
* Đối với trường hợp sai khớp cắn hạng II nặng, xương hàm dưới lùi: sử dụng khí cụ Forsus.
- Kết thúc điều trị, chụp hình, lấy dấu, X quang, gắn hàm duy trì.
* Găng, ly, khẩu trang, ống hút nước bọt, khăn giấy, kính bảo hộ, xà phòng rửa tay 2% , bàn chải rửa tay, Acid Etch, Keo trám thẩm mỹ Prime &Bond, bột đánh bóng không Flour, chổi đánh bóng, chất lấy dấu , gòn cuộn size 01, gòn kg, dây móc cuộn Dentaurum 0,6 mm –0,7 mm –0,8 mm –1.00 mm, dây thẳng SS 017. 025, dây thẳng 045, dây thẳng Spring (multistran) .018, Lingual retainer wire .032, Tetrich Flow A3, Tetrich Ceram A3, Mũi khoan 6368 314 023, Mũi khoan 379EF314 018, Mũi khoan tunten0138.010, Mũi khoan cắt cầu E 0153 314 012, Mũi khoan 859EF314 014, Mũi khoan 859 314 010, Mũi khoan 5856 314 016, Mũi mài nhựa kim loại H251GEA014 060, mũi trụ dài Tunten 0138012, đá

mài trụ đỏ, Vỉ hàn Silver solder, bột nhựa hồng tự cứng, bột nhựa trắng trong tự cứng, nước nhựa tự cứng, chất xúc tác Soldering Flux, gas Butane, vaseline, verni
(AIC), dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, thạch cao cứng, thạch cao thường

- Tái khám.

KHÍ CỤ QUAD-HELIX (Nới rộng cung răng hàm trên)

I. Chẩn đoán:

1.1. Chẩn đoán sơ bộ:

1.1.1. Khám lâm sàng:

-Hàm trên cần nong rộng.

-Bệnh nhân Khe hở môi –hàm ếch.

1.1.2. Khám cận lâm sàng X Quang:

- Chụp X quang.

1.2. Chẩn đoán: Hẹp hàm trên.

II. Điều trị:

2.1. Chỉ định :

- Bệnh nhân đang tuổi tăng trưởng.
- Khí cụ Quad-helix:

2.2. Chống chỉ định:

- Bệnh nhân không hợp tác.
- Không đủ răng neo chặn.

2.3. Phương pháp điều trị:

- Chụp hình, thử khâu, lấy dấu, đổ mẫu hàm thạch cao trước điều trị:

* Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, thạch cao cứng, thạch cao thường, chất lấy dấu, xà phòng rửa tay 2%, banh miệng, bàn chải rửa tay, khâu 16, khâu 26.

- Chuyển Labo thực hiện khí cụ bộ phận cung trong miệng:

* Găng, ly, khẩu trang, ống hút nước bọt, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, thạch cao cứng, thạch cao thường, dây thẳng 045, chất xúc tác Soldering Flux, vỉ hàn Silver solder, gas Butane, sáp lá, băng keo cá nhân, Alcohol, vaseline, đá mài trụ đỏ, mũi trụ dài Tunten 0138012, giấy nhám ngoại, gòn kg, kính bảo hộ.

- Lắp khí cụ trong miệng bệnh nhân:

* Găng, ly, khẩu trang, ống hút nước bọt, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, Ciment gắn khâu (Kentac Crem), giấy đánh thuốc, gòn cuộn size 01, đá mài trụ đỏ, mũi trụ dài Tunten 0138012, giấy nhám ngoại, gòn kg, kính bảo hộ, thun tách kẽ.

- Điều chỉnh khí cụ Quad-helix định kỳ:

* Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, banh miệng, bàn chải rửa tay.

- Kết thúc điều trị, chụp hình, lấy dấu, X quang kiểm tra sau điều trị:

* Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, thạch cao cứng, thạch cao thường, chất lấy dấu, xà phòng rửa tay 2%, bàn chải rửa tay.

- Tái khám.

KHÍ CỤ ỐC NỚI RỘNG HÀM TRÊN

I. Chẩn đoán:

1.1. Chẩn đoán sơ bộ:

1.1.1. Khám lâm sàng:

- Hàm trên hẹp.

1.1.2. Khám cận lâm sàng X Quang:

- Chụp X quang.

1.2. Chẩn đoán: Hàm trên hẹp.

II. Điều trị:

2.1. Chỉ định :

- Bệnh nhân đang tuổi tăng trưởng.
- Khí cụ ốc nới rộng hàm trên.

2.2. Chống chỉ định:

- Bệnh nhân không hợp tác.
- Không đủ răng neo chặn.

2.3. Phương pháp điều trị:

- Chụp hình, thử khâu, lấy dấu, đổ mẫu hàm thạch cao trước điều trị:

* Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, thạch cao cứng, thạch cao thường, chất lấy dấu, xà phòng rửa tay 2%, banh miệng, bàn chải rửa tay, khâu 16, khâu 26, khâu 14, khâu 24.

- Chuyển Labo thực hiện khí cụ bộ phận cung trong miệng:

* Ốc nới rộng, Găng, ly, khẩu trang, ống hút nước bọt, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, thạch cao cứng, thạch cao thường, dây thẳng 045, chất xúc tác Soldering Flux, vỉ hàn Silver solder, gas Butane, sáp lá, băng keo cá nhân, Alcohol, vaseline, đá mài trụ đỏ, mũi trụ dài Tunten 0138012, giấy nhám ngoại, gòn kg, kính bảo hộ.

- Lắp khí cụ trong miệng bệnh nhân:

* Găng, ly, khẩu trang, ống hút nước bọt, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, Ciment gắn khâu (Kentac Crem), giấy đánh thuốc, gòn cuộn size 01, đá mài trụ đỏ, mũi trụ dài Tunten 0138012, giấy nhám ngoại, gòn kg, kính bảo hộ, thun tách kẽ.

- Điều chỉnh khí cụ ốc nới rộng hàm trên định kỳ:

* Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, banh miệng, bàn chải rửa tay.

- Kết thúc điều trị, chụp hình, lấy dấu, X quang kiểm tra sau điều trị:

* Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, thạch cao cứng, thạch cao thường, chất lấy dấu, xà phòng rửa tay 2%, bàn chải rửa tay.

- Tái khám.

ĐẶT MINI-VIS: (Tăng neo chặn tuyệt đối)

I. Chẩn đoán:

1.1. Chẩn đoán sơ bộ:

1.1.1. Khám lâm sàng: Cần neo chặn tuyệt đối.

1.1.2. Khám cận lâm sàng X Quang: Chụp X quang.

1.2. Chẩn đoán: Cần neo chặn tuyệt đối.

II. Điều trị:

2.1. Chỉ định :

- Bệnh nhân đang điều trị khí cụ 2 hàm.
- Đặt khí cụ Mini-vis.

2.2. Chống chỉ định:

- Bệnh nhân không hợp tác.
- Bệnh nhân dị ứng với thuốc tê.
- Bệnh nhân nha chu viêm tiến triển

2.3. Phương pháp điều trị:

- Chụp hình, thử khâu, lấy dấu, đổ mẫu hàm thạch cao trước điều trị:

* Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, thạch cao cứng, thạch cao thường, chất lấy dấu, xà phòng rửa tay 2%, banh miệng, bàn chải rửa tay, khâu 16, khâu 26, khâu 14, khâu 24.

- Gây tê tại chỗ, đặt khí cụ Mini-vis:

* Găng, ly, khẩu trang, ống hút nước bọt, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, gòn kg, kính bảo hộ, thuốc tê, kim tiêm, ống chích nhựa, mini-vis.

- Tái khám định kỳ:

* Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, banh miệng, bàn chải rửa tay.

- Kết thúc điều trị, chụp hình, lấy dấu, X quang kiểm tra sau điều trị:

* Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, thạch cao cứng, thạch cao thường, chất lấy dấu, xà phòng rửa tay 2%, bàn chải rửa tay.

- Tái khám.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG SÂU MEN

I. ĐỊNH NGHĨA

Sâu răng là tình trạng tổn thương mất mô cứng của răng do quá trình mất khoáng gây ra bởi vi khuẩn ở mảng bám răng. Sâu men răng là giai đoạn sớm của quá trình sâu răng, khi mà sang thương chỉ khu trú ở lớp men răng, chưa gây tổn thương đến ngà răng.

II. NGUYÊN NHÂN

- Do vi khuẩn ở mảng bám răng tác động lên các thức ăn có nguồn gốc gluxit còn dính lại ở bề mặt răng, chuyển hóa thành axit. Khi môi trường axit có pH < 5,5 thì gây ra tổn thương mất khoáng làm mất mô cứng của răng và gây ra sâu răng.
- Chủng vi khuẩn có khả năng gây sâu răng cao nhất trong nghiên cứu thực nghiệm là Streptococus mutans. Một số chủng vi khuẩn khác như Actinomyces, Lactobacillus... cũng được xác định có khả năng gây ra sâu răng.
- Một số yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng sâu răng:

+ Men răng: Men răng thiểu sản hay men răng kém khoáng hóa dễ bị mất khoáng hơn và ảnh hưởng đến tiến triển của tổn thương sâu răng.

+ Hình thể răng: Các răng có hố rãnh sâu có nguy cơ sâu răng cao do sự tập trung của mảng bám răng và khó làm sạch mảng bám răng. Có một tỷ lệ cao các trường hợp sâu răng được bắt đầu từ hố rãnh tự nhiên của các răng.

+ Vị trí răng: Răng lệch lạc làm tăng khả năng lưu giữ mảng bám vì thế dễ bị sâu răng hơn.

+ Nước bọt: Dòng chảy và tốc độ chảy của nước bọt là yếu tố làm sạch tự nhiên để loại bỏ các mảnh vụn thức ăn còn sót lại. Tạo một lớp màng mỏng trên bề mặt của răng từ nước bọt có vai trò như một hàng rào bảo vệ men răng khỏi pH nguy cơ. Ngoài ra nước bọt còn có vai trò đệm làm giảm độ toan của môi trường quanh răng và có tác dụng đề kháng với sâu răng. Nước bọt còn là nguồn cung cấp các chất khoáng, hỗ trợ quá trình tái khoáng để có thể phục hồi các tổn thương sâu răng sớm.

+ Chế độ ăn nhiều đường, thói quen ăn uống trước khi đi ngủ hay bú bình kéo dài đều làm tăng nguy cơ sâu răng.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1 Lâm sàng:

- Bệnh nhân không có cảm giác đau hay ê.
- Thổi khô thấy mất lớp men trong mờ, xuất hiện các đốm trắng đục trên men.
- Thám trâm mắc lại khi thăm khám, hơi ê nhẹ.

3.2 Cận lâm sàng:

- X-Quang ít có giá trị chẩn đoán.

IV. ĐIỀU TRỊ:

- Áp gel Fluor (sang thương sớm).
- Trám bít hố rãnh.
- Đặt đê (nếu cần), tạo xoang, trám composite vì lý do thẩm mỹ.

	Vật tư tiêu hao	Thuốc-hóa chất
Tạo xoang	Ly, gants, ống hút nước bọt Các loại mũi khoan	
Trám	Băng kim loại, băng cellulose, chêm gỗ, tăm bông trám răng, chỉ co nướu, giấy đánh thuốc, giấy nhám kẽ, giấy cắn, các mũi đánh bóng.	GIC, GIC LC Verni Fuji, Acid Etching, Keo dán, Composite lỏng, đặc các màu

V. BIẾN CHỨNG

- Sâu ngà răng.

VI. PHÒNG BỆNH

- Áp dụng các biện pháp cơ học kiểm soát mảng bám răng như chải răng với kem đánh răng chứa Fluor và chỉ tơ nha khoa.
- Trám bít hố rãnh ở các răng vĩnh viễn có nguy cơ sâu răng như các hố rãnh tự nhiên sâu khó kiểm soát mảng bám.
- Đối với các trường hợp có nguy cơ sâu răng cao thì áp dụng các chế phẩm có độ tập trung Fluor cao do thầy thuốc thực hiện.
- Hướng dẫn chế độ ăn uống có tác dụng dự phòng sâu răng.
- Khám và kiểm tra răng miệng định kỳ để phát hiện và điều trị sớm.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG SÂU NGÀ

I. ĐỊNH NGHĨA

Sâu răng là tình trạng tổn thương mất mô cứng của răng do quá trình mất khoáng gây ra bởi vi khuẩn ở mảng bám răng. Sâu ngà răng là giai đoạn tiến triển sau sâu men của quá trình sâu răng, khi mà sang thương sâu răng vượt quá lớp men răng, gây tổn thương đến ngà răng.

II. NGUYÊN NHÂN

- Do vi khuẩn ở mảng bám răng tác động lên các thức ăn có nguồn gốc gluxit còn dính lại ở bề mặt răng, chuyển hóa thành axit. Khi môi trường axit có pH < 5,5 thì gây ra tổn thương mất khoáng làm mất mô cứng của răng và gây ra sâu răng.
- Chủng vi khuẩn có khả năng gây sâu răng cao nhất trong nghiên cứu thực nghiệm là Streptococus mutans. Một số chủng vi khuẩn khác như Actinomyces, Lactobacillus... cũng được xác định có khả năng gây ra sâu răng.
- Một số yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng sâu răng:

+ Men răng: Men răng thiểu sản hay men răng kém khoáng hóa dễ bị mất khoáng hơn và ảnh hưởng đến tiến triển của tổn thương sâu răng.

+ Hình thể răng: Các răng có hố rãnh sâu có nguy cơ sâu răng cao do sự tập trung của mảng bám răng và khó làm sạch mảng bám răng. Có một tỷ lệ cao các trường hợp sâu răng được bắt đầu từ hố rãnh tự nhiên của các răng.

+ Vị trí răng: Răng lệch lạc làm tăng khả năng lưu giữ mảng bám vì thế dễ bị sâu răng hơn.

+ Nước bọt: Dòng chảy và tốc độ chảy của nước bọt là yếu tố làm sạch tự nhiên để loại bỏ các mảnh vụn thức ăn còn sót lại. Tạo một lớp màng mỏng trên bề mặt của răng từ nước bọt có vai trò như một hàng rào bảo vệ men răng khỏi pH nguy cơ. Ngoài ra nước bọt còn có vai trò đệm làm giảm độ toan của môi trường quanh răng và có tác dụng đề kháng với sâu răng. Nước bọt còn là nguồn cung cấp các chất khoáng, hỗ trợ quá trình tái khoáng để có thể phục hồi các tổn thương sâu răng sớm.

+ Chế độ ăn nhiều đường, thói quen ăn uống trước khi đi ngủ hay bú bình kéo dài đều làm tăng nguy cơ sâu răng.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1 Lâm sàng:

- Bệnh nhân cảm thấy ê buốt khi gặp kích thích ngọt, chua, lạnh; hết kích thích thì hết ê.
- Khám thấy tổn thương sâu răng tiến triển đến ngà.

3.2 Cận lâm sàng: X-Quang quanh chóp/ Phim toàn cảnh: răng có vùng thấu quang chưa tới buồng tủy.

IV. ĐIỀU TRỊ:

- Làm sạch và tạo xoang.
- Đặt đê (nếu cần).
- Trám phục hồi.

	Vật tư tiêu hao	Thuốc – hóa chất
Tạo xoang	Ly, gants, ống hút nước bọt Các loại mũi khoan	
Trám phục hồi	Băng kim loại, băng cellulose, chêm gỗ, tăm bông trám răng, chỉ co nướu, giấy đánh thuốc, giấy nhám kẽ,giấy cắn, các mũi đánh bóng.	Calcium hydroxide (Dycal, Ultrablend Plus…), GIC, GIC LC,Verni Fuji, Acid Etching, keo dán, Composite lỏng, đặc các màu.

V. BIẾN CHỨNG

- Sâu ngà không điều trị có thể tiến triển đến tuỷ răng, gây viêm tuỷ răng.

VI. PHÒNG BỆNH

- Áp dụng các biện pháp cơ học kiểm soát mảng bám răng như chải răng với kem đánh răng chứa Fluor và chỉ tơ nha khoa.
- Trám bít hố rãnh ở các răng vĩnh viễn có nguy cơ sâu răng như các hố rãnh tự nhiên sâu khó kiểm soát mảng bám.
- Đối với các trường hợp có nguy cơ sâu răng cao thì áp dụng các chế phẩm có độ tập trung Fluor cao do thầy thuốc thực hiện.
- Hướng dẫn chế độ ăn uống có tác dụng dự phòng sâu răng.
- Khám và kiểm tra răng miệng định kỳ để phát hiện và điều trị sớm.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ MÒN RĂNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tổn thương mô cứng của răng bao gồm tổn thương men răng hoặc tổn thương cả men và ngà răng mà không phải do sâu răng và thường do nhiều nguyên nhân khác nhau như nghiến răng, các tác nhân vật lý hoặc hoá học dẫn tới mòn cấu trúc răng. Nếu không điều trị kịp thời thì các tổn thương này có thể dẫn tới viêm tuỷ răng.

II. NGUYÊN NHÂN

- Mòn răng - răng: Có thể là sinh lý hay bệnh lý, tác nhân nội tại thường là trụ men của các răng đối diện, do khớp cắn bất thường hoặc nghiến răng.
- Mài mòn: Là tác động của lực ma sát từ các tác nhân ngoại lai, có thể do chải răng quá mạnh, cắn các vật cứng, hoặc thứ phát sau mài mòn hóa học.
- Mòn hóa học: Do các hóa chất như trong hội chứng trào ngược dạ dày, làm ắc quy, tiếp xúc với khí ga, axit....

III. CHẨN ĐOÁN:

3.1 Lâm sàng:

- Bệnh nhân đến khám vì các triệu chứng ê buốt khi ăn ngọt, chua, lạnh, khi bàn chải chạm vào hoặc triệu chứng của bệnh lý tủy, bệnh lý vùng quanh chóp nếu bệnh nhân đến ở giai đoạn muộn.
- Khám thấy tổn thương hình chêm (đỉnh quay vào trong, đáy tam giác ở phía ngoài), đáy cứng không có ngà mủn và thức ăn. mòn từ rìa cắn răng cửa trước sau đó mòn đến múi chịu các răng hàm, các tổn thương của hai răng đối đầu thường khớp khít vào nhau. Tổn thương mòn hóa học nằm ở các răng gần nhau nơi có axit phá hủy, làm bề mặt men trở nên trong suốt.

3.2 Cận lâm sàng: XQ quanh chóp/ Phim toàn cảnh trường hợp tổn thương sâu sẽ thấy có đường thấu quang ngang vùng cổ răng

IV. ĐIỀU TRỊ:

- Tổn thương nông: thoa chất chống ê buốt (ví dụ: Seal & Protect, Protect Light Seal…)
    - Làm sạch
    - Thoa chất chống ê buốt

	Vật tư tiêu hao	Thuốc-hóa chất
Làm sạch	Ly, gants, ống hút nước bọt, chổi đánh bóng, bông gòn	
Thoa chất chống ê buốt Chiếu đèn (nếu cần)	tăm bông trám răng, chỉ co nướu	chất chống ê buốt (Seal & Protect, Protect Light Seal...)

- Tổn thương sâu:
    - Làm sạch và tạo xoang.
    - Đặt đê (nếu cần).
    - Trám phục hồi.

	Vật tư tiêu hao	Thuốc-hóa chất
Tạo xoang	Ly, gants, ống hút nước bọt Các loại mũi khoan	
Trám phục hồi	Băng kim loại, băng cellulose, chêm gỗ, tăm bông trám răng, chỉ co nướu, giấy đánh thuốc, giấy nhám kẽ, giấy cắn, các mũi đánh bóng.	Calcium hydroxide (Dycal, Ultrablend Plus…), GIC, GIC LC, Verni Fuji, Acid Etching, keo dán, Composite lỏng,

		đặc các màu.

- Tổn thương có triệu chứng bệnh lý tủy và bệnh lý vùng quanh chóp thì điều trị giống như bệnh lý tủy và bệnh lý vùng quanh chóp tương ứng.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Mòn nhiều tới tủy gây viêm tủy

VI. PHÒNG BỆNH:

- Thay đổi thói quen xấu gây mòn răng.
- Phục hồi thân răng để dự phòng bệnh tiến triển nặng thêm.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG VIÊM TỦY CÓ HỒI PHỤC

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tuỷ là tình trạng tổn thương nhiễm trùng mô tuỷ răng, làm tăng áp lực nội tuỷ, chèn ép vào các tận cùng thần kinh gây ra triệu chứng đau và tổn thương mô tuỷ.

Viêm tủy răng có hồi phục là giai đoạn đầu của viêm tủy răng. Khi đó tình trạng viêm tủy vẫn ở mức độ nhẹ và có khả năng khôi phục về trạng thái bình thường.

II. NGUYÊN NHÂN

- Vi khuẩn: thường xâm nhập vào tủy qua lỗ sâu. Phản ứng viêm thường xuất hiện khi các vi khuẩn gây sâu răng xâm nhập vào tủy qua ống ngà. Vi khuẩn cũng có thể xâm nhập vào mô tủy qua ống ngà nếu có hiện tượng mòn răng - răng, nứt, rạn vỡ….
- Nhân tố hóa học: các chất hoá học có thể tác động trực tiếp tới vùng hở tủy hoặc có thể khuếch tán qua ngà răng đã thay đổi tính thấm sau trám.
- Kích thích vật lý: áp lực, tốc độ, kích thước mũi khoan cũng như nhiệt độ trong quá trình tạo xoang trám ảnh hưởng đến mô tủy.
- Chấn thương: là hiện tượng đau tủy có thể xảy ra khi tăng hoặc giảm áp lực đột ngột.

III. CHẨN ĐOÁN:

3.1 Lâm sàng:

- Triệu chứng cơ năng:

+ Viêm tủy có hồi phục có thể không biểu hiện triệu chứng.

+ Nếu có thường là các triệu chứng đặc thù: nhạy cảm với các kích thích nóng lạnh, không khí. Chỉ kéo dài vài giây hoặc vài chục giây sau khi loại bỏ kích thích.

+ Kích thích nóng đáp ứng ban đầu có thể chậm nhưng cường độ nhạy cảm tăng lên khi nhiệt độ tăng. Đối với các kích thích lạnh thì thường ngược lại.

- Triệu chứng thực thể

+ Có lỗ sâu.

+ Có tổn thương tổ chức cứng lộ ngà.

+ Lỗ hở tủy do tai nạn trong điều trị.

+ Răng không đổi màu.

3.2 Cận lâm sàng: X quang quanh chóp: vùng chóp răng bình thường, có vùng thấu quang ở thân/chân răng do sâu răng nhưng chưa tới buồng tủy/ gần sát buồng tủy.

IV. ĐIỀU TRỊ:

- Lấy hết phần ngà bệnh.
- Trám tạm theo dõi (1-2 tuần)
- Nếu hết đau, trám phục hồi.

	Vật tư tiêu hao	Thuốc-hóa chất
Lấy hết phần ngà bệnh – Tạo xoang Che tuỷ (nếu cần) Trám tạm theo dõi	Ly, gants, ống hút nước bọt Các loại mũi khoan	Ca(OH)2 (Dycal, Ultrablend Plus…), Vật liệu calcium silicate (MTA, Biodentin…) GIC, GIC LC
Trám phục hồi	Đê cao su (nếu cần), băng kim loại, băng cellulose, chêm gỗ, tăm bông trám răng, chỉ co nướu, giấy đánh thuốc, giấy nhám kẽ, giấy cắn, các mũi đánh bóng.	GIC, GIC LC, Verni Fuji, Acid Etching, keo dán, Composite lỏng, đặc các màu

V. BIẾN CHỨNG VÀ TIÊN LƯỢNG

Biến chứng: Viêm tuỷ không hồi phục

VI. PHÒNG BỆNH

- Chẩn đoán và điều trị bệnh lý tủy kịp thời.
- Khám răng định kỳ 6 tháng 1 lần.

PHÁC ĐỒ CẤY GHÉP IMPLANT THƯỜNG QUY

1. NGUYÊN NHÂN

Bệnh nhân mất răng đơn giản, có thể tích xương tại vùng mất răng đủ cho implant tiêu chuẩn.

2. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán mất răng qua thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng

3. ĐIỀU TRỊ

1. Phẫu thuật:

a. Lật vạt hay không lật vạt?
b. Sử dụng máng hướng dẫn phẫu thuật hay không?
c. Xác định độ vững ổn ban đầu của implant
d. Xác định nâng hay không nâng xoang?
e. Sử dụng vật liệu ghép xương hay không? (khối lượng và số lượng)

2. Phục Hình

a. Phục hình tạm
– Phục hình cố định hay phục hình tháo lắp
– Tựa trên implant, răng hay nướu
– Gắn phục hình sau lành thương mô mềm hay sau phẫu thuật
– Điều chỉnh khớp cắn: nhả khớp hay chạm khớp
b. Phục hình vĩnh viễn
– Tái khám, Chụp phim, đánh giá.
– Bộc lộ, đặt trụ lành thương mô mềm nếu cần (sau 1 – 2 tuần)
– Xác định phương pháp, dụng cụ, vật liệu lấy dấu
– Chụp phim kiểm tra độ khít sát của trụ lấy dấu với implant (nếu cần)
– Lấy dấu, gửi labo
– Thử phục hình
– Gắn tạm
– Gắn vĩnh viễn (đường hoàn tất trên nướu hay dưới nướu)
– Chụp phim kiểm tra.
– Tái khám đánh giá, điều chỉnh phục hình (nếu cần) sau 1 tuần

4. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Tiên lượng tốt nếu implant vững ổn trong xương. Biến chứng có thể xảy ra như viêm quanh implant, sưng, đau, phù nề quá mức sau phẫu thuật, nhiễm trùng vết mổ….

5. PHÒNG BỆNH VÀ HƯỚNG XỬ LÝ

1. Sau Phẫu thuật

– Sử dụng kháng sinh từ 5 – 7 ngày + Kháng viêm, giảm đau
– Súc miệng với dung dịch sát khuẩn ít nhất 5 ngày sau phẫu thuật.
– Hướng dẫn vệ sinh răng miệng

2. Sau phục hình:

– Thời gian theo dõi duy trì.
– X-quang 6 tháng 1 lần.
– Cạo vôi răng + xử lý mặt gốc răng nếu cần.
– Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NÂNG XOANG HỞ

1. **ĐỊNH NGHĨA**

Nâng xoang hở là một thủ thuật phẫu thuật trong đó màng xoang được nâng lên khỏi sàn xoang, không gian giữa màng xoang và sàn xoang được lấp đầy bằng xương. Mục đích của phẫu thuật này nhằm gia tăng chiều cao của xương ổ răng để tạo điều kiện cho việc cấy ghép implant

2. **NGUYÊN NHÂN**

Bệnh nhân bị mất răng vùng răng sau lâu ngày, dẫn đến tiêu xương vùng xoang hàm, không thể thực hiện đặt 1 implant có chiều dài tiêu chuẩn.

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1 Chẩn đoán sơ bộ:

3.1.1 Lâm sàng:

– Mất răng vùng răng tiền cối và răng cối hàm trên.

3.1.2 Cận lâm sàng:

– Panorex.

– Chụp CT

3.2 Chẩn đoán xác định: Trên phim CT hàm trên: xương vùng mất răng có chiều cao nhỏ hơn 5mm (từ mào xương ổ răng tới đáy xoang hàm)

4 .ĐIỀU TRỊ:

4.1 Chỉ định: chiều cao xương vùng mất răng từ đỉnh sóng hàm đến đáy xoang <5mm.

4.2 Chống chỉ định:

– Viêm xoang.

– Polyp xoang.

– Bệnh lý toàn thân: tiểu đường, tim mạch, bệnh lý về máu (xin ý kiến bác sĩ chuyên khoa); ung thư – xạ trị, phụ nữ có thai 3 tháng đầu và 3 tháng cuối thai kỳ.

4.3 Phác đồ điều trị:

– Phương pháp điều trị:

♣ Khám và làm bệnh án.

♣ Các xét nghiệm cần thiết: XN máu hóa sinh, huyết học, ECG, XQ phổi thẳng.

♣ Các bước tiến hành phẫu thuật:

- Dưới gây mê, gây tê tại chỗ.
- Lật vạt hình thang.
- Mở cửa sổ xương ở thành bên xoang hàm.
- Dùng bộ dụng cụ nâng xoang hở nâng màng xoang lên.
- Ghép xương.
- Khoan xương và cấy Implant theo chỉ định.
- Phủ cửa sổ ghép xương bằng màng tự tiêu
- Khâu.

-Thuốc : Sử dụng kháng sinh từ 5 đến 7 ngày và kháng viêm, giảm đau.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Tiên lượng trung bình. Biến chứng có thể xảy ra như rách màng xoang, viêm xoang, xương

ghép lọt vào xoang hàm, nhiễm trùng xoang hàm, nhiễm trùng vết mổ sau nâng xoang, tiêu xương ghép, hoặc bị đào thải.

6. PHÒNG BỆNH VÀ HƯỚNG XỬ LÝ

Hướng dẫn phòng bệnh bằng cách ngăn ngừa việc tiêu xương sau này đối với những bệnh

nhân mất răng, thực hiện cấy implant sớm khi còn đủ xương, có chế độ luyện tập và ăn uống phù hợp, đầy đủ các yếu tố giúp phát triển xương như canxi, vitamin D…

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG VIÊM TỦY KHÔNG HỒI PHỤC

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tuỷ là tình trạng tổn thương nhiễm trùng mô tuỷ răng, làm tăng áp lực nội tuỷ, chèn ép vào các tận cùng thần kinh gây ra triệu chứng đau và tổn thương mô tuỷ.

Viêm tuỷ không hồi phục thường xảy ra sau viêm tuỷ có hồi phục mà không được điều trị.

II. NGUYÊN NHÂN

- Vi khuẩn: thường xâm nhập vào tủy qua lỗ sâu. Phản ứng viêm thường xuất hiện khi các vi khuẩn gây sâu răng xâm nhập vào tủy qua ống ngà. Vi khuẩn cũng có thể xâm nhập vào mô tủy qua ống ngà nếu có hiện tượng mòn răng - răng, nứt, rạn vỡ….
- Nhân tố hóa học: các chất hoá học có thể tác động trực tiếp tới vùng hở tủy hoặc có thể khuếch tán qua ngà răng đã thay đổi tính thấm sau trám.
- Kích thích vật lý: áp lực, tốc độ, kích thước mũi khoan cũng như nhiệt độ trong quá trình tạo xoang trám ảnh hưởng đến mô tủy.
- Chấn thương: là hiện tượng đau tủy có thể xảy ra khi tăng hoặc giảm áp lực đột ngột.

III. CHẨN ĐOÁN:

3.1 Lâm sàng:

* Viêm tủy cấp:

- Bệnh nhân đau tự phát, từng cơn hay liên tục. Cơn đau tự phát, liên tục có thể chỉ do sự thay đổi vị thế thí dụ khi bệnh nhân nằm xuống hay cúi đầu thường bệnh nhân cho biết cả đêm không ngủ được.
- Cơn đau có thể nhói hay âm ỉ, khu trú hay lan tỏa.
- Khám thường thấy tổn thương sâu răng lớn và sâu hoặc có tổn thương mô cứng khác như mòn răng, nứt răng
- Gõ ngang đau nhiều, gõ dọc đau nhẹ hoặc không đau.
- Nhiệt độ: nóng đau, lạnh giảm đau.

* Viêm tủy mạn: Bệnh nhân thường không đau hoặc chỉ đau thoáng qua khi có kích thích.

Các dạng:

- Viêm tủy triển dưỡng: mô tủy quá sản dạng hình bông cải đỏ phát triển đi qua hay xung quanh một lỗ sâu.
- Vôi hóa ống tủy: Răng không có triệu chứng, thường nhận biết bởi phim tia X.
- Nội tiêu: Răng không có triệu chứng, chỉ phát hiện trên phim tia X.

3.2 Cận lâm sàng: X-Quang: X-Quang quanh chóp, Phim toàn cảnh KTS, C.T conebeam

- Giúp thấy rõ hiện trạng của lỗ sâu và quan hệ của nó với tủy răng, tình trạng giải phẫu chân răng. Có thể có lỗ sâu mặt bên, mặt nhai, sâu tái phát dưới miếng trám sát hoặc thông với mô tủy, vùng quanh chóp có thể có phản ứng nhẹ, dây chằng nha chu có thể hơi giãn rộng. Cũng có thể nhìn thấy hình ảnh nứt vỡ răng liên quan với buồng tủy.
- Vôi hóa ống tủy: phát hiện những bè cản quang trong buồng tủy và ống tủy.
- Nội tiêu: có sự phình to thấu quang của ống tủy.

IV. ĐIỀU TRỊ:

- Gây tê tại chỗ hoặc gây tê vùng.
- Đặt đê (nếu có thể).
- Mở tủy.
- Lấy tủy, xác định chiều dài làm việc.
- Làm sạch và tạo hình ống tủy.
- Băng thuốc trong ống tủy (nếu cần)

- Trám bít ống tủy - XQ kiểm tra
- Trám phục hồi thân răng.
- Dùng thuốc: Tùy thực tế trên lâm sàng có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp. Có thể sử dụng thuốc giảm đau và/hoặc thuốc kháng viêm.

	Vật tư tiêu hao	Thuốc – hóa chất
Gây tê tại chỗ hoặc gây tê vùng	Ly, gants, ống hút nước bọt Kim nha	Lidocaine 2%, Mepivacaine3%, Benzocaine 20%
Đặt đê (nếu có thể)	Đê cao su, bộ đặt đê, chỉ nha khoa	
Mở tủy	Các loại mũi khoan	
Lấy tủy,làm sạch - tạo dạng ống tủy	Trâm gai các loại Mũi gate các số Trâm dũa các loại Trâm nạo các loại Trâm sửa soạn ống tủy NiTi xoay tay, máy Ống tiêm nhựa bơm rửa	Dung dịch NaOCl 1,5 – 3% EDTA (Glyde)
Băng thuốc	Côn giấy các số	R4, Calcium hydroxide, Eugenol Trám tạm: Eugenate(Caviton)
Trám bít ống tủy	Lentulo, cây lèn Côn gutta-percha các loại	Xi măng trám bít ống tủy: Nền nhựa (AH Plus, 2Seal…) Nền calcium silicate (BioRoot…)
Trám phục hồi thân răng (Không hoặc có chốt)	Mũi khoan chốt Chốt Cây vặn chốt Băng kim loại, băng cellulose, chêm gỗ,tăm bông trám răng, chỉ co nướu, giấy đánh thuốc, giấy nhám kẽ, giấy cắn, các mũi đánh bóng.	Xi măng gắn chốt GIC, GIC LC, Verni Fuji, Acid Etching, bonding, Composite lỏng, đặc, các màu.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Biến chứng gần: Viêm quang chóp cấp, u hạt, nang quanh chóp, áp xe quanh chóp, viêm mô tế bào…
- Biến chứng xa: Viêm xoang hàm, viêm nội tâm mạc…

VI. PHÒNG BỆNH

- Chẩn đoán và điều trị bệnh lý tủy kịp thời.
- Khám răng định kỳ 6 tháng 1 lần.

VIÊM NƯỚU (DO MẢNG BÁM)

I. CHẨN ĐOÁN

1.1. Triệu chứng:

- Lâm sàng: chảy máu nướu tự phát hoặc khi có kích thích (thăm khám, chải răng, ăn nhai…).
- Tại chỗ: vôi răng và mảng bám nhiều.

1.2. Chẩn đoán xác định: Viêm nướu.

II. ĐIỀU TRỊ

2.1. Chỉ định:

- Cạo vôi răng.

2.2. Phác đồ điều trị:

- Khám và làm bệnh án.
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.
- Cạo vôi răng 2 hàm.
- Đánh bóng 2 hàm (Pumice + chổi/ đài cao su).
- Thời gian điều trị: 01 ngày.
- Tái khám sau 6 tháng.

2.3. Hỗ trợ điều trị:

- Kem đánh răng.
- Nước súc miệng.

SƯNG NƯỚU PHỐI HỢP
(Viêm và viêm triển nhưỡng - Do viêm cấp tính hay mạn tính, có hoặc không kết hợp bệnh lý toàn thân)

I. CHẨN ĐOÁN

1.1. Triệu chứng:

- Chảy máu nướu tự phát hay khi có kích thích.
- Có mảng bám + vôi răng.
- Tạo túi giả 3 – 4 mm.

1.2. Chẩn đoán xác định: Viêm nướu triển dưỡng.

II. ĐIỀU TRỊ:

2.1. Chỉ định: Phẫu thuật tái tạo nướu.

2.2. Phác đồ điều trị:

- Khám, làm bệnh án, kết hợp điều trị chuyên khoa khác nếu bệnh nhân có bệnh lý toàn thân.
- Xét nghiệm máu: công thức máu, TS, TC (có thể có TQ, TCK, thử đường huyết nếu cần, tùy theo cơ địa bệnh nhân mà có chỉ định cụ thể).
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.
- Cạo vôi răng.
- Gây tê tại chỗ bằng Lidocain 2% (1,8ml).
- Đo đáy túi nướu giả.
- Bấm điểm chảy máu.
- Tái tạo viền nướu (loại bỏ mô hạt viêm).
- Bơm rửa với dung dịch NaCl 0.9%.
- Đắp bột băng nha chu (Coe-Pak), tháo bột băng sau 24h.
- Tùy thực tế lâm sàng có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.
- Thời gian điều trị: 01 ngày.
- Tái khám sau 06 ngày.

VIÊM NHA CHU DẠNG KHU TRÚ/ TOÀN THỂ/ ÁP-XE NHA CHU

I. CHẨN ĐOÁN:

1.1. Triệu chứng:

- Vôi răng, vết dính.
- Chảy máu tự phát, nướu có thể sưng hay có mủ.
- Có thể có răng lung lay (1 răng hay nhiều răng).
- Túi nha chu sâu (>4mm).
- X quang có tiêu xương ít hoặc nhiều theo chiều ngang, dọc.
- Miệng hôi (có thế có).

1.2. Chẩn đoán xác định: Viêm nha chu dạng khu trú/ toàn thể/ áp-xe nha chu.

II. ĐIỀU TRỊ:

2.1. Chỉ định: phẫu thuật nha chu.

2.2. Phác đồ điều trị:

- Khám và làm bệnh án.
- Xét nghiệm máu: công thức máu, TS, TC (có thể có TQ, TCK, thử đường huyết nếu cần, tùy theo cơ địa bệnh nhân mà có chỉ định cụ thể).
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.
- Cạo vôi răng.
- Gây tê tại chỗ bằng Lidocain 2% (1,8ml).
- Nạo túi nha chu loại bỏ mô hạt viêm, xử lý mặt gốc răng.
- Tái tạo viền nướu (giảm độ sâu túi).
- Bơm rửa với dung dịch nước muối sinh lý NaCl 0.9%
- Đắp spongel (nếu có chảy máu).
- Đắp gel Arthrodont hoặc khâu chỉ Silk 3.0/ 4.0 (nếu cần).
- Tùy thực tế lâm sàng có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.
- Thời gian điều trị: 01 ngày
- Tái khám sau 07 ngày.

TRỤT NƯỚU/ THIẾU HỔNG MÔ MỀM

I. CHẨN ĐOÁN:

1.1. Triệu chứng:

- Nướu trụt >2mm vùng cổ răng.
- Thiếu mô, lép niêm mạc vùng mất răng.
- Ê buốt răng kéo dài.
- Mất thẩm mỹ ở nướu.

1.2. Chẩn đoán xác định: trụt nướu/ thiếu hổng mô mềm.

II. ĐIỀU TRỊ:

2.1. Chỉ định: phẫu thuật ghép mô liên kết (tự thân).

2.2. Phác đồ điều trị:

- Khám và làm bệnh án.
- Xét nghiệm máu: công thức máu, TS, TC (có thể có TQ, TCK, thử đường huyết nếu cần, tùy theo cơ địa bệnh nhân mà có chỉ định cụ thể).
- Chụp phim X-Quang.
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.
- Cạo vôi răng.
- Sửa soạn sàn tiếp nhận:
    - Gây tê tại chỗ vùng nhận bằng Lidocain 2%.
    - Cắt, tách vạt vùng nhận rộng ít nhất 3mm cho mỗi phía để đảm bảo mạch máu nuôi dưỡng tối đa.
    - Đo kích thước của sàn tiếp nhận bằng thám trâm nha chu có chia mm.
    - Giữ ẩm sàn tiếp nhận bằng gạc tẩm ướt dung dịch sinh lý.
- Lấy mảnh ghép (vùng cho mô: vòm khẩu cái, lồi củ, sống hàm mất răng):
    - Gây tê tại chỗ vùng cho mô bằng Lidocain 2%.
    - Cắt, tách mô liên kết bằng dao 15C, lấy mô liên kết cẩn thận và nhanh chóng.
    - Giữ ướt mảnh ghép bằng gạc tẩm ướt dung dịch sinh lý.
    - Khâu vùng cho mô bằng chỉ Silk 3.0/ 4.0.
    - Bảo vệ vùng sang thương bằng máng phẫu thuật.
- Khâu mảnh ghép bằng chỉ Silk 4.0.
- Đắp bột băng nha chu (Coe-Pak).
- Tháo bột băng sau 24h.
- Thời gian điều trị: 01 ngày.
- Tái khám sau 07 ngày.

TÚI NHA CHU SÂU, TIÊU XƯƠNG/ THIẾU HỔNG XƯƠNG <2 VÁCH

I. CHẨN ĐOÁN:

1.1. Triệu chứng:

- Xương tiêu, mất vách xương quanh chân răng (<2 vách).
- Tiêu xương theo chiều ngang, dọc.
- Mất thẩm mỹ.

1.2. Chẩn đoán xác định: nha chu viêm.

II. ĐIỀU TRỊ:

2.1. Chỉ định: phẫu thuật ghép xương.

2.2. Phác đồ điều trị:

- Khám và làm bệnh án.
- Xét nghiệm máu: công thức máu, TS, TC (có thể có TQ, TCK, thử đường huyết nếu cần, tùy theo cơ địa bệnh nhân mà có chỉ định cụ thể).
- Chụp phim X-Quang.
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.
- Cạo vôi răng.
- Gây tê tại chỗ vùng sang thương bằng Lidocain 2%.
- Bóc tách vạt bộc lộ sang thương bằng cây tách bóc.
    - Xử lý mặt gốc răng.
    - Loại bỏ mô hạt viêm.
- Ghép xương (Cerasorb M).
- Đắp màng xương (Lyoplant 15x30).
- Khâu chỉ Silk 4.0.
- Khâu kín vạt hoặc kết hợp đắp bột băng.
- Tùy thực tế lâm sàng có thể lựa chọn thuốc điều trị cho thích hợp.
- Thời gian điều trị: 01 ngày.
- Tái khám sau 07 ngày.

NHỮNG BIẾN CHỨNG TRONG PHẪU THẬT NHA CHU

I. SỐC PHẢN VỆ

Lâm sàng:

- Thường xảy ra nửa tiếng sau khi dùng thuốc.
- Bệnh nhân cảm thấy khó chịu, khó thở, buồn nôn, sau đó xanh tím người, vã mồ hôi, xỉu.
- Huyết áp thấp và mạch yếu.

Xử trí:

- Y tá/ trợ thủ phải gọi ngay phòng cấp cứu đến hỗ trợ.
- Đặt bệnh nhân nằm ngửa, chân cao, kéo cằm ra sau để rộng đường thở.
- Nếu huyết áp rất thấp, tiêm bắp 0,5 ml epinephrine, tốt nhất tiêm trong cơ lưỡi, hoặc tiêm ngay bất kỳ cơ lớn nào. Không tiêm epineprine dưới da vì sẽ làm chậm hấp thu.
- Nếu bệnh nhân ngưng tim và ngưng thở thì tiếp tục xoa bóp tim ngoài lồng ngực kết hợp hô hấp nhân tạo cho đến khi đội cấp cứu đến.
- Nếu bệnh nhân có dấu hiệu lo âu và đau tức ngực thì cung cấp oxy bằng bóp bóng hoặc thổi ngạt và không sử dụng epineprine vì bệnh nhân có dấu hiệu của bệnh lý nhồi máu cơ tim.

II. BẤT TỈNH

- Đây là tình trạng bệnh nhân cảm thấy không thoải mái và lo âu về các kỹ thuật điều trị.

Xử trí:

- Nếu bệnh nhân bắt đầu hồi hộp, vã mồ hôi nhiều và bất thường, đặt ghế ở vị trí ngang với đầu thấp hơn mức của cơ thể.
- Nếu nhịp tim và mạch yếu hơn bình thường thì nên đo lại huyết áp.
- Cồn, amoniac thơm có thể giúp ngăn ngừa ngất.
- Bệnh nhân bị ngất sâu nên bóp bóng cung cấp oxy.
- Trong khi chờ bệnh nhân tỉnh lại thì bệnh nh6an vẫn được giữ ở vị trí nằm ngang và không được phép ngồi dậy cho đến khi hoàn toàn hồi phục.

III. CHẢY MÁU

Nguyên nhân:

- Rối loạn chảy máu.
- Sử dụng aspirin.
- Vệ sinh sau điều trị.
- Liên quan đến thời kỳ kinh nguyệt ở bệnh nhân nữ.
- Phẫu thuật ở những vùng có mạch máu lớn.

Xử trí:

- Đầu tiên trấn an bệnh nhân và kiểm soát mối quan tâm, cảm xúc của bệnh nhân về máu.
- Nếu máu chảy rỉ nhẹ thì sử dụng gạc tẩm dung dịch muối vô trùng ép chặt trong 2-3 phút.
- Gây tê tại chỗ bằng thuốc tê có chứa thuốc co mạch.
- Nếu chảy máu nhiều có thể khâu.
- Đắp spon gel và bột băng nha chu.
- Bệnh nhân chỉ được phép ra về khi tất cả các xuất huyết khô và ngừng chảy máu.

IV. ĐAU

Nguyên nhân :

- Chấn thương cơ học trong quá trình phẫu thuật.
- Sót mảnh vụn xương hoặc vôi răng.
- Đặt bột băng không đúng cách.

Xử trí:

- Vùng phẫu tuật cần được gây tê và đắp lại bột băng để bảo vệ vết thương.

- Bột băng nên được đặt nhẹ nhàng và lúc bột còn mềm mại.
- Hướng dẫn bệnh nhân vệ sinh và cách ăn uống sau phẫu thuật.
- Uống thuốc đúng theo toa trong 3-7 ngày.

V. NHIỄM TRÙNG

Xử trí:

- Bệnh nhân nên được cho kháng sinh ngay sau phẫu thuật trong thời gian 7- 14 ngày.
- Vùng phẫu thuật cần được băng ép cẩn thận để giảm thiểu nhiễm trùng.
- Bệnh nhân cần được dặn dò kỹ lưỡng cách chăm sóc sau phẫu thuật.

HƯỚNG DẪN SAU PHẪU THUẬT

- Uống thuốc đúng và đủ theo toa thuốc.
- Để giảm sưng: có thể chườm lạnh trong 10 phút cứ mỗi nửa giờ trong suốt 3 giờ sau phẫu thuật. Sưng có thể giảm từ 3-7 ngày sau phẫu thuật.
- Không được súc miệng ngày đầu tiên sau phẫu thuật, ngày kế tiếp súc miệng với dung dịch ghi trong toa. Thực hiện vệ sinh răng miệng bình thường (cẩn thận tránh vùng phẫu thuật).
- Chỉ được lấy máng bảo vệ vùng sang thương ra sau 24 giờ. Rửa sạch máng bằng thuốc súc miệng và mang lại. Phải mang máng thường xuyên để bảo vệ vết thương tránh được chấn thương và phải lấy ra chải rửa, sát trùng sạch sau mỗi bữa ăn.
- Có thể có chảy máu ít trong vòng 24 giờ đầu. Nếu chảy máu nhiều (trầm trọng), đặt lên vùng chảy máu một vài miếng gạc vô trùng, giữ và ép chặt với các ngón tay trong vòng ít nhất 10 phút. Nếu còn kéo dài hãy đi khám.
- Tránh các động tác mút, tránh dùng lưỡi hoặc ngón tay chạm vào vết thương.
- Không hút thuốc lá, không dùng các chất kích thích (bia, rượu) sau phẫu thuật.
- Không nên ăn uống nóng, ăn thức ăn mềm dồi dào năng lượng trong vài ngày, tránh va chạm vùng phẫu thuật.

PHỤC HÌNH THÁO LẮP BÁN PHẦN NỀN NHỰA

I. CHẨN ĐOÁN

- Mất răng lẻ tẻ hàm trên, hàm dưới.

II. CHỈ ĐỊNH

- Khoảng mất răng quá dài không thể làm phục hình cố định
- Mất răng phía sau và không còn răng cuối.
- Có thể thực hiện dùng để che phủ những thiếu hổng trong khoang miệng
- Bệnh nhân không muốn mài răng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dị ứng với vật liệu làm hàm giả
- Bệnh nhân có rối loạn tâm thần và không hợp tác khi điều trị

IV. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

4.1. Lấy dấu nghiên cứu
4.2. Lấy dấu, chọn màu răng
4.3. Thử sáp, xác định tương quan cắn khớp
4.4. Thử răng kiểm tra khớp cắn và thẩm mỹ
4.5. Lắp hàm mài chỉnh khớp cắn
4.6. Chữa đau

Phương pháp điều trị	Thuốc, nguyên vật liệu – hóa chất
1. Lấy dấu	1. Alginate, ly, găng.
2. Thử sáp	2. Sáp lá, cồn, ly, găng.
3. Thử răng	3. Mũi mài nhựa, đá mài, ly, găng.
4. Lắp ráp	4. Nhựa nấu, giấy nhám, mũi mài nhựa, mũi khoan (trụ, tròn), mũi kim cương, ly, găng, giấy cắn.

PHỤC HÌNH THÁO LẮP TOÀN BỘ

I. CHẨN ĐOÁN

- Mất răng toàn bộ hàm trên, hàm dưới

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh mất răng toàn bộ hàm trên, hàm dưới

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH :

- Dị ứng với vật liệu làm hàm giả
- Bệnh nhân có rối loạn tâm thần và không hợp tác khi điều trị

IV. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

4.1. Lấy dấu sơ khởi.

4.2. Thử khay cá nhân , làm vành khít , lấy dấu sau cùng

4.3. Thử sáp xác định mặt phẳng nhai phục hình, ghi kích thước dọc và tương quan tâm, chọn màu răng

4.4. Thử hàm sáp/ thử răng

4.5. Lắp hàm mài chỉnh khớp cắn

4.6. Chữa đau

Phương pháp điều trị	Thuốc, nguyên vật liệu – hóa chất
1. Lấy dấu sơ bộ	1. Alginate, ly, găng.
2. Lấy dấu sau cùng	2. Hợp chất nhiệt dẻo (peri compoud), cao su Hydrophilic vinylpolysilosane, ly, găng.
3. Thử sáp	3. Sáp lá, mũi mài nhựa, đá mài, ly, găng.
4. Thử răng	4. Giấy nhám, giấy cắn, mũi mài nhựa, mũi kim cương, ly, găng.
5. Lắp răng	5. Mũi mài nhựa, giấy cắn, giấy nhám, ly găng.

PHỤC HÌNH THÁO LẮP KHUNG BỘ

I. CHẨN ĐOÁN

- Mất răng lẻ tẻ hàm trên , hàm dưới

II. CHỈ ĐỊNH

- Những răng còn lại có đủ khả năng chịu lực cho những răng đã mất
- Khớp cắn bình thường
- Có thể thực hiện như một nẹp nha chu khi hàm mất răng bán phần có mô nha chu bị tổn thương hoặc suy yếu
- Phục hồi khớp cắn sau một phẫu thuật hàm mặt

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH :

- Bệnh nhân có rối loạn tâm thần và bệnh nhân không hợp tác khi điều trị
- Các răng trụ xoay nhiều
- Quá nhiều khoảng mất răng xen kẽ trên khung hàm
- Răng trụ có mô nha chu suy yếu

IV. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

4.1. Lấy dấu nghiên cứu
4.2. Mài ổ tựa mặt nhai, mài chỉnh độ lẹm, mài chỉnh khớp cắn, lấy dấu
4.3. Thử khung
4.4. Xác định tương quan khớp cắn, chọn màu răng
4.5. Thử răng
4.6. Lắp hàm, mài chỉnh khớp cắn
4.7. Chữa đau

Phương pháp điều trị	**Thuốc, nguyên vật liệu – hóa chất**
1. Lấy dấu	1. Alginate, ly, găng.
2. Thử sáp	2. Sáp lá, cồn, ly, găng.
3. Thử răng	3. Mũi mài nhựa, đá mài, ly, găng.
4. Lắp răng	4. Giấy nhám, mũi mài nhựa, giấy cắn, mũi kim cương, ly, găng.

PHỤC HÌNH THÁO LẮP KHUNG LIÊN KẾT

I. CHẨN ĐOÁN

- Mất răng lẻ tẻ hàm trên, hàm dưới

II. CHỈ ĐỊNH

- Những răng còn lại có đủ khả năng chịu lực cho những răng đã mất
- Yêu cầu thẩm mỹ
- Mất nhiều răng khoảng cách răng trụ quá xa

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH :

- Răng mang mắc cài là răng cửa
- Răng trụ có mô nha chu suy yếu

IV. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

4.1. Lấy dấu nghiên cứu
4.2. Mài cùi , lấy dấu răng mang mắc cài ,xác định tương quan khớp cắn
4.3. Thử sườn có mang mắc cài
4.4. Thử phục hình cố định có mang mắc cài , lấy dấu kết hợp phục hình tháo lắp khung và phục hình cố định có mang mắc cài
4.5. Thử khung có mang mắc cài , Xác định tương quan cắn khớp .
4.6. Thử răng
4.7. Gắn phục hình cố định và phục hình tháo lắp . Điều chỉnh khớp cắn .
4.8. Tái khám ,chữa đau

Phương pháp điều trị	**Thuốc, nguyên vật liệu – hóa chất**
1. Mài cùi , lấy dấu PHCĐ	1. Alginate, cao su nặng, nhẹ, ly, găng, mũi kim cương.
2. Thử sườn có mắc cài	2. Ly, găng.
3. Thử PHCĐ có mang mắc cài	3. Mũi kim cương, đá mài, ly, găng.
4. Lấy dấu kết hợp PHTL + PHCĐ có mang mắc cài	4. Giấy nhám, mũi mài nhựa, giấy cắn, mũi kim cương, ly, găng.
5. Thử khung có mang mắc cài	5. Mũi kim cương, giấy cắn, ly, găng.
6. Thử răng	6. Mũi mài nhựa, mũi kim cương, ly, găng.

PHỤC HÌNH CỐ ĐỊNH MÃO KIM LOẠI TOÀN DIỆN

I. CHẨN ĐOÁN

- Răng bị mất nhiều mô răng, không thể tái tạo bằng các miếng trám thông thường.
- Có thể thực hiện trên răng sống, răng đã lấy tủy, cho cùi răng giả

II. CHỈ ĐỊNH

- Để che chở và tái tạo một thân răng bị sâu vỡ lớn , hoặc do chấn thương mà không thể trám bền vững được
- Thiểu sản men ngà, bị nứt men răng
- Dùng để điều chỉnh lại vị trí thân răng và khớp cắn cho những răng mọc lệch lạc mà không thể chỉnh hình được
- Dùng nâng cao khớp cắn , làm phần giữ cho cầu răng
- Dùng dể bao bọc các răng sẽ mang móc cho một hàm giả tháo lắp có mô răng yếu hoặc có hình thể không thuận tiện cho sự bám giữ của móc

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH :

- Răng có buồng tủy lớn (nếu muốn bảo tồn tủy)
- Răng bị bệnh nha chu
- Răng nghiêng lệch quá nhiều
- Răng phía trước (vì lý do thẫm mỹ)

IV. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

4.1. Lấy dấu làm mão tạm

4.2. Mài cùi, lấy dấu.

- Xác định tương quan cắn khớp
- Gắn mão tạm

4.3. Thử và gắn mão.

4.4. Tái khám .

Phương pháp điều trị	**Thuốc, nguyên vật liệu – hóa chất**
1. Lấy dấu	1. Cao su hydrophylic vinyl polysiloxane: light, putty, Alginate, ly, găng.
2. Lắp răng	2. Mũi kim cương, đá mài, cement (glass ionomer), giấy cắn, ly, găng.

PHỤC HÌNH CỐ ĐỊNH MÃO SỨ

I. CHẨN ĐOÁN

- Răng bị mất nhiều mô răng, không thể tái tạo bằng các miếng trám thông thường
- Răng bị thiểu sản men ngà, bị nứt men răng

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng bị mất chất lớn do sâu răng hay chấn thương
- Thiểu sản men ngà , răng nhiễm sắc
- Răng mọc lệch lạc mà không thể chỉnh hình được hoặc bệnh nhân không muốn chỉnh hình
- Dùng nâng cao khớp cắn , làm phần giữ cho cầu răng
- Răng có chiều cao thân răng trung bình hoặc cao

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng có buồng tủy quá to, răng có kích thước ngoài trong nhỏ
- Thân răng có chiều cao quá thấp
- Răng bị bệnh nha chu

IV. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

4.1. Lấy dấu làm mão tạm

4.2. Mài cùi, lấy dấu

- Ghi dấu tương quan khớp cắn
- Gắn mão răng tạm

4.3. Thử sườn : kiểm tra sự khít sát của sườn và cùi răng, kiểm tra đường hoàn tất, chọn màu răng

4.4. Thử và gắn mão

4.5. Tái khám

Phương pháp điều trị	**Thuốc, nguyên vật liệu – hóa chất**
1. Lấy dấu	1. Alginate, cao su hydrophylic vinylpolysilosane.
2. Thử sườn	2. Mũi mài nhựa, mũi kim cương, đá mài, ly, găng.
3. Lắp răng	3. Mũi mài nhựa, mũi kim cương, ly, găng, cement (glass ionomer).

► NGUY CƠ TIỀM ẨN VÀ BIỆN PHÁP PHÒNG NGỪA:

- Nguy cơ: lọt mão vô hốc miệng bệnh nhân.
- Biện pháp phòng ngừa: Che miếng gòn hoặc gạc (mặt trong gần nơi răng thử hoặc gắn mão.
- Cho bệnh nhân nằm nghiêng qua hướng đặt mão.

PHỤC HÌNH CỐ ĐỊNH CẦU RĂNG

I. CHẨN ĐOÁN

- Mất răng lẻ tẻ hàm trên, hàm dưới còn răng ở hai đầu khoảng mất răng

II. CHỈ ĐỊNH

- Khớp cắn thuận lợi, thăng bằng.
- Vị trí và số lượng các răng trụ phải tương xứng với các răng mất.
- Răng trụ có tủy lành mạnh hoặc được chữa nội nha và tái tạo tốt
- Răng có mô nha chu lành mạnh , tỉ lệ thân /chân nhỏ hơn hoặc bằng 1
- Chân răng có hình dạng vững chắc trong xương hàm.
- Dùng để nâng cao khớp cắn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH :

- Bệnh nhân bị đa sâu răng, chất lượng mô răng kém.
- Khớp cắn không thuận lợi, không có răng đối xứng
- Răng trụ có thân răng ngắn, nhỏ, răng nghiêng nhiều
- Răng chết tủy chưa được nội nha, răng có bệnh nha chu.
- Răng có buồng tủy quá to (nếu muốn bảo tồn tủy).

IV. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

4.1. Lấy dấu làm cầu mão tạm

4.2. - Mài cùi, lấy dấu.

- Ghi dấu tương quan khớp cắn
- Gắn cầu răng tạm

4.3. Thử sườn , chọn màu răng

4.4. Thử và gắn cầu răng.

4.5. Tái khám.

Phương pháp điều trị	Thuốc, nguyên vật liệu – hóa chất
1. Lấy dấu	1. Alginate, cao su Cao su hydrophylic vinyl polysiloxane: light, putty, ly, găng.
2. Thử sườn	2. Mũi mài nhựa, mũi kim cương, đá mài, ly, găng.
3. Lắp răng	3. Mũi mài nhựa, mũi kim cương, ly, găng, cement (glass ionomer).

► NGUY CƠ TIỀM ẨN VÀ BIỆN PHÁP PHÒNG NGỪA:

- Nguy cơ: lọt cầu răng vô hốc miệng bệnh nhân.
- Biện pháp phòng ngừa: Che miếng gòn hoặc gạc (mặt trong gần nơi thử hoặc gắn cầu răng).
- Cho bệnh nhân nằm nghiêng qua hướng đặt cầu răng.

PHỤC HÌNH CỐ ĐỊNH CẦU RĂNG TOÀN SỨ

I. CHẨN ĐOÁN

- Mất răng lẻ tẻ hàm trên, hàm dưới còn răng ở hai đầu khoảng mất răng

II. CHỈ ĐỊNH

- Khớp cắn thuận lợi, thăng bằng.
- Nhóm răng trước bị nhiễm màu, không điều trị được bằng tẩy trắng, ảnh hưởng đến thẩm mỹ
- Vị trí và số lượng các răng trụ phải tương xứng với các răng mất.
- Răng trụ có tủy lành mạnh hoặc được chữa nội nha và tái tạo tốt
- Răng có mô nha chu lành mạnh , tỉ lệ thân /chân nhỏ hơn hoặc bằng 1
- Chân răng có hình dạng vững chắc trong xương hàm.
- Dùng để nâng cao khớp cắn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH :

- Bệnh nhân bị đa sâu răng, chất lượng mô răng kém.
- Khớp cắn không thuận lợi, không có răng đối xứng
- Răng trụ có thân răng ngắn, nhỏ, răng nghiêng nhiều
- Răng chết tủy chưa được nội nha, răng có bệnh nha chu.
- Răng có buồng tủy quá to (nếu muốn bảo tồn tủy).

IV. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

4.1. Lấy dấu làm cầu mão tạm

4.2. - Mài cùi, lấy dấu.

- Ghi dấu tương quan khớp cắn
- Gắn cầu răng tạm

4.3. Thử sườn , chọn màu răng

4.4. Thử và gắn cầu răng.

4.5. Tái khám.

Phương pháp điều trị	Thuốc, nguyên vật liệu – hóa chất
1. Lấy dấu	1. Alginate, cao su Cao su hydrophylic vinyl polysiloxane: light, putty, ly, găng.
2. Thử sườn	2. Mũi mài nhựa, mũi kim cương, đá mài, ly, găng.
3. Lắp răng	3. Mũi mài nhựa, mũi kim cương, ly, găng, cement (glass ionomer).

► NGUY CƠ TIỀM ẨN VÀ BIỆN PHÁP PHÒNG NGỪA:

- Nguy cơ: lọt cầu răng vô hốc miệng bệnh nhân.
- Biện pháp phòng ngừa: Che miếng gòn hoặc gạc (mặt trong gần nơi thử hoặc gắn cầu răng).
- Cho bệnh nhân nằm nghiêng qua hướng đặt cầu răng.

TÁI TẠO CÙI RĂNG

I. CHẨN ĐOÁN

- Mất nhiều mô răng do sâu răng hoặc chấn thương, thay đổi trục răng

II. CHỈ ĐỊNH

- Phục hồi phần mất chất của mô răng để tạo sử thoát cho cùi răng sau khi mài.
- Phục hồi hoặc tăng cường sự vững chắc cho cùi răng đã bị mất chất một phần.
- Tăng thêm chiều cao cho cùi răng để tạo sức giữ cho phục hình bên trên.
- Phục hồi hoàn toàn cùi răng cho thân răng bị mất.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng có phần mất chất quá lớn mô chân răng còn lại mềm yếu
- Chân đã nội nha không tốt
- Mô nha chu không lành mạnh

IV. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

4.1. Tái tạo cùi răng bằng vật liệu trám:

- Nếu phần mất chất nhỏ và răng còn tủy sống:

Che tủy và sửa soạn ngàm lưu để giữ các vật liệu tái tạo. Có thể dùng thêm chốt ngà để bám giữ vật liệu tái tạo dính chắc vào mô răng.

- Nếu phần mất chất nhỏ (<1/2 thân răng) và răng đã điều trị tủy: Sử dụng chốt chân răng có sẵn (chốt vặn , chốt carbon …)

+ Lựa chọn kích thước, hình dạng loại chốt phù hợp với ống tủy và vật liệu tái tạo.
+ Khoan ống mang chốt
+ Gắn chốt chân răng vào ống tủy
+ Trám tái tạo phần thân răng

4.2 Tái tạo cùi răng bằng vật liệu đúc:

- Phần mất chất nhiều hơn ½ thân răng, răng đã điều trị tủy hoặc chuyển trục thân răng

+ Khoan ống mang chốt
+ Lấy dấu ống mang chốt
+ Xác định tương quan cắn khớp
+ Thử và gắn chốt

Phương pháp điều trị	Thuốc, nguyên vật liệu – hóa chất
1. Lấy dấu	1. Cao su hydrophylic vinyl polysiloxane (light, putty), Alginate, lentulo, chốt nhựa, ly, găng.
2. Lắp chốt	2. Mũi kim cương, đá mài, cement (glass ionomer), giấy cắn, lentulo, ly, găng.

► NGUY CƠ TIỀM ẨN VÀ BIỆN PHÁP PHÒNG NGỪA:

- Nguy cơ: lọt chốt vô hốc miệng bệnh nhân.
- Biện pháp phòng ngừa: Che miếng gòn hoặc gạc (mặt trong và ngoài) gần nơi đặt chốt
- Cho bệnh nhân nằm nghiêng qua hướng đặt chốt .

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG NHIỄM MÀU

I. ĐỊNH NGHĨA

Màu của răng tự nhiên phụ thuộc vào thành phần, cấu trúc và chiều dày của các mô tạo nên nó. Tất cả các nguyên nhân cơ học, hóa học hay sinh học làm tổn thương một trong những thành phần này đều có khả năng làm đổi màu răng. Nhiễm màu là sự nhiễm các sắc tố ngoại sinh hay nội sinh vào trong tổ chức cứng của răng. Nhiễm màu có thể xảy ra trong lúc đang hình thành mầm răng hoặc sau khi mọc

II. CÁC NGUYÊN NHÂN GÂY NHIỄM MÀU RĂNG

Nhiễm màu trong thời kỳ hình thành và phát triển răng: Các nhiễm màu trong quá trình phát triển bao gồm 3 loại chủ yếu

Nhiễm màu bilirubin có thể gặp trong các trường hợp: bệnh bilirubin máu cao bẩm sinh (đây là bệnh hiếm gặp, thường kèm theo tan máu. Trẻ có hiện tượng vàng da bẩm sinh, các sắc tố mật lắng đọng trong ngà và làm cho răng sữa có màu xanh hoặc hơi xanh), tan máu do yếu tố Rh...

Nhiễm màu porphyrin: là bệnh di truyền NST do rối loạn chuyển hóa porphyrin bẩm sinh (bệnh porphyria). Răng có màu nâu đỏ, phát huỳnh quang đỏ dưới ánh sáng cực tím do sự xâm nhập các sắc tố đỏ porphyrin lưu truyền trong máu vào men và ngà (chất này còn được thải qua nước tiểu và lắng đọng ở các tổ chức cứng trong cơ thể như xương).

Nhiễm tetracyclin: Nếu phụ nữ mang thai hoặc trẻ em uống tetracyclin trong thời kỳ đang hình thành xương và răng, tetracyclin sẽ tạo các phức hợp với canxi tạo thành các tinh thể màu tetracyclin lắng đọng trong các tổ chức cứng như xương, răng không thể loại ra được, các tinh thể này thường lắng đọng ở ngà răng nhiều hơn men răng. Các phân tử tetracyclin có thể cố định trong xương và giải phóng dần dần ra ngà theo đường máu, do vậy mà sau khi điều trị tẩy trắng thành công vẫn có khả năng tái phát. Tổn thương là các đường vằn vàng, tương ứng với các đường phát triển trong mô ngà tạo nên các dải huỳnh quang màu vàng dưới ánh sáng cực tím. Răng khi mọc thường có màu vàng, trở nên tối màu và nâu hơn khi tiếp xúc với ánh sáng. Nếu dùng thuốc trong một thời gian dài, toàn bộ thân răng có thể bị đổi màu. Màu của răng có thể vàng, nâu, xám sậm hoặc xanh lơ, đỏ tía tùy theo liều lượng thuốc, thời gian sử dụng, giai đoạn hình thành mầm răng. Theo mức độ nặng nhẹ có thể chia ra 4 mức độ: nhẹ, trung bình, nặng và rất nặng. Mức độ nặng, răng có màu xám tối hoặc màu đỏ tía, màu xanh

Nhiễm màu sau khi mọc răng, nguyên nhân thường do:

a. Chấn thương gây chảy máu tủy, sắc tố ngấm vào ngà: nếu chảy máu tại chỗ, máu thấm vào trong ống ngà rồi chuyển hóa thành hémoglobin, giải phóng ra các Fe++. Khi ôxy hóa các ion này có thể tạo các sắt oxid. Trong một số trường hợp, sắt oxid kết hợp với các sulfur tạo thành sulfur sắt có màu xám sẫm. Hơn nữa khi có chấn thương, làm đứt các mạch máu, tủy có phản ứng tạo ngà thứ phát làm tắc buồng tủy, răng có màu bão hòa hơn, đục hơn, xám da cam, thậm chí nâu sẫm. Răng không đáp ứng với các thử nghiệm tủy, nhưng trên Xquang không có hình ảnh tổn thương vùng quanh cuống thì phải coi như tủy còn sống. Có thể điều trị tẩy trắng răng bằng các phương pháp hóa học nhưng kéo dài, khó khăn và kết quả không ổn định. Nếu chảy máu nhiều, làm đứt các bó mạch thì ngay lập tức có thể thấy màu đỏ dưới bề mặt men.

b. Các nguyên nhân khác: nhiễm Fluor trong thời kì phát triển răng, mòn răng, điều trị tủy. Các yếu tố ngoại sinh bao gồm: thức ăn, nước mắm, nước uống có màu (chè, cà phê...), thuốc lá, các loại vi khuẩn sinh màu (Bacillus pyocneus, Aspergillus, Actinomycetes...), vật liệu trám...

III. ĐIỀU TRỊ

Chỉ định:
Đối với các răng nhiễm màu do tetracycline hoặc nhiễm màu trong thời kì hình thành và phát triển răng, rất khó điều trị dứt điểm bằng phương pháp hóa học thông thường, cần được kết hợp nhiều phương pháp (tẩy trắng hóa học+ phục hình) để có kết quả tốt nhất
Các trường hợp còn lại có thể áp dụng hiệu quả phương pháp tẩy hóa học với cơ chế các chất hóa học giải phóng các chất oxy hóa tạo ra phản ứng oxy hóa khử làm tan các chất màu.
Chống chỉ định:
Bệnh nhân dị ứng với thành phần của thuốc, bệnh nhân nhạy cảm ngà, bệnh nhân mang thai, bệnh nhân có bệnh lý nha chu, viêm nướu.
Thuốc, vật tư cần thiết tẩy trắng tại ghế:
a. Đèn tẩy trăng răng: Lumacool, Plasma
b. Thuốc tẩy trắng tại ghế: Hydrogen peroxide (30-40%), Opalescent (35%)
c. Thuốc tẩy trắng tại nhà
d. Khay lấy dấu
Các bước tiến hành:
a. Cạo vôi đánh bóng răng trước tẩy
b. Lấy dấu, ép máng tẩy tại nhà
c. So màu răng
d. Cô lập răng, cách ly nướu(chú ý bôi vasaline dưỡng ẩm môi, cách ly nướu đúng qui cách để tráng bỏng nướu)
e. Dùng thuốc tẩy trắng tại ghế bôi lên bề mặt răng, độ dày thuốc trên từng răng từ 1-2mm
f. Chiếu đèn (mỗi chu kì kéo dài 15 phút, sau mỗi chu kì thay thuốc mới), chiếu đèn 2-3 chu kì.
g. Làm sạch thuốc tẩy+ tháo cách ly nướu
h. So màu răng sau tẩy
i. Bôi thuốc chhongs ê buốt vào máng tẩy tại nhà cho bệnh nhân đeo, hướng dẫn bệnh nhân sử dụng máng tẩy tại nhà.
j. Hướng dẫn vệ sinh và chế độ ăn uống sau tẩy trắng.

IV. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Tiên lượng:
- Đối vơi răng nhiễm màu do ngoại sinh, màu răng sẽ cải thiện, tùy theo cơ địa của bệnh nhân
- Đối với răng nhiễm màu nội sinh cần được điều trị kết hợp thêm các phương pháp khác(phục hình, tẩy trắng nội tủy)

Biến chứng:
- Ê buốt sau tẩy trắng.
- Bỏng nướu hoặc niêm mạc miệng khi cách ly nướu chưa hiệu quả.

V. PHÒNG BỆNH

- Chú ý chế đọ ăn uống, tránh các thức anh có màu, tránh hút thuốc lá Vệ sinh răng miệng thường xuyên
- Khám nha sĩ định kì

PHỤC HÌNH CỐ ĐỊNH MẶT DÁN SỨ

I. CHẨN ĐOÁN:

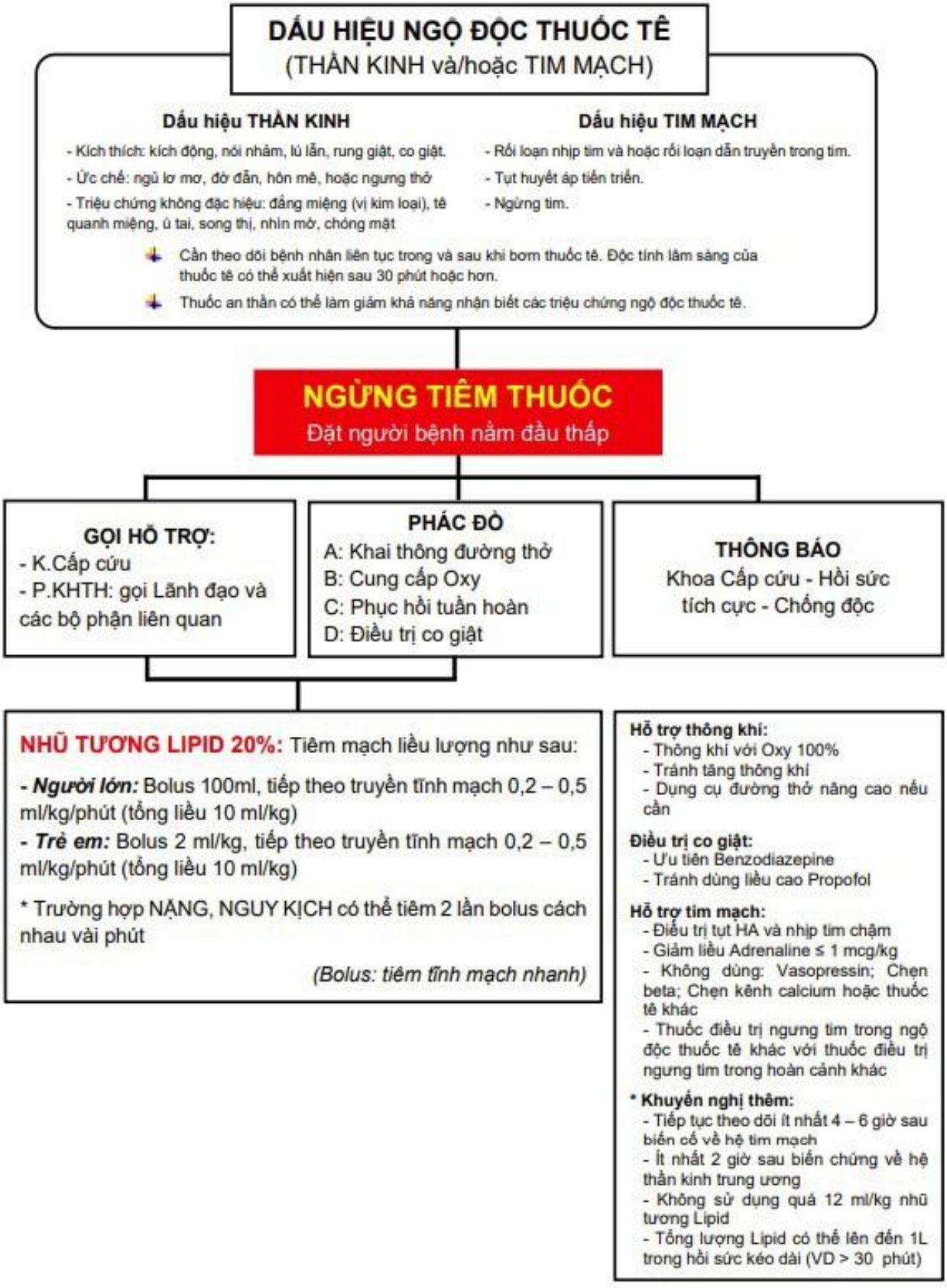
- Chẩn đoán sơ bộ: Màu răng, hình dạng răng xấu, mất thẩm mỹ
- Chẩn đoán xác định: Màu răng, hình dạng răng xấu, mất thẩm mỹ, phim tia x.

II. ĐIỀU TRỊ:

- Chỉ định:
    - Thân răng bị gãy một phần, bể góc múi
    - Răng thiểu sản men, răng hình chêm, răng có màu xấu
    - Đóng khép khe hở răng cửa, tái tạo lại đường giữa răng cửa bị lệch, tạo lại hình dáng răng, thay đổi vị trí nhẹ các răng
    - Thay thế mất mô thân răng trong mòn cổ răng, mòn mặt ngoài, mòn nhai.
- Chống chỉ định:
    - Răng chết tủy
    - Khớp cắn lệch lạc trầm trọng.
- Phác đồ điều trị:

Phương pháp điều trị	**Thuốc, nguyên vật liệu – hóa chất**
1. Lấy dấu làm răng tạm	1. Alginate
2. Mài cùi, lấy dấu PHCĐ, chọn màu răng	2. Chỉ co nướu; mũi khoan kim cương thô, mịn; cao su lấy dấu trung bình, nhẹ; ly, găng, ống hút, giấy cắn, bảng so màu.
3. Gắn răng tạm	3. Ciment gắn tạm không eugenol
4. Thử răng	4. Giấy cắn, mũi kim cương mịn, chất gắn mặt dán tạm.
5. Lắp răng	5. Chỉ co nướu, chỉ tơ nha khoa, giấy nhám kẻ bên, mũi kim cương mịn, mũi khoan đánh bóng sứ, giấy cắn, ly, găng, ống hút, ciment gắn.

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ CẤP CỨU NGỘ ĐỘC THUỐC TÊ



CHẤN THƯƠNG VÙNG HÀM MẶT

1. CHẤN THƯƠNG PHẦN MỀM:

1.1. Chẩn đoán:

- Dựa trên các hình thái của vết thương:
• Vết thương đụng đập (có hoặc không có tụ máu).
• Vết thương xây sát.
• Vết thương xuyên.
• Vết thương thiếu hổng.

1.2. Phác đồ điều trị:

- Tùy mức độ vết thương cho nhập viện hay ngoại trú:
• Làm sạch vết thương. Cắt lọc vết thương.
• Cầm máu.
• Tách bóc.
• Khâu đóng vết thương (dẫn lưu nếu cần).
• Băng ép.
• Chích SAT.
• Nội khoa: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.
• Kháng sinh:
o Amoxicillin:
+ Liều thường dùng cho người lớn: 500mg/ mỗi 8 giờ 1 lần (uống).
+ Trẻ em trên 12 tuổi: Dùng liều người lớn: 500mg/mỗi 8 giờ 1 lần (uống).
+ Trẻ em đến 10 tuổi: 125-250mg / mỗi 8 giờ 1 lần (uống).
+ Trẻ dưới 20kg thường dùng liều 20 – 40mg/ kg thể trọng/ ngày, chia làm 3 lần (uống).
o Cephalexin:
+ Liều thường dùng cho người lớn: 500mg / mỗi 6 giờ 1 lần uống).
+ Trẻ em: Liều thường dùng 25 – 60mg/ kg thể trọng/ 24 giờ, chia thành 2 – 3 lần uống.
o Cefaclor 125mg (bột pha dung dịch):
+ Liều thường dùng cho người lớn: 250mg/ mỗi 8 giờ. Nhiễm khuẩn nặng dùng 500mg/ mỗi 8 giờ. Tối đa 4g/ ngày
+ Trẻ em: Dùng 20 - 40 mg/kg thể trọng/24 giờ, chia làm 3 lần uống. Tối đa: 1 g/ ngày
o Clindamycin:
+ Liều thường dùng cho người lớn: 150 – 300mg, uống mỗi 6 giờ 1 lần. (Nên dùng liều 300mg, uống mỗi 6 giờ 1 lần).
+ Nhiễm khuẩn nặng: 450mg, uống mỗi 6 giờ 1 lần.
+ Đối với trẻ em:
 3 – 6 mg/kg thể trọng, uống mỗi 6 giờ 1 lần.
 Trẻ em dưới 1 tuổi hoặc cân nặng dưới 10 kg: 3,75 mg, uống mỗi 8 giờ 1 lần.
o Erythromycine:
+ Liều thường dùng cho người lớn: 1 – 2g/ngày chia làm 2 – 4 lần uống. Khi nhiễm khuẩn nặng có thể tăng đến 4g/ngày, chia làm nhiều lần uống.
+ Liều thường dùng cho trẻ em: 30 – 50mg/ kg thể trọng/ngày chia làm 2 – 4 lần uống. Trong trường hợp nhiễm khuẩn nặng, liều có thể tăng lên gấp đôi.
+ Trẻ em từ 2 – 8 tuổi: Dùng liều 1g/ngày chia làm 2 – 4 lần uống.
+ Trẻ em dưới 2 tuổi: Dùng liều 500mg/ngày, chai làm 2 – 4 lần uống.
o Cefotaxim (1g):

+ Liều thường dùng cho người lớn: 1 – 2g/ngày chia làm 2 lần tiêm bắp, tiêm mạch.
+ Liều thường dùng cho trẻ em: 100 – 150 mg/kg/ngày chia làm 2 – 4 lần tiêm bắp, tiêm mạch.
+ Với trẻ sơ sinh: Liều dùng 50mg/kg/ngày chia làm 2 – 4 lần tiêm bắp, tiêm mạch.

• Kháng viêm, giảm đau:

o Paracetamol:

+ Liều thường dùng cho người lớn: 500mg mỗi 4 – 6 giờ 1 lần uống.
+ Liều thường dùng cho trẻ em 10 – 15mg/kg thể trọng mỗi 4 – 6 giờ uống.

o Diclofenac 75mg:

+ Liều thường dùng cho người lớn: 1 - 2 ống/ 24 giờ tiêm bắp. (nên dùng liều 1 ống × 2 lần/ngày, tổng liều tối đa 150mg/ngày).
+ Tenoxicam: Liều thường dùng cho người lớn: 20mg/ 24 giờ tiêm bắp, tiêm mạch.

o Methylprednisolone 40mg/ lọ: Liều thường dùng cho người lớn: 1 lọ / 24 giờ - tiêm mạch/tiêm bắp.

o Dexamethasone 0,5mg (viên nén):

• Liều thường dùng ở người lớn: Uống 0,75 - 9 mg/ngày, tùy theo bệnh và thường chia làm 2 - 4 liều.
• Trẻ em: Uống 0,024 - 0,34 mg/kg/ngày, hoặc 0,66 - 10 mg/m2/ngày chia làm 4 liều.

• Nâng cao thể trạng – bù điện giải – nước:

o Pecaldex 10ml: Người lớn: 1 ống (10ml)/ lần x 3 lần/ ngày. Trẻ em: 1 ống (5ml)/ lần x 2 lần/ ngày.

o Lactate Ringet 500ml/ chai: 1 –2 chai/ 24 giờ TTM/XXX giọt/1'.

o Glucose 5 % 500ml/ chai: 1 –2 chai/ 24 giờ–TTM/XXX giọt/ 1'.

o Vitamin C 1000mg sủi/ viên: 1 viên / 24 giờ - uống.

o Hoặc Vitamin C 500mg/ ống: 1 – 2 ống / 24 giờ - TM.

1.3. Theo dõi, chế độ chăm sóc và tái khám:

- Giữ vết thương khô và sạch.
- Thay băng, rửa vết thương mỗi ngày và tái khám sau 1 tuần.

1.4. Biến chứng và cách xử lý:

- Nhiễm trùng: thường xuyên xảy ra, điều trị bằng kháng sinh và rạch dẫn lưu nếu có tụ mủ.
- Tụ máu: Dẫn lưu máu tụ.

VIÊM NHIỄM VÙNG HÀM MẶT

1. CHẨN ĐOÁN: Mô tả

1.1. Chẩn đoán sơ bộ:

1.1.1. Dấu hiệu lâm sàng:

- Vẻ mặt nhiễm trùng: mệt mỏi, hốc hác.
- Sưng nóng đỏ đau vùng mặt.
- Sốt cao, sưng đỏ đau lan tỏa vùng mặt.
- Lưỡi dơ, hôi.
- Há miệng hạn chế, nuốt đau, đôi khi khó thở.

1.1.2. Cận lâm sàng:

- Bạch cầu tăng cao.
- X quang: hình ảnh thấu quang quanh chóp răng (nếu nguyên nhân do răng). Panorex, CT cone beam. ECG, X-Quang phổi.
- Xét nghiệm máu: Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, TS, TQ, TCK, định nhóm máu ABO, Rh (D), định lượng Glucose, Ure, đo độ hoạt AST, ALT, tổng phân tích nước tiểu (tùy theo cơ địa bệnh nhân mà có chỉ định cần thiết).

1.2. Chẩn đoán xác định:

- Viêm nhiễm vùng hàm mặt do răng, do chấn thương.

2. ĐIỀU TRỊ:

2.1. Chỉ định: viêm nhiễm vùng hàm mặt.

2.2. Phác đồ điều trị:

- Loại bỏ nguyên nhân.
- Rạch tháo mủ + dẫn lưu -> kháng sinh đồ (nếu có dấu hiệu tụ mủ).

2.3. Thuốc: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

- Kháng sinh:

• Viêm nhiễm nhẹ:

o Amoxicyline 500mg + clavulanate 125mg (viên nén):

+ Liều thường dùng cho người lớn và trẻ em lớn hơn 40kg: 1 viên x 3 lần/ngày uống.

+ Trẻ em dưới 40kg: Liều dùng thông thường 20 mg/ kg/ ngày, chia làm 3 lần uống.

+ (Trẻ trên 12 tuần tuổi: Liều dùng cho nhiễm khuẩn nhẹ: 25 mg/kg amoxicilin/ngày, chia 2 lần cách nhau 12 giờ hoặc 20 mg/kg amoxicilin/ngày, chia 3 lần cách nhau mỗi 8 giờ. Liều cho các nhiễm khuẩn nặng 45mg/kg amoxicilin/ngày, chia 2 lần cách nhau 12 giờ hoặc 40 mg/kg amoxicilin/ngày, chia 3 lần cách nhau mỗi 8 giờ.)

o Hoặc Clindamycin 150mg (viên nang):

+ Liều thường dùng cho người lớn: 150 – 300mg, uống mỗi 6 giờ 1 lần.

+ Nhiễm khuẩn nặng: 450mg, uống mỗi 6 giờ 1 lần.

+ Uống 8-20 mg/kg/ngày dạng hydroclorid và dạng 8-25 mg/kg/ngày dạng Palmitat, chia 3-4 lần (liều tối thiểu của dạng palmitat là 37,5 mg × 3 lần/ngày).

• Viêm nhiễm lan tỏa – nặng:

o Gentamycin 80mg/2ml (dung dịch tiêm bắp):

+ Liều thường dùng cho người lớn 3 mg/kg/ngày, chia làm 2 - 3 lần tiêm bắp.

+ Trẻ em: 3 mg/kg/ngày, chia làm 3 lần tiêm bắp (1 mg/kg cứ 8 giờ 1 lần).

o Cefotaxim 1g/1lọ:

+ Trong trường hợp nhiễm trùng nặng, liều thường dùng cho người lớn từ 2 – 6 g chia làm 2 hoặc 3 lần, IV.

+ Trẻ em: Liều thường dùng 100 – 150 mg/kg/ngày, chia làm 2 đến 4 lần, IV (tiêm mạch). Trong trường hợp nhiễm trùng nặng, có thể tăng liều lên đến 200mg/kg/ngày.

o Clindamycin 600mg/ lọ - pha thêm 100ml Nacl 9‰ 01 lọ - 02 lọ / 24 giờ – TTM XX giọt / 1’ hoặc phối hợp thêm 01 loại kháng sinh gram (-)
o Metronidazol 250mg/ viên: 2 viên/lần × 3 lần/ngày
o Hoặc Metronidazol 500mg/ 100 ml/ chai: 1 - 2 chai/ 24 giờ/ TTM / 20 phút. (tiêm truyền tĩnh mạch 15 mg/kg sau đó 7,5 mg/kg/lần, 6 giờ truyền một liều)
o Imipenem 500 mg + cilastatin 500 mg (tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch):
+ Tiêm truyền tĩnh mạch:
 Nhiễm khuẩn từ nhẹ đến vừa: 250 - 500 mg, cứ 6 - 8 giờ một lần (1 - 4 g mỗi ngày).
 Nhiễm khuẩn nặng với những vi khuẩn chỉ nhạy cảm mức độ vừa: 1 g cứ 6 - 8 giờ một lần.
 Liều tối đa hàng ngày 4 g hoặc 50 mg/kg thể trọng. Tiêm truyền liều 250 - 500 mg trong 20 - 30 phút
+ Tiêm bắp:
 Chỉ áp dụng với nhiễm khuẩn từ nhẹ đến vừa: 500 - 750 mg, cứ 12 giờ một lần. Tối đa 1,5g 1 ngày
o Kháng viêm:
+ Methyprednisolone 40 mg/ lọ:
 Người lớn: 1 lọ -2 lọ/ngày–TM/TB.
 Trẻ em: 1-2mg/kg/ngày/TM/TB.]
o Thuốc giảm đau:
+ Acetaminophen 500mg/ viên :
 Người lớn: 1 viên x 3 viên (uống).
 Trẻ em: 10 - 15mg/ kg/ 4 – 6h, uống.
+ Hoặc Acetaminophen + codein 530mg/ viên:
 Người lớn: 1 viên x 3 lần (uống).
+ Hoặc Diclofenac 75mg/ ống:
 Người lớn và trẻ em trên 14 tuổi: 1 – 2 ống/24h/tiêm bắp.
o Nâng cao thể trạng – bù điện giải – nước:
+ Pecaldex 10ml: Người lớn: 1 ống (10ml)/ lần x 3 lần/ ngày. Trẻ em: 1 ống (5ml)/ lần x 2 lần/ ngày.
+ Lactate Ringet 500ml/ chai: 1 –2 chai/ 24 giờ TTM/XXX giọt/1’.
+ Glucose 5 % 500ml/ chai: 1 –2 chai/ 24 giờ TTM/XXX giọt/ 1’.
+ Vitamin C 1000mg sủi/ viên: 1 viên / 24 giờ - uống.
+ Hoặc Vitamin C 500mg/ ống: 1 – 2 ống / 24 giờ - TM.

2.4. Thời gian điều trị:
- Thời gian điều trị 5-7 ngày.
- Theo dõi – chế độ chăm sóc – tái khám:
• Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
• Tình trạng nhiễm trùng.
• Kết hợp – kháng sinh đồ -> điều trị thuốc kháng sinh hợp lý.
• Làm lại xét nghiệm máu sau 05 ngày điều trị (trường hợp nặng).

2.5. Biến chứng – xử lý:
- Nhiễm trùng lan tỏa - > nhiễm trùng máu -> cấy máu.
- Hội chẩn khoa – hội chẩn bệnh viện hoặc liên bệnh viện.

VẬT LIỆU TIÊU HAO TRONG ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM NHIỄM VÙNG HÀM MẶT

1. Viêm tấy không do răng
   - Thuốc tê :
   - Beradine : sát trùng
   - Dao 11 : 1 lưỡi
   - Ống cao su dẫn lưu : 1 ống
   - Ống tiêm 10 ^{cc} bơm rửa 3 – 5 ống
   - Gòn gạc
   - Băng keo
   - Lọ cấy mủ : 1 lọ
   - Chỉ 3.0 : 1 tép
   - Nước cất oxy già : bơm rửa
2. Viêm tấy do răng
   - Thuốc tê : 2 ->5 ống
   - Dao 11 : 1 lưỡi
   - Chỉ 3. 0 : 1 tép
   - Lọ cấy mủ
   - Ống cao su dẫn lưu : 1 ống
   - Ống tiêm 10 ^{cc} bơm rửa : 3 ->5 ống
   - Gòn + gạc
   - Băng keo
   - Nước cất + oxy già bơm rửa
   - Betadine sát trùng : 1 lọ

U NANG VÙNG HÀM MẶT

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1. U nang lành tính trong mô mềm:

1.1.1. Dấu hiệu lâm sàng:

- Khối sưng lùng nhùng hay giới hạn rõ.
- Phát triển chậm.
- Sờ mềm, chắc, di động.
- Không đau (trừ khi bị nhiễm trùng thứ phát).
- Có hay không có hạch ngoại biên.

1.2. U nang lành tính trong xương hàm:

1.2.1. Dấu hiệu lâm sàng:

- Giai đoạn tiềm ẩn:
  - Không có triệu chứng.
  - Phát hiện tình cờ.
  - Trường hợp nhiễm trùng gây đau nhức.
- Giai đoạn biến dạng xương:
  - Phồng bề mặt xương.
  - Bệnh nhân có cảm giác nằng nặng.
  - Chèn ép thần kinh gây dị cảm hay mất cảm giác.
- Giai đoạn phá vỡ bề mặt xương:
  - Nằm dưới niêm mạc.
  - Sờ thấy khối lùng nhùng không đau, pingpong (±).
  - Bờ xương xung quanh mỏng, bén nhọn.
- Giai đoạn tạo đường dò và gây biến chứng:
  - Niêm mạc phủ trên mỏng dần và thủng gây lỗ dò trong hay ngoài miệng.

2. CẬN LÂM SÀNG:

- Siêu âm.
- Ponction.
- X- quang: quanh chóp, Panorex, Occlusal, CT Scan, CT conebeam, ECG, X- quang phổi.
- Giải phẫu bệnh.
- Xét nghiệm máu: Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, TS, TQ, TCK, định nhóm máu ABO, Rh (D), định lượng Glucose, Ure, đo độ hoạt AST, ALT, tổng phân tích nước tiểu (tùy theo cơ địa bệnh nhân mà có chỉ định cần thiết).

3. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:

- Giải phẫu bệnh.

4. ĐIỀU TRỊ:

4.1. Chỉ định: Lấy u - nang, giải phẫu bệnh lý.

4.2. Phác đồ điều trị:

- Phẫu thuật lấy u - nang.
- Giải phẫu bệnh lý.
- Nội khoa: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.
- Kháng sinh:
  - Amoxicillin 500mg (viên nén, viên sủi bọt):
    - Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên × 3 viên/ ngày (uống).
  - Amoxicyline 500mg + clavulanate 125mg (viên nén):

• Liều thường dùng cho người lớn và trẻ em lớn hơn 40kg: 1 viên x 3 lần/ngày uống cách 8 giờ.
• Trẻ em dưới 40kg: Liều dùng thông thường 20 mg/ kg/ ngày, chia làm 3 lần uống cách 8 giờ
• (Trẻ trên 12 tuần tuổi: Liều dùng cho nhiễm khuẩn nhẹ: 25 mg/kg amoxicilin/ngày, chia 2 lần cách nhau 12 giờ hoặc 20 mg/kg amoxicilin/ngày, chia 3 lần cách nhau mỗi 8 giờ. Liều cho các nhiễm khuẩn nặng 45mg/kg amoxicilin/ngày, chia 2 lần cách nhau 12 giờ hoặc 40 mg/kg amoxicilin/ngày, chia 3 lần cách nhau mỗi 8 giờ.)
• Amoxicyline 1000mg + clavulanate 200mg (bột pha tiêm):
• Người lớn và trẻ em trên 12 tuổi: Tiêm tĩnh mạch trực tiếp rất chậm hoặc tiêm truyền nhanh 1 g/lần, cứ 8 giờ tiêm 1 lần. Trường hợp nhiễm khuẩn nặng hơn, có thể hoặc tăng liều tiêm (cứ 6 giờ tiêm 1 lần) hoặc tăng liều lên tới 6 g/ngày. Không bao giờ vượt quá 200 mg acid clavulanic cho mỗi lần tiêm.
• Hoặc Cephalexin 500mg:
o Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên × 3 lần/ngày (uông).
• Hoặc Clindamycin 150mg:
o Liều thường dùng cho người lớn: 2 viên x 3 lần/ngày (uống).
• Hoặc Erythromycine 500mg:
o Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên x 3 lần/ngày (uống).
• Hoặc Cefotaxim 1g:
o Liều thường dùng cho người lớn: 1 lọ x 2 lân/ngày/tiêm bắp, tiêm mạch.
o Liều dùng cho trẻ em: trẻ em 50mg/kg thể trọng/24 giờ/ chia làm 2-4 lần, tiêm bắp, tiêm mạch.
- Kháng viêm:
• Methyprednisolone 40mg/lọ: Liều thường dùng cho người lớn: 1 -2 lọ /24 giờ–tiêm mạch/tiêm bắp.
• Dexamethasone 0,5mg (viên nén):
o Liều thường dùng ở người lớn: Uống 0,75 - 9 mg/ngày, tùy theo bệnh và thường chia làm 2 - 4 liều.
o Trẻ em: Uống 0,024 - 0,34 mg/kg/ngày, hoặc 0,66 - 10 mg/m2/ngày chia làm 4 liều.
- Thuốc giảm đau:
• Paracetamol 500mg: Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên x 3 lần/ ngày (uống).
• Paracetamol codein 530mg/viên: Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên × 3 lần (uống).
• Diclofenac 75mg/ ống: Liều thường dùng cho người lớn: 1 – 2 ống/ 24 giờ – tiêm bắp.
• Tenoxicam 20mg/lọ: Liều thường dùng cho người lớn: 1 lọ /24 giờ tiêm bắp, tiêm mạch.
- Nâng cao thể trạng – bù điện giải – nước:
• Pecaldex 10ml: Người lớn: 1 ống (10ml)/ lần x 3 lần/ ngày. Trẻ em: 1 ống (5ml)/ lần x 2 lần/ ngày.
• Lactate Ringet 500ml/ chai: 1 –2 chai/ 24 giờ TTM/XXX giọt/1’.
• Glucose 5 % 500ml/ chai: 1 –2 chai/ 24 giờ–TTM/XXX giọt/ 1’.
• Vitamin C 1000mg sủi/ viên: 1 viên / 24 giờ - uống.
• Hoặc Vitamin C 500mg/ ống: 1 – 2 ống / 24 giờ - TM.

5. THEO DÕI, CHẾ ĐỘ CHĂM SÓC VÀ TÁI KHÁM:

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Giữ vết thương khô và sạch.

- Rửa vết thương, thay băng hàng ngày.
- Tái khám sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng.
- Biến chứng và cách xử lý:

• Nhiễm trùng: thường hiếm xảy ra, điều trị bằng kháng sinh và rạch dẫn lưu nếu có tụ mủ.
• Tụ máu: Dẫn lưu máu tụ.
• Tổn thương thần kinh làm yếu liệt hoặc dị cảm môi, lưỡi: thường là tạm thời và mất đi sau 6 tháng.

VẬT LIỆU TIÊU HAO TRONG ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG TRONG ĐIỀU TRỊ U NANG VÙNG HÀM MẶT

STT	TÊN VẬT LIỆU	ĐƠN VỊ TÍNH	SỐ LƯỢNG
01	Kim nha	Cây	1 -> 2
02	Dao mổ số 15	Lưỡi	1 -> 2
03	Chỉ kẽm cố định hàm	Cuộn	2 -> 4
04	Mũi khoan trụ	Mũi	1
05	Mũi khoan hình quả táo	Mũi	1
06	Sugicel	Miếng	1
07	Sphongel	Miếng	1
08	Chỉ khâu	Sợi	>1
09	Lưỡi cưa cắt đoạn xương	Lưỡi	1
10	Nẹp tái tạo	Lỗ	>3

RỐI LOẠN THÁI DƯƠNG HÀM

Một vài thuật ngữ khác cũng được sử dụng để chỉ rối loạn thái dương hàm:

- Rối loạn hàm sọ.
- Hội chứng đau - loạn năng khớp thái dương hàm.
- Hội chứng đau - loạn năng cân cơ.
- Hội chứng đau - loạn năng hệ thống nhai (Hội chứng SADAM).

1. Định nghĩa rối loạn thái dương hàm:

Rối loạn thái dương hàm là một thuật ngữ chung để chỉ những rối loạn liên quan đến các cơ nhai, đến khớp thái dương hàm hoặc cả hai.

2. Triệu chứng của rối loạn thái dương hàm:

Triệu chứng chủ yếu là đau và loạn năng.

2.1. Đau

Đau có thể xuất hiện ở thái dương hàm, ở các cơ nhai và cũng có thể ở những nơi khác xa hơn vùng hàm mặt như ở cổ, vai…

- Đau ở khớp thái dương hàm:

• Đau khớp thái dương hàm thường được cảm nhận là đau ở vùng trước tai (ngay vị trí của khớp). Thường đau ở một bên, có thể đau cả hai bên.

• Đau có liên quan trực tiếp đến vận động của khớp, tức vận động của hàm dưới. Khi hàm dưới vận động, đau tăng lên. Khi hàm dưới được nghỉ ngơi, cơn đau nhanh chóng giảm hoặc biến mất.

• Khi có sự phá hủy bề mặt các diện khớp (như trong viêm xương khớp thoái hóa) làm biến đổi cấu trúc bình thường của khớp thái dương hàm, đau có nguồn gốc thực sự từ mô xương bên dưới, có thể đau liên tục, đau ngay cả khi không vận động hàm, và tăng lên khi có vận động hàm.

- Đau ở cơ

Triệu chứng biểu hiện ở cơ có nhiều mức độ, thay đổi từ cảm giác khó chịu, căng cơ, mỏi cơ cho đến cảm giác đau thật sự. Đôi khi trong một thời gian dài chỉ có biểu hiện của sự căng hay mỏi cơ mà không có đau.

• Vị trí đau thuộc vào vị trí của cơ

• Đau thường ở một bên, ít khi đau cả hai bên.

• Có thể đau ở một hoặc nhiều cơ.

• Đau có thể tự phát hoặc liên quan đến hoạt động chức năng (như khi ăn nhai), hoặc chỉ đau khi há lớn.

• Đôi khi đau nhiều vào buổi sáng khi thức dậy, kèm theo há miệng hạn chế, đặc biệt xuất hiện ở những người có nghiến răng về đêm.

• Đôi khi bệnh nhân có cảm giác mỏi và đau ở vùng vai gáy (thường một bên) do co thắt cơ thang. Đau khu trú ở vùng cổ sau, vùng cổ bên và ở sau vai. Đau cũng có thể lan đến mặt sau hoặc mặt trước cánh tay.

2.2. Loạn năng:

Loạn năng là sự rối loạn vận động chức năng của khớp thái dương hàm hay của các cơ hàm được thể hiện qua các dấu hiệu: tiếng kêu ở khớp, giới hạn vận động hàm dưới, lệch hàm khi há miệng. Có thể có sai khớp cắn cấp tính do hậu quả của rối loạn cơ. Có một số bệnh nhân có biểu hiện loạn năng nhưng không đau. Loạn năng liên quan trực tiếp đến vận động hàm dưới.

- Tiếng kêu ở khớp thái dương hàm

Có nhiều loại tiếng kêu khác nhau được ghi nhận tại khớp:

• Tiếng lụp cụp: chỉ gồm một tiếng kêu ngắn gọn. Cường độ có thể thay đổi từ mức độ kêu nhỏ (chỉ cảm nhận được bằng tay hơn là nghe thấy) cho đến tiếng kêu "pop" hay "cắc" rất lớn có thể nghe thấy được từ xa.

• Tiếng lạo xạo: gồm nhiều tiếng kêu nhỏ, kéo dài trong suốt vận động, thường được mô tả như tiếng bước chân đi trên sỏi.

- Giới hạn vận động hàm

Bệnh nhân cảm thấy khó khăn trong khi thực hiện các vận động bình thường của hàm dưới như há, đưa hàm sang bên (trong khi nhai) hoặc đưa hàm ra trước (để cắn xé thức ăn). Biên độ vận động của hàm dưới bị giới hạn.

- Lệch hàm khi há miệng

Có hai kiểu lệch hàm:

• Há miệng zig zag: có sự lệch hàm dưới sang một bên khi há, nhưng khi tiếp tục há cho đến khi há tối đa, há dưới trở về lại đường giữa.

• Há miệng lệch hẳn về một bên: hàm dưới lệch hẳn về một bên khi há và càng há càng lệch.

2.3. Các biểu hiện khác: ở tai như đau trong tai, ù tai, giảm thính lực, rối loạn thăng bằng; ở tuyến nước bọt như tuyến nước bọt dưới hàm có thể sưng một bên; ở mũi - hầu như cảm giác nóng bỏng, châm chích…; biểu hiện ở mắt như chảy nước mắt, đau sau hốc mắt… Các biểu hiện này thường thấy ở những bệnh nhân có vấn đề về tâm lý nhiều hơn (như lo âu, xúc cảm, thần kinh không ổn định, rối loạn thần kinh thực vật…).

3. Nguyên nhân của rối loạn thái dương hàm:

RLTDH là bệnh lý đa nguyên nhân. Hầu hết các trường hợp RLTDH đều rất khó xác định chính xác nguyên nhân, các yếu tố nguy cơ có thể là:

• Tuổi: Hầu hết các nghiên cứu đều chỉ ra rằng tuổi hay gặp RLTDH là 15-30 tuổi

• Yếu tố gen: Gen Catechol O- methyltransferase (COMT gene) có thể liên quan có thể liên quan đến quá trình và đáp ứng đau ở người bệnh RLTDH

• Giới: Các nghiên cứu trên thế giới đều chỉ ra rằng tần số xuất hiện, mức độ trầm trọng, việc tìm kiếm phương pháp điều trị của nữ cao hơn so với nam giới

• Khớp cắn: Các rối loạn khớp cắn như sai khớp cắn theo Angle, cắn chéo, cắn hở, cản trở khớp cắn, chen chúc, lệch đường giữa ,thiếu răng …được các định là yếu tố khởi phát của RLTDH

• Rối loạn thái dương hàm do sai sót trong điều trị: sau điều trị gãy xương , rối loạn sau chỉnh nha

• Hội chứng lỏng khớp (hyperlaxity): Những bệnh nhân bị hội chứng lỏng khớp cục bộ và toàn thân thì tỷ lệ RLTDH cao hơn so với người bình thường

• Thói quen cận chức năng như nghiến răng

• Stress, căng thẳng và các yếu tố tâm lý khác

4. Tiêu chuẩn nhận bệnh: McNeil 1997

• Đau ở hệ thống cơ nhai, khớp thái dương hàm và/hoặc vùng quanh tai, thường tăng thêm khi sờ nắn hoặc hoạt động chức năng.

• Lệch hàm khi há miệng có hoặc không kèm theo tiếng kêu khớp.

• Hạn chế há miệng (≤ 4mm).

5. Cận lâm sàng: chụp Panorex, xq khớp há, ngậm, chụp phim MRI hoặc CT Scan, chụp ổ khớp có bơm thuốc cản quang (Arthrography)…

6. Phân loại chuẩn đoán:

Tiêu chuẩn chẩn đoán LNTDH theo RDC/TMD năm 1992

Nhóm Tiêu chuẩn

1. Rối loạn cơ

1a.Đau cơ mặt: Đau cơ

- Than phiền về đau ở cơ nhai
- Đau khi sờ nắn ở ít nhất 3 vị trí, trong đó ít nhất có một điểm cùng bên với bên than phiền bị đau

1b.Đau cơ mặt với há miệng hạn chế: Đau cơ + hạn chế vận động hàm dưới

- Đau cơ mặt
- Há miệng không trợ giúp và không đau < 40mm và sự căng cơ thụ động ≥ 50mm

2. Sai vị trí đĩa khớp

2a. Sai vị trí đĩa khớp hồi phục:tiếng clicking có thể lặp lại

- Không đau ở khớp
- Tiếng kêu khớp click có thể lặp lại khi há và đóng miệng

2b. Sai vị trí đĩa khớp không hồi phục với hạn chế há miệng: giới hạn há miệng không có tiếng click

- Tiền sử bị khóa hàm liên quan đến bữa ăn
- Không có tiếng click của TDH
- Há miệng không trợ giúp (kể cả đau) ≤ 35mm và khi duỗi cơ thụ động ≤4mm
- Di chuyển hàm sang bên đối diện <7mm hoặc lệch hàm cùng bên khi mở miệng

2c. Sai vị trí đĩa khớp không phục hồi mà không có giới hạn há miệng: tiền sử hạn chế há miệng

- Tiền sử khóa hàm mà liên quan đến bữa ăn
- Tiếng lạo xạo khớp TDH
- Há miệng không trợ giúp (kể cả đau) >35mm và duỗi cơ thụ động >4mm
- Chuyển động hàm sang bên đối diện ≥ 7mm
- Phim Arthrography hoặc MRI để chẩn đoá

3. Bệnh lý của khớp thông thường khác

3a. Đau khớp (Arthralgia)

- Đau khớp khi sờ nắn ở xung quanh hoặc bên trong ống tai ngoài

Đau khớp thái dương hàm và không có tiêng lép bép

- Đau khớp khi đứng yên hoặc khi cử động hàm dưới
- Không có tiếng lép bép, và có thể có tiếng clicking

3b.Viêm xương khớp

Đau khớp kèm tiếng lép bép

- Đau như trường hợp Arthralgia
- Tiếng lép bép ở bất kỳ chuển động nào của hàm dưới hoặc có bằng chứng thay đổi ở khớp trên phim X-quang

3c. Thoái hóa khớp

Không đau và có tiếng lép bép

- Tiếng lép bép ở bất kỳ chuyển động nào hoặc bằng chứng thay đổi khớp trên phim X-quang
- Không có dấu hiệu đau khớp.

7. Điều trị:

Điều trị rối loạn thái dương hàm gồm điều trị triệu chứng và điều trị nguyên nhân. Hiện nay, hầu hết các chuyên gia trên thế giới đều đồng ý công việc điều trị gồm hai loại: điều trị không can thiệp thực thể và thực hiện các can thiệp trên bộ răng và hệ thống nhai hoặc kết hợp cả 2.

7.1. Điều trị không can thiệp thực thể bao gồm:

- Thuốc:

 Kháng sinh: Trường hợp viêm khớp thái dương hàm nhiễm khuẩn thì dùng kháng sinh thích hợp như penicillin G liều thông thường:người lớn:1,2g (2 triệu đơn vị) / ngày chia làm 2-4 lần),trẻ em:100mg/kg/ngày chia làm 4 lần.
- Oxacillin 250 mg.

Liều lượng:
- Người lớn và thiếu niên: 2 viên / lần , ngày 2 lần
- Trẻ em cân nặng dưới 40 kg: Uống 12.5 đến 25 mg cho 1 kg thể trọng, cứ 6 giờ 1 lần.
- Trẻ em cân nặng 40 kg trở lên: Xem liều lượng dùng cho người lớn và thiếu niên

- Diclofenac: Viên nén: 25 mg; 50 mg; 100mg. Viên đạn: 25 mg; 100mg.

Liều lượng:
- Đau cấp: Diclofenac 50 mg, Uống: 1viên/lần x 3 lần/ngày, trong 5-7 ngày (hết đau ngưng thuốc).
- Đau tái phát: Liều đầu là 100 mg, sau đó 50 mg, ba lần mỗi ngày.
- Meloxicam 7.5 mg
- Người lớn: 1 viên/lần/ngày. Khi cần có thể tăng tới 2 viên/lần/ ngày.
- Mydocalm 50 mg

Liều lượng: Đường uống, liều hàng ngày là 150-450 mg, được chia thảnh 3 phần. Đường tiêm, tiêm bắp với liều 100 mg x2 lần/ ngày; 100 mg/ngày, nếu tiêm tĩnh mạch chậm
- Mephenesin 500 mg

Liều lượng: Dùng cho người lớn và trẻ em trên 15 tuổi. Mỗi lần uống 2 đến 4 viên, 3 lần mỗi ngày.
- Diazepam 5 mg Liều lượng:
- Viên nén: Người lớn: 5 – 15 mg/ngày , người già 2,5 – 7,5 mg/ ngày

- Sulpiride 50 mg.

Liều lượng: Dùng cho người lớn. Trạng thái thần kinh ức chế: 1-3 viên/ngày Hoặc các cephalosporin thế hệ 1, 2, 3 khác. Tốt nhất là nuôi cấy bệnh
phẩm tìm vi khuẩn, làm kháng sinh đồ và chọn thuốc theo kháng sinh đồ

 Kháng viêm: thuốc chống viêm không steroid như aspirin, diclofenac, meloxicam. Corticoid (hydrocortison acetat, methyl prednisolon acetat) tiêm tại chỗ khớp thái dương hàm làm giảm đau khá tốt. Lưu ý chỉ định tiêm rất thận trọng bởi bác sĩ chuyên khoa khớp, thực hiện trong điều kiện tuyệt đối vô khuẩn, tránh tiêm nhắc lại nhiều lần. Biến chứng có thể gặp khi tiêm khớp thái dương hàm là liệt mặt nếu tiêm vào dây thần kinh mặt (dây V)

 Giảm đau:

- Paracetamol 500 mg, Liều dung:

Người lớn: 1-2 viên/ lần; 2 lần / ngày

- Paracetamol + codein khi đau nhiều:

Người lớn và trẻ em trên 12 tuổi: 1 – 2 viên/lần, ngày tối đa 2 – 3 lần.

- Dãn cơ : Tolperisone chlorhydrate, almyon , Mephenesin …
- An thần : diazepam, Sulpiride …

Ngoài ra có thể kết hợp các thuốc điều trị thoái hóa khớp tác dụng chậm như glucosamin, chondroitin sulfat …

 Thuốc giãn cơ : Methocarbamol(750mg): Dùng cho người lớn chức năng gan thận bình thường là từ 750mg-1500mg x4 lần/ ngày

 Tâm lý trị liệu: stress là 1 trong những nguyên nhân của TMJ…

 Chế độ ăn: ăn mềm, tránh thức ăn cứng như nhai kẹo cao su…

 Vật lý trị liệu: xoa nắn, tập vận động hàm dưới, chườm nóng...
 Chiếu tia hồng ngoại : chủ yếu sử dụng trong đau cơ
 Máng nhai: Mang máng nhai sẽ tạo ra 3 hiệu quả: Liệu pháp tâm lý (như của giả dược), làm thư giãn cơ, tái lập lại tư thế của lồi cầu.

7.2 : Các can thiệp trên bộ răng và hệ thống nhai:

Thực hiện những can thiệp tác động trực tiếp lên bộ răng hay cấu trúc khớp thái dương hàm, bao gồm:

7.2.1. Mài điều chỉnh khớp cắn: Khi hai hàm răng có sự tiếp xúc không hài hòa, có những điểm vướng cộm gây cản trở trong quá trình ăn nhai, nuốt…, người thầy thuốc cần phải thực hiện động tác mài điều chỉnh để làm cho sự tiếp xúc răng được đều và tốt hơn, làm cho vận động hàm dưới được trơn tru, dễ dàng hơn.

Điều trị khớp cắn chỉ thực hiện sau khi đã phân tích một cách hệ thống và toàn bộ hệ thống nhai và khớp cắn. Kiểm tra trên miệng và giá khớp, nếu cần có thể bổ xung thêm bằng Xquang và ghi trục lồi cầu để có thể đưa ra chẩn đoán chính xác, lên kế hoạch điều trị và tiên lượng để giải thích cho bệnh nhân

7.2.1.1: Điều trị khớp cắn cấp cứu:

Là những thủ thuật đơn giản nhưng lại giúp cải thiện đáng kể, thậm chí loại bỏ được các triệu chứng bệnh lý

- Mài bỏ những điểm chạm sớm hay những trở ngại khi chuyển động chức năng.
- Nhổ những răng nhiễm trùng, gây đau không thể bảo tồn được, nhổ răng khôn mọc lệch.
- Điều trị nội nha những răng viêm tủy.
- Hàn những răng sâu chưa hàn.
- Hướng dẫn hoặc sử dụng dụng cụ chống thói quen xấu.
- Người ta thường làm máng nhai sơ khởi để điều trị cấp trong những trường hợp đau kịch phát, có thể sử dụng các loại mắng nhai chế tạo sẵn.

7.2.1.2. Cân bằng khớp cắn lâu dài:

Quá trình tái lập lại liên quan giữa các răng, cân bằng khớp cắn lâu dài phải thực hiện ở những răng khỏe mạnh, hay đã được điều trị tốt (nhổ, điều trị nội nha, điều trị nha chu)

Cân bằng khớp cắn lâu dài nhằm chỉnh sửa những bất thường khớp cắn là nguyên nhân của LNTDH:

- Hàm dưới lệch sang bên ở tư thế chèn múi tối đa: Loại bỏ điểm chạm sớm.
- Hàm dưới không ổn định ở tư thế chèn múi tối đa: Phân bố lại điểm chạm khớp cắn trên toàn hàm.
- Giới hạn biên độ hoạt động của hàm dưới: Loại bỏ cản trở cắn.

Có nhiều phương pháp để sửa những bất thường này từ đơn giản (mài chỉnh) đến phức tạp (nắn chỉnh, phẫu thuật, phục hình) Những phương pháp này thường kết hợp với nhau trong điều trị

Nguyên tắc của cân bằng khớp cắn lâu dài là ưu tiên áp dụng những phương pháp điều trị bảo tồn.

Theo dõi và điều trị duy trì:

7.2.2. Nhổ răng: trồi, lệch …gây cản trở khớp cắn mà không chỉnh hình hay phục hình được.

7.2.3. Phục hình: phục hồi vị trí mất răng, thay các phục hình không đúng …

7.2.4. Chỉnh hình: điều chỉnh bộ răng về khớp căn hợp lý.

7.2.5. Phẫu thuật: trong trường hợp tổn thương khớp thái dương hàm nặng.

8. Tiên lượng và biến chứng:

- Đối với điều trị không can thiệp, đáp ứng tốt đối với bệnh nhân đau cơ cắn cấp tính, kết hợp với các liệu pháp matxa, thay đổi thói quen vận động
- Việc kết hợp điều trị nội khoa và điều trị máng nhai được áp dụng cho bệnh nhân có bệnh lý về khớp, cải thiện đáng kể tình trạng đau, há miệng hạn chế và tiếng kêu khớp.

9. Phòng bệnh / hướng xử lý

- Tập thói quen nhai đều 2 bên.
- Thay đổi chế độ ăn sang đồ ăn mềm, tránh ăn đồ ăn dai cứng.
- Nằm ngủ tư thế thẳng, tránh nằm nghiêng 1 bên.
- Đối với bệnh nhân có bệnh lý khớp thái dương hàm, cần tái khám nha sĩ 6 tháng 1 lần để kiểm tra.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ KHÔ MIỆNG

1. ĐỊNH NGHĨA: Xerostoma là khô miệng do giảm hoặc không tiết nước bọt.

2. NGUYÊN NHÂN:

2.1 Thuốc là nguyên nhân phổ biến nhất:

Phổ biến nhất bao gồm: Thuốc kháng cholinergic, thuốc chống hội chứng: Parkinson, Thuốc chống tăng sinh (hóa trị liệu).

Các loại thuốc thông thường khác gây khômiệng bao gồm thuốc hạ huyết áp, thuốc an thần và thuốc trầm cảm (nhẹ hơn ở SSRI so với các thuốc ba vòng).

Việc tăng sử dụng methamphetamine bất hợp pháp đã làm gia tăng số trường hợp mắc bệnh miệng ma túy đá, đó là sâu răng nặng do khô miệng gây ra bởi methamphetamine. Tổn thương trầm trọng hơn khi có nghiến răng do thuốc và do nhiệt sinh ra khi hút thuốc. Phức hợp này làm răng bị phá hủy nhanh chóng.

Hút thuốc lá thường làm giảm lượng nước bọt.

2.2 Xạ trị:

Bức xạ ngẫu nhiên lên tuyến nước bọt trong quá trình bức xạ ung thư vùng đầu cổ thường gây ra tình trạng khô miệng nghiêm trọng (5200 cGy gây khô miệng nặng, vĩnh viễn, nhưng thậm chí liều nhỏ hơn cũng gây khô miệng tạm thời).

2.3 Các bệnh lý gây khô miệng :

bất sản tuyến nước bọt, mất nước/ rối loạn chuyển hóa (chảy máu, nôn ói/ tiêu chảy), bệnh hệ thống: Hội chứng Sjogren, nguyên phát hoặc thứ phát, bệnh lý u hạt(saracoidosis, lao)

2.4 Các tình trạng khác :

mãn kinh, các nguyên nhân tại chỗ: nhiễm trùng tuyến nước bọt, tắt nghẽn tuyến và ống dẫn tuyến, thải ghép, xơ nang, đái tháo đường không kiểm soát, liệt Bell, nhiễm HIV, bệnh lý gan giai đoạn muộn.

2.5 Yếu tố tại chỗ: Ít nhai, hút thuốc lá, thở miệng.

3. CHẨN ĐOÁN:

Khám thực thể tập trung vào khoang miệng, đặc biệt khi khô miệng rõ ràng (Ví dụ: niêm mạc miệng khô, dính, hay ẩm ướt, nước bọt có bọt, đặc hoặc bình thường), sự hiện diện của bất kỳ tổn thương nào do nấm Candida albicans và tình trạng các răng.

Sự hiện diện và mức độ nghiêm trọng của khô miệng có thể được đánh giá bằng một số cách. Ví dụ, một cây đè lưỡi đặt vào niêm mạc má trong vòng 10 giây. Nếu cây đè lưỡi rơi ngay lập tức thì nước bọt được coi là bình thường. Cây đè lưỡi càng khó rơi thì mức độ khô miệng càng nghiêm trọng. Ở phụ nữ sử dụng son môi, nếu son dính vào những răng trước, có thể gợi ý chứng khô miệng.

Nếu niêm mạc miệng có vẻ khô, cần sờ các tuyến nước bọt dưới hàm, dưới lưỡi và tuyến mang tai. Trong khi quan sát miệng các ống dẫn nước bọt miệng ống tuyến dưới hàm và dưới lưỡi nằm ở phía trước dưới lưỡi, miệng ống tuyến mang tai nằm ở giữa má trong. Làm khô miệng ống bằng một miếng gạc vuông trước khi ấn giúp ích cho quan sát. Nếu có sẵn cóc chia độ, bệnh nhân có thể nhổ nước bọt cho sạch khỏi miệng rồi sau đó nhổ hết nước bọt vào cốc. Lưu lượng nước bọt bình thường là 0.3 đến 0,4 mL/ phút. Khô miệng nhiều thì lưu lượng 0,1mL/phút. Có thể phát hiện sâu răng ở mép phục hình hoặc những vị trí bất thường (ví dụ ở đường viền lợi, các cạnh cắn, hoặc đỉnh múi răng).

Một biểu hiện chung của nhiễm trùng nấm C.albicans là những vùng dát đỏ và teo (ví dụ, mất các nhú ở lưng lưỡi). Ít phổ biến hơn là giả mạc trắng, dạng kem, lau đi sẽ gây chảy máu.

Đối với bệnh nhân khô miệng không rõ ràng, có thể đo dòng nước bọt bằng cách đặt dụng cụ thu ở những miệng ống tuyến chính sau đó kích thích tiết nước bọt bằng acid citric hoặc nhai paraffin. Lưu lượng bình thường của tuyến mang tai là 0,4 đến 1,5mL/phút/tuyến. Theo dõi dòng chảy có thể hỗ trợ xác định mức độ đáp ứng với điều trị.

Nguyên nhân của khô miệng thường rõ ràng, nhưng nếu nguyên nhân không rõ ràng và bệnh hệ thống bị nghi ngờ, nên đánh giá thêm bằng sinh thiết tuyến nước bọt phụ (để phát hiện hội chứng Sjogren, bệnh sarcoid, chứng thoái hóa tinh bột, lao hoặc ung thư) và xét nghiệm HIV. Vị trí sinh thiết thuận lợi là môi dưới.

4. ĐIỀU TRỊ:

Điều trị nguyên nhân và ngừng sử dụng các thuốc gây bệnh khi có thể

4.1 Thuốc tăng cường tiết nước bọt bao gồm Cevimeline (Evoxac) và Pilocarpine (Salagen), cả hai thuốc chủ vận cholinergic.

Cevimeleine (30mg uống 3 lần 1 ngày) có ít hoạt động của thụ thể M2 (tim) hơn pilocarpine và thời gian bán hủy dài hơn. Tác dụng phụ chủ yếu là buồn nôn.

Hoặc Pilocarpine (5mg uống 3 lần 1 ngày) sau khi đã loại bỏ chống chỉ định về nhãn khoa và tim phổi; các tác dụng phụ bao gồm đổ mồ hôi, đỏ bừng, và đa niệu.

Hoặc Surfarlem S25 (1 viên 3 lần trong bữa ăn). Chống chỉ định: trẻ em, tắt nghẽn đường mật. Tác dụng phụ: tiêu chảy, chướng bụng

4.2 Chất thay thế nước bọt:

Dạng dung dịch: Uống nhiều nước, Salivart, oralube (chứa carboxymethyl cellulose và hydroxyethyl cellulose), Xero-lube, Plax (water glycerol agent) Dạng gel: oral balance (glycerate polymer)

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG:

Khô miệng có thể dẫn đến sự khó chịu, ảnh hưởng đến phát âm và nuốt, đeo hàm giả khó khan, gây ra hôi miệng, và làm giảm vệ sinh răng miệng do làm giảm pH trong miệng và tăng sự phát triển của vi khuẩn. Khô miệng kéo dài có thể dẫn đến sâu răng và nấm candida miệng nặng. Khô miệng là tình trạng phổ biến ở người lớn tuổi, ảnh hưởng đến khoảng 20% người cao tuổi.

6. PHÒNG BỆNH/HƯỚNG XỬ LÝ:

- Kích thích tuyến nước bọt: sử dụng chewing gum không đường (xylitol)
- Vệ sinh răng miệng thường xuyên và chăm sóc nha khoa để ngăn ngừa sâu răng, bệnh nhân nên thường xuyên đánh răng và sử dụng chỉ nha khoa (ngay cả trước khi đi ngủ) và sử dụng nước súc miệng hoặc chưa fluoride hoặc gel hằng ngày; sử dụng loại kem đánh răng mới bổ sung canxi và phosphate cũng có thể giúp tránh sâu răng lan tràn.
- Đối với bệnh nhân khô miệng có liên quan đến thuốc đang điều trị mà không thể đổi thuốc, cần thay đổi thời gian sử dụng thuốc để đạt được hiệu quả tốt nhất vào ban ngày, do ban đêm khô miệng có thể dễ dẫn đến sâu răng hơn.
- Có thể đeo máng cá nhân chứa gel fluor để hỗ trợ giảm thiểu sâu răng: đeo máng cá nhân chứa natri fluoride 1,1% hoặc fluoride thiếc 0,4% khi đi ngủ. Ngoài ra, có thể sử dụng verni natri fluoride 5% 2 đến 4 lần/năm.
- Đối với tất cả các loại thuốc, cần phải cân nhắc đến các dạng dễ dung, như dạng lỏng, cần tránh dung loại thuốc đặt dưới lưỡi.
- Nên làm trơn miệng và cổ họng bằng nước trước khi nuốt viên nang và viên nén hoặc trước khi dung nitroglycerine dưới lưỡi. Bệnh nhân nên tránh dung thuốc thông mũi và thuốc kháng histamine.
- Bệnh nhân sử dụng máy áp lực đường thở dương tính liên tục để điều trị ngừng thở khi ngủ có thể có lợi khi sử dụng chức năng làm ẩm của thiết bị này. Đối với những

bệnh nhân sử dụng các khí cụ điều trị trong miệng, máy làm ẩm trong phòng có thể hữu ích.

- Bôi sáp dầu lên môi và dưới răng giả để làm giảm khô, nứt, đau nhức và chấn thương niêm mạc.
- Một máy làm ẩm không khí lạnh có thể có ích với các bệnh nhân thở miệng do triệu chứng của họ thường trầm trọng hơn vào ban đêm.
- Bệnh nhân nên tránh thức ăn, đồ uống có đường hoặc có tính axit và bất kỳ loại thực phẩm gây kích thích khô, cay, làm săn se niêm mạc hoặc quá nóng hoặc quá lạnh. Điều đặc biệt quan trọng là tránh ăn đường gần thời gian ngủ.

CHƯƠNG III: TAI – MŨI – HỌNG

PHẦN 1: TAI

VIÊM TAI Ứ DỊCH Ở TRẺ EM

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng viêm niêm mạc tai giữa kèm theo sự có mặt của tiết dịch trong hòm tai. Về mặt thời gian có thể xếp thành ba thể: thể cấp tính xảy ra trong thời gian 3 tuần trở lại; thể bán cấp, bệnh kéo dài từ 3 tuần đến 3 tháng; thể mạn tính khi bệnh kéo dài trên 3 tháng.

Đây là bệnh viêm tai màng nhĩ đóng kín, thường gặp ở trẻ em từ 1-3 tuổi. Bệnh tiến triển âm thầm, ít triệu chứng nên thường không được phát hiện kịp thời, để lại hậu quả xấu về nghe, từ đó ảnh hưởng tới sự phát triển ngôn ngữ cũng như khả năng học tập và phát triển trí tuệ ở trẻ.

II. NGUYÊN NHÂN

- Tắc vòi nhĩ. Tắc vòi nhĩ dẫn đến mất không khí trong hòm tai do đó áp lực âm tính, vì vậy dịch thấm vô trùng.
- Viêm do vi khuẩn (40% có mặt vi khuẩn trong viêm tai ứ dịch). Giả thuyết này dựa trên các nghiên cứu có vi khuẩn trong dịch cấy ở hòm tai hoặc tăng cao lượng kháng thể kháng khuẩn Staphylococcus pneumoniae, Hemophylus influenzae và Disphteroides.
- Viêm do virus. Một số các nghiên cứu ủng hộ giả thuyết do căn nguyên adenovirus: virus giống cúm typ 1,2,3; herpes; adeno-virus; coxsaki b4… −Viêm do dị ứng.

Các quá trình xảy ra là:

- Phù nề, tăng tiết dịch nhầy, tắc vòi.
- Tăng sản và dị sản lớp biểu mô.
- Phì đại các tuyến tiết, giãn mạch, tăng sinh tổ chức liên kết.
- Đáp ứng miễn dịch có thể hoặc tức thời (typ I) hoặc muộn (typ IV). Đáp ứng miễn dịch tức thời sẽ là tăng kháng thể IgE đặc hiệu trong tai giữa, còn đáp ứng muộn trung gian sẽ là các tế bào đơn nhân. Đáp ứng miễn dịch sẽ được duy trì sau đó bởi sự có mặt của prostaglandin E và F, kinin, các yếu tố thụ cảm thể hóa học, các enzym, các sản phẩm hoạt hóa ở tai giữa.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1 Lâm sàng: Dấu hiệu lâm sàng chủ yếu là giảm thính lực tùy theo lứa tuổi mà có biểu hiện khác nhau.

- Ở trẻ nhỏ: việc phát hiện viêm tai thanh dịch khi khám nằm trong bệnh cảnh bị nhiễm trùng đường hô hấp trên là phổ biến nhất. Ngoài ra, còn phát hiện được khi cha mẹ phàn nàn:
  + Trẻ nhỏ không quay đầu về phía có âm thanh.
  + Trẻ đáp ứng chậm hoặc giảm với việc học và phát triển ngôn ngữ.
- Trẻ lớn: nghe ở lớp không rõ hoặc có khó chịu trong tai. Vì vậy, cha mẹ hoặc thầy cô giáo nhận thấy trẻ có những biểu hiện không bình thường khi nghe hoặc viết chính tả nên cho đi khám sức nghe.

Khám soi tai: (phóng đại) điển hình là màng tai có màu hổ phách, có các vân mạch, thường co lõm nhưng đôi khi màng tai lồi phồng.

Hình ảnh màng tai rất đa dạng, có thể thấy:

- Màng tai như bình thường hoặc mất bong.
- Hình ảnh mức nước hoặc có bóng khí nước phía sau màng tai.
- Màng tai co lõm nhẹ, mất bóng.
- Các hình ảnh khác có thể gặp:
- Màng tai co lõm với cán xương búa ngắn lại, mấu ngắn nhô ra.

- Màu trắng sữa ở phần dưới với một vài vân mạch.
- Hiếm hơn: màu xám xanh của màng tai.
- Màu trắng phấn với một vài nốt trắng.
- Thay đổi hoặc mất tam giác sáng.
- Khi khám thấy giảm hoặc mất di động màng tai với speculum SIEGLE.

Khám vòm họng: kiểm tra VA viêm, quá phát.

Khám mũi xoang: kiểm tra thấy tồn tại một ổ viêm tiềm tàng.

1.2 Cận lâm sàng:

- Đo nhĩ lượng: (tiêu chuẩn chính để chẩn đoán) nhĩ đồ có dạng C hoặc B (theo phân loại của Jerger).
- Đo thính lực: điếc dẫn truyền thường tới 20 – 40dB.

2. Chẩn đoán phân biệt

Trước một màng tai nguyên vẹn và gần như bình thường cần phân biệt với: Các bệnh viêm tai màng nhĩ đóng kín khác.

Dị dạng, không phát triển ở tai.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Cần phân biệt các căn nguyên của viêm tai thanh dịch: thứ phát sau rối loạn chức năng vòi hoặc tắc vòi nhĩ; do yếu tố miễn dịch và nhiễm trùng đóng vai trò chủ yếu; do nguyên nhân chảy vòi nhĩ có rối loạn vận mạch, phù nề niêm mạc, tràn dịch và tắc vòi.

Điều trị toàn diện, kết hợp: toàn thân, tại chỗ.

Điều trị nội khoa ưu tiên trước, nếu thất bại mới điều trị ngoại khoa

- Điều trị cụ thể.
- Điều trị nội khoa.

2. Điều trị toàn thân

- Kháng sinh 7-10 ngày như Ampicillin, Cephalosporin, Macrolide. Tránh các kháng sinh độc với tai.
- Kháng viêm: corticoid 5mg/kg/ngày trong 2-5 ngày.
- Chống phù nề, tiêu dịch nhầy: Maxilase, Rhinathiol, Mucomys, …
- Điều trị cơ địa: giảm mẫn cảm đặc hiệu, kháng histamin.

3. Điều trị tại chỗ

- Làm thông thoáng đường thở trên: vệ sinh mũi hàng ngày bằng rửa mũi, xịt nước muối biển (Sterimar), thuốc co mạch (Otrivil, Coldi B).
- Làm các nghiệm pháp Valsalva mỗi ngày hoặc thông vòi nhĩ mỗi tuần có hiệu quả trong trường hợp viêm tai giữa tiết dịch ít.
- Điều trị phẫu thuật.
- Chích rạch màng nhĩ.
- Đặt thông khí qua màng nhĩ.
- Nạo VA.

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

1. **Khỏi bệnh :** Viêm tai thanh dịch có thể tự khỏi trong vòng 10-20 ngày hoặc sau khi được điều trị đúng. Sức nghe được phục hồi.
2. **Tái phát viêm:** Mặc dù đã được điều trị đúng nhưng viêm tai thanh dịch vẫn tái phát.
3. **Nhiễm trùng**: Viêm tai thanh dịch có thể bội nhiễm và chích rạch màng tai có dịch mủ nhầy chảy ra. Khi dịch chảy ra, sức nghe được cải thiện nhưng khi màng tai kín lại, sức nghe lại giảm. Viêm tai thanh dịch sẽ trở thành viêm tai mủ nhầy mạn tính gây thủng màng tai và chảy dịch kéo dài.

4. **Tình trạng xơ dính trong hòm tai:** Hình thành túi co lõm màng tai theo các mức độ. Chuỗi xương con bị xơ dính làm giảm sự di động của màng tai và chuỗi xương con, đôi khi chuỗi xương con bị gián đoạn do tiêu xương thường xảy ra ở cành dài xương đe.
5. **Xơ nhĩ**: Màng tai hình thành những mảng trắng ở lớp liên kết.
6. **Cholesteatome**: Sự tạo thành túi co lõm đặc biệt ở màng chùng sẽ hình thành theo cơ chế bệnh sinh của cholesteatoma.
7. **Một dạng đặc biệt là màng tai xanh**: Căn nguyên bệnh sinh có thể là: Hình thành u hạt chứa cholesterin và cặn lắng có sắc tố sắt tạo nên màu của màng tai. Dịch ứ trong tai giữa có màu socola.

VI. PHÒNG BỆNH

Giữ ấm cho trẻ, không để trẻ bị viêm đường hô hấp trên kéo dài. Vệ sinh mũi họng và làm thông thoáng mũi khi trẻ bị những đợt viêm mũi họng cấp.

Nếu trẻ bị VA hay amiđan phì đại gây tắc nghẽn đường hô hấp gây viêm nhiễm tái phát nhiều lần nên nạo VA và cắt amiđan.

Khám tai mũi họng định kỳ cho trẻ từ 6 tháng tuổi trở lên để phát hiện và điều trị sớm viêm tai thanh dịch.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM-1998.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2013.
3. Phác đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

VIÊM TAI GIỮA MẠN TRẺ EM

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tai giữa (VTG) mạn tính là tình trạng viêm nhiễm mạn tính không chỉ trong khoang tai giữa mà còn lan đến sào bào, thượng nhĩ và xương chũm, thời gian chảy mủ tai đã kéo dài trên 3 tháng.

II. PHÂN LOẠI

Viêm tai giữa mạn tính ở trẻ em thường có hai loại chính là viêm tai giữa tiết nhầy mủ và viêm tai giữa mủ. Trong viêm tai giữa tiết nhầy mủ, bệnh tích khu trú ở niêm mạc, còn trong viêm tai giữa mủ bệnh tích vượt khỏi niêm mạc và làm thương tổn đến xương, loại sau nặng hơn loại trước. Chúng tôi sẽ trình bày hai loại bệnh lý riêng biệt.

III. VIÊM TAI GIỮA TIẾT NHẦY MỦ

1. Nguyên nhân

Nguyên nhân của viêm tai giữa tiết nhầy mủ là do mũi, do xoang, do vòm mũi họng (VA), ngoài ra bệnh tích ở niêm mạc sào bào, niêm mạc thượng nhĩ hay làm cho chảy tai kéo dài. Bệnh tích khu trú ở vòi Eustache, ở hòm nhĩ, ở sào bào.

2. Chẩn đoán

2.1 Chẩn đoán xác định

2.1.1 Lâm sàng

Các triệu chứng chức năng rất nghèo nàn: bệnh nhân không đau tai, không ù tai, không chóng mặt, thính lực gần như bình thường. Bệnh nhân chỉ có chảy tai: dịch chảy khá nhiều, và tăng lên mỗi khi bệnh nhân bị viêm mũi, sổ mũi.

Chất dịch chảy ra màu vàng nhạt hoặc trong, đặc quánh, kéo dài thành sợi, không tan trong nước, không thối, giống như tiết nhầy ở mũi.

Lỗ thủng ở góc tư dưới trước của màng nhĩ, hình quả trứng, có khi lên đến rốn cán búa. Bờ của lỗ thủng nhẵn, thành sẹo hoặc có một viền đỏ bao quanh. Lỗ thủng bao giờ cũng dừng lại cách khung nhĩ độ 1mm. Phần còn lại của màng nhĩ màu xám nhạt, mỏng, không bị viêm.

2.1.2 Cận lâm sàng

Đo thính lực cho thấy tai bị điếc nhẹ theo kiểu dẫn truyền. Mức độ điếc thay đổi tùy theo tình trạng của vòi Eustache; khi nào vòi không viêm thì bệnh nhân nghe rõ, khi nào vòi xuất tiết và tắc thì bệnh nhân nghe kém.

X quang cho thấy xương chũm kém thông bào nhưng không có hình ảnh viêm xương.

2.1.3 Thể lâm sàng

– *Viêm tai giữa mạn tính màng nhĩ đóng kín:* Hay gặp ở trẻ nhỏ, mỗi lần thay đổi thời tiết, mỗi lần bị sổ mũi, bị viêm V.A thì em bé bị chảy tai. Mỗi lần bị chảy tai, bệnh nhân có những triệu chứng như là viêm tai cấp: sốt, quấy khóc, bỏ ăn, tiêu chảy... Mỗi đợt chảy tai kéo dài độ vài tuần, sau đó tai khô trong một vài tháng rồi chảy trở lại, càng ngày thời gian tai khô càng ngắn.

Trong đợt chảy tai màng nhĩ bị thủng giống như trong viêm tai cấp, ngoài đợt chảy tai thì màng nhĩ đóng kín nhưng không hoàn toàn bình thường: màng nhĩ dày, đục, mất tam giác sáng. Thính lực giảm, nhưng vì bệnh nhân còn bé nên khó đánh giá được.

Nguyên nhân của bệnh là sự phù nề và quá sản của niêm mạc thượng nhĩ. Niêm mạc dày gấp ba bốn chục lần so với niêm mạc bình thường, do đó sự dẫn lưu của sào bào bị đình trệ và dễ đưa đến viêm sào bào.

Phẫu thuật mở sào bào không giải quyết được bệnh. Sau khi mổ bệnh nhân vẫn tiếp tục chảy tai từng đợt. Chỉ có phẫu thuật mở thượng nhĩ hoặc mở sào bào - thượng nhĩ mới giải quyết được bệnh.

– *Viêm tai keo (glue ear):*
Cũng là một loại viêm tai màng nhĩ đóng kín mà chất tiết dịch trong hòm nhĩ đặc như là keo. Triệu chứng chính là điếc, màng nhĩ đục và xanh. Cần đặt ống thông hòm nhĩ (Diabolo).

2.2 Chẩn đoán phân biệt

– Bệnh viêm tai khô do thể tạng: trong bệnh này màng nhĩ hoàn toàn bình thường và vòi Eustache không bị tắc.
– Sẹo xơ do viêm tai mủ: có những biến dạng của màng nhĩ rõ rệt lỗ thủng và sẹo mỏng, mảng vôi hóa...

3. Điều trị

3.1 Nguyên tắc điều trị

Cần điều trị phối hợp săn sóc tại chỗ và điều trị nguyên nhân. Trong trường hợp cần thiết phẫu thuật mở thượng nhĩ để dẫn lưu.

3.2 Phác đồ điều trị

– Điều trị tại chỗ: làm thuốc tai.
– Điều trị bệnh lý mũi họng kèm theo.
– Phẫu thuật khi bệnh lý kéo dài, đối với trẻ em nên mổ sớm phòng ngừa giảm thính lực.

3.3 Điều trị cụ thể

– Điều trị cục bộ: Hút rửa tai khi có mủ và dùng một số thuốc nhỏ tai, giữ tai khô.

Phương pháp kể trên cho kết quả tốt nhưng không bền. Sau một thời gian ổn định tai sẽ chảy trở lại, do đó phải củng cố kết quả bằng cách điều trị nguyên nhân.

– Điều trị nguyên nhân:
  + Nguyên nhân của bệnh là ở mũi và ở vòm mũi họng. Ở mũi chúng ta phải giải quyết viêm mũi xoang, quá phát cuốn mũi...
  + Nạo V.A.
– Điều trị bằng phẫu thuật: Ở trẻ em nhỏ bị viêm tai tiết nhầy mủ kéo dài, nhất là sau khi đã điều trị bằng những phương pháp kể trên nhưng không có kết quả, nên làm phẫu thuật mở thượng nhĩ dẫn lưu.

4. Tiên lượng và biến chứng

Tiên lượng bệnh tương đối tốt, bệnh diễn biến từng đợt và kéo dài nhiều năm. Có những đợt mủ chảy trong xen kẽ những đợt mủ đục, xen kẽ với những thời gian tai khô hẳn.

Bệnh này không gây ra biến chứng đáng kể, thỉnh thoảng có thể gặp viêm da ống tai ngoài do mủ ứ đọng. Nếu bệnh kéo dài năm, mười năm, niêm mạc hòm nhĩ sẽ bị xơ hóa và có sẹo chằng chịt, làm giảm thính lực.

IV. VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH MỦ

1. Nguyên nhân

Viêm tai giữa mạn tính mủ có thể do viêm tai giữa mủ cấp tính chuyển thành. Bệnh trở thành mạn tính là vì không được điều trị hoặc có điều trị nhưng không đúng cách.

Bệnh cũng có thể trở thành mạn tính vì có hoại tử xương ngay trong giai đoạn viêm tai cấp tính thí dụ như trong viêm tai do sởi, cúm, bạch hầu... Bệnh cũng có thể biến thành mạn tính vì sức đề kháng của bệnh nhân giảm sút như trong trường hợp lao, tiểu đường.

Viêm tai giữa mủ có thể mạn tính ngay từ lúc đầu: bệnh không đi qua giai đoạn cấp tính. Bệnh nhân không hề đau tai hoặc sốt, không hề có triệu chứng toàn thân. Mức độ mãnh

độc của vi trùng, tình trạng thông bào của xương chũm và sức đề kháng của cơ thể đóng vai trò quan trọng trong thể bệnh này.

2. Chẩn đoán

2.1 Chẩn đoán xác định: dựa vào

2.1.1 Lâm sàng

* Triệu chứng cơ năng:
  - Chảy mủ: Là triệu chứng quan trọng nhất. Mủ có đặc điểm:
    + Mủ đặc sánh hoặc loãng có vón cục.
    + Màu vàng hoặc xám san, có khi lẫn máu.
    + Thối khẳm, chùi hết mủ vẫn còn mùi thối (bệnh tích xương).
    + Khối lượng có thể nhiều hoặc ít và thay đổi tùy từng thời gian, khối lượng mủ không nói lên mức độ nặng nhẹ của bệnh.
    + Trong mủ có nhiều loại vi trùng sinh mủ cùng chung sống với nhau, có khi người ta thấy cả vi trùng yếm khí.
  - Nghe kém:
    + Thính lực có thể bị giảm nhiều hay ít tùy theo vị trí của bệnh tích: nghe kém chút ít trong trường hợp thủng màng Shrapnell, nghe kém nhiều nếu là thủng ở phần sau trên. Nghe kém ngày càng tăng khi bệnh kéo dài.
    + Lúc đầu nghe kém theo kiểu dẫn truyền (tai giữa) về sau nghe kém hỗn hợp (có sự tham gia của tai trong), nghe kém thường có kèm theo ù tai.
  - Đau: Viêm tai giữa mạn tính thường không đau. Bệnh nhân chỉ có cảm giác nặng hoặc váng đầu. Nhưng nếu mủ tích lại hoặc viêm trở thành bộc phát hồi viêm thì bệnh nhân sẽ kêu đau.
    Triệu chứng đau nhức ở đây có giá trị báo hiệu đáng lưu ý, nhất là khi có cả chóng mặt và mất thăng bằng.
* Triệu chứng thực thể:
  Triệu chứng thực thể giúp chúng ta chẩn đoán bệnh và đặt ra hướng điều trị.
  - Mủ có hai đặc điểm đáng lưu ý:
    + Mủ tan trong nước và lắng xuống đáy cốc sau vài ba phút, khác hẳn với tiết nhầy, chất này không tan trong nước.
    + Trong mủ thường có những mảnh óng ánh giống như xà cừ, nổi trên mặt nước, đây là đặc điểm của cholesteatoma. Cholesteatoma là một khối mềm và trắng giống như bã đậu gồm có những tế bào biểu mô lẫn với chất mỡ và cholesterin. Khối u này được bao phủ bên ngoài bởi một cái khuôn gồm có tổ chức biểu mô lát dính sát vào lớp tổ chức liên kết mỏng chứa đựng men collagenase có khả năng làm tiêu xương. Cholesteatoma sẽ ngày càng to dần và có khả năng ăn mòn xương chung quanh.
  - Lỗ thủng:
    + Nếu là lỗ thủng rộng thì có thể thấy dễ dàng sau khi rửa tai, những lỗ thủng nhỏ có vảy khô che phủ thường khó thấy, nhất là lỗ thủng ở vùng Shrapnell hoặc ở góc sau trên, chúng ta phải rửa sạch vảy và nhìn bằng kính hiển vi mới thấy được.
    + Lỗ thủng thật rộng cũng có khi rất khó nhìn thấy vì niêm mạc của thành trong (đáy hòm nhĩ) quá sản và thoát vị qua lỗ thủng, che kín lỗ thủng. Những lỗ thủng ở màng Shrapnell, ở giữa, ở sau cũng không hiếm. Lỗ thủng có thể nhỏ bằng đầu kim hoặc chiếm toàn bộ màng nhĩ.

+ Bờ của lỗ thủng rõ rệt, có khi đã thành sẹo và hay ngoạm vào khung nhĩ, qua lỗ thủng đôi khi có thể thấy cholesteatoma trắng mấp mé trong hòm nhĩ. Có khi polyp to che lấp cả ống tai và làm cho mủ không thoát ra được, phải cắt polyp mới đánh giá được màng nhĩ.

2.1.2 Cận lâm sàng

- X quang:
  + Tư thế Schuller cho thấy nhiều hình ảnh khác nhau tùy theo trường hợp: Trong viêm tai giữa mạn tính đơn thuần, xương chũm có vẻ bình thường hoặc xốp, kém thông bào, trong viêm tai xương chũm mạn tính xương chũm xơ kém thông bào, vách của các tế bào bị mờ, cholesteatoma làm nở rộng hình ảnh sào bào, những hiện tượng này nói lên bệnh tích ở tai giữa vượt ra ngoài ranh giới hòm nhĩ.
  + Tư thế Chaussée III cho thấy bệnh tích ở tai giữa như: viêm tiểu cốt, viêm sào đạo, viêm thượng nhĩ, có thể thấy lỗ dò ở ống bán khuyên ngoài…
- Hình ảnh nội soi: Thường sử dụng ống nội soi 4 mm; 0 độ sẽ cho hình ảnh rõ nhất. Tuy nhiên ở trẻ em, thường phải dùng ống nội soi 2,7 mm do ống tai ngoài nhỏ. Đôi khi việc sử dụng ống nội soi 30 độ cũng giúp ích trong việc đánh giá các ngóc ngách trong hòm nhĩ mà kính hiển vi không thấy được.
- Thính lực đồ: Thường là nghe kém dẫn truyền độ II tới độ III tùy thuộc thời gian diễn tiến bệnh và tùy thuộc bệnh tích nhiều hay ít.
- CT Scan: Chỉ định khi nghi ngờ có biến chứng.

2.2 Chẩn đoán phân biệt

- Viêm tai do lao: trong bệnh này màng nhĩ thủng nhiều lỗ, vết thủng nhợt nhạt, xương bị hà trắng và bị mục từng khối, dây thần kinh VII thường bị liệt. Toàn thể trạng không tốt, nhiều khi có thương tổn lao ở phổi, nếu có nghi ngờ do lao phải làm sinh thiết.
- Viêm tai cấp tính: có thể nhầm những đợt hồi viêm do bội nhiễm với viêm tai cấp tính, dựa vào những triệu chứng sau đây để loại bệnh viêm tai cấp tính: bệnh nhân có tiền sử viêm tai từ lâu, lỗ thủng rộng sát khung xương, có polyp, có cholesteatoma.
- X quang sẽ giúp chúng ta phân biệt trong trường hợp nhập nhằng; trong viêm mạn tính, bệnh tích xương khá rõ rệt như xương đặc, kém thông bào, vách tế bào bị phá hủy, hang rỗng, cholesteatoma; trái lại trong viêm cấp toàn bộ xương chũm bị mờ đều, nhưng hiện tượng thông bào vẫn tồn tại các vách ngăn tế bào đều nguyên vẹn.
- Viêm xương chũm: viêm tai giữa mạn tính có mủ thường đi đôi với viêm xương chũm mạn tính, cho nên người ta hay gọi chung là viêm tai xương chũm mạn tính. X quang sẽ giúp chúng ta phân biệt viêm tai với viêm xương chũm. Trong viêm tai bệnh tích khu trú ở thành hòm nhĩ, ở tiểu cốt, ở tường thượng nhĩ (chụp phim theo tư thế Mayer và Chausee III). Trong viêm xương chũm bệnh tích khu trú ở chung quanh sào bào, ở bờ tĩnh mạch bên, ở bờ trên xương đá, ở góc Citelli (tư thế Schuller).

3. Điều trị

3.1 Nguyên tắc điều trị

Tùy thuộc bệnh tích và tùy thuộc các giai đoạn mà có hướng điều trị bảo tồn hay điều trị phẫu thuật.

3.2 Phác đồ điều trị

- Điều trị tại chỗ: làm thuốc tai.

– Điều trị bệnh lý mũi xoang, họng kèm theo.
– Phẫu thuật khi bệnh lý kéo dài, đối với trẻ em nên mổ sớm phòng ngừa giảm thính lực, hay khi nghi ngờ biến chứng.

3.3 Điều trị cụ thể

∗ Điều trị bảo tồn: Điều trị bảo tồn được áp dụng trong trường hợp viêm tai giữa mạn tính không kèm viêm xương chũm, không có cholesteatoma, không có biến chứng.
  – Dẫn lưu: bảo đảm ống tai thoáng sạch, cắt polyp ống tai nếu có, rửa bằng nước muối hoặc oxy già, sau đó dùng thuốc nhỏ tai.
  – Kháng sinh: nói chung các thuốc kháng sinh uống hoặc tiêm đều ít tác dụng đối với viêm tai giữa mủ mạn tính. Điều trị viêm tai giữa mạn tính bằng thuốc thường ít có kết quả vì nó đòi hỏi sự săn sóc hằng ngày do thầy thuốc làm và phải chẩn đoán chính xác bằng X quang (loại ra viêm xương chũm, loại ra cholesteatoma).

∗ Điều trị bằng phẫu thuật:
  – Chỉ định phẫu thuật khi viêm tai giữa có kèm theo viêm xương chũm mạn tính, kèm theo cholesteatoma hoặc có biến chứng, có hồi viêm. Ngoài những chỉ định kinh điển nói trên, hiện nay cũng phẫu thuật viêm tai giữa mạn tính trẻ em không có biến chứng để bảo tồn thính lực.
  – Các phẫu thuật được áp dụng:
    + Mở thượng nhĩ: trong viêm thượng nhĩ đơn thuần hoặc viêm tai mủ nhầy kéo dài của trẻ em.
    + Mở sào bào thượng nhĩ: trong viêm tai giữa mạn tính có tổn thương ở sào bào và thượng nhĩ.
    + Khoét rỗng đá chũm bán phần (nạo khoét các tế bào xương chũm, bỏ đầu xương búa, bỏ xương đe nhưng giữ lại màng nhĩ) trong trường hợp có viêm xương chũm, có cholesteatoma ở xương chũm.
    + Khoét rỗng đá chũm toàn phần (nạo khoét các tế bào xương chũm, bỏ toàn bộ xương con để dẫn lưu).
    + Phẫu thuật chỉnh hình tai giữa gồm hai phần: phần thứ nhất lấy bỏ xương viêm, lấy sạch cholesteatoma bằng phẫu thuật mở sào bào thượng nhĩ hoặc khoét rỗng đá chũm, phần thứ hai tái tạo hệ thống dẫn truyền xương con có bít lấp hố mổ chũm hoặc không.

4. Tiên lượng và biến chứng

4.1 Tiên lượng

∗ Về mặt chức năng, tiên lượng của viêm tai giữa mạn tính có mủ xấu hơn viêm tai giữa mạn tính tiết nhầy mủ. Bệnh nhân luôn luôn nghe kém và có khả năng điếc nặng, riêng đối với viêm thượng nhĩ, nếu được điều trị tốt, mức độ giảm thính lực sẽ rất ít.

∗ Về mặt sinh mạng, viêm tai giữa mủ mạn tính có thể đưa đến tử vong do những biến chứng.

  Những yếu tố làm cho tiên lượng xấu là:
  – Lỗ thủng ngoạm vào bờ xương hoặc ở màng Shrapnell.
  – Sự có mặt của cholesteatoma.
  – Những đợt bội nhiễm bộc phát mà chúng ta quen gọi là những đợt hồi viêm.

4.2 Biến chứng

Viêm tai giữa mạn tính có mủ có thể gây ra những biến chứng cục bộ hoặc biến chứng xa.

∗ Biến chứng cục bộ:

- Viêm xương tường dây thần kinh mặt, tường thượng nhĩ, viêm xương tiểu cốt.
- Cholesteatoma xuất phát từ thượng nhĩ và lan rộng vào sào bào, vào xương chũm.
- Viêm xương chũm cấp tính hoặc mạn tính.
- Sẹo xơ dính trong hòm nhĩ sau khi tai khỏi bệnh.

* Biến chứng ở xa: giống như những biến chứng của viêm xương chũm:
  - Biến chứng ở xương: Cốt tủy viêm xương chung quanh tai, cụ thể là ở xương chẩm, hoặc xương đá.
  - Biến chứng nội sọ:
    + Áp xe ngoài màng não.
    + Áp xe đại não.
    + Áp xe tiểu não.
    + Viêm tĩnh mạch bên.
    + Viêm mê nhĩ.
    + Viêm màng não.
  - Biến chứng thần kinh:
    + Liệt dây thần kinh mặt.
    + Hội chứng Gradenigo (chảy mủ tai, đau nhức nửa bên đầu, liệt dây thần kinh số VI).

V. PHÒNG BỆNH

- Ngăn ngừa viêm tai giữa cấp tính biến thành viêm tai giữa mạn tính, phải tích cực điều trị viêm tai giữa cấp tính bằng cách chích rạch màng nhĩ sớm, bảo đảm dẫn lưu tốt, cảnh giác đối với những màng nhĩ đóng kín quá sớm kèm theo giảm thính lực (viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín của trẻ em).
- Tránh dùng kháng sinh với liều lượng ít và gián đoạn.
- Phải giải quyết những ổ viêm như viêm mũi, viêm xoang, vẹo vách ngăn, quá phát cuốn mũi, VA, amydan…
- Đề phòng các biến chứng:
- Viêm tai giữa mạn tính có thể gây ra biến chứng trong khi chảy mủ hoặc khi không chảy mủ. Vì vậy trong khi điều trị bằng thuốc và sau khi tai đã khô phải luôn cảnh giác, nếu thấy bệnh nhân có nhức đầu chóng mặt, đau tai, điếc tăng đột ngột, sốt.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM-1998.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2016.
3. Phác đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tai giữa (VTG) mạn tính được định nghĩa là tình trạng viêm niêm mạc tai giữa kéo dài trên 12 tuần, không đáp ứng với điều trị nội khoa, màng nhĩ bị thủng, chảy tai, phù nề niêm mạc trong tai giữa và xương chũm (sào đạo, sào bào, thông bào).

II. NGUYÊN NHÂN

Viêm tai giữa thường được gây ra bởi nhiễm các tác nhân gây bệnh do virus, vi khuẩn hay nấm. Vi khuẩn gây bệnh thường gặp nhất là Streptococcus pneumoniae. Những trường hợp khác bao gồm Pseudomonas aeruginosa, Haemophilus influenzae và Moraxella catarrhalis. Trong số các thanh thiếu niên lớn tuổi hơn và người lớn trẻ tuổi, nguyên nhân phổ biến nhất của bệnh nhiễm trùng tai là Haemophilus influenzae. Các loại virus như virus hợp bào hô hấp (RSV) và những loại gây ra cảm lạnh thông thường cũng có thể dẫn đến viêm tai giữa bằng cách làm tổn hại đến hệ thống phòng thủ bình thường của các tế bào biểu mô đường hô hấp trên.

Viêm tai giữa thường xảy ra ở trẻ em vì vòi nhĩ ngắn, hẹp, và hơi nằm ngang so với người lớn. Vòi nhĩ (Eustachian tube) nối liền tai giữa với vòm họng, nó giúp dẫn lưu dịch tiết trong hòm nhĩ về họng. Nếu vòi nhĩ bị tắc, dịch nhầy bị ứ đọng trong tai giữa và gây nên viêm tai giữa. Do viêm tai giữa cấp không được điều trị và theo dõi tốt.

Viêm tai giữa sau các bệnh nhiễm trùng lây: như cúm, sởi. Viêm tai giữa do chấn thương áp lực.

Các yếu tố thuận lợi: Cấu trúc xương chũm loại có thông bào nhiều, độc tố của vi khuẩn nhất là streptococcus hemolytique, pneumococcus mucosus… và thể trạng, cơ địa của bệnh nhân: trẻ em suy dinh dưỡng, người lớn bị suy nhược cơ thể thì sức đề kháng bị giảm, do đó dễ bị viêm tai giữa.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1 Lâm sàng

- Viêm tai giữa mạn tính nhầy:
  Chảy mủ tai từng đợt, phụ thuộc vào những đợt viêm V.A, mủ chảy ra nhầy, dính, không thối, chưa ảnh hưởng nhiều đến sức nghe.
- Viêm tai giữa mạn tính mủ: Thường chảy mủ tai kéo dài, mủ đặc xanh thối, có thể có cholesteatoma, nghe kém truyền âm ngày càng tăng, có thể đau âm ỉ trong đầu hay nặng đầu phía bên tai bị bệnh.
- Viêm tai giữa mạn tính hồi viêm:
  Sốt cao và kéo dài, thể trạng nhiễm trùng rõ rệt: ăn ngủ kém, gầy, hốc hác, suy nhược. Đối với trẻ nhỏ có thể có sốt cao, co giật, rối loạn tiêu hóa… Nghe kém tăng lên vì tổn thương cả đường khí và đường xương.
  Đau tai rất dữ dội, đau thành từng đợt, đau sâu trong tai và lan ra phía sau vùng xương chũm hay lan ra cả vùng thái dương gây nên tình trạng nhức đầu, ù tai và chóng mặt.
  Trong một vài trường hợp có thể thấy dấu hiệu xuất ngoại mặt trong xương chũm, mặt ngoài xương chũm, sau tai, vùng thái dương - gò má, trong bao cơ ức đòn chũm (thể Bezold)…

1.2 Cận lâm sàng

- Khám tai: mủ tai chảy kéo dài, đặc, thối, có thể có tổ chức cholesteatoma (có váng óng ánh như mỡ, thả vào nước không tan). Màng nhĩ có thể bị phồng, xẹp lõm vào trong, bị thủng, bờ lỗ thủng nham nhở, đáy hòm nhĩ bẩn, có thể có polyp ở hòm nhĩ.
- Cấy dịch tai để xác định vi khuẩn gây bệnh và làm kháng sinh đồ.

- Chụp CT Scan đầu hoặc xương chũm để xác định sự nhiễm trùng lan tỏa ra bên ngoài tai giữa.
- Đo thính lực để đánh giá sức nghe.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Nhọt hay viêm ống tai ngoài (không có tiền sử chảy mủ tai, kéo vành tai, ấn bình tai đau, phim Schuller bình thường).
- Viêm tấy hạch hoặc tổ chức liên kết sau tai (không có tiền sử chảy mủ tai, không nghe kém, dấu hiệu Jacques (-), phim Schuller bình thường).
- Phản ứng xương chũm do viêm tai giữa cấp tính (mủ không thối, không nghe kém nhiều, X quang tai bình thường).
- Viêm tai giữa sau lao phổi (hỏi tiền sử và chụp X quang phổi…).
- Viêm tai giữa do xoắn khuẩn bệnh giang mai (hỏi tiền sử bệnh và làm các xét nghiệm chuyên biệt…).

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Mục đích là để kiểm soát sự nhiễm trùng và loại bỏ dịch tiết ứ đọng trong tai giữa (nhầy, mủ…) và phẫu thuật để phục hồi chức năng nghe.
- Không nên dùng kháng sinh không đúng vì sẽ làm lu mờ triệu chứng, khó chẩn đoán, hoặc chuyển thể cấp tính thành mạn tính, làm bệnh kéo dài khó phát hiện và dễ gây biến chứng.
- Nếu không có chuyên khoa, nên đề xuất chuyển bệnh nhân đến cơ sở tai mũi họng để được điều trị triệt để.
- Cần thuyết phục gia đình và bệnh nhân tuân theo phác đồ điều trị của bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng.

2. Điều trị nội khoa

- Làm thuốc tai để loại bỏ dịch tiết nhiễm trùng trong tai. Có thể dùng nước muối sinh lý hoặc nước oxy già 6-10 đơn vị nhỏ vào tai, hút rửa và sau đó lau khô.
- Nhỏ tai bằng dung dịch kháng sinh như: Neomycin, Polymyxin, Chloromycetin hoặc Gentamycin. Có thể phối hợp với steroids để có tác dụng kháng viêm. Nhỏ tai 2-4 lần/ngày. Dung dịch acid acetic 1,5% có thể được dùng nếu nhiễm vi khuẩn Pseudomonas.
- Kháng sinh đường toàn thân được sử dụng trong các đợt cấp của VTG mạn tính nhưng phải rất hạn chế.
- Điều trị các bệnh ở mũi, họng đi kèm với bệnh VTG.
- Trong thời gian điều trị khuyên bệnh nhân cố gắng tránh nước vào tai như: bơi lội, gội đầu v. v…

3. Điều trị ngoại khoa

- Khi phát hiện bệnh nhân có polyp hòm nhĩ thò ra ở ống tai, hoặc mô hạt thì phải được phẫu thuật cắt bỏ thì việc nhỏ thuốc vào tai mới có hiệu quả. Tuy nhiên phải cẩn thận khi cắt bỏ vì những khối polyp này có thể mọc ra từ niêm mạc xương bàn đạp, dây thần kinh số VII, hoặc ống bán khuyên ngang, và như vậy có thể dẫn tới tai biến liệt mặt hoặc viêm mê nhĩ sau mổ.
- Phẫu thuật phục hồi: vá màng nhĩ đơn thuần và mở sào bào thượng nhĩ, có hoặc không có vá màng nhĩ.
- Phẫu thuật tiệt căn xương chũm với hai phương pháp: giữ nguyên thành sau ống tai và hạ thấp thành sau ống tai .

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

1. Tiên lượng

- VTG mạn tính nhầy mủ tiên lượng thường tốt, ít gây các biến chứng nguy hiểm.
- VTG mạn tính mủ ít khi bệnh tự khỏi, thường kéo dài gây giảm sức nghe và có thể gây các biến chứng nặng và nguy hiểm tính mạng.

2. Biến chứng

- Viêm xương chũm.
- Lỗ thủng màng nhĩ không lành.
- Tạo nên khối cholesteatoma trong tai giữa.
- Xơ hóa màng nhĩ và niêm mạc tai giữa (tympanoslerosis).
- Chuỗi xương con bị phá hủy và dẫn đến điếc truyền âm.
- Liệt mặt do tổn thương dây thần kinh số VII.
- Áp xe ngoài màng cứng hoặc áp xe não.
- Tổn thương hệ thống tiền đình gây chóng mặt.
- Ở trẻ em, chậm phát triển ngôn ngữ và tiếng nói nếu bị cả hai tai.

VI. PHÒNG BỆNH

- Phải tích cực điều trị các nguyên nhân gây viêm tai giữa cấp như viêm mũi họng, viêm VA, sâu răng…
- Khi đã bị viêm tai giữa cấp thì phải được điều trị và theo dõi chu đáo
- Nếu đã bị viêm tai giữa mạn tính thì phải chẩn đoán sớm để điều trị, theo dõi và phát hiện kịp thời các biến chứng để giải quyết.
- Tuyên truyền vấn đề phòng bệnh viêm tai giữa trong cộng đồng.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM- 2007.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2016.
3. Phác đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

BỆNH MÉNIÈRE

I. ĐỊNH NGHĨA

Hội chứng Ménière hay bệnh Ménière bao gồm ba triệu chứng chính: chóng mặt, điếc và ù tai có nguyên nhân từ sự rối loạn tai trong. Bệnh thường gặp ở người trên 40 tuổi, nữ nhiều hơn nam.

II. NGUYÊN NHÂN

Giả thuyết: Năm 1871 Knappin đưa ra giả thuyết: sự giãn ra của mê đạo màng.

Cơ chế bệnh sinh:

- Bất thường về giải phẫu.
- Di truyền gen trội.
- Miễn dịch.
- Rối loạn chuyển hóa kali.
- Rối loạn vận mạch (Migraine).
- Herpes simples virus typ I, II, Epstein barr virus.

III. CHẨN ĐOÁN

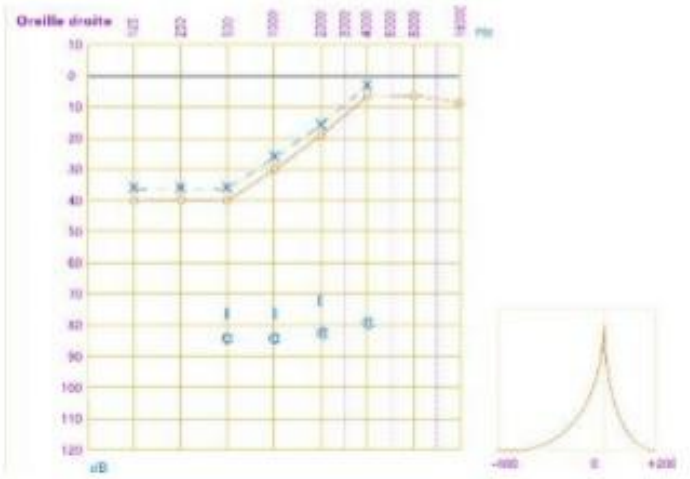
1. Chẩn đoán xác định

1.1 Lâm sàng

Bệnh nhân mô tả cơn điển hình với tai, điếc hoặc ù đặc một tai. Thông thường cơn chóng mặt kéo dài từ 15 phút đến vài giờ và giảm từ từ. Buồn nôn thường xảy ra khi chóng mặt đến mức cao nhất và nó làm giảm chóng mặt. Những triệu chứng này thường gây nhầm lẫn với chứng ăn không tiêu.

1.2 Cận lâm sàng

Thính lực đồ bộc lộ điếc do thần kinh cảm giác tần số thấp ở tai phải, điển hình trong bệnh Ménière bên phải.



Hình 1. Điện động nhãn đồ (ENG - electronystagmogram) để khảo sát động mắt.

Điện thính giác thân não - auditory brain stem response (ABR) để khảo sát đường dẫn truyền của dây thần kinh thính giác từ ốc tai lên não. CT hoặc MRI xương đá để loại trừ u dây thần kinh thính giác vì bệnh lý này có những triệu chứng tương tự như bệnh Méniere.

1.3 Tiêu chuẩn chẩn đoán

Năm 1972, Hiệp hội tai mũi họng và đầu mặt cổ Hoa Kỳ đã đưa ra tiêu chuẩn để chẩn đoán bệnh.

– Điếc tiếp nhận tiến triển hoặc dao động.
– Chóng mặt từng cơn kéo dài từ 20 phút đến 24 giờ nhưng không mất ý thức và có xuất hiện động mắt.
– Ù tai thường ở một bên.
– Cơn chóng mặt có lúc thoái triển, có lúc bùng phát.

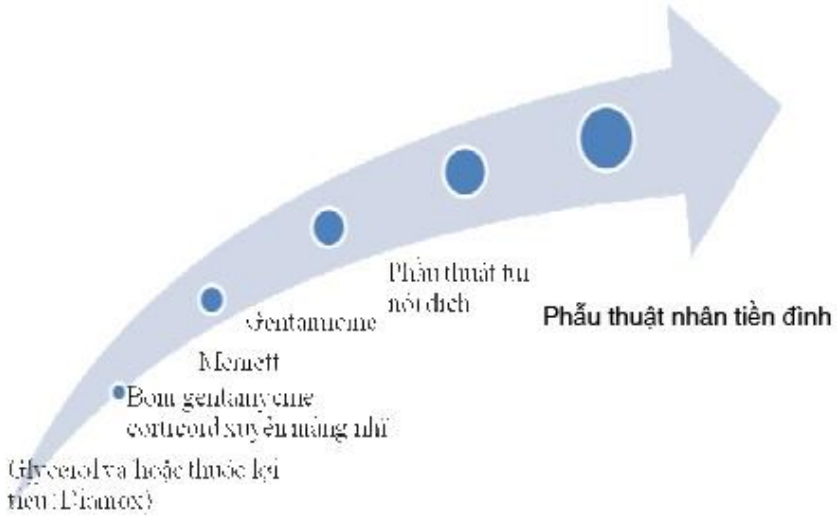
2. Chẩn đoán phân biệt

– U dây thần kinh VIII.
– Migraine.
– Viêm dây thần kinh tiền đình.
– Cơn chóng mặt kịch phát lành tính (BPPV).
– Suy động mạch thân nền.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị nội khoa bao gồm điều trị cơn cấp và điều trị phòng ngừa. Nếu bệnh Meniere thứ phát thì phải điều trị nguyên nhân. Vestibulosuppressants (Betaserc, Meclizine) thường làm giảm triệu chứng, nhưng chỉ làm giảm triệu chứng chóng mặt do ức chế sự đáp ứng của não đối với tiền đình.



Hình 2: Phác đồ điều trị

1.1 Đối với cơn cấp

ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA ĐỐI VỚI CƠN CẤP			
	Sedative	Anticholinergie	Antiemetic
Promethazine (phenergan)	+ + +	+ + +	+ +
Diphenhydramine (Benadryl)	+ + +	+ + +	+ +
Dimenhydrinate (Gravol)	+ + +	+ +	+ + +
Hyoscine (Scopolamine)	+ +	+ + +	+ + +
Prochlorperazine (Stemetil)	+ +	+	+ + +
Meclizine (Bonamine)	+	+	+ + +

1.2 Điều trị căn bản

∗ Chế độ ăn ít muối và dùng thuốc lợi tiểu.

* Các thuốc:
  - Lợi tiểu: Acetazolamide 250mg/ ngày (chia làm 3 lần).
  - Chống chóng mặt: Acetyl Leucine 500mg 3-6 viên/ ngày.
  - Điều hòa tiền đình: Bétahistine 16mg x 3 lần/ ngày.
  - Dãn mạch: Trimétazidine 20mg 1viên x3 lần/ ngày.
* Tiêm gentamicin xuyên màng nhĩ:
  - Cơ chế: gây độc cho tiền đình.
  - Liều lượng: 0,6ml gentamycin 40mg/ ml (12mg - 24mg).
  - Tiêm mỗi tuần cho đến khi triệu chứng chóng mặt giảm.
* Tiêm corticoid xuyên màng nhĩ:
  - Cơ chế: giảm viêm và kiểm soát yếu tố tự miễn.
  - Liều lượng: 0,25mg/ ml mỗi 2 ngày trong 3 tháng.
* Đeo máy chống tiếng ù tai.

2. Điều trị ngoại khoa

2.1 Mở túi nội dịch

Để giảm áp hiện tượng sũng nước mê nhĩ. Phẫu thuật này không cải thiện được sức nghe mà chỉ làm giảm bớt triệu chứng ù tai và làm giảm cảm giác đầy tai.

2.2 Cắt dây thần kinh tiền đình chọn lọc (Selective vestibular neurectomy) Làm giảm triệu chứng chóng mặt nhưng không cải thiện sức nghe.

2.3 Hủy tiền đình (Labryrinthectomy)và cắt dây VIII Sẽ làm giảm tần suất chóng mặt nhưng lại hy sinh sức nghe, cho nên phẫu thuật này chỉ áp dụng trong những trường hợp bệnh nhân nghe rất kém.

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Bệnh Ménière thường xảy ra ở một bên tai nhưng khoảng 17% - 75% tiến triển ở cả hai tai.
Bệnh Ménière thể nặng làm ảnh hưởng đến chất lượng sống.
Cơn chóng mặt của bệnh Méniere làm gia tăng nguy cơ:

- Té ngã.
- Tai nạn khi lái xe.
- Lo âu, trầm cảm (Depression or anxiety in dealing with the disease).
- Giảm thính lực càng lúc càng nặng.

VI. PHÒNG BỆNH

- Thực hiện chế độ ăn kiêng ít muối, dùng thuốc lợi tiểu có thể làm giảm tần suất chóng mặt.
- Khi cơn chóng mặt xảy ra nên nằm ở phòng yên tĩnh và nhắm mắt lại.
- Thuốc giảm chóng mặt và buồn nôn có thể làm giảm các triệu chứng.
- Tránh dùng các chất kích thích như cà phê, thuốc lá, bia và rượu.
- Tránh mất ngủ và có chế độ dinh dưỡng thích hợp.
- Tránh mệt mỏi và căng thẳng quá mức.
- Giảm các stress, vì stress có thể làm trầm trọng cảm giác ù tai và chóng mặt.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM- 2007.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2016.
3. Phác đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

BỆNH TAI NGOÀI

Tai ngoài bao gồm vành tai và ống tai ngoài, được cấu tạo bởi tổ chức sụn, bọc bên ngoài là lớp tổ chức dưới da mỏng và lớp da. Có hệ thống mạch máu và thần kinh phong phú nên bệnh ở tai ngoài gây đau nhức và ảnh hưởng tới chức năng nghe và thẩm mỹ.

I. DỊ HÌNH BẨM SINH TAI NGOÀI

1. Định nghĩa

Là những biểu hiện bất thường bẩm sinh gặp ở vành tai hoặc ống tai ngoài, hai dị hình này thường phối hợp với nhau. Có thể ảnh hưởng tới chức năng nghe và thẩm mỹ.

2. Dị hình vành tai

Thường gặp hơn, nói chung ảnh hưởng tới thẩm mỹ, ít hoặc không ảnh hưởng tới chức năng nghe.

2.1 Biểu hiện lâm sàng

- Thiếu một phần hay toàn bộ vành tai: có thể gặp ở một bên hay cả hai bên tai. Vành tai hoàn toàn không có hay chỉ có một phần, thường chỉ như một nụ, một cục. Hay gặp kèm theo tịt hoặc chít hẹp ống tai.
- Vành tai to hay nhỏ quá: có thể gặp vành tai to quá (tai voi) hoặc nhỏ quá (tai chuột), nếu chỉ thấy một bên, tai bên kia bình thường, sẽ ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ.
- Dị hình nắp tai: nắp tai có thể quá to, không có sụn nắp hay có 2 - 3 nắp tai.
- Vành tai vểnh ra trước quá nhiều hay sụn quá mềm làm bẹp xuống, mất các gờ nếp.

2.2 Điều trị Phẫu thuật chỉnh hình để tái tạo lại vành tai.

3. Dị hình ống tai

Thường gặp tịt ống tai ngoài hoàn toàn hay một phần làm chít hẹp ống tai. Dị hình ống tai thường gặp kèm với dị hình vành tai, đôi khi có kèm theo dị hình tai giữa.

3.1 Biểu hiện lâm sàng

- Tịt hay chít hẹp có thể do đơn thuần hoặc cả sụn, xương ống tai, chỉ ở cửa ống tai hay dọc cả ống tai.
- Tịt hoặc chít ống tai ngoài gây nghe kém dẫn truyền đơn thuần, có thể gây viêm vì chất tiết ở da ống tai không thoát được ra ngoài.
- Cần chụp X quang để xác định tình trạng của tai giữa và hệ thống xương con.

3.2 Điều trị

Phẫu thuật tạo hình ống tai ngoài hay lấy bỏ u biểu bì bên trong chỗ hẹp, cần ghép da tốt vì dễ gây sẹo chít hẹp lại.

4. Rò bẩm sinh

Thường gặp nhất là rò gờ trước tai hay thường gọi là rò Helix.

- Rò luân nhĩ.
- Rò tai cổ: rò xuất phát từ tai chạy xuống vùng cổ.

4.1 Biểu hiện lâm sàng

- Lỗ rò có thể thấy ở một bên hay cả hai bên, ở trên nắp tai, trước gờ rìa tai. Tiếp theo thường là đường rò, nhiều khi ngoằn ngoèo và đi xa, ra sau tai hoặc vào ống tai…
- Do lỗ rò nhỏ, đường rò thường tiết nhầy nên khi bị viêm thường gây sưng tấy vùng trên trước nắp tai, có thể thành áp xe rồi vỡ mủ.

4.2 Điều trị

- Nếu rò chưa bị áp xe có thể bơm chất ăn mòn như sút loãng (NaOH 20%), hoặc Betadin vào làm cháy lớp biểu bì để đường rò dính tịt lại.
- Phẫu thuật cắt đường rò: bơm xanh mêthylen vào để theo dõi đường rò, qua đó phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ.

– Khi bị áp xe nên chích rạch tháo mủ và dẫn lưu, không nên chích rạch quá rộng vì làm mất đường rò sau khó phẫu thuật lấy hết đường rò.

II. BỆNH VIÊM TAI NGOÀI

1. Nhọt ống tai ngoài

1.1 Định nghĩa

Là tình trạng viêm nhiễm khu trú ở một vị trí của ống tai ngoài, thường gặp một bên, hay gặp vào mùa hè và do tụ cầu khuẩn.

1.2 Nguyên nhân

– Do ngoáy tai bằng vật cứng, bẩn, gây xước da ống tai.
– Do viêm ở nang lông hay tuyến bã.

1.3 Chẩn đoán

– Triệu chứng cơ năng:
  + Đau tai là triệu chứng nổi bật, đau ngày càng tăng dữ dội, đau tăng khi nhai, ngáp, đau nhiều về đêm.
  + Nghe kém tiếng trầm, thường kèm theo ù tai.
  + Có thể sưng tấy ở nắp tai hoặc sau tai.
  + Sốt nhẹ hoặc sốt cao khi viêm tấy lan tỏa.
– Triệu chứng thực thể:
  + Ấn nắp tai hoặc kéo vành tai gây đau rõ rệt.
  + Ống tai mới đầu thấy gờ đỏ, chạm vào rất đau. Sau đó to dần và che lấp một phần ống tai, xung quanh tấy đỏ, ở giữa mọng mủ trắng. Nhọt ống tai ngoài có thể tự khỏi nhưng hay tái phát.

1.4 Điều trị

– Tại chỗ: chườm nóng giảm đau. Nếu mới tấy đỏ thì chấm Betadin ở đầu nhọt. Khi đã nung mủ trắng thì dùng dao nhọn hay que nhọn chích nhọt, tháo mủ và sát khuẩn.
– Toàn thân: Kết hợp kháng sinh, giảm đau.

1.5 Phòng bệnh

– Giữ vệ sinh ống tai, dùng tăm bông sạch lau khô sau khi tắm hoặc bơi.
– Không sử dụng những vật sắc, nhọn ngoáy tai khi ngứa...

2. Viêm tấy lan tỏa ống tai ngoài

2.1 Định nghĩa

Là tình trạng viêm nhiễm lan tỏa khắp ống tai ngoài, thường gặp do bơi lội, tắm biển...

2.2 Nguyên nhân

– Do sang chấn nhỏ ở ống tai ngoài: ngoáy tay, vật cứng khi có nước hay cát vào tai.
– Do dịch hay mủ ở tai giữa bị bít, đọng trong ống tai.

2.3 Chẩn đoán

– Lúc đầu ngứa trong ống tai sau trở nên nóng, rát như bỏng, vài ngày sau đau dữ dội.
– Nghe kém và ù tai.
– Kéo vành tai, ấn nắp tai gây đau tăng rõ rệt.
– Da ống tai nề đỏ, sau đó ống tai bị chít hẹp lại do sưng nề và ứ dịch vàng, có thể bong từng đám biểu bì trắng.
– Nếu không được điều trị sẽ thành mủ, da bị hoại tử gây sẹo chít hẹp hay sùi lấp ống tai ngoài.

2.4 Điều trị

– Chườm nóng ngoài tai hoặc chiếu tia hồng ngoại, làm giảm đau tại chỗ, đặt bấc thấm Glyxerin borate 2% hoặc thuốc mỡ kháng sinh vào ống tai ngoài.

- Kháng sinh toàn thân.
- Chống viêm, giảm đau.

3. Viêm sụn vành tai

3.1 Định nghĩa

Là tình trạng ứ thanh dịch giữa sụn và màng sụn hoặc viêm sụn hoại tử, nếu không được điều trị kịp thời sẽ để lại di chứng ảnh hưởng tới thẩm mỹ và chức năng của vành tai.

3.2 Nguyên nhân

Có thể do tụ máu, dịch vành tai, nhưng thường do nhiễm tụ cầu, sau sang chấn (gãi gây xước) hay sau chấn thương (đụng, dập).

3.3 Chẩn đoán

- Ban đầu chỉ thấy ngứa rát, hơi đau nơi bị xây xát (thường ở phần trên vành tai) sau đó có biểu hiện nóng, sưng, đỏ.
- Khi viêm tấy thành mủ đau tăng rõ, sưng ngày càng tăng, sờ nóng, làm mất các nếp sụn ở vành tai.
- Viêm sụn hoại tử: đau dữ dội, sưng tấy căng mọng lan rộng cả một phần của vành tai làm mất các hố và nếp của vành tai, cả mặt trước lẫn mặt sau vành tai.
- Nếu không được xử trí tốt sụn bị hoại tử, sưng tấy hoá mủ và vỡ mủ làm cho vành tai bị co rúm ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ.

3.4 Điều trị

- Toàn thân: tuỳ theo mức độ và toàn trạng của bệnh nhân để sử dụng kháng sinh. Đối với viêm sụn hoại tử cần dùng kháng sinh phối hợp và liều cao, lưu ý cho kháng sinh chống vi khuẩn kỵ khí.
- Tại chỗ:
  + Khi mới viêm tấy da vành tai, chiếu tia hồng ngoại, chườm nóng, sát khuẩn vết xước bằng Betadin.
  + Để chống viêm, hoại tử sụn có thể chấm nitrat bạc, acid boric, đặt bấc tẩm Betadin hay kháng sinh tại chỗ.
  + Cần theo dõi sát diễn biến của bệnh, dùng kháng sinh đầy đủ, tránh hoại tử sụn gây hẹp co rúm vành tai.
  + Khi đã viêm mủ, hoại tử sụn: phải trích rạch rộng tháo mủ, nạo bỏ hết các mảnh sụn hoại tử và tạo hình da vành tai.

4. Chàm ống tai (Eczema): thường gặp ở trẻ nhỏ.

4.1 Nguyên nhân

- Do mủ, thường mủ nhầy, chảy thường xuyên hay ứ đọng mủ lâu. Chàm từ ống tai lan ra vành tai.
- Do thể địa dị ứng, chàm có thể từ đầu, cổ lan đến vành tai và ống tai ngoài.

4.2 Chẩn đoán

- Da vùng tai ngoài ngứa, mẩn đỏ, mọc các mụn phỏng nhỏ chứa dịch nhầy trong. Các mụn phỏng vỡ thành các vẩy màu nâu, mỏng phủ lên trên.
- Nếu chàm khô: da ngứa, mẩm đỏ, dày lên, cũng có những mảnh biểu bì nhỏ đục hoặc xám nổi thành vảy dễ bong ra.
- Do ngứa nên trẻ thường hay gãi gây xây xước dễ bị nhiễm khuẩn tạo thành chàm nhiễm khuẩn với những mụn loét nhỏ, nóng, có mủ, trên bề mặt có vẩy nâu cứng có thể gây viêm tấy rộng cả tổ chức dưới da vùng sau tai, thái dương.

4.2 Điều trị

- Tại chỗ:

+ Lau sạch mủ ở ống tai nếu có.
+ Rắc bột oxyt kẽm hoặc bôi thuốc mỡ oxyt kẽm.
+ Nếu nhiều dịch ướt, bôi bằng dung dịch nitrat bạc 5%.
+ Nếu có nhiễm khuẩn thành mủ bôi xanh mêthylen.
+ Bôi mỡ corticoid.

– Toàn thân: tăng cường sức đề kháng, dinh dưỡng tốt, chống dị ứng.

III. PHÒNG BỆNH

– Không sử dụng vật sắc nhọn, chưa được sát khuẩn ngoáy ống tai ngoài. – Khi có dị vật trong ống tai hoặc ráy tai phải đến cơ cở y tế để lấy và vệ sinh.

– Không tự động xử trí những vết trầy xước xảy ra trên bề mặt da vành tai.

IV. IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM- 2007.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2016.
3. Phác đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH CÓ CHOLESTEATOMA

I. ĐỊNH NGHĨA

- Viêm tai giữa (VTG) mạn tính có cholesteatoma là VTG mạn tính trong hòm tai có biểu mô Malpighi sừng hoá. Tổ chức này có thể ở dạng túi nang ranh giới rõ hoặc phân nhánh từ thông bào này sang thông bào khác trong xương đá.
- Loại tổn thương này còn khá phổ biến, có thể gặp ở mọi lứa tuổi, bệnh nhân thường đến bệnh viện vì triệu chứng chảy mủ tai kéo dài.
- VTG mạn tính có cholesteatoma là loại bệnh tích đặc biệt cần phải lưu ý đến vì:
  + Có đặc tính phát triển, ăn mòn, phá hủy các thành phần của tai giữa và các cấu trúc lân cận nhanh và mạnh nên làm suy giảm sức nghe rõ rệt và dễ đưa tới biến chứng.
  + Đặc biệt ở nước ta gặp với tỷ lệ cao trong các trường hợp VTG mạn tính.

II. NGUYÊN NHÂN

- Đa số các nhà nghiên cứu thừa nhận thuyết hình thành khối cholesteatoma là do quá trình dị nhập của lớp biểu bì ống tai và màng nhĩ vào trong hòm tai qua lỗ thủng hay túi co kéo hình thành trong quá trình viêm tai.
- Khối cholesteatoma phát triển như một khối u bọc, bên ngoài là một lớp màng với túi biểu mô có khả năng chế tiết các men gây ra hiện tượng ăn mòn và phá hủy xương xung quanh và một lớp màng đáy có màu sáng óng ánh. Bên trong là một khối mềm, trắng như bã đậu bao gồm các tế bào biểu mô lẫn với các tế bào mỡ và các tinh thể cholesterin.
- Ban đầu khối cholesteatoma thường có kích thước nhỏ, có hình ảnh u bọc như đã được mô tả ở phần trên. Khi phát triển, khối này vỡ ra dưới áp lực của các thành phần bên trong và bị nhiễm trùng khiến có biểu hiện xuất tiết ra ngoài chất bẩn lổn nhổn như chất bã đậu và có mùi thối khắm.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định: Dựa vào triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

1.1 Lâm sàng

a. Toàn thân

- Thường không có gì thay đổi, có thể thỉnh thoảng nhức đầu.
- Nếu có đợt hồi viêm thì có hội chứng nhiễm trùng: sốt cao, môi khô, lưỡi bẩn…

b. Cơ năng

- Đau tai:
  + Trong VTGMT có cholesteatoma thường không có đau tai, bệnh nhân chỉ có cảm giác nặng hay váng đầu.
  + Nếu mủ tích lại ở giai đoạn hồi viêm: bệnh nhân có nhức đầu.
  + Triệu chứng đau nhức có giá trị báo hiệu nhất là khi có kèm theo chóng mặt, mất thăng bằng
- Nghe kém:
  + Là triệu chứng luôn luôn có.
  + Rõ rệt cả trong trường hợp lỗ thủng nhỏ.
  + Ngày càng tăng khi bệnh kéo dài.
  + Lúc đầu nghe kém dẫn truyền sau nghe kém hỗn hợp.
  + Thường kèm theo ù tai.
- Chảy mủ tai:
  + Có thể chảy nhiều hoặc ít nhưng bao giờ cũng có mùi thối khẳn.

c. Thực thể

- Có trường hợp không có phản ứng đau vùng chum

- Khám tai:
- Mủ tai:
  + Mủ thối khẳn
  + Lổn nhổn, trắng như bã đậu
  + Có các mảnh trắng, sáng óng ánh như xà cừ, khi thả vào nước không tan, nổi váng óng ánh như váng mỡ, thả vào dung dịch aldehyt acetic sẽ biến thành màu san.
- Soi tai:

  Lỗ thủng màng tai:
  + Thủng góc sau trên hoặc lỗ thủng nhỏ ở màng chùng, tường thượng nhĩ và thành sau ống tai xương có thể bị ăn mòn, bộc lộ đầu xương búa, xương đe, khớp đe đạp, xương bàn đạp. Miệng lỗ thủng thường có biểu bì ứ đọng, lấy sạch biểu bì thấy niêm mạc đáy nhĩ viêm sùi tạo nụ hạt. Đôi khi có polyp ở thượng nhĩ hoặc góc sau trên che khuất lỗ thủng.
  + Thủng rộng ở màng căng hoặc toàn bộ.
  + Bờ lỗ thủng sát khung xương, nham nhở.
  + Đáy có lớp màng trắng óng ánh.
  + Niêm mạc hòm nhĩ dày sùi thành tổ chức hạt, có mủ.
- Tìm dấu hiệu rò mê nhĩ: gây áp lực ở ống tai ngoài gây chóng mặt hoặc động mắt.

1.2 Cận lâm sàng

a. Chụp cắt lớp vi tính xương thái dương
- Tư thế CORONAL: đánh giá tổn thương từ trước ra sau.
- Tư thế AXIAL: đánh giá tổn thương từ trên xuống dưới.

∗ Phim CT Scaner:

Hình ảnh mất tường thượng nhĩ, sào bào mở rộng trong chứa đầy tổ chức viêm, tổn thương cống Fallope, ống bán khuyên, trần sào bào, tiêu huỷ xương con.

b. Đo thính lực:dẫn truyền: Weber nghiêng về bên bệnh, Rinne (-) − Đo thính lực đơn âm tại ngưỡng thấy nghe kém dẫn truyền nặng hoặc hỗn hợp thiên về dẫn truyền (đường khí mất 40 – 50 dB, ngưỡng nghe đường xương giảm ở các tần số cao) .

Trong một số trường hợp, mặc dù có gián đoạn xương con, thính lực không giảm nhiều do tổ chức cholestearoma tạo cầu nối để đảm bảo sự liên tục của chuỗi xương con.

c. Soi mảnh biểu bì nhuộm Procarmin dưới kính hiển vi: phát hiện cấu trúc màng mái.

d. Phản ứng hóa học với Aldehyt acetic: chuyển màu xanh.

2. Chẩn đoán phân biệt

2.1 Thể kinh điển
- Người lớn: quá trình viêm kéo dài, xương đặc ngà, khối cholesteatoma.
- Trẻ em: Khối cholesteatoma lan nhanh vì xương chũm đang trong giai đoạn phát triển (choles thể way-off).

2.2 Thể khu trú
- Cholesteatoma khu trú ở thượng nhĩ.
- Cholesteatoma khu trú ở thượng nhĩ – nhĩ.

2.3 Thể theo tính chất của cholesteatoma
- Cholesteatoma ướt:
  + Thường gặp nhất, hay gây hồi viêm.

+ Khối cholesteatoma ăn thông với ổ viêm xương có mủ, vỏ bọc ngoài bị vỡ, mùi rất thối.

– Cholesteatoma khô:
+ Thường khu trú ở thượng nhĩ, lỗ thủng màng chùng, chảy mủ tai ít.
+ Khối cholesteatoma ăn thông với bên ngoài qua lỗ thủng màng nhĩ, vỏ bao ngoài còn nguyên vẹn trừ phần gần lỗ thủng.

2.4 Thể hiếm gặp

– Cholesteatoma ống tai ngoài.
– Cholesteatoma nguyên phát.
– Cholesteatoma iatrogen.

IV. ĐIỀU TRỊ

Cholesteatoma phá hủy xương nhanh và mạnh, dễ đưa đến các biến chứng, giảm sức nghe rõ rệt, nên việc điều trị ngoại khoa là chính, điều trị nội khoa là hỗ trợ. Tất cả các bệnh nhân có viêm tai giữa mạn tính có cholesteatoma đều phải được thăm khám thường xuyên và lâu dài.

1. Phẫu thuật

– **Mục đích:**
+ Lấy sạch bệnh tích.
+ Giữ khô hốc mổ.
+ Bảo tồn tối đa các cấu trúc tham gia hệ truyền âm của tai.
+ Ngăn ngừa và điều trị các biến chứng nếu có.
+ Phòng tái phát. Việc lựa chọn loại phẫu thuật nào phụ thuộc rất nhiều yếu tố: vị trí, tính chất, độ lan tràn của bệnh tích, tình trạng thính lực, khả năng theo dõi bệnh nhân sau mổ, kinh nghiệm của phẫu thuật viên, độ tuổi của bệnh nhân.

– **Phương pháp:**
+ Phẫu thuật kín: giữ lại thành sau ống tai xương.
+ Phẫu thuật hở: phá thành sau ống tai xương.
+ Cách phân loại khác:
▪ Khoét rỗng đá chũm toàn phần.
▪ Khoét rỗng đá chũm bán phần.
▪ Phẫu thuật tiệt căn xương chũm cải biên:
▪ Phẫu thuật tiệt căn xương chũm: khối Cholesteatoma lớn, lan rộng trên xương chũm quá thông bào.

Tiêu chuẩn hốc mổ tiệt căn:

– Hạ thấp tường dây VII đảm bảo đáy sào bào cao hơn sàn ống tai.
– Chỉnh hình cửa tai đủ rộng đảm bảo tỉ lệ Va/S.
– Đảm bảo chức năng vòi tai, lót hốc mổ bằng cân cơ tránh chảy dịch về sau.
– Thu hẹp diện tích hốc mổ (do lớp biểu mô phát triển nhanh hơn tổ chức dưới niêm mạc, mạch máu phát triển không đủ để nuôi dưỡng lớp biểu mô dẫn đến hoại tử, bong lớp biểu mô). Trường hợp cholesteatoma túi khu trú ở thượng nhĩ hoặc lan vào sào đạo nhưng chưa vào sào bào hoặc xuống trung nhĩ có thể nội soi bóc Cholesteatoma. Bên cạnh các phẫu thuật trên có thể kết hợp chỉnh hình tai giữa tái tạo màng tai hoặc chuỗi xương con một thì hoặc hai thì.

2. Điều trị nội khoa

– Làm thuốc tai hàng ngày.
– Kháng sinh toàn thân.

- Cung cấp đủ dinh dưỡng.

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

1. Tiên lượng:

- Cholesteatoma khu trú ở thượng nhĩ nguy hiểm hơn.
- Tính chất cholesteatoma: thể ướt lan nhanh hơn, nguy hiểm hơn thể khô.

2. Tiến triển

- Bệnh không thể tự khỏi, nếu không xử trí kịp thời có thể gây biến chứng nguy hiểm.

3. Biến chứng

- Hồi viêm: thường xuất hiện, là bước đệm để phát sinh các biến chứng nặng nề khác.
- Nội sọ: viêm màng não, áp xe não.
- Thần kinh: viêm mê nhĩ, liệt mặt.
- Xương: viêm xương đá, cốt tủy viêm xương kế cận.
- Xuất ngoại.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM- 2007.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2016.
3. Phác đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

ĐIẾC ĐỘT NGỘT

I. ĐỊNH NGHĨA

Điếc đột ngột thường được hiểu là một bệnh cảnh điếc thần kinh giác quan xảy ra một cách đột ngột trên những bệnh nhân không có tiền sử suy giảm sức nghe. Điếc đột ngột là một cấp cứu tai mũi họng.

Bệnh có thể diễn biến trong vòng vài giờ đến vài ngày. Mức độ điếc và tính chất rất khác nhau, điếc có thể xảy ra một bên tai hoặc cả hai tai, mức độ từ nghe kém nhẹ đến điếc nặng hoàn toàn trên ít nhất ba tần số liên tiếp. Tiến triển đôi khi có thể trở lại bình thường hoặc gần bình thường, nhưng hầu hết là điếc không hồi phục nếu không được điều trị kịp thời.

II. NGUYÊN NHÂN SINH BỆNH

Một số nguyên nhân hay các yếu tố thuận lợi như: đái tháo đường, bệnh tim mạch, nghiện rượu, tình trạng mệt mỏi, stress, mang thai…

Một số nguyên nhân được biết đến là:

- Nguyên nhân do siêu vi trùng: virus gây quai bị, zona, sởi, cúm. Tình trạng nhiễm khuẩn đường thở trên cấp tính, có đến 25 % người bệnh có thể bị điếc đột ngột, nguyên nhân có thể là do viêm nhiễm mê nhĩ – nội dịch do virus.
- Do tiếng ồn: điếc gây ra do tiếp xúc với tiếng ồn trong một thời gian dài thì diễn ra từ từ, bệnh nhân khó nhận biết, bệnh nhân sẽ nghe kém dần dần. Điếc đột ngột do tiếng ồn là điếc xảy ra ngay lập tức sau khi nghe tiếng ồn, một âm thanh quá to trong một khoảnh khắc hoặc một khoảng thời gian nhất định.
- Sự thay đổi áp lực đột ngột có thể gây rách màng Reissner và gây ra điếc tức thì.
- U dây VIII: khoảng từ 1-15% bệnh nhân bị u dây VIII có triệu chứng đầu tiên là điếc đột ngột.
- Rò ngoại dịch: các tác nhân gây dò ngoại dịch như chấn thương khí áp, chấn thương ốc tai… có thể dẫn đến điếc đột ngột.
- Các nguyên nhân mạch máu: co thắt mạch máu, huyết khối, xuất huyết tai trong, quá kết dính, lắng cặn…
- Điếc tự miễn: điếc tiếp nhận không đối xứng ở hai tai, khởi phát và diễn biến xấu đi trong vòng vài tuần, có thể kèm theo liệt mặt ngoại biên, xét nghiệm miễn dịch và chẩn đoán điếc tự miễn dịch.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng

- Nghe kém: nghe kém có thể xảy ra đột ngột, tức thì, hoặc diễn biến trong vòng một giờ, một ngày hoặc vài ngày. Nghe kém cả hai tai thường được phát hiện ngay.Nhưng điếc một bên tai thường gặp hơn, những bệnh nhân này thường đến khá muộn, chỉ được phát hiện tình cờ...
- Ù tai: 70 - 90 % bệnh nhân điếc đột ngột có kèm theo ù tai, như ve kêu, như tiếng xay lúa hoặc như còi tàu, nhiều khi ù tai là triệu chứng đầu tiên làm bệnh nhân khó chịu và phát hiện ra điếc. Ù tai có thể kéo dài trong vòng một tháng, tuy nhiên ở một số bệnh nhân ù tai tồn tại lâu dài, kể cả khi sức nghe đã được hồi phục.
- Chóng mặt: 20 - 40 % có biểu hiện chóng mặt, 10 % có biểu hiện chóng mặt thoáng qua, chếnh choáng. Chóng mặt có thể từ 4 - 7 ngày, cá biệt có thể kéo dài vài tuần. Nôn và buồn nôn cũng thường xảy ra nếu chóng mặt nặng.
- Các triệu chứng khác: cảm giác nặng đầu, không phải là cơn đau rõ rệt. Sốt thường gặp ở bệnh nhân bị cảm cúm, viêm đường thở trên cấp tính...

2. Cận lâm sàng

- Thính lực đồ: đo thính lực đồ đơn âm phát hiện điếc với nhiều mức độ khác nhau, các dạng điếc khác nhau.

Các tác giả thường phân làm bốn loại như sau:

- Nghe kém tần số thấp là chính: thính lực đồ có dạng đi lên, tiến triển và tiên lượng thường tốt.
- Nghe kém đều cả tần số thấp và cao, thính lực đồ có dạng nằm ngang, tiến triển và tiên lượng không tốt bằng typ 1.
- Nghe kém tần số cao là chính: thính lực đồ có dạng đi xuống, tiến triển và tiên lượng không tốt lắm.
- Điếc hoàn toàn hay điếc sâu: thường tiên lượng xấu, loại này nếu không điều trị kịp thời thì không có xu hướng tự khỏi.
- Thăm khám tiền đình.
- Đo chức năng vòi nhĩ: loại trừ viêm tai tiết dịch, đánh giá sự biến đổi áp lực dịch tai trong.
- X quang: chụp CT scan, MRI tìm các bệnh lý của xương chũm, các khối u dây VIII, dây VII, u góc cầu tiểu não…
- Các thăm khám tổng thể: mạch, huyết áp, mắt, chuyên khoa tim mạch, nội tiết, các xét nghiệm cholesterol, lipid toàn phần, nghiên cứu về đông máu…

IV. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

Điều trị: tùy theo nguyên nhân. Trước hết xác định vị trí tổn thương là ốc tai hay sau ốc tai bằng cách đo ABR.

Điều trị theo nguyên nhân:

- Nguyên nhân co thắt mạch máu.
- Nguyên nhân tăng áp lực nội dịch tai trong.
- Nguyên nhân dò dịch mê đạo.

Phác đồ điều trị: điếc đột ngột ở người trưởng thành, chưa rõ nguyên nhân (không có tiền sử cao huyết áp, tiểu đường, u dây thần kinh…), điều trị từ 7-10 ngày.

- Nhóm chống co thắt vi mạch: piracetam truyền tĩnh mạch:
  + Piracetam 1g x 3-4 ống.
  + Ringer lactat hoặc Gluco 5% 500ml truyền tĩnh mạch chậm 40 giọt/phút.
- Thuốc tăng cường tuần hoàn não: Tanakan.
- Nhóm corticoid: Solumedrol 40mg x 1 lọ tiêm tĩnh mạch.
- Nhóm chống dị ứng, kháng histamine:
  + Betaserc 24mg x 2 viên uống sáng/chiều.
  + Telfast 180mg x 1 viên uống sau ăn.
- Vitamin nhóm B: Vitamin 3B x 2 viên uống sáng, chiều.
- Tăng oxy: Tanakan x 4 viên uống sáng, chiều.
- Kháng sinh và thuốc chống viêm nếu cần.
- Hạn chế vận động.

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Điếc đột ngột thực sự là một cấp cứu tai mũi họng, việc chẩn đoán và điều trị sớm có một tầm quan trọng đặc biệt, sức nghe có thể hồi phục hoàn toàn nếu được điều trị kịp thời, nếu để muộn thì để lại di chứng điếc vĩnh viễn. Tiên lượng phụ thuộc các yếu tố sau:

- Bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị sớm dưới 7 ngày nhiều khả năng hồi phục hoàn toàn.

- Bệnh nhân kèm theo các bệnh lý nội khoa kết hợp như cao huyết áp, tiểu đường..., việc kiểm soát tốt các bệnh lý này có vai trò rất quan trọng. Bệnh nhân bị điếc đột ngột do siêu vi trùng như sau cúm, sốt cao kèm theo chóng mặt, sau quai bị.... tiên lượng thường khó hồi phục.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM- 2007.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2016.
3. Phác đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

HỘI CHỨNG TIỀN ĐÌNH

I. ĐỊNH NGHĨA

Choáng váng: là một thuật ngữ không chính xác bệnh nhân thường sử dụng để mô tả các cảm giác liên quan khác nhau, bao gồm:

- Xỉu (cảm giác ngất đi sắp xảy ra)
- Mê sảng
- Cảm giác mất thăng bằng hoặc không ổn định
- Cảm giác không vững
- Cảm giác quay

Chóng mặt là một cảm giác chuyển động của bản thân hoặc môi trường khi thực sự không có chuyển động. Thông thường, cảm giác được mô tả là quay vòng - một cảm giác quay hoặc lăn – nhưng một số bệnh nhân đơn giản chỉ cảm thấy bị kéo sang một bên. Chóng mặt không phải là một chẩn đoán - nó là một mô tả của một cảm giác.

Cả hai cảm giác có thể đi kèm với buồn nôn và nôn hoặc khó giữ thăng bằng, đi bộ, hoặc cả hai.

II. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân chóng mặt được chia thành ba nhóm:

1. Do bệnh lý mê đạo

a. Bệnh lý thạch nhĩ

– Chóng mặt kịch phát lành tính.
– Thiểu sản thạch nhĩ.

b. Nhiễm độc tiền đình

Do thuốc, kháng sinh aminozid. Tổn thương trực tiếp vào cơ quan tiền đình, các tế bào giác quan tiền đình có lông chuyển. Tổn thương tai trong cũng có thể gián tiếp do thuốc làm suy giảm chức năng thận.

c. Rò ngoại dịch tai trong

– Chấn thương: chủ yếu do vỡ xương đá.
– Rò ngoại dịch tự phát thường xảy ra vào những đợt có tăng áp lực nội dịch tai trong.
– Do sang chấn vào vùng khớp bàn đạp tiền đình như thay thế xương bàn đạp bằng một trụ dẫn quá dài.
– Sau viêm mê nhĩ do lao, giang mai.
– Kích thích âm thanh quá mạnh.
– Cholesteatoma.

d. Bệnh chuyển hóa

– Thuốc lợi tiểu.
– Bệnh rối loạn chuyển hóa toàn thể làm tăng lipid máu gây tăng xơ hóa nội mạch cung cấp máu cho tiền đình.
– Rượu.

e. Bệnh viêm tai

– Viêm tai mạn tính: gây viêm mê nhĩ thanh dịch, viêm mê nhĩ mủ cấp, viêm mê nhĩ mạn tính.
– Viêm tai giữa cấp tính: gây viêm mê nhĩ thanh dịch, viêm mê nhĩ hủy hoại. − Viêm tai thanh dịch: gây rối loạn áp lực tai giữa làm biến đổi áp lực giữa hai cửa sổ tròn và bầu dục.
– Viêm tai giữa cholesteatoma: gây viêm mê nhĩ cấp và viêm mê nhĩ mạn tính có kèm theo rò mê nhĩ.

– Viêm tai do lao.
– Bệnh Wegener.
– Sau phẫu thuật tai: có thể do rò mê nhĩ, viêm mê nhĩ, rối loạn thông khí vòi nhĩ.

f. Bệnh xốp xơ

g. Bệnh lỏng khớp bàn đạp - tiền đình

– Hiện tượng Tulio: Tulio kinh điển, Tulio thạch nhĩ.
– Hiện tượng Hennebert
– Hội chứng tăng chuyển động xương bàn đạp.

h. Hội chứng Ménière

2. Do nguyên nhân sau mê đạo

– Viêm dây thần kinh tiền đình: nguyên nhân hiện nay người ta đều cho là do viêm ngược dòng bởi virus
– U dây VIII: khởi đầu là triệu chứng tiền đình sau đó là suy giảm thính lực từ từ kèm theo ù tai âm cao do chèn ép dây thần kinh ốc tai.
– U góc cầu tiểu não: u màng não, phình mạch, u nang..

3. Do nguyên nhân ở trung tâm tiền đình hành não và trên hành não

a. Bệnh lý mạch máu não

– Thiểu năng tuần hoàn động mạch cột sống - thân nền: là nguyên nhân thường gặp của triệu chứng chóng mặt ở người trên 50 tuổi do có hiện tượng thiếu máu mê đạo hay thiếu máu vùng thân não.

  Các triệu chứng bao gồm: ảo giác hoặc nhìn không rõ, song thị, giảm trương lực cơ, rối loạn ngôn ngữ. Các triệu chứng này có thể xuất hiện cùng với đợt chóng mặt hay riêng biệt.

  Nguyên nhân do xơ vữa động mạch dưới đòn hoặc cột sống thân nền.
– Hội chứng Wallenberg: do tắc động mạch đốt sống dẫn tới thiếu máu cục bộ hoặc nhồi máu ở góc bên hành não, sau trám hành gây nên tổn thương các nhân tiền đình giữa và dưới.

b. Bệnh lý u não

– U tiểu não hoặc áp xe tiểu não
– U hành cầu não
– U củ não sinh tư
– U trên lều tiểu não

c. Bệnh thần kinh trung ương

– Bệnh xơ cứng rải rác
– Bệnh rỗng hành não
– Bệnh Tabès
– Bệnh thất điều gia truyền

III. CHẨN ĐOÁN

1. Các rối loạn tiền đình tự phát

a. Chóng mặt

Chóng mặt do thương tổn ở phần tiền đình ngoại biên (mê nhĩ) có đặc điểm sau:

– Cảm giác bị quay tròn hoặc lắc qua lắc lại. Có thể thấy mọi vật xung quanh quay đảo hoặc chạy qua trước mắt theo một hướng nhất định. Hướng quay có thể ngang hoặc có thể dựng đứng.
– Chóng mặt thường xuất hiện thành từng cơn, nhất là khi cử động hoặc thay đổi tư thế đầu. Ngoài cơn, người bệnh có thể đi lại được.

- Chóng mặt thường xuất hiện cùng với các triệu chứng rối loạn thần kinh thực vật: buồn nôn, nôn, da xanh tái, huyết áp hạ..
- Chóng mặt có thể kèm theo ù tai, điếc tiếp nhận và các triệu chứng này hợp thành hội chứng tiền đình.

b. Động mắt

- Động mắt tự phát: là hiện tượng hai nhãn cầu cùng bị giật về một hướng. Động mắt bao gồm hai động tác chiều hướng trái ngược nhau: hướng giật chậm và hướng giật nhanh. Người ta qui ước mọi hướng giật nhanh là hướng động mắt. Động mắt tự phát là động mắt xuất hiện khi bệnh nhân ngồi mắt nhìn thẳng về phía trước, mở mắt hoặc nhắm mắt.

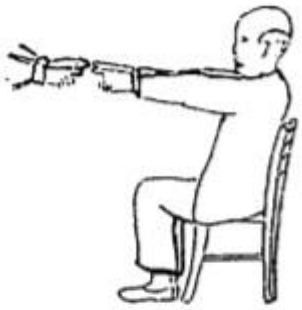
  Động mắt thường có ba chiều hướng: hướng ngang, hướng đứng và hướng chéo.

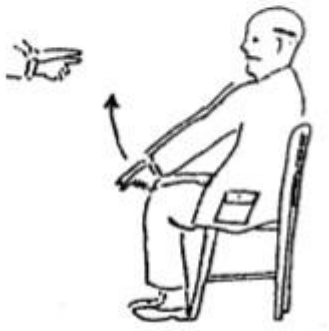
  Động mắt tự phát chia làm ba loại:

  + Động mắt tiền đình: có đủ hai pha giật nhanh và chậm, là loại động mắt ngang. Động mắt này có đặc điểm là tốc độ pha chậm của động mắt sẽ bị chậm lại khi mở mắt trong ánh sáng và nhìn cố định vào một điểm so với khi nhắm mắt. Bất cứ loại động mắt nào không có ít nhất từ một trong ba tính chất trên thì đó là loại động mắt trung ương hoặc động mắt thị giác.
  + Động mắt trung ương: không có ba tính chất của động mắt tiền đình nêu trên.
  + Động mắt thị giác là động mát có tính chất nghề nghiệp như động mắt của người thợ mỏ…
- Động mắt tư thế: chỉ xuất hiện khi thay đổi tư thế của đầu đơn thuần hoặc cả thân mình, chia làm hai loại:
  + Động mắt tư thế tĩnh: xuất hiện khi người bệnh nằm ngửa, nghiêng phải hoặc trái. Động mắt này kéo dài nếu người bệnh vẫn giữ nguyên tư thế nằm.
  + Động mắt tư thế kịch phát: chỉ xuất hiện khi thay đổi tư thế đột ngột và biến mất sau 30 giây đến 1 phút.

c. Lệch ngón tay: có hai nghiệm pháp.

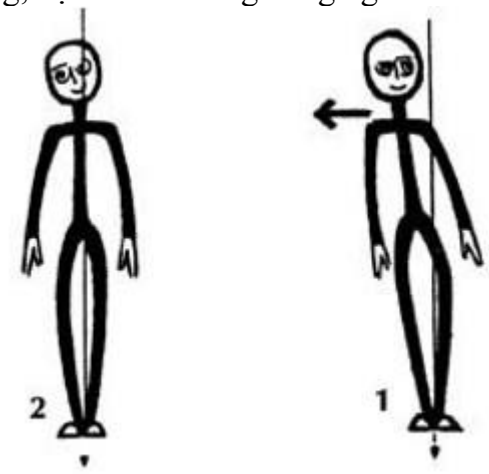
- ***Nghiệm pháp chỉ thẳng ngón tay:*** người bệnh không thể giữ cho hai ngón tay của mình thẳng với ngón tay thầy thuốc khi họ nhắm mắt. Nếu bệnh nhân có thương tổn mê nhĩ thì hướng lệch của ngón tay sẽ đối lập với hướng động mắt gọi là mê nhĩ ngoại biên.
- ***Nghiệm pháp đặt lại ngón tay chỉ:*** bệnh nhân và thầy thuốc ngồi đối diện nhau. Bảo bệnh nhân nhắm mắt và dùng ngón tay trỏ phải chỉ vào đầu gối mình và chỉ vào ngón tay cái trái của thầy thuốc. Sau đó lại dùng ngón tay trỏ trái chỉ đầu gối mình và chỉ ngón tay cái phải của thầy thuốc. Trong trường hợp bệnh lý, người bệnh sẽ chỉ ngang sang phải hoặc sang trái.



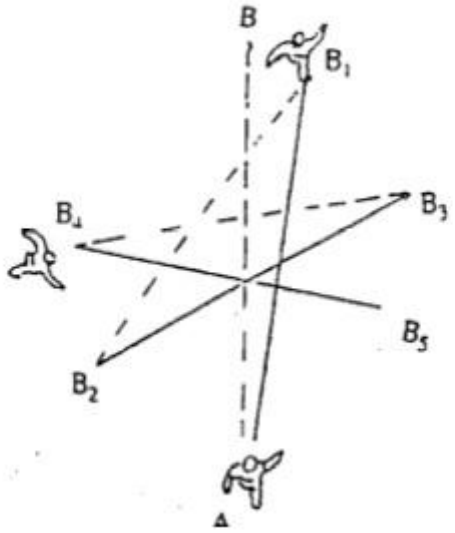


d. Mất thăng bằng:

– ***Nghiệm pháp Romberg:*** bệnh nhân đứng thẳng, hai chân chụm lại, nhắm mắt. Nếu có rối loạn thăng bằng, bệnh nhân sẽ nghiêng người về một bên hoặc ngã về một bên.



– ***Nghiệm pháp Foix-The'venard:*** để bệnh nhân đứng thẳng trong tư thế "nghiêm", thầy thuốc dùng ngón tay đẩy khẽ vào ngực bệnh nhân làm cho bệnh nhân mất thăng bằng. Bình thường cơ cẳng chân trước và cơ duỗi chung ngón chân sẽ co lại và làm cho các ngón chân nhấc lên khỏi mặt đất. Nếu bệnh nhân bị giảm trương lực cơ thì các ngón chân sẽ không nhấc lên và nếu đẩy mạnh hơn bệnh nhân sẽ ngã về phía sau.
− Nghiệm pháp Babinski-weill (nghiệm pháp đi hình sao): bệnh nhân nhắm mắt đi thẳng và giật lùi 6 lần, mỗi lần 8 bước từ điểm A đến điểm B. Nếu người bình thường sẽ đi thẳng đến điểm B và lùi về đúng điểm A. Người bệnh sẽ đi lệch về phía bên mê nhĩ bị tổn thương. Đường đi của người bệnh sẽ vẽ thành hình ngôi sao trên mặt đất.



e. Đánh giá kết quả − Tổn thương tiền đình ngoại biên: động mắt đánh về bên tai đối diện, các nghiệm pháp tiền đình tự phát lệch về bên tai bệnh. Các nghiệm pháp này đều xuất hiện một cách đầy đủ. Người ta gọi tập hợp các triệu chứng xuất hiện như vậy là đầy đủ và hài hòa. − Tổn thương tiền đình trung ương: các triệu chứng tiền đình tự phát xuất hiện không đầy đủ và không hài hòa chẳng hạn động mắt lại đánh về cùng bên với hướng ngã trong nghiệm pháp Romberg hoặc lệch ngón tay chỉ.

2. Các nghiệm pháp kích thích tiền đình

Các nghiệm pháp tiền đình tự phát có giá trị định tính đối với các cơ quan tiền đình thì các nghiệm pháp khám kích thích cơ quan tiền đình mang tính định lượng.

a. Nghiệm pháp nhiệt: người thử nghiệm nằm trên bàn khám, đầu được nâng lên 30o. Tai phải và tai trái của người thử nghiệm lần lượt được bơm nước 44o và 30o mỗi lần bơm cách nhau 15 phút, khối lượng nước bơm là 200ml trong 30 giây. Những thông số được đánh giá: thời gian tiềm tàng (bình thường 20-30 giây); Thời gian động mắt (bình thường 60-90 giây).

b. Nghiệm pháp quay giao động: người thử nghiệm ngồi trên ghế quay, đầu cố định trong tư thế cúi 30o và đeo kính Frenzel. Ghế sẽ quay sang phải rồi sang trái với biên độ giảm dần (dao động tắt dần kiểu con lắc). Động mắt xuất hiện sẽ được ghi lại bằng máy điện động nhãn kế (Electronystagmographe).

c. Thử nghiệm OKN (Optokinéticus nystagmus: động mắt thị vận) là nghiệm pháp gây kích thích động mắt bằng ánh sáng. Các sọc sáng chuyển động được chiếu lên một màn ảnh sẽ gây ra động mắt cho người thử nghiệm khi quan sát sự chuyển động của các sọc sáng đó và được gọi là động mắt OKN.

Chẩn đoán	Ngoại biên	Trung ương
Động mắt	Ngang	Quay, đứng
Chóng mặt	Quay	Mất cảm giácthăng bằng
Rối loạn nghiệm pháp tự phát	Đầy đủ Hài hòa	Không đầy đủ Không hài hòa

IV. ĐIỀU TRỊ

Mục đích điều trị là cắt cơn chóng mặt.

1. Điều trị nội khoa

a. Điều trị cơn chóng mặt cấp:

Người bệnh được đặt trong phòng tối yên tĩnh, tránh các cử động, các kích thích tâm lý.

- Thuốc: huyết thanh ngọt ưu trương.
- Thuốc chống nôn: atropin, metoclopramid, dimenhydrinat..
- Thuốc chống chóng mặt: tanganil..
- Thuốc an thần: seduxen..

b. Điều trị chặn cơn chóng mặt kịch phát:

- Tránh các kích thích tâm lý, tránh di chuyển bệnh nhân, thay đổi tư thế đột ngột, nơi ồn ào nhiều ánh sáng, tránh tắm lạnh.
- Chế độ ăn: tránh ăn socola, lạp xường, xúc xích, mì chính, tránh uống rượu, cocacola, café.
- Thuốc: lợi tiểu, tanakan, duxil, cinarizin, serc, kháng histamin, steroid, an thần, aspirin…

c. Điều trị nguyên nhân

Tùy theo nguyên nhân chóng mặt mà chọn phương pháp điều trị thích hợp. Điều trị cơn chóng mặt kịch phát lành tính: điều trị bảo tồn dùng phương pháp đổi thế nằm đưa thạch nhĩ về vị trí ban đầu hoặc phẫu thuật bít lấp ống bán khuyên sau không cho thạch nhĩ rơi vào vùng này (nếu điều trị bảo tồn không mang lại kết quả).

Điều trị nguyên nhân nhiễm độc: ngừng ngay các tác nhân gây nhiễm độc, huyết thanh ngọt ưu trương (Glucose 30%) tiêm truyền tĩnh mạch. Sử dụng thuốc steroid, lợi tiểu, thuốc phục hồi tế bào, thần kinh tiền đình (Nevramin, B1, B12 liều cao).

Rò ngoại dịch tai trong do chấn thương: phẫu thuật bít lấp đường rò.

Viêm tai trong có mủ: khoét mê nhĩ hủy diệt tiền đình kết hợp kháng sinh liều cao.

Viêm tai giữa: phẫu thuật giải quyết bệnh tích viêm kết hợp bít lấp rò ống bán khuyên.

2. Điều trị ngoại khoa

a. Phẫu thuật thần kinh sọ não: phình mạch, mảng vôi hóa thành mạch hoặc thoái hóa đốt sống cổ gây chèn ép động mạch đốt sống…

b. Phẫu thuật thuộc phạm vi tai mũi họng: điều trị bệnh Ménière như mở túi nội dịch, cắt dây thần kinh tiền đình, phẫu thuật hủy diệt mê nhĩ..

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM- 2007.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2016.
3. Phác đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

Ù TAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Ù tai là tiếng kêu không mong muốn có nguồn gốc từ chính hệ thống thính giác hoặc các cơ quan lân cận và thường không thể nghe được bởi người khác.

Phần lớn ù tai là những tiếng kêu đơn âm, tuy nhiên có trường hợp tiếng ù có dạng là những âm phức như tiếng sóng biển, tiếng dế kêu, tiếng chuông reo hoặc tiếng hơi nước thoát qua chỗ hẹp.

Phân biệt ù tai với các âm thanh do ảo giác như tiếng nói trong tai, tiếng nhạc, thường là kết quả của của nhiễm độc thuốc, rối loạn tâm lý hoặc với tình trạng nghe tiếng nói, hơi thở của chính bệnh nhân do điếc dẫn truyền, vòi nhĩ dãn rộng.

II. PHÂN LOẠI Ù TAI

Phân loại theo vị trí tổn thương, giúp chúng ta khi khám và đánh giá
bệnh nhân. Phân loại theo Wegel (1921) và phân loại theo Fowler (1944) tương đối giống nhau và giúp chúng ta định hướng cơ chế bệnh sinh và hướng điều trị, trong cách phân loại này ù tai được chia làm hai loại chính:

1. Ù tai cơ học

Là các âm thanh thực sự, có nguồn gốc cơ học, xuất phát từ trong tai hay các cơ quan lân cận.

2. Ù tai thần kinh

Có nguồn gốc thần kinh xuất phát từ hệ thống thính giác hoặc vỏ não thính giác. Ù tai cơ học lại được chia nhỏ thành hai loại là ù tai chủ quan (chỉ có bệnh nhân nghe được) và ù tai khách quan (cả bệnh nhân và người khác nghe được). Ù tai thần kinh cũng được chia thành ù tai có nguồn gốc từ thần kinh trung ương và ù tai có nguồn gốc từ thần kinh ngoại biên.

a. Ù tai cơ học

- Bất thường mạch máu
  - + Bất thường động tĩnh mạch
  - + Phình mạch
  - + Tiếng rung tĩnh mạch
  - + Hở xương vịnh cảnh
  - + Còn động mạch bàn đạp
  - + Hội chứng Eagle
  - + U cuộn cảnh hoặc cuộn nhĩ
  - + Cao huyết áp
- Thần kinh cơ
  - + Co thắt cơ khẩu cái
  - + Co thắt cơ bàn đạp
  - + Co thắt cơ căng màng nhĩ
  - + Rối loạn chức năng khớp thái dương hàm
- Nguyên nhân khác
  - + Dãn rộng vòi nhĩ, bệnh rối loạn chức năng vòi
  - + Viêm nhiễm tại chỗ

b. Ù tai thần kinh

- Ngoại biên
- Ống tai ngoài
- Tai giữa

- Ốc tai
- Trung ương
- Thần kinh thính giác
- Các đường dẫn truyền thần kinh trung ương
- Vỏ não

III. LÂM SÀNG

Tất cả các yếu tố sau phải được khai thác và ghi nhận kỹ lưỡng:

- Bệnh sử: thời gian khởi phát ù tai, tuổi, kiểu tiến triển của ù tai, tiền sử gia đình và các triệu chứng nghe và tiền đình kèm theo (nghe kém, đầy tai, chóng mặt).
- Tính chất ù tai: vị trí (trong đầu, một bên, hai bên), cao độ, âm đơn hay âm phức, kiểu tiếng ù (đều đều, theo nhịp mạch, tiếng click, tiếng thổi), cường độ, mức độ gây khó chịu, ảnh hưởng của môi trường, liên tục hay ngắt quãng.
- Các triệu chứng kèm theo: chảy tai, chấn thương đầu, tiếp xúc với tiếng ồn,sử dụng thuốc độc với tai.
- Khám lâm sàng: khám lâm sàng tai – thần kinh toàn diện kết hợp với đánh giá chức năng tai.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị phẫu thuật

- Nhiều phẫu thuật đã được đề xuất nhằm điều trị ù tai, chủ yếu là các ù tai có nguồn gốc cơ học cũng như các nguyên nhân gây ù tai là các khối choán chỗ trong góc cầu – tiểu não, u tân sinh của thùy thái dương hoặc các ù tai đi kèm với điếc dẫn truyền.
- Các phẫu thuật giảm áp tai túi nội dịch, dùng nhiệt để hủy ống bán khuyên ngoài, dùng muối đặt vào cửa sổ tròn, phẫu thuật cắt hạch sao để điều trị các trường hợp ù tai do Ménière.
- Phẫu thuật khoét mê nhĩ và phẫu thuật điều trị ù tai chóng mặt cắt dây thần kinh tiền đình chỉ được áp dụng để điều trị ù tai trên các bệnh nhân điếc tiếp nhận hoàn toàn tai cùng bên.
- Sử dụng hóa chất để phong bế tạm thời hoặc vĩnh viễn thần kinh giao cảm hòm tai như: dùng lidocain, procain, alcohol, ethylmorphine hydrochloride tiêm dưới niêm mạc ụ nhô. Phẫu thuật cắt bỏ thần kinh giao cảm được áp dụng khi phong bế tạm thời không hiệu quả.

2. Điều trị nội khoa

Nhiều phương thức điều trị nội khoa đã được đề xuất để điều trị ù tai, có thể phân làm hai loại chính:

a. Các thuốc cắt đứt các cơ chế bệnh sinh tạo nên tiếng ù.

b. Các loạithuốc giúp bệnh nhân giảm đi sự khó chịu đối với tiếng ù.

- Các thuốc tăng tuần hoàn ốc tai và hệ thần kinh trung ương: các adrenergic, các thuốc ức chế adrenergic, antiadrenergic, cholinomimetic, anticholinesterase, cholinolytic, các thuốc giãn cơ trơn, các plasma polypeptide và các vitamin.
- Các thuốc kháng histamin và thuốc giảm phù nề trong các trường hợp nghi ngờ nguyên nhân ù tai do rối loạn chức năng vòi.
- Các thuốc an thần, magnesi sulfate, barbiturate, meprobamate được sử dụng để giảm các ức chế trên hệ lưới của hệ thần kinh trung ương.
- Các dẫn xuất của para-aminobenzoic acid (như procain) và nhóm aminoacylamide (như lidocaine, lignocaine) cũng có thể được sử dụng đường tĩnh mạch để làm giảm độ nhạy cảm của các mô dẫn truyền thần kinh.

Tương tự, chúng ta có thể sử dụng Tegretol, một thuốc chống co giật thường được sử dụng trong điều trị động kinh và đau thần kinh tam thoa, với mục đích tương tự, nhưng phải chú ý phản ứng phụ gây thiếu máu do suy tủy.

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM- 2007.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2016.
3. Phác đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

LIỆT DÂY THẦN KINH VII NGOẠI BIÊN

I. ĐỊNH NGHĨA

Liệt dây thần kinh VII ngoại biên hay còn gọi là liệt mặt ngoại biên là mất vận động hoàn toàn hay một phần các cơ của nửa mặt, mà nguyên nhân của nó là do tổnthương dây thần kinh mặt, trái ngược với liệt mặt trung ương là tổn thương liên quan đến não.

II. NGUYÊN NHÂN:

Dây thần kinh mặt có đường đi phức tạp từ hệ thống thần kinh trung ương qua xương thái dương và tuyến mang tai, trước khi đảm bảo phân bố thần kinh cho các cơ ở vùng mặt. Do vậy, tổn thương vận động của nửa mặt có nhiều nguyên nhân, hoặc ở nhân của thân não, ở dây VII trong góc cầu tiểu não, ở xương đá hay tuyến mang tai.

Các nguyên nhân chính của liệt mặt.

- Hay gặp nhất là liệt mặt Bell, chiếm tỉ lệ khoảng 11/1000, có thể liên quan đến sự tấn công của virus lên dây thần kinh mặt làm cho dây mặt bị viêm. Đa số các liệt mặt Bell đều phục hồi hoàn toàn trong khoảng 6 tháng.
- Ngoài ra còn có các nguyên nhân khác (viêm hay nhiễm khuẩn dây mặt, chấn thương, khối u ở đầu hay cổ, đột quị…)

III. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán xác định

Chủ yếu dựa vào lâm sàng. Dù nguyên nhân nào, trước một trường hợp liệt mặt ngoại biên, cần hỏi bệnh và thăm khám tỉ mỉ để xác định mức độ liệt mặt và định khu tổn thương.

Hỏi bệnh đóng vai trò quan trọng, cho phép gợi ý chẩn đoán và đôi khi khu trú vị trí tổn thương như: cách xuất hiện liệt mặt cũng như các triệu chứng đi kèm: chảy tai, chấn thương, rối loạn vị giác, giảm tiết nước mắt…

Khu trú	Bệnh nguyên
Trong sọ	Tai biến mạch máu não U của hệ thần kinh trung ương (liệt mặt trung ương) U dây thần kinh thính giác
Trong xương thái dương	Liệt mặt vô căn (liệt mặt Bell) Zona hạch gối Nhiễm khuẩn tai giữa biến chứng Chấn thương (do phẫu thuật, vỡ xương thái dương) U dây thần kinh mặt Nhiễm mononucléose, bệnh Lyme
Ngoài xương thái dương	U tuyến mang tai
Bệnh hệ thống	Sarcoidose, bệnh đa thần kinh, xơ cứng rải rác

1.1 Lâm sàng

– Xác định tình trạng liệt mặt ngoại biên: có dấu hiệu đặc trưng của tổn thương ngoại biên, đó là dấu hiệu Charles bell, người bệnh không thể nhắm kín mắt.

+ Ở trạng thái nghỉ, mặt không cân xứng, bị kéo lệch về bên lành. Nếp nhăn trán bị xóa so với bên đối diện và cung mày bị rơi xuống. Mép bên liệt bị hạ thấp, má bị nhẽo và phồng lên khi thở ra.
+ Khi điệu bộ, mặt mất cân xứng rõ hơn. Nhai và cấu âm khó.

+ Trong trường hợp tổn thương kín đáo, người ta có thể thấy được nhờ dấu hiệu Souque: khi nhắm chặt mi mắt, lông mi bên liệt dài hơn bên lành.

– Tóm lại, để đánh giá mức độ của liệt mặt phải dựa vào:
  + Trương lực cơ khi nghỉ.
  + Và nghiên cứu sự co mỗi nhóm cơ của mặt.

  Tất cả các dữ liệu này được đánh số để theo dõi sự tiến triển trên lâm sàng một cách chính xác.
– Thăm khám khác:
  + Khám tai: tìm các nốt phỏng vùng cửa tai, chảy tai và tình trạng màng nhĩ cho phép hướng chẩn đoán nguyên nhân.
  + Khám họng và cổ: sờ cổ mặt và khám họng để loại trừ khối u tuyến mang tai.
  + Khám thần kinh: tìm các tổn thương dây thần kinh sọ phối hợp khác.

1.2 Cận lâm sàng

Giúp cho nghiên cứu định khu của tổn thương, theo dõi tiến triển cũng như tìm nguyên nhân của liệt mặt.

– Nghiên cứu định khu tổn thương: Thực tế, dây VII không những bao gồm các sợi vận động cho các cơ của mặt mà còn có các sợi cảm giác đảm bảo phân bố thần kinh cảm giác cho vùng Ramsay - Hunt, các sợi thần kinh giác quan làm nhiệm vụ vị giác cho phần trước của lưỡi và các sợi thần kinh thực vật chi phối tiết nước mắt, tiết dịch của tuyến dưới hàm, dưới lưỡi. Dựa vào sự thoát ra của các sợi thần kinh khác nhau này có thể khu trú vị trí tổn thương. Hai thăm dò được sử dụng nhiều nhất, đó là:
  + ***Test tiết nước mắt của Schirmer:*** đo tiết nước mắt gây ra do ngửi mùiamoniac. Giảm tiết nước mắt phản xạ trên 30% so với bên lành, biểu hiện tổn thương ở trên đoạn hạch gối.
  + ***Nghiên cứu phản xạ xương bàn đạp:*** bằng cách đo trở kháng, biến mất phản xạ bảo vệ tai trong là tổn thương trên chỗ thoát ra của cơ bàn đạp.

  Ngoài ra, còn có các test: đo tiết nước bọt (test Blatt) và đo điện vị giác. Test dương tính biểu hiện tổn thương ở trên chỗ thoát ra của dây thừng nhĩ.
– Nghiên cứu tiến triển: ngoài theo dõi các triệu chứng lâm sàng, test điện và phản xạ bàn đạp có thể giúp cho theo dõi quá trình tiến triển.
  + Test điện: có giá trị đặc biệt trong các trường hợp nặng, cho phép phân biệt hai loại tổn thương

  Tổn thương myeline đơn thuần với nghẽn dẫn truyền ở phía trên và tiên lượng tốt.

  Tổn thương sợi trục có thể hoàn toàn với phục hồi lâu hơn ngay cả không hoàn toàn hoặc không phục hồi tùy theo số sợi bị tổn thương.
– Các xét nghiệm khác:
  + Công thức máu
  + Đường máu
  + Máu lắng

  Tùy theo bệnh cảnh lâm sàng, có thể chỉ định:
  + Chụp cắt lớp (liệt mặt liên quan đến chấn thương, viêm tai…).
  + Chụp cộng hưởng từ (đánh giá tình trạng dây mặt và não).

2. Chẩn đoán phân biệt

– Liệt mặt có nguồn gốc trung ương: thường dễ dàng loại trừ vì chủ yếu liệt ở nửa mặt dưới và phối hợp với các tổn thương của hệ tháp (thiếu hụt vận động cùng bên trong

trường hợp tổn thương vỏ não và dưới vỏ, với mức độ thay đổi, thất ngôn, rối loạn cảm giác…).

- Liệt mặt nguồn gốc tại nhân: do tổn thương ở thân não và tương ứng với tổn thương nhân vận động và vùng lân cận của bó dưới - cầu.
- Lâm sàng biểu hiện liệt mặt kiểu ngoại biên, nhưng có phối hợp với các dấu hiệu khác của tổn thương hành - cầu. (liệt mặt, liệt dây VI cùng bên tổn thương và liệt nửa người đối bên). Liệt mặt nguồn gốc tại nhân này có thể do tổn thương nhiễm trùng (giang mai, uốn ván, bại liệt), khối u (gliome) hoặc do mạch máu (nhất là nhuyễn cầu não).
- Thiếu hụt vận động, nói chung là cân xứng, có thể thứ phát sau: Bệnh lý cơ ;Nghẽn thần kinh - cơ của nhược cơ.
- Bệnh collagen như xơ cứng bì, viêm da cơ có thể cho vẻ mặt bất động với thay đổi màu sắc da và tổ chức dưới da.
- Mất cân xứng mặt bẩm sinh.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Hướng xử trí liệt mặt tùy thuộc vào bệnh nguyên. Trước tiên, phải đảm bảo bệnh nhân liệt mặt không liên quan đến tai biến mạch máu não. Tiếp theo, cần tiến hành khám nội soi tai để phát hiện các bệnh lý tai gây liệt mặt. Liệt mặt vô căn (liệt mặt Bell) là chẩn đoán loại trừ.

2. Điều trị cụ thể

- Nội khoa:

  Trước một trường hợp liệt mặt do bệnh lý thần kinh (Liệt mặt Bell): điều trị nội khoa là chủ yếu với mục đích giảm phù nề chèn ép trong ống xương và chống thiếu máu.

  Trước tiên là dùng corticoid sớm, liều cao (1mg prednisolon /kg) sau khiđã loại trừ các chống chỉ định (đái tháo đường, lao, loét dạ dày- tá tràng, rối loạn tâm thần…)

  Ngoài ra có thể dùng các thuốc chống virus đặc biệt cho những trường hợp có bệnh cảnh nhiễm virus hay đau vùng sau tai, rối loạn cảm giác vùng mặt.
- Ngoại khoa:

  Nhờ những tiến bộ về vi phẫu tai phát triển trong các năm gần đây, nhiều phẫu thuật phục hồi dây thần kinh như giảm áp, khâu và ghép đoạn được chỉ định cho các trường hợp liệt mặt do các nguyên nhân khác nhau.
- Lý liệu pháp hay châm cứu với các bài tập các cơ của mặt tạo điều kiện giữ trương lực cơ và phân bố mạch để chống teo cơ.
- Theo dõi và chăm sóc mắt: rất quan trọng, đảm bảo cho giác mạc được phủ kín, tránh viêm giác mạc bằng cách nhỏ thường xuyên nước mắt nhân tạo và băng mắt khi ngủ.

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Nói chung liệt mặt không hoàn toàn luôn luôn khỏi không để lại di chứng. Liệt mặt hoàn toàn có thể để lại các di chứng khác nhau như:

- Các biến chứng mắt: viêm kết mạc, viêm giác mạc, loét giác mạc, lộn mí. Các biến chứng này có thể phòng tránh bằng nhỏ mắt bảo vệ, đeo kính, khâu sụn mí hoàn toàn hay một phần.
- Đồng vận: biểu hiện co cơ không tự chủ phối phợp với các hoạt động tự chủ như mép bị kéo khi nhắm mắt. Thất bại trong điều trị, phục hồi chức năng có thể giảm bớt khó chịu này.
- Co thắt nửa mặt sau liệt mặt: biến chứng này gặp ở các thể nặng do tổn thương thân thần kinh với phân bố lại thần kinh một phần.

- Hội chứng nước mắt cá sấu: hiếm gặp, biểu hiện chảy nước mắt khi ăn.

VI. PHÒNG BỆNH

Nguyên tắc chung cho điều trị liệt mặt, dù do nguyên nhân nào là phải:

- Theo dõi mắt: đôi khi cần phải tiến hành tạm thời khâu đóng mi một phần.
- Lý liệu pháp thích ứng: ở giai đoạn đầu để tránh teo cơ và ở giai đoạn di chứng trong trường hợp co thắt nặng.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM- 2007.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2016.
3. Phác đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

PHẦN 2: MŨI XOANG

VIÊM MŨI XOANG TRẺ EM

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm mũi xoang (VMX) là tình trạng viêm niêm mạc mũi và các xoang cạnh mũi, gây ra do nhiều nguyên nhân khác nhau như nhiễm khuẩn, siêu vi, dị ứng... bệnh thường hay gặp ở trẻ em dưới 6 tuổi.

Tùy theo thời gian diễn biến của bệnh, viêm mũi xoang được chia làm ba thể: viêm mũi xoang cấp tính kéo dài dưới 4 tuần, viêm mũi xoang bán cấp kéo dài từ 4 - 8 tuần và viêm mũi xoang mạn tính kéo dài ít nhất từ 8 - 12 tuần bất chấp việc điều trị.

II. NGUYÊN NHÂN

Có nhiều nguyên nhân gây viêm xoang ở trẻ em, trong đó nguyên nhân do vi sinh vật gây bệnh (vi khuẩn, virus, vi nấm) là hay gặp nhất. Vi khuẩn gây bệnh viêm xoang gặp chủ yếu là một trong các loại Hemophillus influenzae, Streptococcus pneumoniae, trực khuẩn mủ xanh (P.aeruginosa), E.coli, cầu khuẩn (tụ cầu và liên cầu), Klebsiella…

Các loài vi khuẩn này từ họng, hầu, mũi, phế quản di chuyển ngược dòng lên các xoang và gây viêm xoang cho trẻ. Viêm mũi xoang trẻ em thường hay gặp ở các cháu dưới 6 tuổi, bị viêm mũi dị ứng, viêm VA, viêm amidan. Bệnh thường khởi đầu ở các cháu gầy yếu, suy dinh dưỡng, hay sốt vặt, có cơ địa dị ứng, thường mắc bệnh viêm đường hô hấp trên, điều trị không khỏi dẫn đến viêm mũi xoang.

- Viêm đường hô hấp trên: Chảy mũi, ho, ngạt mũi, sốt nhẹ, thường hay xảy ra, nhiều khi hết thuốc bệnh lại tái phát, thường dẫn đến biến chứng viêm tai giữa cấp tính.
- Viêm mũi dị ứng: Chảy mũi trong, nhiều em suốt ngày chảy mũi, khò khè, có kèm theo ran ở phổi. Có khoảng 40% trẻ em bị viêm mũi dị ứng có liên quan đến hen phế quản.
- Hen phế quản: Viêm phế quản mạn tính, trẻ khó thở từng cơn do phế quản co thắt, niêm mạc phế quản phù nề và xuất tiết dịch nhầy, khó thở ở thì thở ra. Có khoảng 80% trẻ em bị hen phế quản có liên quan đến viêm mũi dị ứng.
- Suy giảm miễn dịch: Ở trẻ có liên quan đến việc cha mẹ bị AIDS.
- Bất thường giải phẫu về hốc mũi: Vẹo vách ngăn, quá phát cuốn mũi, quá phát VA vòm, VA vòi.

Các nguyên nhân trên kéo dài dai dẳng dẫn đến niêm mạc mũi bị phù nề, tắc lỗ thông mũi xoang, ứ đọng dịch trong xoang và viêm xoang.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1 Lâm sàng

Những triệu chứng sau đây có thể nghĩ đến là xoang bị nhiễm trùng: Sốt nhẹ kéo dài, sổ mũi, nước mũi có màu vàng-xanh, chảy mũi xuống họng gây đau họng, ho, hơi thở hôi, nôn ọe, trẻ trên 6 tuổi thì luôn luôn có triệu chứng nhức đầu, mệt mỏi khó chịu, phù nề quanh mắt.

Ở trẻ dưới 2 tuổi, viêm mũi xoang thường đi kèm với viêm tai giữa và nguyên nhân là do nhiễm siêu vi và dị ứng bởi những yếu tố môi trường như khói thuốc lá, thời gian ở nhà trẻ quá nhiều và đặc biệt là bệnh trào ngược acid dạ dày thực quản.

1.2 Cận lâm sàng

- Khám nội soi mũi: Các khe mũi hai bên hốc mũi nhiều dịch nhầy, đặc, chảy từ cửa mũi sau xuống họng, niêm mạc cuốn mũi giữa, cuốn mũi dưới phù nề. Vòm mũi họng VA quá phát che kín cửa mũi sau, có khi chèn ép vào lỗ vòi Eustache.
- Chụp X quang thông thường tư thế Blondeau và Hirtz có thể thấy hình ảnh các xoang bị mờ, dày niêm mạc xoang, mức khí - dịch trong xoang.

- Chụp CT Scan đối với những bệnh nhi bị viêm mũi xoang mạn tính sẽ thấy rõ ràng hình ảnh tổn thương niêm mạc xoang, những biến đổi về cấu trúc giải phẫu mũi xoang, giúp thầy thuốc quyết định phẫu thuật chính xác.
- Chụp cộng hưởng từ (MRI) có giá trị chẩn đoán các bệnh lý u xoang (u nấm hoặc u ác tính).
- Siêu âm xoang chỉ có giá trị chẩn đoán bệnh lý xoang ở trẻ trên 4 tuổi, chủ yếu là xoang hàm và xoang trán.
- Nuôi cấy vi khuẩn trong dịch mũi xoang, lấy từ vòm mũi họng, để phân lập vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm mũi xoang và viêm đường hô hấp trên: Viêm đường hô hấp trên cấp tính thì trong một năm trẻ có thể mắc từ 6 - 8 lần, sau một đợt viêm mũi họng cấp kéo dài trên 1 tuần, viêm nhiễm đường hô hấp trên chỉ kéo dài trung bình 5 – 7 ngày là hết. Trong khi đó bệnh viêm mũi xoang ở trẻ nhỏ thì triệu chứng lâm sàng, diễn biến và biểu hiện bệnh kéo dài dai dẳng rất lâu sau đó và có thể trở thành viêm mũi xoang mạn tính.
- Viêm mũi xoang và viêm mũi dị ứng: Bệnh viêm mũi dị ứng rất dễ chẩn đoán, có thể căn cứ vào một số triệu chứng sau: ngứa mũi, hắt hơi liên tục thành tràng dài, không thể kiểm soát được, với trẻ bị viêm mũi dị ứng thời tiết sẽ hắt hơi rất nhiều khi gặp lạnh, có thể vào buổi sáng hoặc khi thời tiết thay đổi. Chảy nước mũi cả hai bên, dịch màu trong suốt, không có mùi. Ngạt mũi từng bên, có khi ngạt cả hai bên, trẻ mắc bệnh phải thở bằng miệng.

Chụp Xquang không cho hình ảnh rõ rệt, khác với bệnh viêm xoang mạn tính sẽ có hình ảnh các hốc xoang chứa mủ. Trẻ bị viêm mũi dị ứng thường phát bệnh theo từng cơn, vào thời điểm chịu tác động của các tác nhân gây dị ứng. Ngoài cơn trẻ có thể cảm thấy hoàn toàn bình thường.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Làm giảm các triệu chứng lâm sàng.
- Kiểm soát nguyên nhân nhiễm trùng: siêu vi, vi khuẩn, nấm…
- Phòng tránh các yếu tố gây dị ứng: khói thuốc lá, bụi nhà, lông vũ, phấn hoa…
- Điều trị các bệnh nền nếu có như: trào ngược dạ dày thực quản, suy giảm miễn dịch…
- Điều trị các bất thường về giải phẫu mũi xoang nếu có.

2. Phác đồ điều trị

1.1 Viêm mũi xoang cấp tính

Điều trị nội khoa là chính, bao gồm:

- Thuốc kháng sinh nhóm Bêta - lactam, Cephalosporin, thế hệ 1, 2, Macrolide… dài từ 7 đến 14 ngày.
- Thuốc chống sung huyết mũi giúp thông thoáng mũi và các lỗ thông xoang như Oxymethazolone 0,05%, Xylomethazoline 0,05%...
- Xịt Corticoid tại chỗ để giảm phù nề niêm mạc mũi xoang.
- Các loại thuốc làm ẩm mũi, loãng dịch tiết mũi như nước muối sinh lý…
- Điều trị hỗ trợ như rửa mũi, hút mũi để đỡ nghẹt mũi. Lưu ý những loại thuốc chống sung huyết mũi và các loại kháng histamin thận trọng dùng cho trẻ dưới 2 tuổi.

1.2 Viêm mũi xoang mạn tính

Nếu trẻ vẫn bị một hay nhiều triệu chứng lâm sàng như đã nói ở trên kéo dài quá 12 tuần thì coi như viêm mũi xoang mạn tính. Viêm mũi xoang mạn tính hoặc những thời kỳ tái

phát của viêm mũi xoang cấp tính nhiều hơn 4-6 lần trong một năm thì phải đưa trẻ đi khám bệnh ở bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng để quyết định điều trị nội khoa tiếp tục hoặc phải can thiệp phẫu thuật nội soi mũi xoang.

Cần áp dụng những phẫu thuật bảo tồn hơn là phẫu thuật tiệt căn, chỉ định phẫu thuật trong các trường hợp sau:

- Viêm mũi xoang tái phát hơn 6 lần/1 năm.
- Chảy máu mũi, nghẹt mũi, không ngửi được mùi.
- Mũi ứ đọng mủ nhầy, mủ hoặc chảy xuống thành sau họng.
- Nhức đầu, ù tai, chảy mủ tai.
- Khám mũi thấy có những biến dạng về cấu trúc giải phẫu, có polyp, VA phì đại…
- Hình ảnh trên phim CT Scan có dấu hiệu viêm xoang mạn tính.

Chú ý: Trong quá trình phẫu thuật, nếu phát hiện thấy VA viêm, quá phát thì nên xử lý luôn.

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Nếu không được điều trị, hoặc điều trị không hợp lý, viêm mũi xoang có thể gây những biến chứng thường gặp sau đây và có thể nguy hiểm đến tính mạng:

- Viêm họng mạn tính
- Polyp mũi
- Viêm tai giữa ứ dịch
- Viêm phế quản mạn tính, hen suyễn
- Nhức đầu dai dẳng
- Viêm dây thần kinh thị giác sau nhãn cầu
- Viêm tấy ổ mắt
- Viêm mí mắt
- Viêm túi lệ
- Viêm cốt - tủy xương, áp xe dưới cốt mạc xương trán
- Viêm màng não
- Viêm tắc tĩnh mạch hang
- Áp xe não, viêm não

VI. PHÒNG BỆNH

Một số biện pháp để phòng bệnh viêm mũi xoang cho trẻ em gồm:

- Điều trị nghẹt mũi do cảm lạnh hoặc dị ứng tức thì. Như vậy có thể ngăn cản sự nhiễm khuẩn ở các xoang đang phát triển.
- Tránh tiếp xúc với những người bị cảm hoặc đang nhiễm khuẩn đường hô hấp trên do siêu vi. Nếu phải tiếp xúc với những người này thì phải rửa tay thường xuyên, đặc biệt là sau khi tiếp xúc thì phải rửa tay ngay lập tức.
- Tránh xa khói thuốc lá trong nhà hoặc ở những nơi vui chơi công cộng, vì khói thuốc kích thích làm cho niêm mạc mũi xoang bị viêm nặng hơn.
- Nếu đã có cơ địa dị ứng thì tránh những tác nhân gây bộc phát dị ứng, nên nói cho bác sĩ biết trẻ có đang điều trị bằng phương pháp giảm mẫn cảm đặc hiệu hay không.
- Tránh hít thở không khí khô khan. Nên dùng máy tạo ẩm trong nhà hoặc nơi trẻ học tập để làm ẩm không khí.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM- 2007.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2016.
3. Phac đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

U LÀNH TÍNH MŨI XOANG

U vùng mũi và xoang cạnh mũi (ở người lớn và trẻ em) hiếm gặp, chiếm khoảng dưới 3% u của đường hô hấp trên. Việc chẩn đoán u vùng mũi và xoang cạnh mũi thường trễ do triệu chứng chính là những triệu chứng giống như một tình trạng viêm mũi xoang mãn tính, nhưng có đặc điểm khác là thường xảy ra ở một bên đôi khi chảy máu. Chẩn đoán xác định bản chất khối u phải dựa vào giải phẫu bệnh.

Do cấu trúc xoang nhỏ và chưa phát triển hoàn chỉnh, và đồng thời tình trạng nhiễm khuẩn hô hấp làm lu mờ bệnh cảnh lâm sàng, nên bệnh nhân nhi đến bệnh viện vì biến chứng của u (lồi mắt, biến dạng khuôn mặt…).

U mũi và xoang cạnh mũi ở trẻ em thường là u lành tính có nguồn gốc từ sang chấn, sợi xương và từ răng, u ác tính hay gặp là sarcom cơ vân. Bệnh nhân thường đến trễ và có biến chứng biến dạng khuôn mặt, việc chẩn đoán và điều trị còn rất nhiều khó khăn và khó đánh giá tỷ lệ tái phát.

CÁC LOẠI U LÀNH TÍNH THƯỜNG GẶP

- Polyp mũi, xoang.
- U xơ vòm mũi họng.
- U nhầy.
- U xương.
- U nang răng sinh.
- U nang sàn mũi.
- U máu trong mũi.
- U nhú.

I. POLYP MŨI

1. ĐỊNH NGHĨA

- Là u lành rất thường gặp, có thể đơn thuần ở hốc mũi, có thể trong các xoang mặt hay cả ở mũi và xoang.
- Polyp mũi thực ra không phải là khối u mà là thoái hoá cục bộ của niêm mạc mũi hay xoang mà chủ yếu là lớp tổ chức đệm. − Về cấu trúc: bên ngoài là lớp biểu mô với tế bào trụ, vuông hay thành tế bào lát bẹt, bên trong là tổ chức liên kết với các tế bào xơ tạo thành một lớp lỏng lẻo, chứa các chất dịch hay chất nhầy, cũng thấy một số tế bào lympho, đơn nhân hoặc ái toan. Do đó polyp là khối mềm, nhẵn, mọng, trong, màu hồng nhạt.

2. NGUYÊN NHÂN

Có thể gặp do nhiều nguyên nhân khác nhau:

- Do viêm: viêm mũi xoang do vi khuẩn, do nấm, mủ trong xoang chảy ra khe giữa làm niêm mạc vùng này thoái hoá thành polyp.
- Do dị ứng: thường gặp trong dị ứng mũi - xoang.
- Còn do rối loạn vận mạch, rối loạn nội tiết hay do cơ địa tạo nên.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1 Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng

Polyp phát triển chậm, do ngày càng to ra, choán dần hốc mũi nên gây triệu chứng chính là ngạt, tắc mũi. Ngạt mũi ngày càng tăng dần đưa tới tắc mũi. Nếu polyp ở cả hai hốc mũi làm không thở được bằng mũi, mất ngửi, nói giọng mũi kín. Có thể chảy nước mũi trong khi thay đổi thời tiết như trong viêm mũi dị ứng hoặc chảy mũi đặc, đau nhức vùng xoang khi do viêm xoang. Khám mũi: thấy khối u mềm, nhẵn bóng, mọng, màu hồng

nhạt, thường ở khe giữa. Nếu để lâu thấy một hoặc nhiều khối thành chùm lấp kín hốc mũi, ló ra ngay ở cửa lỗ mũi sau, lan cả vào vòm. Nếu do viêm xoang, thấy quanh các khối polyp có nhiều mủ bám nhưng mặt polyp không bao giờ bị hoại tử.

Ngoài polyp thông thường có thể gặp :

- Polyp đơn độc Kallian: chỉ có một khối polyp duy nhất mọc từ xoang hàm ra, triệu chứng duy nhất là ngạt tắc mũi một bên.
- Polyp chảy máu: thường có chân bám ở vách ngăn, vùng điểm mạch Kisselbach nên dễ gây chảy máu mũi.
- Bệnh Woaker: polyp có trong xoang sàng cả hai bên, gây biến dạng xương chính mũi làm gốc mũi bè rộng ra, rãnh mũi - mắt bị đẩy phồng, hai khoé trong mắt xa nhau hơn.

3.1.2. Cận lâm sàng

Chụp X quang thấy hình ảnh viêm xoang.

3.2 Chẩn đoán phân biệt

- Cuốn giữa thoái hoá: do viêm xoang mạn tính gây ra, cuốn giữa thoái hoá thành một khối mềm, nhẵn, màu hồng nhạt giống như polyp, vì cũng có cùng cấu trúc. Khi dùng que thăm dò thấy có chân cứng do xương cuốn. Khi trong hốc mũi có cả polyp, cả cuốn giữa thoái hoá to, lấp kín hốc mũi, rất khó phân biệt.
- U xơ vòm mũi họng: khi polyp phát triển ra cửa lỗ mũi sau, xuống vòm, hoặc trường hợp u xơ phát triển vào hốc mũi có thể gây nhầm lẫn. Nên nhớ u xơ thường gặp ở tuổi dậy thì, khối màu trắng, đục, không mọng, mật độ chắc hơn và dễ gây chảy máu.
- Ung thư sàng hàm: cũng phát triển khối u mềm như polyp mũi, nhưng khối u không nhẵn, thường có chỗ sùi, mật độ không đều, mặt hay có hoại tử, rất dễ chảy máu và có chảy mủ lẫn máu mùi hôi rõ.

4. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc chung:

- Nguyên tắc chung là phẫu thuật lấy bỏ khối polyp trong mũi hoặc xoang. Nếu polyp ở trong hốc mũi có thể lấy bằng thòng lọng hoặc bằng dao cắt - hút. Nếu có viêm xoang cần thực hiện mổ xoang lấy bệnh tích đồng thời lấy polyp.
- Riêng đối với trẻ em, polyp còn nhỏ người ta có thể điều trị nội khoa, dùng glucocorticoid vì glucocorticoid ngăn trở hoạt động của phospholipase A2 qua trung gian lipocortin. Thuốc có tác dụng chặn đứng quá trình viêm, ngăn chặn sự tạo lập prostaglandin và leucotrien, qua cơ chế này thuốc tác động lên mọi giai đoạn của quá trình viêm trong mô. Hiện nay có rất nhiều loại glucocorticoid nhưng sử dụng nhiều nhất là loại xịt.
- Nếu sử dụng dài ngày cần phải theo một quy tắc nhất định với liều lượng 0,1 - 0,3mg/kg/ngày.

  Thí dụ: nếu chọn prednison thì uống 1 liều, 2 ngày 1 lần trong 1 tuần, rồi uống 1 tuần nghỉ 1 tuần trong 2 tháng, tiếp theo uống 1 tuần nghỉ 2 tuần trong 2 tháng, sau đó uống 1 tuần nghỉ 3 tuần trong 2 tháng.
- Nhìn chung có nhiều tác giả sử dụng glucocorticoid nhưng cần phải theo dõi những biến chứng của việc sử dụng loại thuốc này một cách chặt chẽ.

II. U XƠ VÒM MŨI HỌNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Là u lành tính gặp ở tuổi thanh thiếu niên (13 - 18 tuổi), thường gặp ở nam giới. Khác với polyp, u xơ thường có chân bám rộng ở vùng cửa mũi sau, có mạch từ cốt mạc xương vùng vòm. Về vi thể gồm có các tế bào xơ trưởng thành với những bó sợi chắc và nhiều

mạch máu đi tới làm thành lưới mạch phong phú.

2. NGUYÊN NHÂN

Hiện chưa được xác định rõ, thấy có liên quan nhiều đến nội tiết.

- Có thể do sự rối loạn cốt hoá xương nề sọ do ảnh hưởng của tuyến yên.
- Hoặc do kích thích cốt mạc nền sọ bởi viêm mạn tính như viêm V.A mạn tính.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1 Lâm sàng

U xơ phát triển chậm, lúc đầu chỉ gây ngạt mũi một bên, tăng dần, sau khối u phát triển to ra lấp kín lỗ mũi sau gây ngạt cả hai bên, nói giọng mũi kín, luôn có ứ đọng mũi nhầy trong hốc mũi.

- Chảy máu mũi: lúc đầu thỉnh thoảng mới chảy máu mũi, chảy ít, tự cầm dễ. Sau ngày càng tăng, một vài ngày chảy một lần, lượng chảy cũng nhiều hơn, kéo dài hơn gây thiếu máu mạn tính, thể trạng xanh, yếu đi. Ngoài ra thường có ù tai, nghe kém thể truyền âm do khối u che lấp loa vòi Eustachi.
- Soi mũi: khối u có thể tràn lấp cả hốc mũi hay chỉ chiếm một phần phía sau hoặc sàn mũi, u nhẵn như polyp nhưng căng, trắng đục và mật độ chắc hơn polyp.
- Soi mũi sau: u lấn vào che lấp lỗ mũi sau hay đã lan vào vòm mũi họng, che lấp một phần hay cả hai lỗ mũi sau. Khi quá to có thể che lấp cả vòi Eustachi và đẩy màn hầu phồng lên. Sờ vòm bằng ngón tay thấy mật độ khối u chắc, hay có dính máu đầu ngón tay.

3.2 Cận lâm sàng

CT scan xác định vị trí và sự xâm lấn của khối u ra các cơ quan lân cận. Tiến triển: U xơ tuy là u lành nhưng nếu để phát triển tự nhiên sẽ gây ảnh hưởng lớn:

- Làm sập hàm ếch, tiêu xương hàm trên.
- Phát triển vào hố chân bướm hàm gây ảnh hưởng đến hoạt động nhai.
- Qua xoang sàng vào ổ mắt, đẩy lồi nhãn cầu hoặc qua xoang sàng, bướm phát triển vào nội sọ, những tiến triển trên thường gặp trong u xơ vòm thành bên thể Selileau (sêbilô).

4. ĐIỀU TRỊ

Lấy bỏ u xơ là nguyên tắc cơ bản. Có thể mổ theo nhiều đường khác nhau như đường mũi xoang Denker, đường cạnh mũi rhinotomie hoặc đường rạch màn hầu. Các phẫu thuật này gây chảy máu nhiều cần truyền máu. Hiện nay với các phương pháp hiện đại như nút mạch trước khi phẫu thuật nên vấn đề chảy máu không còn đáng ngại như trước đây.

Sau phẫu thuật có thể chạy tai quang tuyến liều nhỏ.

Cần lấy hết chân khối u ở cửa mũi sau vùng vòm họng để tránh tái phát. U xơ vòm mũi họng cần nhớ:

- Gặp chủ yếu ở nam giới, tuổi dậy thì.
- Khi có khối u cần soi mũi sau để xác định.
- Khi mổ bao giờ cũng lưu ý vấn đề chảy máu.

III. U NHẦY MŨI XOANG

1. ĐỊNH NGHĨA

- Là loại u ít gặp, chủ yếu xảy ra ở người lớn.
- Tuy là u lành nhưng cứ phát triển dần làm mòn, tiêu xương của thành xoang gây các biến dạng ở mặt, mắt.
- U nhầy có thể có phát triển ở xoang hoặc ở hai hay nhiều xoang. Thường gặp nhất là u nhầy xoang trán, trán sàng.

2. NGUYÊN NHÂN

Hiện chưa rõ, các yếu tố được nêu lên là:

- Tắc lỗ thông mũi - xoang do dị hình hay do viêm.
- Sang chấn do chấn thương hay sau phẫu thuật xoang.
- Viêm xoang được điều trị kháng sinh kéo dài. − Hiện nay lưu ý nhiều đến yếu tố cơ địa.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1 Lâm sàng

Với đặc tính là u lành nằm trong xoang, có vỏ bọc ngoài khá dai, trong đầy dịch nhầy vô khuẩn, trong như lòng trắng trứng hoặc có màu vàng chanh, dịch nhầy chứa mucin và tế bào mỡ nếu chụp X quang lại bắt quang, sáng lên. Do đó khi:

3.1.1 U nhầy còn nằm trong xoang: thường không có biểu hiện gì.

- Không có hiện tượng viêm, nhiễm khuẩn.
- Nhức đầu có thể gặp nhưng không điển hình.
- Ngạt tắc, chảy nước mũi có thể gặp trong u nhầy xoang hàm hay xoang sàng làm doãng to các xoang và sáng hơn bên đối diện.

3.1.2 U nhầy phát triển lâu năm làm mòn, tiêu xương của thành xoang

Hiện chưa xác định được do áp lực dịch nhầy tăng dần, do bản chất dịch nhầy hay do vỏ bọc làm mòn, tiêu xương.

- U nhầy xoang sàng - trán:
  + Dấu hiệu sớm: sưng phồng góc trên trong hốc mắt.
  + Chậm hơn: sưng phồng toàn bộ hay một phần mặt ngoài xoang (thành trong, thành trên hốc mắt) không có hiện tượng viêm nề, không đau, ấn mềm, bập bênh, có thể thấy dấu hiệu bóng bàn hay dấu hiệu mũ miện (khi u thoát ra ngoài thành xoang).
  + Có các dấu hiệu ở mắt như: nhìn đôi, sụp mi, dễ gây lồi mắt: lồi ra ngoài và xuống dưới, ít ảnh hưởng đến vận nhãn và thị lực.
- U nhầy xương hàm:
  + Dấu hiệu sớm: đầy vùng hố nanh, tiền đình lợi môi.
  + Chậm hơn: sưng phồng ở mắt trước xoang hàm, đầy rãnh mũi - má, hàm ếch có thể bị đẩy phồng xuống dưới.

3.2 Cận lâm sàng

- Xquang: cho thấy xoang có u nhầy bị ăn doãng rộng về mọi phía, sáng hơn bình thường, thành xoang mỏng, đậm nét, có thể thấy chỗ mất xương.
- Chọc dò: khi u nhầy đã làm mòn, mất thành xương, chọc dò dễ dàng, hút ra chất dịch nhầy trong như lòng trắng trứng hay vàng chanh, không bao giờ có mùi hôi.
  + Soi, cấy không có vi khuẩn.
  + Có chất mucin, ít tế bào mỡ. Sau chọc dò sẽ gây nhiễm khuẩn nên chỉ chọc dò khi đã chuẩn bị phẫu thuật.

Tiến triển: U lành nhưng phát triển lâu ăn mòn, mất thành xoang lấn vào các tổ chức kế cận:

- Vào mắt gây lồi mắt (xuống dưới, ra ngoài).
- Vào nội sọ: làm bộc lộ, dính vào màng não. U có thể phát triển vào nội sọ gây hội chứng tăng áp lực nội sọ.
- Xuống hàm ếch làm phồng, sập hàm ếch, có thể làm lung lay các răng hàm trên.
- Khi u phát triển to gây biến dạng hẳn nửa mặt.

4. ĐIỀU TRỊ

– Phẫu thuật lấy bỏ u nhầy.
– Cần lưu ý: Bóc tách lấy hết vỏ u.
– Làm ống dẫn lưu mũi - xoang rộng, tốt để tránh tái phát.

Cần nhớ:

– U nhầy xoang mặt: lành, không viêm nhiễm.
– U nhầy xoang sàng, trán: thường đến chuyên khoa mắt vì các triệu chứng ở mắt là chính: sụp mi, nhìn đôi, lồi mắt…
– Chỉ chọc dò khi chuẩn bị phẫu thuật vì sẽ gây nhiễm khuẩn.

IV. U XƯƠNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Là loại u lành tính. Thường gặp ở người trẻ, u ở xoang hàm hay xoang trán.

2. NGUYÊN NHÂN: Không rõ

3. CHẨN ĐOÁN

3.1 Lâm sàng

Bắt đầu một cách âm thầm, không có triệu chứng gì, ngày càng phát triển theo những lớp xương đồng tâm. Tuỳ theo hướng và mức độ phát triển sẽ gây ra:

– Tắc lỗ thông mũi - xoang, ứ đọng xuất tiết trong xoang gây nhức đầu.
– U xương hàm có thể lấn vào làm hẹp hốc mũi gây ngạt tắc mũi.
– U phát triển vào trong xoang làm niêm mạc bị căng phồng gây kích thích hay chảy máu.
– U phát triển ra ngoài xoang gây phồng xương làm biến dạng mặt vùng đó. − U có thể phát triển vào hốc mắt, chèn ép gây chảy nước mắt, lồi mắt…

3.2 Cận lâm sàng

– X quang cho chẩn đoán xác định: với ba tư thế Blondeau, Hirtz và sọ nghiêng cho phép xác định vị trí và mức độ phát triển ở khối u.
– CT scan: cho phép đánh giá chi tiết hơn về khối u.

4. ĐIỀU TRỊ

Phẫu thuật lấy bỏ khối u xương, dùng khoan điện tránh gây sang chấn thành trong xoang đặc biệt xoang trán và làm hạn chế tái phát của khối u.

Cần nhớ:

– U xương phát hiện chủ yếu dựa vào X quang.
– Cần chụp tối thiểu ba tư thế mới xác định đúng vị trí khối u.

V. U NANG RĂNG SINH

1. ĐỊNH NGHĨA

Là một u nang trong có chứa một cái răng phát sinh từ mảnh biểu bì Malasez (malasê) còn lại trong xương hàm. U nang răng sinh có thể gặp ở xương hàm trên, ăn lấn vào trong xoang hàm.

2. NGUYÊN NHÂN: Không rõ

3. CHẨN ĐOÁN

3.1 Lâm sàng

Khởi phát từ bao giờ không được biết đến vì không gây ra triệu chứng gì. Khi u đã phát triển làm phồng mặt ngoài hố nanh, ấn cứng, không đau, da niêm mạc bình thường, tiến triển chậm nhưng ngày càng lớn làm mòn mỏng và có thể mất thành xương.

Tuỳ theo vị trí có thể gặp các tính chất khác nhau:

– Vùng hố nanh: mặt trước xoang hàm bị đẩy phồng gây biến dạng mặt, ấn thấy dấu hiệu bập bênh như bóng bàn.

- Vùng hàm trên: lợi chân răng bị đẩy phồng lên, ấn bập bềnh, xương quanh chân răng bị tiêu làm răng bị lung lay.
- Vùng hàm ếch sàn hố mũi, hàm ếch phần xương ấn bập bềnh. Đặc biệt tuy có biến dạng nhưng không đau, không sốt, không viêm tấy.

3.2 Cận lâm sàng

- Chụp X quang: u ăn lấn vào xoang hàm có thể làm xoang hàm bị doãng rộng về một phía, đặc biệt thấy hình ảnh một răng hoàn chỉnh hoặc sơ lược bám vào một thành xương của u nang. Sau chọc dò nên phẫu thuật ngay vì sẽ gây bội nhiễm.

4. ĐIỀU TRỊ

- Phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ u nang.
- Nếu u nang lấn vào trong xoang hàm, cần làm lỗ thông mũi - xoang và khâu kín đường rạch.
- Kết quả phẫu thuật thường tốt, ít tái phát.

Cần nhớ:

- U gây biến dạng, mòn xương nhưng không đau.
- Khi thấy thiếu một răng cần làm X quang để chẩn đoán xác định.
- Cần lấy hết vỏ u nang.

VI. U NANG SÀN MŨI

1. ĐỊNH NGHĨA

Là u lành tính xuất phát từ sàn hốc mũi.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

Thường không có dấu hiệu đặc biệt, nhiều khi đi khám tình cờ phát hiện. Nếu u to bệnh nhân cảm giác hơi đầy một bên mũi, thỉnh thoảng ngạt mũi và soi mũi thấy vùng sàn mũi thấy phồng, ra tận cửa mũi trước, ấn vào có cảm giác bồng bềnh (dấu hiệu pingpong).

2.2. Cận lâm sàng

Chọc dò có keo nhầy.

3. ĐIỀU TRỊ

Lấy bỏ u bằng cách đi theo đường niêm mạc rãnh lợi môi. Cần lấy toàn bộ vỏ bọc của u nang để tránh tái phát.

VII. U MÁU

Thường hay gặp ở tuổi nhỏ, u máu có thể xuất phát từ cuốn mũi hoặc vách ngăn mũi. Dấu hiệu chủ yếu là chảy máu mũi từng đợt ở một bên mũi. Khi khám nội soi sẽ thấy một u tròn nhẵn có màu sẫm (giống màu nho chín), dùng que thăm dò thấy mềm, thậm chí có thể chảy máu. Điều trị u máu nếu nhỏ thì đốt, nếu lớn thì thắt và cắt u máu. Chú ý khi phẫu thuật đề phòng máu chảy xuống cửa mũi sau vào họng. Nếu u máu lấy được toàn bộ thì không tái phát, nếu không có thể tái phát.

VIII. U NHÚ

Riêng u nhú ở mũi xoang trẻ em rất ít gặp mà chủ yếu gặp ở người lớn. Còn u nhú ở trẻ em chủ yếu gặp ở thanh quản. Vì vậy chúng tôi không trình bày ở đây.

IX. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM- 2007.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2016.
3. Phác đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

VIÊM MŨI XOANG DỊ ỨNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm mũi xoang dị ứng là tình trạng viêm niêm mạc mũi-xoang biểu hiện bằng các triệu chứng hắt hơi, ngạt, ngứa và chảy mũi, qua trung gian kháng thể và xảy ra do tiếp xúc với dị nguyên trong không khí.

Viêm mũi xoang dị ứng có hai loại:

- Viêm mũi xoang dị ứng theo mùa.
- Viêm mũi xoang dị ứng quanh năm.

II. NGUYÊN NHÂN

- Viêm mũi xoang dị ứng theo mùa: chủ yếu là do phấn hoa và bào tử.
- Viêm mũi xoang dị ứng quanh năm: thường gặp do bụi nhà.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1 Khai thác tiền sử dị ứng

- Khai thác tiền sử dị ứng bản thân như dị ứng thuốc, mày đay, chàm, hen phế quản,…
- Khai thác tiền sử dị ứng gia đình.

1.2 Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng:
  + Ngứa mũi
  + Hắt hơi từng tràng
  + Ngạt tắc mũi
  + Chảy nước mũi trong
- Triệu chứng thực thể:
  + Soi mũi thấy:
    - Niêm mạc mũi nhợt màu
    - Cuốn mũi phù nề, nhất là cuốn dưới
    - Nhiều dịch xuất tiết: dịch nhày, trong.

1.3 Cận lâm sàng

Các test xác định dị ứng mũi xoang:

- Test nội bì:

  Cách làm: Tiêm 0,03ml dung dịch dị nguyên với nồng độ 1/50.000 vào trong da mặt trong cẳng tay.

  Kết quả: Đọc kết quả sau 20-30 phút.

  Âm tính khi có kết quả giống chứng âm tính.

  Dương tính nhẹ khi đường kính của sẩn >5-7mm, ngứa, ban đỏ.

  Dương tính vừa khi đường kính của sẩn >7-10mm, ngứa, ban đỏ.

  Dương tính mạnh khi đường kính của sẩn >10-15mm, ngứa, ban đỏ.
- Test lẩy da:

  Cách làm: Nhỏ giọt dị nguyên với nồng độ 1/50.000 lên da mặt trong cẳng tay, dùng kim đặt góc 45˚ và lẩy ngược lên (yêu cầu da không được chảy máu).

  Kết quả: Đọc kết quả sau 20-30 phút.

  Âm tính khi có kết quả giống chứng âm tính.

  Dương tính nhẹ khi đường kính của sẩn >3-5mm, ngứa, ban đỏ.

  Dương tính vừa khi đường kính của sẩn >5-8mm, ngứa, ban đỏ.

  Dương tính mạnh khi đường kính của sẩn >8-12mm, ngứa, ban đỏ.
- Test kích thích mũi:

Cách làm: Nhỏ một số giọt dị nguyên vào niêm mạc hốc mũi. Kết quả được coi là dương tính khi bệnh nhân xuất hiện một trong các triệu chứng lâm sàng, gồm ngứa mũi, hắt hơi, chảy nước mũi trong, ngạt tắc mũi.

– Các phản ứng in vitro:

Các phương pháp trực tiếp định lượng kháng thể dị ứng:

+ RAST (Radio allergo sorbent test)
+ RIST (Radio immuno sorbent test)
+ PRIST (Paper Radio immuno sorbent test)

Các phương pháp gián tiếp định lượng kháng thể dị ứng:

+ Phản ứng phân hủy mastocyte
+ Phản ứng ngưng kết bạch cầu
+ Phản ứng tiêu bạch cầu đặc hiệu

2. Chẩn đoán phân biệt

Với bệnh viêm mũi vận mạch:

– Ít hắt hơi
– Ít chảy mũi
– Ít ngứa mũi
– Ngạt mũi là chủ yếu
– Cuốn mũi luôn phù nề
– Ít dịch tiết ở mũi
– Test lẩy da, test kích thích mũi, phản ứng phân hủy mastocyte đều âm tính.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Viêm mũi xoang dị ứng có nhiều nguyên nhân khác nhau, biểu hiện lâm sàng mỗi người một khác, thay đổi theo môi trường, cơ địa, sự quá mẫn của cơ thể nên không thể áp dụng một phương thức điều trị chung, cứng nhắc, cần được thay đổi theo từng người, từng hoàn cảnh, từng thời gian.

2. Sơ đồ điều trị

Các phương pháp điều trị chia làm hai nhóm:

– Điều trị đặc hiệu: Tác động vào dị nguyên và kháng thể dị ứng.
– Điều trị không đặc hiệu: Tác động vào các hoạt chất trung gian và triệu chứng lâm sàng.

3. Điều trị cụ thể

3.1 Các phương pháp điều trị đặc hiệu

– Các biện pháp né tránh dị nguyên:
  + Bằng cách thay đổi nơi ở, nơi làm việc hoặc đổi nghề, thay đổi thuốc, đổi chế độ ăn.
  + Phương pháp này khó thực hiện vì nó làm đảo lộn cuộc sống.
– Phương pháp giảm mẫn cảm đặc hiệu:
  + Đây là một trong các liệu pháp miễn dịch.
  + Đây được coi là "vaccin" trong điều trị bệnh viêm mũi xoang dị ứng.
  + Có thể dùng đường tiêm dưới da, nhỏ dưới lưỡi hoặc nhỏ tại chỗ ở mũi.

3.2 Các phương pháp điều trị không đặc hiệu

– Thuốc kháng histamin đường uống.
– Thuốc ức chế leukotrience
– Thuốc xịt mũi chứa corticosteroid.

– Các biện pháp kết hợp đông y và tây y.

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

1. Tiên lượng:

Bệnh hay tái phát nên đòi hỏi bệnh nhân phải tuân thủ điều trị theo hướng dẫn của bác sỹ.

2. Biến chứng

– Làm nặng thêm các bệnh dị ứng khác như viêm kết mạc dị ứng, hen phế quản,…
– Gây viêm mũi xoang mạn tính polyp mũi, viêm thanh khí phế quản,…

VI. PHÒNG BỆNH

– Tránh, giảm tiếp xúc với dị nguyên.
– Vệ sinh môi trường nơi ở, nơi làm việc.
– Thường xuyên rèn luyện sức khoẻ, nâng cao thể lực.
– Không hút thuốc lá, thuốc lào, hạn chế rượu bia.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM- 2007.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2016.
3. Phác đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

VIÊM MŨI XOANG MẠN TÍNH

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm mũi xoang mạn tính là viêm niêm mạc mũi xoang với các triệu chứng: đau nhức âm ỉ vùng mặt, ngạt mũi, giảm ngửi, ho, khịt khạc đờm, soi mũi thấy khe giữa, đôi khi cả khe trên có mủ. Người bệnh có thể bị sốt, kém tập trung, người mệt mỏi. Các triệu chứng này kéo dài trên 12 tuần.

II. NGUYÊN NHÂN

- Do viêm mũi xoang cấp không được điều trị đúng mức.
- Do viêm mũi xoang dị ứng.
- Do các yếu tố môi trường (thuốc lá, ô nhiễm, chất kích thích,…).
- Do cấu trúc giải phẫu bất thường (Vẹo lệch vách ngăn, bóng hơi cuốn giữa, V.A quá phát,…).
- Do hội chứng trào ngược.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1 Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng:
  + Ngạt tắc mũi thường xuyên.
  + Xì mũi hoặc khịt khạc mủ nhày hay mủ đặc thường xuyên.
  + Đau nhức vùng mặt.
  + Mất ngửi hoặc giảm ngửi.
  + Kèm theo bệnh nhân có thể bị đau đầu, ho, mệt mỏi, hơi thở hôi.
- Triệu chứng thực thể: soi mũi thấy:
  + Dịch mủ nhầy hoặc mủ đặc ở khe giữa, đôi khi khe trên.
  + Niêm mạc hốc mũi viêm phù nề hoặc thoái hoái thành polyp.
  + Có thể thấy các cấu trúc giải phẫu bất thường như: vẹo lệch vách ngăn, bóng hơi cuốn giữa, V.A quá phát,…
- Các triệu chứng trên kéo dài trên 12 tuần.

1.2 Cận lâm sàng

- Phim X quang thông thường (Blondeau, Hirtz) cho hình ảnh không rõ, ít sử dụng.
  + Hình mờ đều hoặc không đều các xoang.
  + Vách ngăn giữa các xoang sàng không rõ.
  + Hình ảnh dày niêm mạc xoang.
- Phim CT Scan: cho hình ảnh:
  + Hình ảnh mờ các xoang, có thể mờ đều hoặc không đều.
  + Dày niêm mạc các xoang, mức dịch trong xoang, polyp mũi xoang.
  + Bệnh tích bịt lấp vùng phức hợp lỗ ngách.
  + Các cấu trúc giải phẫu bất thường như: Vẹo lệch vách ngăn, bóng hơi cuốn giữa, cuốn giữa đảo chiều,…

2. Chẩn đoán phân biệt

Với bệnh viêm mũi xoang dị ứng:

- Hắt hơi, ngứa mũi, ngạt mũi và chảy nước mũi trong là chủ yếu.
- Không có mủ ở khe giữa hay khe trên.
- Cuốn mũi luôn phù nề, nhợt màu.
- Test lẩy da, test kích thích mũi, phản ứng phân hủy mastocyte dương tính.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Nghỉ ngơi, phòng tránh các tác nhân, nguyên nhân gây viêm mũi xoang.
- Đảm bảo dẫn lưu tốt mũi xoang, chống phù nề niêm mạc.
- Kết hợp điều trị tại chỗ và toàn thân.

2. Phác đồ điều trị

- Điều trị nội khoa
- Điều trị ngoại khoa..

3. Điều trị cụ thể

3.1 Điều trị nội khoa

- Điều trị toàn thân:
  + Thuốc kháng sinh: thường từ 2 đến 3 tuần.
  + Thuốc corticosteroid uống.
- Chế độ dinh dưỡng hợp lý, nâng cao thể trạng.
- Điều trị tại chỗ:
  + Dùng thuốc co mạch.
  + Rửa mũi bằng nước mũi sinh lý.
  + Làm thuốc mũi, rửa mũi xoang.
  + Thuốc corticosteroid dạng xịt.

3.2 Điều trị phẫu thuật

- Chỉ định:
  + Viêm mũi xoang mạn tính điều trị nội khoa tối đa mà không kết quả.
  + Viêm mũi xoang mạn tính có cản trở dẫn lưu phức hợp lỗ ngách do dị hình giải phẫu như: lệch vẹo vách ngăn, bóng hơi cuốn giữa, cuốn giữa đảo chiều,…

  Viêm mũi xoang mạn tính có thoái hóa polyp mũi xoang.
- Các phẫu thuật nội soi mũi xoang gồm:
  + Phẫu thuật nội soi chức năng mũi xoang tối thiểu.
  + Phẫu thuật nội soi mũi xoang mở sàng – hàm.
  + Phẫu thuật nội soi mũi xoang mở sàng - hàm - trán - bướm.
- Chăm sóc và điều trị sau mổ:
  + Điều trị toàn thân:
    ▪ Thuốc kháng sinh: thường từ 1 đến 2 tuần.
    ▪ Thuốc corticosteroid uống.
    ▪ Chế độ dinh dưỡng hợp lý, nâng cao thể trạng.
  + Điều trị tại chỗ:
    ▪ Rút merocel mũi sau 24 giờ.
    ▪ Dùng thuốc co mạch.
    ▪ Rửa mũi bằng nước mũi sinh lý.
    ▪ Làm thuốc mũi, rửa mũi xoang.
    ▪ Thuốc corticosteroid dạng xịt.

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

1. Tiên lượng

Bệnh viêm mũi xoang mạn tính do nhiều nguyên nhân, điều trị thường dài ngày nên để tránh tái phát nên đòi hỏi bệnh nhân phải tuân thủ điều trị theo hướng dẫn của bác sỹ.

2. Biến chứng

- Biến chứng đường hô hấp:

+ Viêm tai giữa.
+ Viêm thanh quản.
+ Viêm giãn khí phế quản.

– Biến chứng mắt:
+ Viêm phần trước ổ mắt.
+ Viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu.

– Biến chứng nội sọ:
+ Viêm màng não.
+ Viêm tắc tĩnh mạch xoang hang.
+ Áp xe ngoài màng cứng, áp xe não.

VI. PHÒNG BỆNH

– Tránh, giảm tiếp xúc với dị nguyên.
– Vệ sinh môi trường nơi ở, nơi làm việc.
– Không hút thuốc lá, thuốc lào, hạn chế rượu bia.
– Thường xuyên rèn luyện sức khoẻ, nâng cao thể lực.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM- 2007.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2016.
3. Phác đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

BỆNH POLYP MŨI

I. ĐỊNH NGHĨA

Polyp mũi là tổn thương giả u do thoái hoái cục bộ của niêm mạc mũi hay xoang mà chủ yếu là tổ chức đệm. Polyp mũi là bệnh rất thường gặp, có thể đơn thuần ở hốc mũi, có thể ở các xoang hay cả ở mũi và xoang.

II. NGUYÊN NHÂN

- Do viêm mũi xoang mạn tính.
- Do viêm mũi xoang dị ứng.
- Do rối loạn vận mạch, rối loạn nội tiết hay do cơ địa tạo nên.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1 Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng:
  + Ngạt tắc mũi thường xuyên.
  + Xì mũi hoặc khịt khạc mủ nhày hay mủ đặc thường xuyên.
  + Đau nhức vùng mặt.
  + Mất ngửi hoặc giảm ngửi.
- Triệu chứng thực thể: soi mũi thấy:
  + Khối u mềm, nhẵn bóng, mọng, màu hồng nhạt.
  + Tùy theo kích thước của polyp mũi, chia làm 4 độ:
    Độ I: Polyp khu trú gọn trong phức hợp lỗ ngách.
    Độ II: Polyp phát triển ra ngách giữa nhưng chưa vượt quá bờ tự do của cuốn giữa.
    Độ III: Polyp vượt quá bờ tự do của cuốn giữa đến lưng cuốn dưới.
    Độ IV: Polyp che kín toàn bộ hốc mũi, ra tận cửa mũi sau.

1.2 Cận lâm sàng

- Phim X quang thông thường (Blondeau, Hirtz) cho hình ảnh không rõ:
  + Hình mờ đều hoặc không đều các xoang và hốc mũi.
  + Hình ảnh polyp trong xoang.
- Phim CT Scan: cho hình ảnh:
  + Hình ảnh polyp mũi xoang kèm mờ các xoang, có thể mờ đều hoặc không đều.
  + Các cấu trúc giải phẫu bất thường như: vẹo lệch vách ngăn, bóng hơi cuốn giữa, cuốn giữa đảo chiều,…
- MRI: Cho phép phân biệt polyp với các tổn thương do tắc lỗ thông mũi xoang (dày niêm mạc, dịch trong xoang).

1.3 Kết quả mô bệnh học: Giúp chẩn đoán xác định polyp mũi.

2. Chẩn đoán phân biệt

Với bệnh lý u mũi xoang:

- Khối u thường không nhẵn, mật độ không đều, bề mặt sùi, loét, dễ chảy máu.
- Ngạt mũi, chảy mũi, giảm ngửi, thường ở một bên.
- Hay xì ra máu mũi.
- Hay gặp ở người lớn tuổi.
- Kết quả mô bệnh học cho kết quả tổn thương u.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Nghỉ ngơi, phòng tránh các tác nhân, nguyên nhân gây viêm mũi xoang.
- Đảm bảo dẫn lưu tốt mũi xoang, chống phù nề niêm mạc.

– Kết hợp điều trị tại chỗ và toàn thân.

2. Phác đồ điều trị

– Điều trị nội khoa.

– Điều trị ngoại khoa.

3. Điều trị cụ thể

3.1 Điều trị nội khoa

– ***Chỉ định:*** Khi khối polyp độ I, II.

– Điều trị toàn thân:

+ Thuốc kháng sinh khi có viêm mũi xoang kèm theo.

+ Thuốc corticosteroid đường uống.

– Điều trị tại chỗ:

+ Dùng thuốc co mạch.

+ Rửa mũi bằng nước muốii sinh lý.

+ Thuốc corticosteroid dạng xịt, dùng kéo dài.

3.2 Điều trị phẫu thuật

– ***Chỉ định:***

+ Khi khối polyp độ I, II điều trị nội khoa không đỡ.

+ Khi khối polyp độ III, IV.

– Các phẫu thuật nội soi mũi xoang gồm:

+ Phẫu thuật nội soi chức năng mũi xoang tối thiểu.

+ Phẫu thuật nội soi mũi xoang mở sàng - hàm.

+ Phẫu thuật nội soi mũi xoang mở sàng - hàm - trán - bướm.

– Chăm sóc và điều trị sau mổ:

+ Điều trị toàn thân:

▪ Thuốc kháng sinh: thường từ 1 đến 2 tuần.

▪ Thuốc corticosteroid đường uống.

▪ Chế độ dinh dưỡng hợp lý, nâng cao thể trạng.

+ Điều trị tại chỗ:

▪ Rút merocel mũi sau 24 giờ.

▪ Dùng thuốc co mạch.

▪ Rửa mũi bằng nước muốii sinh lý.

▪ Làm thuốc mũi, rửa mũi xoang.

▪ Thuốc corticosteroid dạng xịt kéo dài.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

1. Tiên lượng:

Bệnh polyp mũi do nhiều nguyên nhân, điều trị thường dài ngày nên để có kết quả tốt đòi hỏi bệnh nhân phải tuân thủ điều trị theo hướng dẫn của bác sỹ.

2. Biến chứng

Biến chứng đường hô hấp:

– Viêm tai giữa

– Viêm thanh quản

– Viêm giãn khí phế quản

V. PHÒNG BỆNH

– Nghỉ ngơi, phòng tránh các tác nhân, nguyên nhân gây viêm mũi xoang.

– Vệ sinh môi trường nơi ở, nơi làm việc.

– Không hút thuốc lá, thuốc lào, hạn chế rượu bia.

– Thường xuyên rèn luyện sức khoẻ, nâng cao thể lực.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM- 2007.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2016.
3. Phác đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

PAPILLOMA (U NHÚ) MŨI XOANG

I. ĐỊNH NGHĨA

U nhú mũi xoang là u lành tính xuất phát từ biểu mô niêm mạc mũi xoang. Là loại u thường gặp nhất trong các khối u lành tính mũi xoang, chiếm tỷ lệ 0,5- 4% u mũi xoang, có thể có xu hướng ác tính hóa.

II. NGUYÊN NHÂN

Có nhiều giả thuyết về nguyên nhân của u nhú mũi xoang.

− Do virus: Đây là giả thuyết được nhiều tác giả chấp nhận. Nhiều tác giả đã tìm thấy ADN của Human Papilloma Virus (HPV) trong mô của u nhú với hai nhóm gây bệnh chính là HPV 6 và HPV 11.

− Các yếu tố môi trường như ô nhiễm, hoá chất….bị nghi ngờ là nguyên nhân gây u nhú nhưng chưa có thống kê đầy đủ.

− Do viêm: Giả thuyết này ít được chấp nhận. Theo nhiều tác giả viêm thường thấy kèm theo u nhú do hậu quả của khối u gây bít tắc lỗ thông mũi xoang cản trở đường vận chuyển niêm dịch từ xoang ra ngoài.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1 Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng:
  + Ngạt tắc mũi là triệu chứng nổi bật.
  + Chảy nước mũi.
  + Đau nhức vùng mặt.
  + Giảm ngửi hoặc mất ngửi.
  + Có thể xì ra máu mũi.

  Các triệu chứng này thường chỉ ở một bên hốc mũi.
- Triệu chứng thực thể:
  + Soi mũi thấy khối u ở một bên hốc mũi có dạng như chùm nho nhợt màu hoặc như quả dâu sẫm màu.

1.2 Cận lâm sàng

- X quang thường quy (Blondeau, Hirtz..)
  + Hình ảnh không đặc hiệu.
  + Hình ảnh mờ các xoang và mờ trong hốc mũi.
- CT Scan:
  + Xác định vị trí khối u.
  + Đánh giá lan rộng của khối u ra các xoang, các vùng lân cận.
  + Tuy nhiên trong nhiều trường hợp khó phân biệt khối u với ứ đọng dịch và niêm mạc dày do bít tắc lỗ thông mũi xoang.
- MRI:
  + Cho phép phân biệt u với các tổn thương do tắc lỗ thông mũi xoang (dày niêm mạc, polyp, dịch trong xoang).
  + Đánh giá những tổn thương xâm lấn phần mềm và nền sọ tốt hơn CT Scan.

1.3 Kết quả mô bệnh học

- Giúp chẩn đoán xác định u nhú và phân loại u nhú.
- Theo mô bệnh học, có hai loại u nhú: u nhú thường và u nhú đảo ngược.

1.4 Phân giai đoạn u nhú đảo ngược

Theo John H. Krouse (2000), u nhú mũi xoang chia làm bốn giai đoạn:

- T1: Khối u nằm trong hốc mũi, chưa phát triển vào xoang; không có tổn thương ác tính.
- T2: Khối u phát triển tới vùng phức hợp lỗ ngách và xoang sàng, hoặc thành trong xoang hàm; không có tổn thương ác tính.
- T3: Khối u chiếm toàn bộ xoang hàm; hoặc lan vào xoang bướm; hoặc lan vào xoang trán; không có tổn thương ác tính.
- T4: Khối u vượt khỏi phạm vi mũi xoang (xâm lấn ổ mắt, nội sọ, hố chân bướm hàm) hoặc có tổn thương ác tính.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Với bệnh polyp mũi:
  + Thường ở hai bên hốc mũi.
  + Soi mũi thấy polyp mềm, nhẵn, mọng trong, màu hồng nhạt.
  + Kết quả mô bệnh học là polyp.
- Với bệnh ung thư mũi xoang:
  + Thường ở một bên hốc mũi.
  + Thường chảy máu hoặc xì ra máu mũi.
  + Soi mũi thấy tổ chức u sùi, loét dễ chảy máu.
  + Kết quả mô bệnh học là tổn thương ác tính.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị bằng phẫu thuật.
- Phẫu thuật càng sớm càng tốt.
- Lấy hết bệnh tích u.

2. Điều trị cụ thể

- Phẫu thuật nội soi mũi xoang: chỉ định với khối u nhú giai đoạn I, II, III.
- Phẫu thuật mở cạnh mũi: chỉ định với khối u nhú ở giai đoạn IV.

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

1. Tiên lượng

- U nhú thường tiên lượng tốt hơn u nhú đảo ngược do ít tái phát và hiếm phát triển thành tổn thương ác tính.
- U giai đoạn sớm (I, II) tiên lượng tốt hơn giai đoạn muộn (III, IV).

2. Biến chứng: U nhú mũi xoang, đặc biệt là u nhú đảo ngược có khả năng chuyển thành tổn thương ác tính với tỷ lệ từ 7 đến 10%.

VI. PHÒNG BỆNH

- Thường xuyên rèn luyện sức khoẻ, nâng cao thể lực.
- Không hút thuốc lá, thuốc lào, hạn chế rượu bia.
- Tránh tiếp xúc với các yếu tố ô nhiễm môi trường, hoá chất. Trong trường hợp phải tiếp xúc, phải có trang bị lao động đầy đủ.
- Thường xuyên đi khám sức khoẻ định kỳ.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM- 2007.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2016.
3. Phác đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

VIÊM MŨI XOANG CẤP TÍNH

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm mũi xoang được hiểu theo nghĩa rộng là viêm mũi và các xoang cạnh mũi, gây ra một nhóm các rối loạn.

Phân loại viêm mũi xoang theo thời gian bị viêm gồm có:

- Cấp tính (từ 4 tuần trở lại).
- Bán cấp tính (4-12 tuần).
- Mạn tính (trên 12 tuần).

Có thể phân chia thành viêm mũi xoang cấp tính tái phát (lớn hơn hoặc bằng 4 đợt trong một năm mà không có triệu chứng của viêm mũi xoang mạn tính) và viêm mũi xoang cấp tính kịch phát.

II. NGUYÊN NHÂN

1. Sau cảm cúm (viêm nhiễm virus đường hô hấp trên)

Viêm mũi xoang do nhiễm khuẩn cấp tính điển hình thường bắt đầu với viêm nhiễm virus đường hô hấp trên kéo dài hơn 10 ngày.

Trong một số trường hợp, viêm mũi xoang nhiễm khuẩn cấp tính thứ phát do hậu quả của sự bít tắc lỗ thông mũi xoang (do phù nề niêm mạc) và có thể do sự tổn thương hệ thống màng nhầy lông chuyển.

Kết quả cuối cùng là ứ đọng chất nhầy trong xoang và tạo ra môi trường thuận lợi cho vi khuẩn phát triển. Các tác nhân phổ biến nhất gây ra viêm xoang cấp tính bao gồm Streptococcus Pneumonia, Haemophilus Influenza, và Moraxella Catarrahalis.

2. Các nguyên nhân khác

- Dị ứng.
- Trào ngược dạ dày - thực quản .
- Hít phải các chất kích thích (bụi, khói thuốc lá, hoá chất…).
- Bất thường về giải phẫu mũi xoang (vẹo vách ngăn, xoang hơi cuốn giữa, quá phát mỏm móc, bóng sàng).
- VA quá phát.
- Chấn thương mũi xoang.
- Các khối u vòm mũi họng.
- Bệnh toàn thân: suy giảm miễn dịch, rối loạn chức năng lông chuyển, bệnh xơ nang (Cystic fibrosis)…

III. CHẨN ĐOÁN VIÊM MŨI XOANG CẤP TÍNH DO VI KHUẨN

1. Chẩn đoán xác định

1.1 Triệu chứng lâm sàng

Cần phải nghĩ tới viêm mũi xoang cấp tính do vi khuẩn khi viêm nhiễm đường hô hấp trên do virus sau 5-7 ngày triệu chứng ngày càng xấu đi hoặc kéo dài hơn 10 ngày chưa khỏi bệnh.

Các triệu chứng giúp chẩn đoán viêm mũi xoang cấp tính gồm có:

- Các triệu chứng chính:
  + Cảm giác đau và nhức ở vùng mặt
  + Sưng và nề vùng mặt
  + Tắc ngạt mũi
  + Chảy mũi, dịch đổi mầu hoặc mủ ra mũi sau.
  + Ngửi kém hoặc mất ngửi
  + Có mủ trong hốc mũi

+ Sốt

– Các triệu chứng phụ:
  + Đau đầu
  + Thở hôi
  + Mệt mỏi
  + Đau răng
  + Ho
  + Đau nhức ở tai
– Soi mũi trước: là cần thiết với tất cả các bệnh nhân nghi ngờ bị viêm mũi xoang. Cần chú ý phát hiện chất nhầy mủ, sung huyết, dị hình vách ngăn…
– Thăm khám nội soi: Phương pháp nội soi mũi là cần thiết để xác định viêm mũi xoang. Những dấu hiệu có giá trị bao gồm: mủ nhầy tại phức hợp lỗ ngách và ngách sàng bướm, sự phù nề, sung huyết… niêm mạc mũi. Đối với viêm mũi xoang cấp tính do nhiễm khuẩn, nội soi rất hữu ích cho chẩn đoán và lấy bệnh phẩm từ khe giữa.

1.2 Triệu chứng cận lâm sàng

– Chẩn đoán hình ảnh:
  + Chụp cắt lớp vi tính (CT Scanner) là phương pháp đang được lựa chọn trong chẩn đoán viêm mũi xoang. Tuy nhiên hình ảnh trong viêm mũi xoang cấp tính do nhiễm khuẩn sẽ không được rõ ràng trừ khi có biến chứng.
  + Chụp cộng hưởng từ (MRI) của xoang thường ít được thực hiện hơn CT Scanner bởi vì phương pháp này không tạo được hình ảnh xương rõ ràng. Tuy nhiên, MRI thường có thể giúp phân biệt được dịch nhầy còn đọng lại trong xoang với khối u của nhu mô khác dựa trên những đặc điểm đậm độ tín hiệu, mà có thể không phân biệt được trên phim CT Scanner; chính vì vậy, MRI có thể rất có giá trị để phân biệt xoang có khối u với xoang có ứ đọng dịch. MRI cũng là một phương pháp hữu ích khi nghi ngờ có bệnh tích xâm lấn ổ mắt - nội sọ.
– Xét nghiệm: Xét nghiệm không thực sự có giá trị trong việc đánh giá viêm mũi xoang cấp tính. Tuy nhiên trong một số trường hợp viêm mũi xoang cấp tính cũng cần tiến hành một số xét nghiệm để đánh giá tình trạng suy giảm miễn dịch, HIV, bệnh tự miễn…

2. Chẩn đoán phân biệt

Viêm mũi xoang cấp tính cần chẩn đoán phân biệt với nhiều bệnh khác gồm có: viêm mũi do virus (cảm cúm), đau nhức khớp thái dương hàm, đau đầu (bao gồm cả hội chứng đau nửa đầu - Migraine); đau răng, đau mũi, đau dây thần kinh V và khối u tân sinh trong xoang.

Triệu chứng đau nhức vùng mặt, chảy mũi mủ, sung huyết mũi, ngửi giảm, đau răng và kém đáp ứng với thuốc co mạch có thể giúp phân biệt.

2.1 Viêm mũi do virus (cảm cúm)

Trong chẩn đoán viêm mũi xoang cấp, vấn đề khó khăn nhất là phân biệt nó với viêm mũi do virus vì diễn biến của bệnh và sự giống nhau về triệu chứng. Tuy nhiên, khi thăm khám thấy có mủ trong hốc mũi có thể nghĩ tới viêm mũi xoang cấp. Đặc biệt phải nghĩ đến viêm xoang nếu các triệu chứng viêm mũi xấu đi sau 5 ngày hoặc kéo dài hơn 10 ngày. Triệu chứng cấp tính của một bên mặt cũng liên quan hơn tới viêm xoang.

2.2 Đau nhức khớp thái dương hàm

Đau nhức khớp thái dương hàm rất phổ biến và dễ bị nhầm lẫn với đau của viêm xoang. Đau nhức khớp thái dương hàm thường gây ảnh hưởng đến trí nhớ, trí tuệ, tinh thần và chất lượng cuộc sống.

2.3 Đau đầu và đau nửa đầu

Đau đầu và đau nửa đầu có thể rất dễ nhầm lẫn với đau do viêm xoang. Đau nửa đầu có đặc điểm là đau ở một bên và kéo dài từ 4-72 giờ. Sự xuất hiện của những cơn này thường ngắn và đáp ứng với thuốc chữa đau nửa đầu như là ergot alkaloids. Cảm giác căng ở vùng trán như đeo đai cùng với đau đầu đặc thù sẽ giảm đi ở những ngày sau đó.

2.4 Đau răng và đau dây thần kinh số V

Đau răng có thể là do viêm xoang và có thể nhầm với đau do viêm xoang. Đau dây thần kinh số V thường không phổ biến, nhưng có thể gây ra cơn đau nhói kịch phát theo đường đi của dây thần kinh V. Cảm giác này trái với triệu chứng đau kéo dài liên tục của viêm xoang.

2.5 U xoang

U xoang thường không phổ biến, nhưng với tiền sử tắc mũi và chảy máu mũi một bên cần chụp CT Scanner và nội soi mũi. X quang, u xoang được thể hiện ở một bên và xương bị ăn mòn.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

Đối với viêm mũi xoang cấp tính chủ yếu là điều trị nội khoa. Phẫu thuật chỉ đặt ra trong những trường hợp cần thiết.

2. Điều trị cụ thể

1.1 Thuốc kháng sinh

Tỷ lệ các vi khuẩn thường gặp trong viêm mũi xoang cấp tính kháng thuốc ngày càng cao. Đối với S. Ppneumoniae có 25% kháng lại penicillin và kháng lại macrolides cũng như trimethoprim/sulfamethoxazole (TMP/SMX) rất phổ biến. Có 30% H. Influenzae và hầu hết nhóm M. Catarrhalis tạo ra β-Lactamase.

Những hướng dẫn gần đây cho sự lựa chọn thuốc kháng sinh trong điều trị viêm mũi xoang cấp nhiễm khuẩn cần phụ thuộc vào mức độ nặng của bệnh và cần cân nhắc bệnh nhân đã sử dụng thuốc kháng sinh trong 4-6 tuần gần đây không.

- Đối với thể nặng thời gian điều trị từ 10-14 ngày.
- Với thể trung bình và gần đây không sử dụng thuốc kháng sinh, nên sử dụng amoxicillin/clavulanate hoặc cefpodoxime, cefuroxime hoặc cefdinir. Nếu người lớn dị ứng với β-Lactam thì nên dùng TMP/SMX, doxycycline hoặc macrolide và trẻ em dị ứng β-Lactam nên sử dụng TMP/SMX hoặc macrolide. Tuy nhiên tỉ lệ thất bại với thuốc kháng sinh không phải nhóm β-Lactam có thể tới 25%. Đối với những người sử dụng thuốc kháng sinh gần đây hoặc bệnh chưa ở mức nguy hiểm, việc lựa chọn thuốc uống ban đầu nên bao gồm thuốc quinolone đường hô hấp, amoxicillin/clavulanate, ceftriaxone hoặc kết hợp với kháng sinh phổ rộng đối với người lớn và amoxicillin/clavulanate, ceftriaxone đối với trẻ em.

Người lớn bị dị ứng βLactam nên được điều trị với thuốc quinolone đường hô hấp hoặc clindamycin và rifampin, trong khi, trẻ em dị ứng β-Lactam nên sử dụng TMP/SMX, macrolide hoặc clindamycin. Nếu phương pháp chữa trị trong 72 giờ thất bại, nên đánh giá lại và thay đổi phương pháp điều trị. Trong trường hợp này, CT Scanner, nội soi mũi và nuôi cấy vi khuẩn nên được cân nhắc. Hiệu quả của kháng sinh trong điều trị viêm xoang cấp tính được thể hiện trong bảng dưới đây:

Kháng sinh đường uống		Tác nhân gây bệnh		
		S. Pneumonia	*Haemophilus* SPP	*Moraxella Catarrahalis*
Penicillin/Amoxicillin		+	0	0
Cephalosporins	Thế hệ thứ nhất	±	0	0
	Thế hệ thứ 2	+	+	+
	Thế hệ thứ 3	±	+	+
Amoxicillin/Clavulanate		+	+	+
Macrolides		±	±	±
Clindamycin		+	0	0
Imipenem/Meropenem		+	+	+
Trimethoprim/Sulfamethoxazole		-	+	+
Quiniolones (cũ) hoặc Aminoglycosides		±	+	+
Quinolones (mới)		+	+	+

0: Không hoặc rất ít tác dụng (<30%)

±: Tương đối tác dụng (30 - 80%)

+ Tác dụng tốt (>80%)

– Rửa mũi và xịt mũi: Cùng với liệu pháp kháng sinh toàn thân, điều trị tại mũi là rất cần thiết:
  + Rửa mũi thường xuyên bằng nước muối sinh lý hoặc nước muối ưu trương có thể giúp giữ ẩm và làm sạch dịch trong hốc mũi.
  + Xịt trực tiếp corticoid vào mũi có thể làm giảm tiết dịch (ít gây ảnh hưởng đến toàn thân).
  + Xịt oxymetazoline hydrochloride thời gian ngắn (ví dụ 3 ngày) để giảm các triệu chứng của viêm mũi xoang cấp hoặc tránh viêm mũi xoang cấp chuyển thành mạn tính. Ngược lại nếu xịt kéo dài có thể làm bệnh nặng hơn.

1.2 Liệu pháp corticoid toàn thân, thuốc làm thông mũi và những liệu pháp điều trị khác

Sử dụng corticoid toàn thân có hiệu quả chống viêm cao tuy nhiên chỉ sử dụng giới hạn và cần được kiểm soát cẩn thận.

Các thuốc làm thông mũi và tan nhầy theo đường toàn thân như là guaifenesin có thể giúp giảm các triệu chứng. Các thuốc đối kháng thụ thể Leukotriene (montelukast, zafirlukast) và thuốc kháng sinh macrolide có hiệu quả chống viêm, có thể chữa trị có hiệu quả.

1.3 Điều trị dị ứng

Đối với bệnh nhân dễ bị dị ứng, kiểm soát dị ứng là cần thiết để ngăn chặn sự phát triển của viêm mũi, chính vì vậy có thể ngăn chặn quá trình phát triển thành viêm xoang.

1.4 Phẫu thuật xoang

Tối đa sau 4-6 tuần điều trị bằng thuốc kháng sinh phù hợp, corticoid tại chỗ và liệu pháp corticoid toàn thân không kết quả nên cân nhắc phẫu thuật. Điều trị phẫu thuật có thể cần thiết nếu có những bằng chứng về tổn thương niêm mạc hoặc tắc phức hợp lỗ ngách (khi được xác định bằng CT Scanner hoặc khám nội soi) vẫn dai dẳng mặc dù đã điều trị liên tục. Bệnh nhân chắc chắn có các bất thường về giải phẫu mũi xoang có thể cũng phải phẫu thuật.

– Phẫu thuật nội soi chức năng mũi xoang:
  Chỉ định:

+ Phẫu thuật nội soi chức năng mũi xoang dựa trên một số quan sát quan trọng:
+ Quan sát rõ ràng tại vị trí của lỗ thông mũi xoang không bình thường có thể sẽ không đảm bảo cho dẫn lưu xoang trực tiếp của dòng niêm dịch.
+ Chít hẹp giải phẫu phức hợp lỗ ngách.
+ Niêm mạc mũi xoang bị tổn thương khó hồi phục và làm mất chức năng hệ thống lông chuyển ảnh hưởng đến sự dẫn lưu dịch.

– Phẫu thuật xoang mở:
Mặc dù phương pháp nội soi chức năng mũi xoang có nhiều ưu điểm, đôi khi vẫn cần dùng tới phương pháp phẫu thuật xoang mở như phẫu thuật Caldwel-Luc. Phẫu thuật này mở vào xoang, cho phép sinh thiết xoang và mở lỗ dẫn lưu vào hốc mũi.

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

1. Tiên lượng

Tiên lượng viêm xoang cấp tính là rất tốt, với ước tính khoảng 70% bệnh nhân mắc bệnh sẽ tự khỏi mà không được chữa trị. Kháng sinh đường uống có thể giảm thời gian bệnh nhân có triệu chứng. Tuy nhiên trong một số trường hợp viêm xoang có thể gây ra một số biến chứng.

2. Biến chứng

2.1 Viêm nhiễm ổ mắt

Hốc mắt được ngăn cách với xoang sàng bởi xương giấy vốn rất mỏng và dễ bị rạn nứt. Mặt khác hệ thống tĩnh mạch mắt có liên hệ với mạch sàng, bởi vậy nhiễm khuẩn hốc mắt là biến chứng phổ biến nhất của viêm xoang cấp. Tỷ lệ mắc biến chứng của hốc mắt ở trẻ nhỏ thường cao hơn so với ở người lớn.

Một số nhiễm khuẩn hốc mắt do biến chứng của viêm xoang là: phù nề, viêm nhiễm ở mi mắt; viêm mô tế bào ổ mắt; viêm tắc tĩnh mạch xoang hang.

2.2 Viêm màng não

Viêm màng não thường xảy ra do nhiễm khuẩn từ xoang sàng và xoang bướm. Khi thăm khám, bệnh nhân có biến chứng này có thể giảm hoặc không đáp ứng với các kích thích. Có thể có các dấu hiệu của viêm màng não như Kernig và Brudzinski (+). Nếu phát hiện viêm màng não do biến chứng của viêm xoang, cần phải chụp CT Scanner não, CT Scanner xoang và chọc rò tủy sống giúp chẩn đoán.

2.3 Áp xe ngoài màng cứng

Áp xe ngoài màng cứng là sự tích tụ mủ giữa xương sọ và màng cứng, điển hình liên quan đến viêm xoang trán. Một mặt do viêm nhiễm trực tiếp từ xoang lan rộng, mặt khác theo đường máu, có thể dẫn tới viêm mủ dưới màng cứng và cuối cũng dẫn tới áp xe não.

2.4 Tắc tĩnh mạch xoang hang

Cục huyết khối nhiễm khuẩn từ mắt có thể chảy về phía sau thông qua hệ tĩnh mạch mắt tới xoang hang, gây ra nhiễm khuẩn, viêm nhiễm và cuối cùng là nghẽn mạch xoang. Bệnh nhân có những triệu chứng ở mắt như: phù kết mạc, đồng tử phản ứng chậm chạp, liệt mắt và mù lòa.

2.5 Khối sưng phồng của Pott

Nếu viêm nhiễm trong xoang trán lan đến tuỷ xương trán, hiện tượng viêm xương tuỷ khu trú kết hợp với phá huỷ xương có thể gây ra khối sưng mềm vùng trán được mô tả kinh điển là khối sưng phồng của Pott.

VI. PHÒNG BỆNH

– Có chế độ điều trị, nghỉ ngơi và ăn uống hợp lý khi mắc cảm cúm.
– Tránh tiếp xúc với các yếu tố kích thích (bụi, khói thuốc lá, hoá chất…).

- Quan tâm điều trị trào ngược dạ dày - thực quản.
- Giải quyết các bất thường về giải phẫu mũi xoang (vẹo vách ngăn, xoang hơi cuốn giữa, quá phát mỏm móc, bóng sàng).
- Nạo VA quá phát.
- Điều trị các khối u vòm mũi họng.
- Quan tâm, điều trị các bệnh toàn thân.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 1.Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM- 2007.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2016.
3. Phác đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

NGẠT MŨI

I. ĐỊNH NGHĨA

Ngạt mũi là một trong những triệu chứng thường gặp nhất, không chỉ trong các bệnh mũi xoang mà trong nhiều trường hợp, đây chỉ là rối loạn cơ năng thông thường. Ngạt mũi có thể gặp ở một hoặc hai hốc mũi, có thể thay đổi từng lúc, từng thời kỳ, có thể chỉ ở mức độ nhẹ gây khó chịu nhưng cũng có thể tới mức độ nặng gây thiếu oxy, ngạt thở (chủ yếu ở hài nhi), có thể đơn thuần nhưng thường kèm theo đau vùng mặt, chảy mũi, giảm ngửi, hắt hơi…

II. NGUYÊN NHÂN

1. Trẻ sơ sinh

- Dị tật bẩm sinh: tịt lỗ mũi sau cả hai bên, ngạt mũi xuất hiện ngay sau khi sinh.
- Viêm mũi do lậu cầu (mẹ gây nhiễm cho con), thường xuất hiện sau khi sinh 24 - 48 giờ.

2. Hài nhi

- Dị tật bẩm sinh: tịt lỗ mũi sau một hoặc hai bên không hoàn toàn.
- V.A quá phát: gây ngạt mũi thường xuyên, tăng lên trong những đợt viêm nhiễm cấp tính.
- Viêm mũi họng cấp tính.

3. Trẻ em

- V.A quá phát rất thường gặp, ngạt mũi tăng rõ khi có tình trạng viêm nhiễm cấp tính.
- Viêm mũi xoang cấp và mạn tính, thường kèm theo chảy mũi dịch nhầy hay dịch mủ.
- Dị vật: thường ngạt mũi đột ngột một bên, sau đó xuất hiện chảy mũi, dịch mủ thối một bên.

4. Trẻ lớn và người lớn

4.1 Viêm mũi cấp và mạn tính

- Viêm mũi quá phát gây ngạt mũi liên tục.
- Viêm mũi dị ứng: từng đợt theo mùa, có yếu tố dị nguyên.
- Viêm mũi vận mạch: từng lúc, thay đổi từng bên mũi.

4.2 Viêm xoang cấp và mạn tính: Ngạt mũi liên tục khi có thoái cuốn mũi, đặc biệt là cuốn mũi giữa.

4.3 Dị hình vách ngăn mũi: Lệch vẹo, gai, mào vách ngăn mũi.

4.4 Chấn thương mũi: Sập, lệch sống mũi, di chứng sẹo dính giữa cuốn mũi giữa và vách ngăn…

4.5 Khối u

- U lành tính: u xơ vòm mũi họng, polyp mũi.
- U ác tính: ung thư sàng hàm, ung thư vòm mũi họng…

III. CHẨN ĐOÁN

1. Hỏi bệnh

- Thời gian xuất hiện: mới bị hay đã lâu, xuất hiện từng lúc hay liên tục.
- Vị trí: một bên hay cả hai bên mũi.
- Mức độ: nhẹ, vừa hay nặng, ngạt hoàn toàn hay không hoàn toàn? Có tăng hay giảm theo tư thế, thời gian, thời tiết… hay không?
- Các triệu chứng kèm theo: đau vùng mặt, chảy mũi, giảm ngửi, hắt hơi…? − Tình trạng ngạt mũi có giảm khi được rỏ bởi các thuốc co mạch hay không?

2. Khám bệnh

2.1 Nhìn: Đối với hài nhi hay trẻ nhỏ thì quan sát khi bú hay ngủ:

- Không bú được lâu hay sặc, tím tái khi bú.
- Luôn há miệng khi thở, khi ngủ ngáy to.
- Ứ đọng chất xuất tiết ở mũi.
- Trẻ nhỏ nếu ngạt mũi kéo dài sẽ dẫn tới biến dạng khuôn mặt như: răng vẩu, cằm lẹm, mũi hếch, cánh mũi bè ra…

2.2 Nghe: Nếu ngạt mũi hai bên liên tục làm thay đổi giọng nói: không vang, giọng mũi kín…

2.3 Khám mũi

- Sử dụng gương soi thường hoặc gương Glatzel đặt trước mũi để xem mức độ mờ gương do hơi thở gây ra. Có thể sử dụng miếng bông hoặc sợi chỉ để trước mũi để xem có di động khi thở không?
- Soi mũi: có thể khám bằng mở mũi thông thường hoặc nội soi hốc mũi nhằm đánh giá:
  + Tình trạng cuốn mũi: phù nề, sung huyết, thoái hóa… có đáp ứng với thuốc co mạch hay không?
  + Hốc mũi, ngánh mũi (đặc biệt là ngánh mũi giữa): xem có dịch mủ, nhầy ứ đọng không? có polyp không? cuốn mũi có thoái hóa không?...
  + Cửa mũi sau và vòm mũi họng: có dịch mủ, nhầy không? có polyp không? đuôi cuốn mũi có thoái hóa không? có khối u vòm không…?

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị chung

- Làm thông thoáng hốc mũi: rửa mũi bằng natriclorid 0,9%, hút dịch mũi, xì nhẹ từng bên mũi.
- Rỏ mũi bằng các thuốc gây co mạch: ephedrin1-3%, naphtazolin 0,5-1% (không dùng cho trẻ sơ sinh), trong trường hợp này có thể thay thế bằng adrenalin 0,1% pha loãng.
- Xông hơi: hơi nước ấm có pha dầu thơm.
- Khí dung: kháng sinh, corticoid, thuốc co mạch.

2. Điều trị nguyên nhân

- Nội khoa: điều trị các nguyên nhân do viêm nhiễm mũi xoang, mũi họng: + Thuốc hạ nhiệt sử dụng khi có sốt cao, kéo dài.
  + Sử dụng kháng sinh chống nhiễm khuẩn và phòng bội nhiễm.
  + Thuốc chống dị ứng trong trường hợp viêm mũi dị ứng.
  + Chống viêm, giảm phù nề: dùng corticoid giảm liều dần hoặc alphachymotrypsin…
  + Nâng cao sức đề kháng của cơ thể: vitamin C, các thuốc tăng sức đề kháng…
- Ngoại khoa:
  + Tiêm các thuốc gây xơ vào cuốn mũi như: tiêm corticoid…
  + Nạo V.A: trong trường hợp viêm quá phát che kín cửa mũi sau.
  + Tạo hình lại các dị hình: sẹo hẹp, tịt lỗ mũi sau, dị hình vách ngăn…
  + Cuốn mũi thoái hóa: có thể đốt bằng điện nhiệt, nitơ lỏng hoặc laser… Khi cần thiết có thể cắt cuốn mũi hoặc đốt cuốn mũi qua nội soi mũi.
  + Lấy bỏ dị vật hốc mũi và phẫu thuật lấy bỏ các khối u và polyp (bằng phẫu thuật kinh điển hoặc nội soi).
  + Cắt bỏ dây thần kinh Vidien (vi phẫu hoặc nội soi vùng hố chân bướm hàm).

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Tránh bị lạnh, ẩm đột ngột hay kéo dài.

- Giữ vệ sinh mũi họng: rỏ mũi hàng ngày (Natriclorid 0,9%), súc họng bằng nước muối nhạt khi có dịch nhầy ứ đọng trong cổ họng.
- Tránh các tác nhân kích thích như: bụi, khói, hóa chất độc hại…
- Giải quyết các ổ viêm ở mũi họng.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM- 2007.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2016.
3. Phac đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

VIÊM MŨI XOANG DO NẤM

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng viêm mũi xoang kéo dài với sự hiện diện của nấm gây tổn thương niêm mạc và tổ chức xung quanh. Nấm mũi xoang có bốn thể: thể không xâm nhập còn gọi là u nấm, thể xâm nhập giả u; thể xâm lấn và thể viêm mũi xoang dị ứng với nấm.

II. NGUYÊN NHÂN

1. Do hít phải các bào tử nấm trong môi trường xung quanh

Chúng sẽ bám vào hốc mũi xoang chờ cơ hội gây bệnh.

2. Nguyên nhân có liên quan đến răng chiếm 1/3 trường hợp

Các sợi nấm phát triển trong chất hàn răng là oxit kẽm có trong eugenat đi qua đỉnh răng vào trong xoang. Thời gian từ lúc chăm sóc răng đến khi chẩn đoán viêm xoang do nấm từ vài tháng đến vài năm.

Các yếu tố thuận lợi gây bệnh viêm mũi xoang do nấm:

- Thông khí mũi xoang kém do có bệnh lý mũi xoang kéo dài, dị vật, lệch vẹo vách ngăn.
- Điều trị thuốc làm mất cân bằng nấm-vi khuẩn tại chỗ.
- Điều kiện khí hậu: khí hậu nóng và ẩm ướt thích hợp cho nấm mốc phát triển.
- Người bệnh bị suy giảm miễn dịch, bệnh tiểu đường.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

Tùy từng thể và từng xoang mà có các biểu hiện khác nhau.

1.1 Thể u nấm không xâm nhập

a. Lâm sàng

- Nấm khu trú ở xoang hàm:
  + Chảy mũi mủ mạn tính, không thối, chảy ra mũi sau là hay gặp nhất.
  + Tắc ngạt mũi.
  + Nhức đầu vùng gò má, thái dương.
  + Một số trường hợp không có triệu chứng, phát hiện bệnh rất tình cờ.
  + Khám nội soi thấy: viêm phù nề kết hợp với chảy mủ. Có polip hoặc có khối nấm màu nâu đen, kết hợp đôi khi với những thay đổi giải phẫu như conchabullosa, cuốn giữa đảo chiều, lệch vách ngăn.
- Nấm khu trú xoang trán-sàng-hàm:
  + Chảy mủ và có khi kèm theo các dấu hiệu về mắt, phù nề và nhất là nhìn đôi.
- Nấm khu trú xoang bướm: nhức đầu vùng đỉnh, chẩm, có những rối loạn ở mắt nghiêm trọng và thường xảy ra ở người có suy giảm miễn dịch.

b. Cận lâm sàng − X quang:

Blondeau hoặc C.T scan có các nốt cản quang đậm đặc nằm rải rác trong đám mờ toàn bộ xoang là hình ảnh điển hình, hoặc có thể mờ toàn bộ xoang hoặc mở hình khung. Nếu nấm ở xoang bướm ngoài hình mờ trong xoang còn có hình tiêu xương ở thành trên và ngoài.

- Cấy nấm: Aspergillus fumigatus hay gặp nhất, hiếm hơn là Aspergillus niger hoặc Aspergillus flavus.
- Giải phẫu bệnh: có mặt các sợi nấm.

1.2 Thể xâm nhập giả u (hiếm nhưng nặng)

a. Lâm sàng

- Biến dạng xương hàm trên, lồi mắt, liệt vận nhãn.

– Nội soi thấy khối có màu xám nâu hoặc lục nhạt.
– Thường gặp ở người bệnh có suy giảm miễn dịch, đái tháo đường.

b. Cận lâm sàng − X quang:

– Hình ảnh khối mờ kiểu u có tiêu xương, tổn thương lan rộng cho thấy quá trình xâm lấn ác tính.
– Cấy nấm: Aspergillus flavus thường gặp.

1.3 Thể dữ dội xâm nhập thật sự

a. Lâm sàng.

– Người bệnh có suy giảm miễn dịch.
– Đau mặt, sốt, phù nề, chảy mũi lẫn máu.
– Viêm mô lan rộng dưới dạng hoại thư da-niêm mạc, tổn thương xoang bướm, ổ mắt, tổn thương dây thần kinh nội sọ, động mạch.

b. Cận lâm sàng − C.T scan, MRI: cho hình ảnh xâm lấn lan rộng.

– Cấy nấm định danh chính xác: Aspergillus fumigatus, flavus, nidulans, niger, Mucoralis của lớp zycomycete. Nhóm nấm hiếm hơn như Microsporumcanis, Scedosporum, Apiospermum, Cladosporum.
– Giải phẫu bệnh có sợi nấm.

1.4 Thể viêm mũi xoang dị ứng với nấm

a. Lâm sàng

– Bệnh polip mũi không đáp ứng với điều trị thuốc. Là một bệnh lành tính, không xâm nhập, gặp khoảng 6% trong toàn bộ viêm mũi xoang mạn tính, đôi khi chỉ bị viêm mũi xoang một bên.

b. Cận lâm sàng − X quang:

– Mờ đồng nhất các xoang, đôi khi vôi hóa, thường tổn thương nhiều xoang.
– Giải phẫu bệnh: giữa tổ chức viêm dày niêm mạc lẫn nhầy trong xoang có chứa:
  + Tế bào đa nhân eosinophil
  + Những tinh thể Charcot-Leyden
  + Những sợi nấm.
– Cấy nấm: xác định loài gây bệnh (Aspergillus hoặc họ Dematiaceae)
– Xét nghiệm huyết thanh: tăng eosinophilie cao trong máu; tăng IgE và IgE đặc hiệu với nấm gây bệnh.
– Test da: dương tính với nấm gây bệnh.

2. Chẩn đoán phân biệt

– Viêm mũi xoang mạn tính do vi khuẩn: thường tổn thương cả hai bên trong khi viêm xoang do nấm bị một bên. Chẩn đoán do nấm chủ yếu trong phẫu thuật phát hiện khối mầu ghi xám, nâu đen hoặc lục nhạt.
– Viêm xoang do răng: cần khám răng và chụp X quang toàn cảnh răng (panorama).
– Khối u hốc mũi xoang: hình ảnh X quang, chụp C.T scan và giải phẫu bệnh lý giúp chẩn đoán phân biệt.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

– Điều trị phẫu thuật luôn đặt ra.
– Tùy từng thể viêm xoang do nấm có cách điều trị thích hợp.

2. Phác đồ điều trị

– Phẫu thuật nội soi mũi xoang.
– Phẫu thuật kinh điển (Caldwell-Luc)

Cắt lọc khi phẫu thuật nội soi thất bại kết hợp điều trị bệnh toàn thân (suy giảm miễn dịch, tiểu đường, dị ứng).

3. Điều trị cụ thể

3.1 Thể u nấm không xâm nhập ở xoang hàm

- Phẫu thuật nội soi mũi xoang mở rộng khe giữa ± mở khe dưới.
- Thể u nấm không xâm nhập ở xoang trán-sàng-hàm: phẫu thuật nội soi mở sàng trước.
- Thể u nấm không xâm nhập ở xoang bướm: phẫu thuật nội soi mở xoang bướm đường trong mũi hoặc qua xoang sàng.

3.2 Thể xâm nhập giả u

- Phẫu thuật nội soi mở sàng toàn bộ một bên, một số trường hợp, điều trị kết hợp hóa trị đặc hiệu.

3.3 Thể dữ dội xâm nhập thực sự

- Tiêm tĩnh mạch Amphotericin B 250 microgam/kg.
- Điều trị đái tháo đường, dừng corticoid.
- Phẫu thuật cắt lọc tổn thương.
- Oxy cao áp.

3.4 Thể viêm xoang dị ứng với nấm

- + Phẫu thuật nội soi mũi xoang
- + corticoid tại chỗ kéo dài ± corticoid toàn thân nếu polip tái phát nhanh.

V. TÁI KHÁM VÀ THEO DÕI

- Viêm mũi xoang do nấm đối với thể không xâm nhập có tiên lượng tốt nếu được điều trị kịp thời. Biến chứng của thể này cũng giống như các viêm mũi xoang mạn tính khác.
- Viêm mũi xoang do nấm đối với thể xâm nhập có tiên lượng xấu nhất là ở những người có bệnh mạn tính suy giảm miễn dịch, đái tháo đường.

Biến chứng chủ yếu khi nấm xâm nhập vào ổ mắt gây lồi mắt, liệt vận nhãn, nhìn đôi, mù; xâm nhập vào sọ não gây tổn thương thần kinh nội sọ; gây biến dạng xương hàm mặt; tổn thương mạch máu gây chảy máu ồ ạt. Đặc biệt ở thể dữ dội không được điều trị nấm sẽ xâm lấn lên não bằng đường trực tiếp hoặc huyết khối động mạch cảnh trong dẫn đến tử vong.

VI. PHÒNG BỆNH

- Nâng cao sức đề kháng toàn thân.
- Tránh sử dụng kháng sinh nhiều đợt, kéo dài.
- Phát hiện và điều trị sớm các nguyên nhân gây tắc ngạt mũi xoang.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM- 2007.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2016.
3. Phác đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

PHẦN 3: HỌNG – THANH QUẢN

VIÊM MŨI HỌNG CẤP TÍNH

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm mũi họng cấp tính là viêm cấp tính niêm mạc vùng mũi và họng, thường kết hợp với viêm amiddan, VA,... thuộc vòng bạch huyết Waldeyer khi bệnh nhân còn các tổ chức lympho này. Đây là một bệnh lý cấp tính hay gặp trong chuyên khoa tai mũi họng, có thể xuất hiện đơn thuần hoặc là biểu hiện viêm long đường hô hấp trên trong giai đoạn đầu của nhiều bệnh nhiễm trùng lây.

II. NGUYÊN NHÂN

Viêm mũi họng cấp tính thường gặp vào mùa lạnh, khi thời tiết thay đổi, khởi đầu là một viêm nhiễm virus, dưới tác dụng của độc tố sức đề kháng giảm sút, là điều kiện cho bội nhiễm vi trùng, thường là vi trùng nằm vùng có sẵn trong mũi họng như liên cầu, phế cầu đặc biệt là liên cầu bê-ta tan huyết nhóm A, có thể lây lan trong cộng đồng từ nước bọt, nước mũi do khi nói, khi ho hay hắt hơi…

1. Viêm mũi họng đỏ cấp đơn thuần hay kết hợp có bựa trắng:

Có thể do vi khuẩn hoặc virus.

1.1 Do vi khuẩn:

Chiếm 20-40% tổng số viêm mũi họng gồm:

- Liên cầu bê- ta tan huyết nhóm A,B,C,G
- Haemophilus influenzae
- Tụ cầu vàng
- Moraxella catarrhalis
- Các vi khuẩn kị khí

1.2 Do virus Chiếm 60-80% gồm:

- Adénovirus
- Virus cúm
- Virus para - influenzae
- Virus Coxsakie nhóm A hoặc B trong đó nhóm A gây viêm họng có bóng nước Herpanginne.
- Virus Herpes gây viêm họng có bóng nước nhưng gây viêm miệng nhiều hơn ở họng.
- Virus Zona gây viêm họng có bóng nước Zona.
- Epstein Barr Virus (E.B.V) gây bệnh bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn và gây viêm mũi họng cấp tính.

2. Viêm mũi họng loét

- Chỉ xẩy ra ở khoảng 5%.
- Thường bị một bên như viêm họng cấp Vincent, săng giang mai, bị cả hai bên như viêm họng do các bệnh về máu như bệnh bạch cầu cấp, bệnh mất bạch cầu hạt, viêm họng có giả mạc như viêm họng bạch hầu…

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1 Lâm sàng

Bệnh thường xẩy ra đột ngột với các triệu chứng toàn thân, cơ năng và thực thể như sau:

- Triệu chứng toàn thân: có thể chỉ sốt vừa 380C -390C nhưng cũng có khi sốt cao 400C ở trẻ em, ớn lạnh, nhức đầu, đau mình mẩy, mệt mỏi, chán ăn, không làm việc được…

- Triệu chứng cơ năng: nuốt đau, đau nhói lan lên tai, ho kích thích, lúc đầu ho khan, sau ho có đờm, thường có ngạt mũi, chảy mũi nước, lúc đầu trong nhầy, sau đục. Tiếng nói mất trong hay khàn nhẹ…
- Triệu chứng thực thể: niêm mạc họng đỏ rực, xuất tiết, trẻ em, hay bệnh nhân trẻ tuổi hai amiđan sưng to, sung huyết, hay có những chấm mủ trắng, bựa trắng phủ trên bề mặt amiđan. Niêm mạc mũi sung huyết, xuất tiết nhầy, có thể có sưng hạch góc hàm, ấn đau nhẹ…

1.2 Cận lâm sàng

Thông thường viêm mũi họng cấp không cần xét nghiệm cận lâm sàng vì chỉ cần dựa vào triệu chứng toàn thân, cơ năng và đặc biệt khám thực thể vùng mũi họng là đủ, nhưng nếu viêm mũi họng có xu hướng nặng kéo dài dễ gây biến chứng thì phải xét nghiệm vi trùng làm kháng sinh đồ thì điều trị có hiệu quả hơn. Đặc biệt nếu nghi các bệnh lây nhiễm nguy hiểm thì bắt buộc phải xét nghiệm để phòng dịch như bạch hầu, lao, giang mai,… các xét nghiệm cơ bản khác cũng có thể làm để tham khảo như công thức bạch cầu, nếu số lượng giảm và nhiều lympho thì có thể nhiễm virus, số lượng tăng chủ yếu đa nhân trung tính trong nhiễm vi trùng hay giai đoạn bội nhiễm của nhiễm virus. Làm phản ứng ASLO tìm kháng thể trong nhiễm liên cầu bê-ta.

2. Chẩn đoán phân biệt

Cần xác định nguyên nhân chính gây nên viêm mũi họng ở một số trường hợp như dị vật mũi gây viêm mũi cấp thường chỉ điều trị một bên, viêm mũi họng trong giai đoạn đầu một số bệnh nhiễm trùng lây như sởi, thủy đậu, cảm cúm… Lúc này điều trị bệnh chính gây ra là quan trọng chứ không chỉ triệu chứng về mũi họng…

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Nhiều tác giả trong và ngoài nước đều thống nhất rằng tất cả mọi viêm mũi họng đỏ cấp, có chấm mủ trắng hay bựa trắng trên bề mặt amiddan đều phải điều trị như viêm mũi họng đỏ cấp do liên cầu khi chưa có xét nghiệm phân loại vi khuẩn hay virus. Đó là điều trị kháng sinh, hạ sốt, kháng viêm, giảm đau, sát trùng họng và nhỏ mũi sát khuẩn, co mạch, chống dị ứng…

2. Phác đồ điều trị

Dù chưa có xét nghiệm vi trùng, virus, kháng sinh đồ, kháng virus đồ thì chúng ta cũng phải điều trị kháng sinh ngay cho kịp thời, khi có kết quả xét nghiệm (thường sau 3,4 ngày) ta lại điều chỉnh phù hợp kháng sinh đồ

- Kháng sinh.
- Hạ sốt giảm đau.
- Giảm viêm.
- Điều trị kháng sinh theo đúng kháng sinh đồ.
- Chế độ ăn uống và sinh tố nâng cao thể trạng.

3. Điều trị cụ thể

3.1 Kháng sinh

- Peniciline V uống 50-100 UI/kg cho trẻ, 3 triệu UI cho người lớn, chia 3 lần trong ngày kéo dài trong 10 ngày.
- Peniciline chậm loại Benzathin-Peniciline G liều 600.000UI cho trẻ < 30kg 1,2 triệu UI cho trẻ > 30kg và 2,4 triệu UI cho người lớn.
- Cephalosporine thế hệ 1, hoặc Peniciline A (Amoxicilline) trong 10 ngày. − Trường hợp bệnh nhân dị ứng với Peniciline thì có thể thay thế nhóm Macrolide như Rulide, Zithromax, Dynabac, hay Josacine trong 5-7 ngày.

– Tốt nhất là điều trị theo kháng sinh đồ nếu có kết quả xét nghiệm sớm, phải thay đổi thuốc kịp thời.

3.2 Hạ sốt, giảm đau, kháng viêm

Paracetamol, Anphachymotrypsine, Aspirine… cho liều phù hợp với trẻ em và người lớn, uống sau ăn, lưu ý hỏi tiền sử viêm dạ dày tá tràng để chống chỉ định vì hầu như tất cả các thuốc giảm đau hạ sốt đều có nguy cơ chảy máu dạ dày và hệ thống đường **tiêu hóa.**

3.3 Chế độ dinh dưỡng, sinh tố

Chế độ dinh dưỡng tốt, nhiều chất, dễ tiêu hóa, giàu năng lượng, đặc biệt cung cấp các loại trái cây, nhiều vitamine C, B1.

V. TÁI KHÁM VÀ THEO DÕI

1. Diễn biến, tiên lượng

– Nếu viêm mũi họng do virus thì chỉ sau 3-5 ngày là tự khỏi, các triệu chứng giảm dần rồi hết.

– Nếu viêm mũi họng do virus bị bội nhiễm đặc biệt bội nhiễm liên cầu bệnh sẽ kéo dài hơn, cần điều trị kháng sinh có hệ thống nếu không dễ bị biến chứng…

2. Biến chứng

– Biến chứng tại chỗ: viêm tấy, áp xe quanh amiđan, áp xe thành sau, thành bên họng, biến chứng viêm mũi xoang cấp, viêm tấy hoại thư vùng cổ họng ít gặp, nhưng nếu gặp thì tiên lượng rất nặng.

– Biến chứng gần: viêm thanh khí phế quản, viêm phổi, viêm tai giữa cấp, viêm xoang cấp.

– Biến chứng xa: viêm cầu thận, viêm khớp, viêm màng tim, choáng nhiễm độc liên cầu, hoặc có thể nhiễm trùng máu…

VI. PHÒNG BỆNH

– Nâng cao mức sống để tăng sức đề kháng cơ thể, sống trong môi trường trong sạch, không ô nhiễm…

– Phòng hộ lao động tốt, chống bụi, chống nóng, bỏ thuốc lá, bỏ rượu, vệ sinh răng miệng tốt, tiêm chủng mở rộng triệt để cho trẻ em, điều trị tích cực các bệnh mũi xoang, viêm họng, viêm amiđan, VA bệnh nhân đang mắc mạn tính…

– Điều trị viêm mũi họng cấp tính đúng quy cách tránh biến chứng xẩy ra…

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM- 2007.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2016.
3. Phac đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

VIÊM V.A CẤP VÀ MẠN TÍNH

I. ĐỊNH NGHĨA

V.A (Végétations Adénoides) là một tổ chức lympho nằm ở vòm họng, là một phần thuộc vòng bạch huyết Waldeyer, còn gọi là amiđan Luschka. V.A phát triển mạnh ở lứa tuổi nhỏ và bắt đầu thoái triển từ 5-6 tuổi trở đi. Viêm V.A cấp tính là viêm nhiễm cấp tính, xuất tiết hoặc có mủ ở amiđan Lushka ngay từ nhỏ, cũng có thể gặp ở trẻ lớn và người lớn (nhưng rất hiếm). Viêm V.A mạn tính là tình trạng V.A quá phát hoặc xơ hoá sau viêm nhiễm cấp tính nhiều lần.

II. NGUYÊN NHÂN

- Virus: Adenovirus, Myxovirus, Rhinovirus...
- Vi khuẩn: Tụ cầu vàng, liên cầu khuẩn tan huyết bêta nhóm A, Haemophilus Influenzae...

III. CHẨN ĐOÁN.

1. Chẩn đoán xác định

1.1 Lâm sàng.

1.1.1 Viêm V.A cấp tính

- Toàn thân:
  + + Ở trẻ sơ sinh, bắt đầu đột ngột, sốt cao 400C - 410C, thường kèm theo những hiện tượng phản ứng dữ dội như: co thắt thanh môn, co giật.
  + + Ở trẻ lớn hơn cũng có thể bắt đầu đột ngột sốt cao, kèm theo co thắt thanh quản, đau tai và có khi có phản ứng màng não nhưng diễn biến nhẹ hơn ở trẻ sơ sinh.
- Cơ năng: trẻ ngạt mũi, trẻ sơ sinh có thể ngạt mũi hoàn toàn phải thở bằng miệng, thở nhanh, nhịp không đều, bỏ ăn, bỏ bú.

Trẻ lớn hơn không bị ngạt mũi hoàn toàn nhưng thở ngáy, nhất là về đêm, tiếng nói có giọng mũi kín.

Ở người lớn nếu có còn bị viêm họng sau lưỡi gà, ù tai, nghe kém.

- Thực thể:
  + Hốc mũi đầy mủ nhầy, không thể hoặc khó khám vòm họng qua mũi trước. Ở trẻ lớn, sau khi hút sạch mũi nhầy trong hốc mũi, đặt thuốc làm co niêm mạc mũi có thể nhìn thấy tổ chức V.A ở nóc vòm phủ bởi lớp mủ nhầy.
  + Khám họng thấy niêm mạc đỏ, một lớp nhầy trắng, vàng phủ trên niêm mạc thành sau họng từ trên vòm chảy xuống.
  + Khám tai: màng nhĩ mất bóng, trở nên xám đục, hơi lõm vào do tắc vòi nhĩ, triệu chứng rất có giá trị để chẩn đoán V.A.
  + Có thể sờ thấy hạch nhỏ ở góc hàm, rãnh cảnh, có khi cả ở sau cơ ức - đòn - chũm, hơi đau, không có hiện tượng viêm quanh hạch.
  + Nội soi mũi sau hoặc soi cửa mũi sau gián tiếp bằng gương nhỏ ở trẻ lớn và người lớn sẽ thấy được tổ chức V.A ở vòm mũi - họng sưng đỏ, to, có mủ nhầy phủ lên trên.

1.1.2 Viêm V.A mạn tính

Triệu chứng viêm V.A xuất hiện từ 18 tháng đến 6 - 7 tuổi.

- Toàn thân: thường hay sốt vặt, em bé phát triển chậm so với lứa tuổi, kém nhanh nhẹn, ăn uống kém, người gầy, da xanh. Trẻ đãng trí, kém tập trung tư tưởng thường do tai hơi nghễnh ngãng và não thiếu oxy do thiếu thở mạn tính, thường học kém.
- Cơ năng:

+ Ngạt tắc mũi: lúc đầu ngạt ít sau ngạt nhiều tăng dần. Trẻ thường xuyên há miệng để thở, nói giọng mũi kín.
+ Mũi thường bị viêm, tiết nhầy và chảy mũi thò lò ra cửa mũi trước.
+ Ho khan.
+ Ngủ không yên giấc, ngáy to, giật mình.
+ Tai nghe kém hay bị viêm.

– Thực thể:
+ Soi mũi trước: thấy hốc mũi đầy mủ nhầy, niêm mạc mũi phù nề, cuốn mũi dưới phù nề. Hút hết dịch mủ nhầy, làm co niêm mạc mũi có thể nhìn thấy khối sùi bóng, đỏ mấp mé ở cửa mũi sau.
+ Nội soi mũi - vòm họng bằng Optic 2.7.00
+ Khám họng: thành sau họng có nhiều khối lympho to bằng hạt đậu xanh và mũi nhầy chảy từ vòm xuống họng.
+ Khám tai: thấy màng nhĩ sẹo hoặc lõm vào, màu hồng do Sung huyết toàn bộ ở màng nhĩ hoặc góc sau trên.
+ Em bé có bộ mặt V.A (sùi vòm): da xanh, miệng há, răng vẩu, răng mọc lệch, môi trên bị kéo xếch lên, môi dưới dài thõng, hai mắt mở to, người ngây ngô.

1.2 Cận lâm sàng

Các xét nghiệm thường không có gì đặc biệt, trong viêm V.A cấp nếu do vi khuẩn xét nghiệm công thức máu sẽ có số lượng bạch cầu tăng cao.

2. Chẩn đoán phân biệt

– V.A to ở trẻ khỏe mạnh: không có triệu chứng bệnh lý.
– Ngạt mũi do viêm xoang, bệnh lý vách ngăn: khám thực thể để loại trừ.
– Khối u, polyp cửa mũi sau: khám thực thể, sinh thiết để loại trừ.
– Áp xe thành sau họng: khối phồng thường nằm ở thấp dưới vòm họng.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

– Đối với viêm V.A cấp tính, chủ yếu điều trị triệu chứng, nâng cao thể trạng, chỉ dùng kháng sinh khi nghi ngờ nhiễm khuẩn hoặc đe dọa biến chứng.
– Đối với viêm V.A mạn tính chủ yếu là cân nhắc chỉ định phẫu thuật nạo V.A.

2. Điều trị cụ thể.

– Điều trị viêm V.A cấp tính:
+ Điều trị như viêm mũi cấp tính thông thường bằng hút mũi, rỏ mũi để bệnh nhân dễ thở và thuốc sát trùng nhẹ (ephedrin 1%, argyron 1%) dùng cho trẻ nhỏ.
+ Khí dung mũi: corticoid và kháng sinh.
+ Kháng sinh toàn thân: dùng cho những trường hợp nặng và có biến chứng. + Nâng đỡ cơ thể.
+ Những trường hợp viêm cấp tính kéo dài, thầy thuốc phải sờ vòm để giải phóng mủ tụ lại trong tổ chức V.A hoặc nạo V.A "nóng" với điều kiện cho kháng sinh liều cao trước và sau khi điều trị, nhưng rất hãn hữu.
– Điều trị viêm V.A mạn tính: nạo V.A hiện nay rất phổ biến, nhưng khi nào nạo và không nạo V.A cần phải thực hiện theo đúng chỉ định và chống chỉ định.
– Chỉ định phẫu thuật:
+ V.A bị nhiều đợt viêm cấp tính, tái đi tái lại (5 - 6 lần /1 năm).
+ V.A gây các biến chứng gần: viêm tai, viêm đường hô hấp, viêm hạch.
+ V.A gây biến chứng xa: viêm khớp cấp tính, viêm cầu thận cấp tính…

+ V.A quá phát, ảnh hưởng đến đường thở.
+ Thường tiến hành nạo V.A cho trẻ từ 6 tháng tuổi trở lên, thời gian hợp lý nhất là từ 18-36 tháng tuổi.

– Chống chỉ định phẫu thuật:
– Chống chỉ định tuyệt đối: bệnh ưa chảy máu, rối loạn đông máu.
– Chống chỉ định tương đối:
+ Khi đang có viêm V.A cấp tính.
+ Khi đang có nhiễm virus cấp tính như: cúm, sởi, ho gà, sốt xuất huyết...
+ Bệnh nhân cơ địa dị ứng, hen phế quản, hở hàm ếch.
+ Bệnh mạn tính: lao, giang mai, AIDS…
+ Thời tiết quá nóng hoặc quá lạnh.
– Phương pháp nạo V.A:
+ Nạo V.A là thủ thuật tương đối đơn giản, nhanh, có hiệu quả, được coi là biện pháp vừa điều trị (nạo bỏ hết tổ chức V.A), vừa phòng bệnh (tránh các biến chứng do V.A gây ra).
+ Có thể nạo bằng bàn nạo La Force hoặc bằng thìa nạo La Moure (gây tê) hoặc bằng dao Hummer, Coblator, dao Plasma (gây mê, kết hợp nội soi mũi…). Cắt amiđan kết hợp nạo V.A dưới gây mê nội khí quản bằng dao điện, Laser, Hummer...

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

– Viêm thanh khí phế quản: V.A có thể gây nên những cơn khó thở đột ngột, dữ dội về đêm và kèm theo cơn hen xuất hiện mau hơn và nặng hơn.
– Viêm tai giữa: vi khuẩn theo vòi Eustachi vào hòm nhĩ.
– Viêm đường tiêu hoá: đau bụng đi ngoài ra nhầy, nước.
– Viêm hạch gây áp xe (như hạch Gillette): đó là áp xe thành sau họng trẻ nhỏ.
– Thấp khớp cấp.
– Viêm cầu thận cấp.
– Viêm ổ mắt: viêm màng tiếp hợp, viêm mi mắt, chảy nước mắt.
– Ảnh hưởng đến sự phát triển của cơ thể: cơ thể bị biến dạng, lồng ngực bị dẹp và hẹp bề ngang, lưng cong hoặc gù, bụng ỏng đít teo. Luôn mệt mỏi lười biếng, buồn ngủ, kém thông minh, nguyên nhân do nghe kém và thở kém nên cơ thể không bình thường.

VI. PHÒNG BỆNH

– Nâng cao sức đề kháng của cháu bé bằng chế độ dinh dưỡng hợp lý, khoa học, sử dụng các thuốc bổ, thuốc tăng cường miễn dịch đối với các cháu có sức khỏe yếu, suy dinh dưỡng.
– Phòng tránh lây lan tốt trong các vụ dịch lây truyền theo đường hô hấp, vệ sinh mũi họng, răng miệng tốt.
– Giữ ấm khi thời tiết thay đổi.
– Khi có viêm nhiễm mũi họng, cần điều trị đúng và kịp thời.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM- 2007.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2016.
3. Phac đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

VIÊM AMIDAN CẤP VÀ MẠN TÍNH

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm amiđan cấp tính là viêm sung huyết và xuất tiết của amiđan khẩu cái, thường gặp ở trẻ ở lứa tuổi học đường 5-15 tuổi, do vi khuẩn hoặc virus gây nên, thường thấy ở thời kỳ đầu của nhiều bệnh viêm nhiễm vì vậy có người coi amiđan là "cửa vào" của m ột số vi khuẩn hay virus như: viêm khớp cấp, bại liệt, dịch viêm não, viêm màng não. Viêm amiđan mạn tính là hiện tượng viêm thường xuyên, viêm đi viêm lại nhiều lần của amiđan khẩu cái.

Tùy theo mức độ viêm nhiễm và phản ứng của cơ thể, amiđan viêm có thể phát triển to lên (viêm quá phát) thường gặp ở trẻ em hay người trẻ tuổi, hoặc amiđan có thể nhỏ lại (viêm xơ teo).

II. NGUYÊN NHÂN

Các tác nhân gây viêm amiđan:

- Vi khuẩn: liên cầu β tan huyết nhóm A, S.pneu hemophilus, tụ cầu, liên cầu, xoắn khuẩn, các chủng ái khí và yếm khí;
- Virus: cúm, sởi, ho gà... Có nhiều nguyên nhân thuận lợi gây viêm amiđan: − Thời tiết thay đổi đột ngột (bị lạnh đột ngột khi mưa, độ ẩm cao...).
- Ô nhiễm môi trường do bụi, khí, điều kiện sinh hoạt thấp, vệ sinh kém.
- Sức đề kháng kém, cơ địa dị ứng.
- Có các ổ viêm nhiễm ở họng, miệng: như sâu răng, viêm lợi, viêm V.A, viêm xoang và do đặc điểm cấu trúc giải phẫu của amiđan có nhiều khe kẽ, hốc, ngách là nơi cư trú, ẩn náu và phát triển của vi khuẩn.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1 Lâm sàng

1.1.1 Viêm amiđan cấp tính

- Toàn thân: bắt đầu đột ngột với cảm giác rét hoặc rét run rồi sốt 380C-390C. Người mệt mỏi, đau đầu, chán ăn, nước tiểu ít và sẫm màu, đại tiện thường táo.
- Cơ năng:
  + Cảm giác khô, rát, nóng ở trong họng, nhất là thành bên họng vị trí amiđan, mấy giờ sau biến thành đau họng, đau nhói lên tai, đau tăng lên rõ rệt khi nuốt, khi ho.
  + Kèm theo viêm V.A, thường có viêm mũi hoặc ở trẻ em có amiđan to nên hay gặp thở khò khè, ngủ ngáy to, nói giọng mũi.
  + Viêm nhiễm có thể lan xuống thanh quản, khí quản gây nên ho từng cơn, đau và có đờm nhầy, giọng khàn nhẹ.
- Thực thể:
  + Lưỡi trắng, miệng khô, niêm mạc họng đỏ.
  + Amiđan sưng to và đỏ, có khi gần sát nhau ở đường giữa. Đôi khi thấy hai amiđan sưng đỏ và có những chấm mủ trắng ở miệng các hốc, dần biến thành một lớp mủ phủ trên bề mặt amiđan, không lan đến các trụ, không dính chắc vào amiđan, dễ chùi sạch, không chảy máu, để lộ niêm mạc amiđan đỏ và nguyên vẹn: đó là thể viêm amiđan mủ do vi khuẩn gây nên (liên cầu khuẩn, tụ cầu khuẩn).
  + Tổ chức lympho ở thành sau họng to và đỏ: đó là thể viêm amiđan ban đỏ thường do virus gây nên.

1.1.2 Amiđan mạn tính

- Toàn thân:

+ Triệu chứng nghèo nàn. Có khi không có triệu chứng gì ngoài những đợt tái phát hoặc hồi viêm có triệu chứng giống như viêm amiđan cấp tính.
+ Đôi khi có toàn trạng gầy yếu, da xanh, sờ lạnh, ngây ngấy sốt về chiều. − Cơ năng:
+ Thường có cảm giác nuốt vướng ở họng đôi khi có cảm giác đau như có dị vật trong họng, đau lan lên tai.
+ Hơi thở thường xuyên hôi mặc dù vệ sinh răng miệng thường xuyên.
+ Thỉnh thoảng có ho và khàn tiếng, trẻ em có thở khò khè, ngủ ngáy to.

– Thực thể:
+ Trên bề mặt amiđan có nhiều khe và hốc. Các khe và hốc này chứa đầy chất bã đậu và thường có mủ màu trắng.
+ Thể quá phát: amiđan to như hai hạt hạnh nhân ở hai bên thành họng lấn vào làm hẹp khoang họng, trụ trước đỏ, thường gặp ở trẻ em.
  * ***Xếp loại amiđan quá phát:***
    - Viêm amiđan quá phát A1 (A+): amiđan to, tròn, cuống gọn, chiều ngang amiđan nhỏ hơn hoặc bằng 1/4 khoảng cách giữa chân hai trụ trước amiđan.
    - Viêm amiđan quá phát A2 (A++): amiđan to, tròn, cuống gọn, chiều ngang amiđan nhỏ hơn hoặc bằng 1/3 khoảng cách giữa chân hai trụ trước amiđan.
    - Viêm amiđan quá phát A3 (A+++): amiđan to, tròn, cuống gọn, chiều ngang amiđan nhỏ hơn hoặc bằng 1/2 khoảng cách giữa chân hai trụ trước amiđan.
+ Thể xơ teo: Thường gặp ở người lớn, amiđan nhỏ, mặt gồ ghề, lỗ chỗ hoặc chằng chịt xơ trắng biểu hiện bị viêm nhiễm nhiều lần. Màu đỏ sẫm, trụ trước đỏ, trụ sau dầy. Amiđan mất vẻ mềm mại bình thường, ấn vào amiđan có thể thấy phòi mủ hôi ở các hốc.

1.2 Cận lâm sàng

1.2.1 Viêm amiđan cấp tính

Thể viêm do vi khuẩn, xét nghiệm công thức máu có số lượng bạch cầu tăng cao trên 10 G/l, nhiều bạch cầu đa nhân trung tính.

1.2.2 Viêm amiđan mạn tính

Viêm amiđan mạn tính có thể là một ổ viêm nhiễm gây nên những bệnh toàn thân khác, nhưng nhiều khi khẳng định điều đó trong những trường hợp cụ thể lại là vấn đề khó khăn và tế nhị.

Người ta đã đề xuất khá nhiều test để chẩn đoán xác định:

– Test Viggo - Schmidt: thử công thức bạch cầu trước khi làm nghiệm pháp. Dùng ngón tay xoa trên bề mặt amiđan trong vòng 5 phút, thử lại công thức bạch cầu. Nếu amiđan viêm sẽ thấy số lượng bạch cầu tăng lên. Bạch cầu tăng dần trong vòng 30 phút, giảm dần trong vòng 2 giờ, sau trở lại bình thường.
– Test Le Mée: nếu amiđan viêm đã gây các biến chứng, sau khi xoa trên bề mặt amiđan có khi thấy khớp đau hơn, xuất hiện phù nhẹ hoặc trong nước tiểu có hồng cầu.
– Đo tỷ lệ ASLO trong máu: bình thường 200 đơn vị, khi viêm do liên cầu khuẩn sẽ tăng cao từ 500 - 1000 đơn vị.

2. Chẩn đoán phân biệt

Viêm amiđan cấp tính	Bệnh bạch hầu
Sốt cao, bắt đầu đột ngột	Sốt, bắt đầu từ từ
Mạch nhanh, mạnh	Mạch chậm, yếu
Mệt mỏi vừa, mặt đỏ	Mệt mỏi rõ rệt, mặt xanh tái
Chấm mủ ở bề mặt amiđan hoặc màng mủ, không vượt khỏi amiđan	Giả mạc không giới hạn ở miệng hốc và có thể vượt ra ngoài amiđan
Màng mủ mềm dễ nát và không dính chắc vào tổ chức amiđan	Giả mạc chắc, dính, khó bóc, nếu bóc dễ chảy máu
Hạch cổ thường không sưng trừ trường hợp nặng	Hạch cổ sưng to, ngay cả trường hợp thông thường
Nước tiểu rất ít khi có albumin	Nước tiểu thường có albumin
Không tìm thấy trực khuẩn *Klebs –Loeffer*	Có trực khuẩn *Klebs-Loeffer* khi soi giả mạc

Viêm amiđan mạn tính cần phân biệt với:

- Lao amiđan: Có hội chứng nhiễm độc lao, xét nghiệm lao loại trừ.
- Giang mai thời kỳ hai: Niêm mạc họng đỏ, với những vết trợt niêm mạc ở amiđan, màn hầu, xét nghiệm giang mai loại trừ.
- Ung thư amiđan: Thường một bên amiđan to, xù xì, có thể loét hoặc không, mật độ cứng chắc, hay có hạch cổ to cùng bên. Cần sinh thiết để loại trừ.
- Thể lâm sàng: Viêm A do liên cầu β tan huyết nhóm A.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Đối với viêm amiđan cấp tính chủ yếu là điều trị triệu chứng, nâng cao thể trạng, chỉ dùng kháng sinh khi nghi ngờ nhiễm khuẩn hoặc đe dọa biến chứng.
- Viêm amiđan mạn tính, vấn đề điều trị chủ yếu là cân nhắc chỉ định phẫu thuật cắt amiđan.

2. Điều trị cụ thể

2.1 Viêm amiđan cấp tính

- Nghỉ ngơi, ăn nhẹ, uống nước nhiều.
- Giảm đau, hạ sốt: paracetamol…
- Kháng sinh: trong trường hợp nhiễm khuẩn dùng nhóm β lactam, nếu dị ứng thì dùng nhóm macrolid.
- Nhỏ mũi bằng thuốc sát trùng nhẹ.
- Súc miệng bằng các dung dịch kiềm ấm: bicarbonat natri, borat natri… (nửa thìa cà phê trong một cốc nước ấm).
- Nâng đỡ cơ thể: yếu tố vi lượng, sinh tố, calci...

2.2 Viêm amiđan mạn tính

Phẫu thuật cắt amiđan hiện nay là rất phổ biến, tuy nhiên cần có chỉ định chặt chẽ. Chỉ cắt khi nào amiđan thực sự trở thành một ổ viêm (focal infection) gây hại cho cơ thể.

2.2.1 Chỉ định phẫu thuật

− Amiđan viêm mạn tính nhiều lần (thường là 5 - 6 lần trong một năm).

− Amiđan viêm mạn tính gây biến chứng viêm tấy, áp xe quanh amiđan.

− Amiđan viêm mạn tính gây biến chứng viêm mũi, viêm xoang, viêm tai giữa, viêm phế quản, viêm phổi, viêm tấy hạch dưới hàm hoặc thành bên họng…

− Amiđan viêm mạn tính gây biến chứng xa: viêm màng trong tim, viêm cầu thận, viêm khớp, rối loạn tiêu hóa kéo dài, nhiễm khuẩn huyết.

− Amiđan viêm mạn tính quá phát gây khó thở (hội chứng ngạt thở khi ngủ - hội chứng Pickwick sleep), khó nuốt, giọng nói như miệng ngậm một vật gì (khó nói).

2.2.2 Chống chỉ định phẫu thuật

* ***Chống chỉ định tuyệt đối:***
  + Các hội chứng chảy máu: bệnh ưa chảy máu, rối loạn đông máu.
  + Các bệnh nội khoa như: cao huyết áp, suy tim, suy thận, suy gan giai đoạn mất bù…
* ***Chống chỉ định tương đối:***
  + Khi đang có viêm họng cấp tính hay đang có biến chứng áp xe amiđan.
  + Khi đang có viêm, nhiễm khuẩn cấp tính như: viêm mũi, viêm xoang, mụn nhọt.
  + Khi đang có viêm, nhiễm virus cấp tính như: cúm, sởi, ho gà, bại liệt, sốt xuất huyết...
  + Khi đang có biến chứng do viêm amiđan như: viêm thận cấp, thấp khớp cấp... thì phải điều trị ổn định, hết đợt cấp mới được cắt.
  + Khi đang có bệnh mạn tính chưa ổn định như: đái tháo đường, viêm gan, lao, bệnh giang mai, AIDS...
  + Phụ nữ đang thời kỳ kinh nguyệt, thời kỳ mang thai hoặc đang nuôi con bú.
  + Thời tiết quá nóng hoặc quá lạnh.
  + Người quá yếu, trẻ quá nhỏ, người trên 50 tuổi.
  + Thận trọng: trong các trường hợp dùng các thuốc nội tiết tố, hoặc thuốc giảm đau trước đó, các bệnh nhân đang đợt tiêm chủng, địa phương đang có dịch truyền nhiễm...

2.2.3 Phương pháp phẫu thuật

– Trước đây thường phẫu thuật dưới gây tê tại chỗ bằng các phương pháp: Sluder và Anse.

– Ngày nay chủ yếu là phẫu thuật dưới gây mê nội khí quản bằng các phương pháp Anse hoặc trực tiếp bằng dao điện đơn cực hay lưỡng cực, cắt bằng Laser, Coblator, dao siêu âm....

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Viêm amiđan nếu không được điều trị đúng và kịp thời, nhẹ thì gây ảnh hưởng nhiều tới sức khỏe và chất lượng cuộc sống, nặng có thể gây ra nhiều biến chứng, thậm chí có những biến chứng rất nguy hiểm.

1. Biến chứng cục bộ

Loét khe amiđan, sỏi amiđan, viêm tấy chung quanh amiđan, viêm tấy thành bên họng, viêm họng mạn tính.

2. Biến chứng gần

Viêm hạch cổ mạn tính, viêm mũi xoang, viêm tai giữa, viêm thanh, khí, phế quản.

3. Biến chứng xa

Viêm khớp, viêm thận, viêm nội tâm mạc, nhiễm khuẩn huyết...

VI. PHÒNG BỆNH

– Giữ vệ sinh môi trường sống, đặc biệt những người có sức đề kháng kém, có cơ địa dị ứng. Có biện pháp phòng tránh, bảo vệ bản thân tốt khi có những vụ dịch liên quan đến dường hô hấp, khi thời tiết giao mùa...

– Điều trị triệt để các bệnh lý mũi họng khác như viêm V.A, viêm mũi, viêm xoang mạn tính, viêm răng miệng...

- Luyện tập thể dục, thể thao, sử dụng các thuốc bổ tăng cường sức đề kháng của bản thân.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM- 2007.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2016.
3. Phác đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

NGỦ NGÁY VÀ HỘI NGƯNG THỞ KHI NGỦ

I. ĐỊNH NGHĨA

Ngủ ngáy và hội chứng tắc nghẽn thở trong khi ngủ (Obstructive Sleep Apnea Syndrome: OSAS) là một bệnh lý thường gặp.

NGÁY

Là một tiếng ồn gây ra trong vòm họng trong khi ngủ. Nó khá phổ biến, xảy ra ở khoảng 57% nam giới và 40% phụ nữ; tỷ lệ hiện mắc tăng theo độ tuổi. Tuy nhiên, vì nhận thức của người ngủ chung và đáp ứng với việc ngáy rất chủ quan và vì ngáy ngủ thay đổi qua mỗi ngày, ước tính tỷ lệ hiện mắc rất khác nhau.

Âm thanh từ tiếng ồn gây khó chịu đến ồn ào cực kỳ khó chịu, có thể nghe được nghe trong phòng khác. Ngáy thường gây khó chịu cho người khác (thường là bạn tình nằm ngủ hoặc bạn cùng phòng cố ngủ) hơn là những người ngáy; hiếm khi người ngáy thức dậy bởi tiếng ngáy của mình.Ngáy có thể có những hậu quả xã hội đáng kể. Nó có thể gây xung đột giữa các đối tác giường hoặc bạn cùng phòng.

Nguyên nhân và hậu quả tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của ngáy như các triệu chứng khác như là tỉnh giấc thường xuyên, thở hổn hển hoặc nghẹt thở trong giấc ngủ, buồn ngủ ban ngày quá mức và đau đầu buổi sáng cũng có thể xảy ra.

NGỪNG THỞ KHI NGỦ

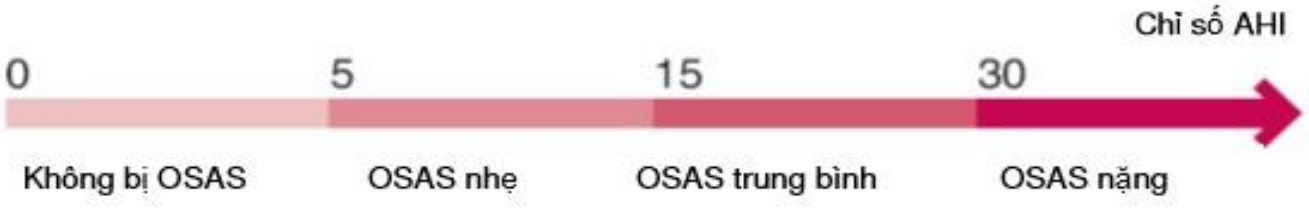
Các trường hợp đều có chung sinh lý bệnh tắc nghẽn đường hô hấp trên nhưng khác nhau về mức độ và biểu hiện lâm sàng của tắc nghẽn đường thở. Hậu quả lâm sàng liên quan đến chủ yếu là rối loạn giấc ngủ và/hoặc luồng không khí.

Ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn có ≥ 5 đợt ngưng thở hoặc giảm nhịp thở (với mỗi đợt kéo dài ít nhất 10 giây) mỗi giờ trong khi ngủ (ngưng thở/chỉ số ngưng thở [AHI]) cộng với ≥ 1 trong các trường hợp sau:

- Buồn ngủ ban ngày, các giai đoạn ngủ không chủ ý, giấc ngủ không thoải mái, mệt mỏi hoặc mất ngủ
- Thức giấc với cảm giác nín thở, thở hổn hển, hoặc nghẹt thở
- Nhận định của người ngủ cùng về ngủ ngáy to, thở ngắt quãng, hoặc cả hai trong suốt thời gian ngủ của bệnh nhân

Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ có thể được phân loại dựa trên mức độ nghiêm trọng.

- Nhẹ: 5 đến 15 đợt/giờ
- Trung bình: 16 đến 30 đợt/giờ
- Nặng: > 30 đợt/giờ



Hội chứng kháng đường thở trên (giới hạn luồng không khí thứ phát do tăng sức cản đường thở trên hoặc tăng kích thích hô hấp [RERAs) có thể gây buồn ngủ ban ngày quá mức hoặc các biểu hiện khác gợi ý ngừng thở khi ngủ nhưng với một vài cơn ngừng thở hoặc giảm oxy ngưng thở khi ngủ do đó không đáp ứng về ngừng thở khi ngủ tắc nghẽn.

II. TRIỆU CHỨNG, DẤU HIỆU LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA OSAS

1. Các triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng

1.1 Các dấu hiệu ban ngày

- Mệt mỏi vào buổi sáng khi ngủ dậy.
- Thay đổi tính tình, dễ nổi cáu, dễ bị kích thích, trầm uất.
- Buồn ngủ quá mức.
- Suy nhược thần kinh.
- Đau đầu vào buổi sáng.
- Rối loạn sự tập trung và trí nhớ.
- Giảm hoạt động tâm lý-vận động.
- Trẻ em thì tăng hoạt động, chậm nhận thức, chậm hiểu.
- Tăng huyết áp động mạch.

1.2 Các dấu hiệu ban đêm

- Ngủ ngáy (chiếm trên 80 % số người bệnh).
- Cơn ngừng thở.
- Thường tỉnh giấc vì cảm giác ngạt thở.
- Tiểu đêm.
- Rối loạn tình dục, thường là giảm ham muốn tình dục.
- Loạn nhịp tim.
- Ra mồ hôi đêm.

2. Các yếu tố nguy cơ

- Quá cân và béo phì.
- Giới tính thường là nam giới.
- Tuổi thường ngoài 35 tuổi, có thể gặp ở mọi lứa tuổi.
- Thói quen hút thuốc, uống rượu.
- Dùng thuốc an thần.
- Thời kỳ mãn kinh

III. HẬU QUẢ CỦA OSAS

1. Với chuyển hóa

- Tăng sự đề kháng với Insulin, gây bệnh hoặc làm nặng thêm bệnh đái tháo đường typ II
- Rối loạn chuyển hóa (tăng mỡ máu,..)
- Tăng cân
- Tiểu đêm
- Rối loạn tình dục

2. Với tim-mạch

- Tăng huyết áp
- Rối loạn nhịp tim
- Tai biến mạch máu não
- Nhồi máu cơ tim
- Suy tim

3. Với nhân cách

- Rối loạn nhận thức, hay quên
- Dễ bị kích thích
- Khó tập trung
- Già hóa sớm trước tuổi
- Trầm cảm

* Tỷ lệ OSAS trong các bệnh lý thường gặp khác 35% bệnh nhân tăng huyết áp động mạch có OSAS, 77% bệnh nhân béo phì có OSAS.

4. Hậu quả khác

- Buồn ngủ quá mức ban ngày
- Tai nạn liên quan đến sự mệt mỏi
- Đau đầu

IV. CÁC PHƯƠNG PHÁP THĂM KHÁM

1. Khám tai – mũi – họng

Hay gặp OSAS ở người béo phì mà chỉ số BMI (kg/m2) > 25, thường người lùn, bụng to, cổ to và ngắn, cằm tụt ra sau, hàm nhỏ,… Khám tai mũi họng đóng vai trò quan trọng quyết định hướng xử trí. Khám để tìm ra nguyên nhân và vị trí hẹp ở đường hô hấp trên.

1.1 Khám mũi-xoang

Tìm nguyên nhân ngạt tắc có thể do quá phát cuốn dưới, dị hình vách ngăn, polyp mũi, quá phát VA vòm, các bệnh khác của mũi.

1.2 Khám họng miệng

Tìm nguyên nhân ngạt tắc có thể do amiđan quá phát, màn hầu dài-dầy, lưỡi gà dài, lưỡi dầy, đáy lưỡi cao, quá phát lưỡi, cằm tụt ra sau, hàm nhỏ,...

2. Khám nội soi dưới gây mê tĩnh mạch (Drug Induced Sleep Endoscopy: DISE)

Phương pháp này được chỉ định trong trường hợp khám khi bệnh nhân tỉnh không phát hiện được chỗ hẹp chính hoặc sau khi thất bại với điều trị: máy thở áp lực dương liên tục, phẫu thuật cắt amiđan và chỉnh hình màn hầu, lưỡi gà (UPPP), đeo máng răng.

Phương pháp này còn được chỉ định trong trường hợp có nhiều ý kiến điều trị, bệnh nhân có khả năng phải mổ.

3. Chẩn đoán hình ảnh

- Chụp Xquang sọ nghiêng: Chẩn doán vị trí tắc nghẽn của OSAS, quan sát cột không khí ở họng, chỗ hẹp, chỗ rộng, vị trí xương hàm dưới có bị tụt ra sau không…
- Chụp cắt lớp vi tính xoắn ốc (Computed tomography scaner) và chụp cộng hưởng từ cho phép tái tạo lại đường thở trong không gian ba chiều, qua đó có thể xác định được vị trí hẹp và đó có thể là số liệu để so sánh với kết quả sau phẫu thuật.

4. Các phương pháp khác

4.1 Thăm dò bằng máy đo lưu lượng thở ApneaLink

Máy nhỏ chỉ như bao thuốc, đeo theo người khi đi ngủ, máy được thiết kế để dùng tại gia đình. Nối với máy có một hệ thống ống nhựa nhỏ như ống thở oxy, bệnh nhân sẽ đeo ống này vào mũi trong lúc ngủ, máy sẽ đo luồng không khí thở qua mũi, xác định cơn ngừng thở, thở ngáy. Ưu điểm là độ nhạy 100% với AHI >10, đơn giản, gọn, nhẹ, có thể kết nối với Internet.

4.2 Đa ký giấc ngủ đơn giản (Polygraphy Embletta)

Polygraphy là máy ghi đa ký giấc ngủ đơn giản, máy gọn nhẹ, đeo theo người. Việc đo có thể thực hiện tại nhà hoặc trong bệnh viện. Máy có hệ thống đo luồng không khí ở mũi, đo mức độ ngủ ngáy, bản cực đo sự vận động cơ lồng ngực và cơ bụng, đo tỷ lệ oxy bão hòa trong máu và đo nhịp mạch. Máy cho phép xác định chỉ số ngừng thởgiảm thở AHI. Với AHI ≥ 30 thì Polygraphy hoàn toàn tin cậy để chẩn đoán. Với AHI < 30 thì nên làm thêm đa ký giấc ngủ đầy đủ Polysomnography.

4.3 Đa ký giấc ngủ đầy đủ (Polysomnography)

Gồm các chức năng như ở Polygraphy, nhưng thêm điện não đồ (EEG), điện động mắt (EOG), điện tim (ECG), điện cơ (EMG), tư thế cơ thể khi ngủ, cử động chân. Nó cho

phép ghi lại và đánh giá đầy đủ về cơn ngừng thở-giảm thở do thần kinh trung ương hay do tắc nghẽn ở họng hay do hỗn hợp cả thần kinh trung ương và tắc nghẽn ở họng.

4.4 Thang điểm đánh giá buồn ngủ Epworth (Johns, 1991).

V. HƯỚNG XỬ TRÍ OSAS

1. Xử trí chung

- Giảm cân nặng bằng cách điều chỉnh chế độ ăn.
- Vệ sinh giấc ngủ và vệ sinh lối sống: bữa ăn tránh xa giấc ngủ, không uống bia, rượu, thuốc ngủ trước khi đi ngủ. Không hút thuốc, …
- Thay đổi tư thế nằm ngủ: nằm nghiêng.

2. Điều trị không phẫu thuật

Đeo máng răng để đưa xương hàm dưới ra trước, thường được áp dụng cho AHI từ 10 đến 30. Nó là phương pháp điều trị đơn giản, không xâm lấn, rẻ tiền và có hiệu quả rõ rệt. Phương pháp có thể được chỉ định điều trị kết hợp sau phẫu thuật chỉnh hình họng và màn hầu - lưỡi gà UPPP. Thở áp lực dương liên tục (Continuous Positive Airway Pressue - CPAP) thường được chỉ định trong trường hợp OSAS nặng với AHI >30, bệnh nhân không muốn mổ hoặc điều kiện sức khỏe không mổ được. Đây là một phương pháp điều trị rất hiệu quả.

3. Điều trị phẫu thuật

Mục đính làm rộng kích thước đường hô hấp trên ở các mức khác nhau. Ưu điểm của điều trị phẫu thuật là điều trị được nguyên nhân, kết quả ổn định. Loại can thiệp phụ thuộc chặt chẽ vào nguyên nhân của OSAS. Có thể kết hợp nhiều phương pháp điều trị trên cùng một bệnh nhân. Kết quả phẫu thuật phụ thuộc vào việc lựa chọn bệnh nhân, chỉ định đúng, lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

3.1 Phẫu thuật điều trị tắc mũi

Ngạt tắc mũi hiếm khi là nguyên nhân chính và nguyên nhân duy nhất trong OSAS. Ngạt tắc mũi có thể do dị hình vách ngăn, polyp mũi, quá phát cuốn mũi dưới, sau chấn thương.Tùy nguyên nhân mà xử trí.

3.2 Phẫu thuật chỉnh hình eo họng miệng - UPPP

Phẫu thuật làm rộng đường hô hấp trên ở họng miệng. Phẫu thuật được chỉ định trong trường hợp hẹp ở vị trí họng miệng do màn hầu dài, lưỡi gà dài, amiđan to. Khám nội soi xác định OSAS co xẹp và tắc chính ở vị trí màn hầu-lưỡi gà và đôi khi kết hợp cả do hai amiđan to.

Phẫu thuật còn được chỉ định trong trường hợp thất bại của điều trị CPAP và lâm sàng có sự tăng lên của dòng không khí thở qua miệng khi ngủ. Phẫu thuật gồm cắt ngắn lưỡi gà, làm căng lại màn hầu mềm, làm căng hai trụ sau của Amiđan và thường kèm theo cắt amiđan.

Theo Caples S.M. và cộng sự (tạp chí Sleep 2010;33;1396 – 1407p) thì hiệu quả của UPPP khi được chỉ định đúng làm giảm chỉ số AHI khoảng 33%, tức là sau mổ bệnh nhân vẫn có thể còn ngủ ngáy và OSAS nhưng mức độ giảm nhẹ hơn 33%.

3.3 Đốt bằng sóng cao tần (Radiofrequence)

Nguyên lý là làm giảm bớt thể tích mô với nhiệt độ thấp nên vẫn bảo vệ được niêm mạc. Việc thực hiện dưới gây tê tại chỗ và thường phải đốt 3 đến 5 lần. Nó thường được chỉ định trong quá phát cuốn mũi dưới, màn hầu mềm dầy và dài, quá phát amiđan đáy lưỡi.

3.4 Phương pháp phẫu thuật khác

- Ngoài ra còn có các phương pháp khác như khâu treo đáy lưỡi vào phía trước của xương hàm dưới. Người ta khoan hai lỗ phía trước xương hàm dưới rồi xuyên kim luồn chỉ vòng xuống đáy lưỡi, luồn lại ra phía trước và cố định vào mặt trước xương hàm dưới.
- Cấy trụ vào màn hầu mềm làm màn hầu mềm vững chắc hơn trong trường hợp OSAS là do co xẹp màn hầu mềm.

VI. THEO DÕI SAU ĐIỀU TRỊ OSAS

- Việc theo dõi bệnh nhân sau can thiệp điều trị nhất là trong tháng đầu là quan trọng nhất để xem sự phù hợp của phương pháp điều trị.
- Việc phối hợp nhiều kỹ thuật điều trị là chìa khóa của sự thành công.
- Việc theo dõi phải dựa trên sự lượng hóa về hiệu quả của các triệu chứng lâm sàng và các kết quả cận lâm sàng.
- Sau cùng, các bác sỹ ở tuyến trước đóng một vai trò rất quan trọng khi khám và phát hiện được bệnh của bệnh nhân dựa trên các triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng để gửi bệnh nhân đến các tuyến điều trị chuyên sâu. Việc chẩn đoán chính xác, chỉ định đúng phương pháp điều trị và theo dõi tốt sau điều trị đã làm giảm tỷ lệ biến chứng và chết do bệnh tim-mạch, cải thiện chất lượng sống của người bệnh, giảm nguy cơ tai nạn lao động và tai nạn giao thông.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM- 2007.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2016.
3. Phac đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

VIÊM HỌNG CẤP TÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm họng là viêm niêm mạc và tổ chức dưới niêm mạc ở họng. Nói đến viêm họng chủ yếu là nói đến viêm ở họng miệng. Viêm họng cấp tính tức là viêm cấp tính của niêm mạc họng miệng kết hợp chủ yếu với viêm amiđan (A) khẩu cái, một số ít trường hợp kết hợp với viêm amiđan đáy lưỡi.

Do đó, hiện nay người ta có xu hướng nhập lại thành viêm họng - viêm amiđan cấp. Là bệnh rất thường gặp ở cả người lớn lẫn trẻ em, nhất là vào mùa đông khi thời tiết thay đổi. Bệnh có thể xuất hiện riêng biệt hoặc đồng thời với viêm VA, viêm amiđan, viêm mũi, viêm xoang v.v... hoặc trong các bệnh nhiễm khuẩn lây của đường hô hấp trên như cúm, sởi... Trong viêm họng cấp, chúng ta nghiên cứu chủ yếu là viêm họng đỏ cấp thể thông thường do tính chất thường gặp của chúng.

II. NGUYÊN NHÂN

1. Tác nhân

- Do virus là chủ yếu, chiếm 60-80%, gồm Adénovirus, virus cúm, virus parainfluenzae, virus Coxsakie, virus Herpès, virus Zona, EBV...
- Do vi khuẩn chiếm 20-40%, gồm liên cầu (tan huyết nhóm A, các nhóm B, C, G ít gặp), Haemophilus influenzae, tụ cầu vàng, Moraxella catarrhalis, vi khuẩn kị khí. Các vi khuẩn Neiseria, phế cầu, Mycoplasme rất hiếm gặp.

2. Nguyên nhân bệnh sinh của viêm họng

Do thời tiết thay đổi, nhất là về mùa lạnh. Viêm họng đỏ cấp thường bắt đầu bằng sự nhiễm virus. Sau đó do độc tố của virus, cấu trúc giải phẫu của amiđan và sức đề kháng của cơ thể đã gây nên sự bội nhiễm các tạp khuẩn khác, thường là các vi khuẩn hội sinh có sẵn trong họng như liên cầu, phế cầu và đặc biệt nguy hiểm là loại liên cầu khuẩn tan huyết nhóm beta nhóm A. Bệnh lây lan bằng nước bọt, nước mũi.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

1.1 Triệu chứng toàn thân

Sốt vừa 38 - 39°C hoặc sốt cao, ớn lạnh, nhức đầu, đau mình mẩy, mệt mỏi, kém ăn. Phản ứng hạch góc hàm di động, ấn đau.

1.2 Triệu chứng cơ năng

- Đau họng nhất là khi nuốt, kể cả khi nuốt chất lỏng. Khi nuốt, ho, nói thì đau nhói lên tai.
- Có thể ho từng cơn, ho khan hoặc ho có đờm nhầy.

1.3 Triệu chứng thực thể

- Toàn bộ niêm mạc họng đỏ, xuất tiết. Tổ chức bạch huyết ở thành sau họng đỏ mọng và có những mao mạch nổi rõ.
- Hai amiđan khẩu cái cũng sưng to đỏ, có khi có những chấm mủ trắng hoặc lớp bựa trắng (như bựa cháo trắng) phủ trên bề mặt amiđan.
- Trụ trước và trụ sau đỏ.
- Có hạch góc hàm sưng nhẹ và hơi đau.

2. Cận lâm sàng Xét nghiệm công thức máu:

Giai đoạn đầu bạch cầu trong máu không tăng, nhưng nếu có bội nhiễm thì bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao. Phết dịch họng nuôi cấy vi khuẩn: để định loại được nguyên nhân gây bệnh.

3. Chẩn đoán xác định

- Đột ngột biểu hiện sốt, đau mình mẩy.

- Đau rát họng, có thể có ho khan hoặc có đờm.
- Khám họng: niêm mạc họng đỏ, amiđan sưng nề có chấm mủ trắng.
- Khám hạch góc hàm di động ấn đau.

4. Phân loại bệnh

- Viêm họng không đặc hiệu:
  + Viêm họng khu trú
  + Viêm họng đỏ thông thường
  + Viêm họng trắng thông thường.
  + Loét amyđan.
  + Viêm tấy quanh amyđan.
  + Viêm họng toả lan:
  + Viêm họng tấy toả lan
  + Hoại thư họng
- Viêm họng đặc hiệu:
  + Viêm họng bạch hầu
  + Viêm họng Vanhxăng (Vincent).
  + Viêm họng do hecpet (Herpès).
  + Viêm họng do zôna.
  + Lao họng
  + Giang mai họng
  + Nấm họng
- Viêm họng do bệnh máu:
  + Viêm họng trong bệnh bạch cầu cấp (Leucose).
  + Viêm họng trong suy tuỷ, mất bạch cầu hạt.
  + Viêm họng trong bệnh tăng bạch cầu đơn nhân.

5. Chẩn đoán phân biệt

- Dị vật đường ăn: đau nhói họng đột ngột trong khi ăn, soi họng thấy dị vật.
- Viêm niêm mạc miệng: niêm mạc miệng đỏ, có thể thấy vết trợt, loét ở bên má, lưỡi.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Mọi trường hợp viêm họng đỏ cấp đơn thuần ở bệnh nhân trên 3 tuổi đều phải được điều trị như một viêm họng đỏ cấp do liên cầu khi không có xét nghiệm định loại virus hoặc vi khuẩn.

- Kháng sinh nhóm beta lactam hoặc các nhóm khác.
- Điều trị triệu chứng: giảm viêm, giảm đau, hạ sốt.
- Điều trị tại chỗ: bôi họng, xúc họng, khí dung họng.
- Xác định nguyên nhân để điều trị.

2. Điều trị cụ thể

2.1 Điều trị toàn thân

- Hạ sốt, giảm đau: paracetamol, aspirin...
- Kháng sinh: amoxicilin, cephalexin, erythromycin, clarythromycin…
- Kháng viêm: alpha chymotrypcin, prednisolon 5mg

2.2 Điều trị tại chỗ

- Xông họng: kháng sinh + giảm viêm

– Xúc họng: BBM ngày 3 - 4 lần.

2.3 Nâng đỡ cơ thể

– Bổ sung các yếu tố vi lượng, sinh tố, vitamin...

Chú ý: Khi viêm họng đỏ cấp thể nặng hoặc đã có biến chứng cần chuyển đến chuyên khoa kịp thời.

V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Nếu là do virus, bệnh thường kéo dài 3-5 ngày thì tự khỏi, các triệu chứng giảm dần. Nếu là do vi khuẩn bội nhiễm, đặc biệt là liên cầu, bệnh thường kéo dài ngày hơn và đòi hỏi một sự điều trị kháng sinh có hệ thống để tránh các biến chứng.

– Biến chứng tại chỗ: Viêm tấy hoặc áp xe quanh amiđan, viêm tấy hoặc áp xe các khoảng bên họng, áp xe thành sau họng ở trẻ nhỏ 1-2 tuổi, viêm tấy hoại thư vùng cổ rất hiếm gặp nhưng tiên lượng rất nặng.
– Biến chứng lân cận: Viêm thanh khí phế quản, viêm phổi, viêm tai giữa cấp, viêm mũi viêm xoang cấp.
– Biến chứng xa: Đặc biệt nếu là do liên cầu tan huyết có thể gây viêm thận, viêm khớp, viêm tim, choáng nhiễm độc liên cầu hoặc cá biệt có thể nhiễm trùng huyết.

VI. PHÒNG BỆNH

– Tránh tiếp xúc trực tiếp với người đang bị viêm đường hô hấp trên, cúm…
– Nâng cao mức sống, tăng sức đề kháng của cơ thể, bảo vệ môi trường trong sạch.
– Phòng hộ lao động tốt. Bỏ thuốc lá và rượu. Vệ sinh răng miệng tốt. Tiêm chủng đầy đủ cho trẻ em.

VIÊM HỌNG MẠN TÍNH

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm họng mạn tính là tình trạng viêm họng kéo dài, thể hiện dưới ba hình thức chính là: xuất tiết, quá phát và teo. Các bệnh tích có thể lan toả hoặc khu trú. Thể điển hình của viêm họng mạn tính và viêm họng mạn tính toả lan, viêm họng mạn tính khu trú gồm có viêm VA mạn tính và viêm amiđan mạn tính (bài riêng)

II. NGUYÊN NHÂN

- Do viêm mũi xoang mạn tính, đặc biệt là viêm xoang sau.
- Viêm amiđan mạn tính.
- Hội chứng trào ngược.
- Tắc mũi mạn tính do vẹo vách ngăn, quá phát cuốn, polyp mũi.
- Do tiếp xúc với khói bụi, các chất kích thích như: hơi hoá học, bụi vôi, bụi xi măng, thuốc lá, rượu...
- Cơ địa: dị ứng, tạng tân, tạng khớp...

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

1.1 Triệu chứng toàn thân

Có thể rất nghèo nàn. Thường hay có những đợt tái phát viêm họng cấp khi bị lạnh, cảm mạo, cúm... thì lại xuất hiện sốt, mệt mỏi, đau rát họng.

1.2 Triệu chứng cơ năng

Điển hình nhất là viêm họng mạn tính toả lan. Cảm giác thường gặp nhất là khô họng, mắt đau, ngứa và vướng họng. Những cảm giác này rõ nhất là buổi sáng lúc mới thức dậy. Bệnh nhân cố ho khạc dai dẳng để làm long đờm. Nuốt có cảm giác vướng và đau. Tiếng có thể khàn nhẹ hoặc bình thường. Những bệnh nhân uống rượu, thuốc lá, hoặc nói nhiều thì triệu chứng trên tăng thêm. Nóng rát vùng ngực ở bệnh nhân có bệnh dạ dày, trào ngược dạ dày, thực quản.

1.3 Triệu chứng thực thể

Tùy theo bệnh mà khám họng thấy có tổn thương khác nhau:

- Viêm họng xuất tiết: niêm mạc họng đỏ, có những hạt ở thành sau họng, tiết nhày dọc theo vách họng.
- Viêm họng mạn tính quá phát: niêm mạc họng đỏ bầm và dày lên. Thành sau họng có tổ chức bạch huyết phát triển mạnh làm cho niêm mạc họng gồ lên thành từng đám xơ hóa to nhỏ không đều, màu hồng hoặc đỏ. Tổ chức bạch huyết quá phát, có khi tập trung thành một dải gồ lên ở phía sau và dọc theo trụ sau của amiđan trông như một trụ sau thứ hai, gọi là "trụ giả". Loại này còn gọi là viêm họng hạt.
- Viêm họng teo: Sau giai đoạn quá phát sẽ chuyển sang thể teo. Các tuyến nhày và nang tổ chức tân xơ hoá. Hai trụ giả phía sau amiđan mất đi. Các hạt ở thành sau cũng biến mất. Màn hầu và lưỡi gà cũng mỏng đi. Niêm mạc trở nên nhẵn, mỏng, trắng và có mạch máu nhỏ. Eo họng giãn rộng, ít tiết nhầy và họng trở nên khô.

2. Cận lâm sàng

- Huyết học: xét nghiệm công thức máu, máu lắng.
- Xquang: phổi thẳng, Blondeau, Hirtz…
- Xác định hội chứng trào ngược: nội soi thực quản dạ dày…

3. Chẩn đoán xác định

- Rối loạn cảm giác: ngứa, rát, họng.
- Khám họng niêm mạc dày, xuất tiết, có hạt, hoặc niêm mạc teo.

4. Phân loại

- Viêm họng quá phát
- Viêm họng xơ teo
- Viêm họng do các bệnh khác: mũi xoang, hội chứng trào ngược, bệnh phổi…

5. Chẩn đoán phân biệt

- Loạn cảm họng: bệnh nhân cảm giác nuốt vướng, lập lờ, nghèn nghẹn mơ hồ không rõ vị trí, hoặc lúc thì ở vùng này, lúc thì vùng khác. Cảm giác đó xuất hiện khi nuốt nước bọt, nhưng khi nuốt thức ăn thì không vướng. Khám miệng và họng không thấy dấu hiệu bệnh lý.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Chủ yếu là điều trị tại chỗ và điều trị triệu chứng, kết hợp điều trị các nguyên nhân bệnh lý toàn thân khi nghĩ tới.

2. Điều trị cụ thể

2.1 Điều trị nguyên nhân

- Điều trị viêm mũi, viêm xoang, viêm amidan, viêm VA.
- Điều trị hội chứng trào ngược: thuốc kháng H+: opmeprazol, lanzoprazol…, thuốc kháng H2: cimetidin, ranitidin…, kháng dopamin: domperidon…
- Giảm bớt các kích thích như: hút thuốc lá, uống rượu.
- Tổ chức phòng hộ lao động tốt, đeo khẩu trang đảm bảo khi lao động.

2.2 Điều trị tại chỗ

- Thể viêm họng xuất tiết: bôi, súc họng các thuốc làm se niêm mạc, kiềm tính, giảm viêm giảm đau: glycerine iod, SMC
- Thể viêm họng teo: bôi họng, súc họng bằng các thuốc (loại có iod loãng, thuốc dầu), hoặc bằng nước khoáng.
- Khí dung họng: các dung dịch giảm viêm.
- Nhỏ mũi, rửa mũi: bằng nước muối sinh lý, nước biển sâu…

2.3 Điều trị triệu chứng

- Thuốc làm lỏng chất nhầy như: bromhexin, acetylcystein…
- Thuốc kháng viêm: alphachymotrypsin, lysozym…
- Thuốc chống dị ứng: các thuốc kháng histamin như cetirizin, chlorapheniramin…
- Thuốc giảm ho: thảo dược

2.4 Điều trị toàn thân

- Thay đổi thể trạng: Điều trị thay đổi lối sống, môi trường sinh hoạt, làm việc nếu có thể.
- Uống vitamin C, A, D.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Tiên lượng viêm họng mạn tính điều trị dai dẳng, dễ tái phát nếu không loại bỏ được nguyên nhân.

VI. PHÒNG BỆNH

- Nâng cao mức sống, tăng sức đề kháng của cơ thể, bảo vệ môi trường trong sạch.
- Phòng hộ lao động tốt.
- Bỏ thuốc lá và rượu.
- Vệ sinh răng miệng tốt.
- Tiêm chủng đầy đủ cho trẻ em.
- Điều trị triệt để các bệnh viêm mũi, viêm xoang, viêm amiđan.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM- 2007.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2016.
3. Phac đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

VIÊM THANH QUẢN CẤP TÍNH

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm thanh quản cấp tính (VTQ cấp) là tình trạng viêm niêm mạc của thanh quản kéo dài dưới 3 tuần. VTQ cấp có rất nhiều nguyên nhân và biểu hiện lâm sàng cũng rất khác nhau, tùy theo nguyên nhân, và lứa tuổi bệnh được phân loại: VTQ cấp ở trẻ em, VTQ cấp ở người lớn nhưng thường hay gặp ở trẻ em nhiều hơn.

II. NGUYÊN NHÂN

1. Tác nhân gây bệnh

- Virus thường gặp là: Influenzae (cúm), APC...
- Vi khuẩn: S.pneumoniae (phế cầu), Hemophilus influenzae
- Trực khuẩn bạch hầu ngày nay ít gặp.

2. Điều kiện thuận lợi

- Sau một viêm đường hô hấp: bệnh mũi xoang, bệnh phổi, bệnh họng amiđan, VA ở trẻ em.
- Bệnh đái tháo đường ở người lớn tuổi.
- Sử dụng giọng gắng sức: nói nhiều, hét, hát to…
- Sặc các chất kích thích: bia, rượu…
- Trào ngược họng, thanh quản.
- Dị ứng.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Triệu chứng toàn thân: phụ thuộc vào nguyên nhân và điều kiện gây bệnh, người bệnh có thể sốt hoặc chỉ gai sốt hoặc ớn lạnh, mệt mỏi …
- Triệu chứng cơ năng: Thay đổi giọng nói: khàn tiếng, khóc khàn ở trẻ em, ho khan có thể có đờm nhày, ở người lớn không có khó thở, ở trẻ em có thể có khó thở thanh quản nhất là trong viêm thanh quản phù nề hạ thanh môn.
- Triệu chứng thực thể:
  + Khám họng: niêm mạc họng đỏ, amiđan có thể sưng.
  + Khám thanh quản bằng gương soi gián tiếp hoặc nội soi thanh quản thấy:
    - Niêm mạc phù nề, đỏ ở vùng thanh môn, tiền đình thanh quản.
    - Dây thanh sung huyết đỏ, phù nề, khép không kín khi phát âm, có xuất tiết nhày ở mép trước dây thanh.

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm công thức máu có thể bạch cầu tăng.
- Chụp X Quang tim phổi để loại trừ bệnh phế quản phổi kèm theo.

3. Chẩn đoán xác định

- Tiền sử phơi nhiễm với các nguyên nhân.
- Khàn tiếng hoặc khóc khàn, ho khan đột ngột.
- Khám họng thanh quản: niêm mạc họng, thanh quản và dây thanh sung huyết đỏ.

4. Phân loại thể lâm sàng

4.1 Viêm thanh quản ở trẻ em

- VTQ hạ thanh môn: là bệnh lý gặp chủ yếu ở trẻ nhỏ 1-3 tuổi.
  + Bệnh thường phát hiện về ban đêm trên một trẻ nhỏ đang bị viêm mũi họng thông thường, tiến triển từ từ và đột nhiên xuất hiện khó thở thanh quản. Tiếng ho cứng và ông ổng, giọng nói gần như bình thường nhưng sau đó trở nên trầm và cứng

hơn. Sáng dậy trẻ vẫn chơi bình thường. Cơn khó thở kiểu này còn có thể xuất hiện vào tối khác.

+ Chẩn đoán xác định dựa vào bệnh sử, soi thanh quản ống mềm.

– Viêm thanh quản co thắt hoặc viêm thanh quản giả bạch hầu: Viêm và phù nề khu trú ở vùng hạ họng, co thắt thanh quản gây ra các cơn khó thở thường xảy ra nửa đêm về sáng, cơn khó thở và thở rít, giọng khàn. Ho ông ổng, co kéo cơ hô hấp và các cơ liên sườn. Cơn khó thở có thể đi qua trong nửa giờ nhưng có thể tái diễn cơn khó thở khác. Không sốt, không có dấu hiệu toàn thân khác.
– Viêm thanh thiệt: thanh thiệt bị sưng nề, bệnh nhân có nuốt đau, khó thở tăng tiết, nhều nước bọt, cổ ngả về trước, khó thở tăng khi nằm ngửa thường do Hemophilus influenza.
– VTQ bạch hầu: do vi khuẩn Loeffler xâm nhập vào thanh quản gây phù nề và loét có màng giả. Màng giả trắng, dai, dính, bít tắc đường thở gây khó thở thanh quản nặng dần, nói khàn, kèm theo sốc nhiễm độc nội độc tố khiến tiên lượng rất nặng, dễ dẫn tới tử vong.

4.2 Viêm thanh quản ở người lớn

Viêm Thanh Quản do cúm: có thể do cúm đơn thuần hoặc kết hợp với vi khuẩn khác, gây nên các thể bệnh sau:

– Thể xuất tiết: triệu chứng giống VTQ xuất tiết thông thường nhưng bệnh nhân có sốt, mệt mỏi kéo dài. Khám thanh quản đôi khi có điểm xuất huyết dưới niêm mạc, đó là dấu hiệu đặc hiệu của VTQ do cúm.
– Thể phù nề: đó là giai đoạn tiếp theo của xuất tiết, phù nề thường khu trú ở thanh thiệt và mặt sau của sụn phễu. Bệnh nhân nuốt đau và đôi khi có khó thở, tiếng nói ít thay đổi.
– Thể loét: soi thanh quản sẽ thấy những vết loét nông, bờ đỏ, sụn phễu và sụn thanh thiệt bị phù nề.
– Thể viêm tấy:
  + Triệu chứng toàn thân nặng, sốt cao, mạch nhanh, mặt hốc hác.
  + Triệu chứng cơ năng rõ rệt: khó nuốt, đau họng, nhói bên tai, giọng khàn đặc hoặc mất hẳn, khó thở thanh quản.
  + Triệu chứng thực thể: vùng trước thanh quản viêm tấy, sưng to, ấn đau. Sau khi hết viêm bệnh để lại di chứng sẹo hẹp thanh quản.
– Thể hoại tử: màng sụn bị viêm và bị hoại tử, các tổ chức liên kết lỏng lẻo ở cổ bị viêm tấy, cứng, hoặc viêm tấy mủ, thanh quản bị sưng to và có màng giả che phủ. Bệnh nhân khó nói, nuốt đau và khó thở. Triệu chứng toàn thân rầm rộ. Nhiệt độ cao, mạch nhanh yếu, thở nhanh nông, huyết áp thấp, nước tiểu có Albumin, tiên lượng rất xấu, thường tử vong do phế quản viêm truỵ tim mạch.

5. Chẩn đoán phân biệt

– Dị vật thanh quản: tiền sử hội chứng xâm nhập. Soi thanh khí phế quản để chẩn đoán xác định và lấy dị vật.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

1.1 Viêm thanh quản không có khó thở

– Quan trọng nhất là kiêng nói, tránh lạnh.
– Nội khoa: thuốc kháng sinh, giảm viêm, kháng histamin H1, tiêu đờm, giảm ho…
– Điều trị tại chỗ bằng các thuốc giảm viêm nhóm corticoid, men tiêu viêm, tinh dầu…
– Nâng cao sức đề kháng, bổ sung dinh dưỡng, điện giải.

1.2 Viêm thanh quản có khó thở

- Khó thở thanh quản độ I: điều trị nội khoa.
- Khó thở thanh quản độ II: mở khí quản cấp cứu.
- Khó thở thanh quản độ III: mở khí quản cấp cứu kết hợp hồi sức tích cực.

2. Điều trị cụ thể

1.1 Kháng sinh

- Nhóm beta lactam: Amoxicilin, cephalexin, các cephalosporin thế hệ 1,2 như: cefadroxyl, cefaclor, cefuroxime, các thuốc kháng men betalactamse: acid clavulanic, sulbactam…
- Nhóm macrolide: azithromycin, roxithromycin, clarythromycin…

1.2 Kháng viêm

- Chống viêm steroid: prednisolon, methylprednisolon, dexamethasone… − Chống viêm dạng men: alpha chymotrypsin, lysozym…

1.3 Điều trị tại chỗ

- Khí dung, bơm thuốc thanh quản bằng các hỗn dịch kháng viêm corticoid (hydrococtison, dexamethason…), kháng viêm dạng men (alpha chymotrypsin…), kháng sinh (gentamycin…).
- Xúc họng bằng các dung dịch sát khuẩn, giảm viêm tại chỗ: BBM…

1.4 Hạ sốt, giảm đau

Truyền dịch, paracetamol, aspirin...

1.5 Nâng đỡ cơ thể

Bổ sung yếu tố vi lượng, sinh tố, vitamin, dinh dưỡng...

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Viêm thanh quản cấp ở người lớn không gây ra các tình trạng nguy hiểm có khả năng hồi phục tốt, nhưng ở trẻ em phải theo dõi sát vì dễ gây khó thở thanh quản, có thể ảnh hưởng đến sinh mạng. Viêm thanh quản cấp có thể tiến triển thành viêm phế quản, viêm phổi nhưng hiếm gặp.

VI. PHÒNG BỆNH

- Giữ ấm cho trẻ em về mùa lạnh, tránh lạm dụng giọng quá sức ở người lớn.
- Tránh tiếp xúc trực tiếp với người đang bị viêm đường hô hấp trên, cúm… − Khi phát hiện viêm thanh quản cấp ở trẻ em cần theo dõi sát để phòng tiến triển xấu.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM- 2007.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2016.
3. Phac đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

VIÊM THANH QUẢN MẠN TÍNH

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm thanh quản (VTQ) mạn tính là tình trạng viêm niêm mạc thanh quản kéo dài trên 3 tuần, quá trình viêm này có thể dẫn tới quá sản, loạn sản hoặc teo niêm mạc thanh quản.

II. NGUYÊN NHÂN

Yếu tố thuận lợi:

- Do lạm dụng giọng: nói to, nói nhiều, gắng sức… ở những nghề như giáo viên, bán hàng, ca sĩ...
- Do bệnh lý của đường hô hấp như: viêm mũi xoang, viêm họng, viêm amiđan, viêm phế quản...
- Hít phải khí độc như hút thuốc lá, thuốc lào, hoá chất...
- Khí hậu ẩm ướt, thay đổi quá nhiều nhiệt độ trong ngày, một số nghề nghiệp làm việc ngoài trời, nấu ăn, làm thuỷ tinh...
- Các bệnh toàn thân: bệnh goute, bệnh gan, béo phì...
- Hội chứng trào ngược (GERD).

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Triệu chứng toàn thân: nhìn chung không có dấu hiệu đặc biệt, trừ VTQ do lao hoặc do bệnh toàn thân khác, sẽ có dấu hiệu của bệnh toàn thân ấy.
- Triệu chứng cơ năng:
  + Thay đổi giọng nói: đầu tiên tiếng nói không vang, làm cho người bệnh phải cố gắng nhiều mới nói to được, về sau tiếng nói bị rè, khàn và yếu. Nhìn chung khàn tiếng là dấu hiệu quan trọng nhất, khàn tiếng kéo dài lúc tăng, lúc giảm, kèm theo ho, đôi khi có kèm cảm giác nói đau. Bệnh nhân luôn phải đằng hắng cho giọng nói được trong.
  + Ho khan vào buổi sáng do chất nhầy xuất tiết bám ở thanh quản. Ngoài ra còn có cảm giác ngứa, cay và khô rát ở vùng thanh quản.
- Triệu chứng thực thể: soi họng thanh quản thấy:
  + Chất nhày đọng lại ở một số điểm cố định, điểm giữa phần ba trước và phần ba giữa của dây thanh, đó chính là vị trí hình thành nên hạt xơ nếu quá trình viêm nhiễm liên tục kéo dài. Khi bệnh nhân ho thì chất nhày mất đi, nhìn thấy tổn thương sung huyết ở vị trí trên.
  + Dây thanh cũng bị thương tổn: ở mức độ nhẹ dây thanh bị sung huyết đỏ, mạch máu dưới dây thanh giãn làm toàn bộ dây thanh đỏ, có khi nhìn thấy những tia đỏ. Ở mức độ nặng dây thanh bị quá sản và tròn như sợi dây thừng, niêm mạc hồng, đỏ, mất bóng.
  + Băng thanh thất cũng quá phát to và che kín dây thanh khi phát âm.
  + Trong trường hợp viêm thanh quản lâu ngày có thể thấy được đường vằn hoặc kẻ dọc trên mặt thanh đai.
  + Nếu viêm thanh quản do đái tháo đường, thấy niêm mạc ở màn hầu và họng cũng dày và xuất tiết.

2. Cận lâm sàng

- Chụp Xquang tim phổi xác định bệnh liên quan.
- Xét nghiệm đờm.
- Xét nghiệm đường niệu, đường máu với người lớn.

3. Chẩn đoán xác định

- Khàn tiếng trên 3 tuần, ho khan
- Niêm mạc họng thanh quản tiết nhày
- Dây thanh dày mất bóng đôi khi có bờ răng cưa, mạch máu nổi, sung huyết, có thể có hạt xơ…

4. Các thể lâm sàng

- Phù Reinke: Do khoảng Reinke có cấu trúc lỏng lẻo nên dịch viêm tích tụ làm phù nề một hoặc cả hai bên dây thanh, giống như dạng polyp. Bệnh nhân khàn tiếng nặng, kéo dài, tăng dần.
- Hạt xơ dây thanh: VTQ mạn tính tái phát hoặc phát triển thành hạt xơ dây thanh. Hạt xơ là loại u nhỏ bằng hạt tấm nhỏ, đường kính khoảng 1mm, mọc ở bờ tự do của dây thanh ở vị trí 1/3 trước và 1/3 giữa của hai dây thanh. Khi phát âm hai hạt xơ ở hai bên dây sẽ tiếp xúc với nhau làm cho dây thanh ở phía trước và phía sau không thể tiếp xúc được gây ra khàn tiến.

5. Chẩn đoán phân biệt

- Khối u ở thanh quản: u nang, polip, papilom, ung thư thanh quản. Thường khàn tiếng từ từ tăng dần, mức độ khàn nặng hơn, soi thanh quản và sinh thiết khối u cho chẩn đoán xác định.
- Liệt thần kinh hồi qui: xuất hiện đột ngột hoặc từ từ, sặc các chất lỏng vào phổi. Mức độ khàn tiếng nặng, mất tiếng.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Hạn chế sử dụng giọng khi điều trị bệnh.
- Điều trị tại chỗ: các thuốc giảm viêm, giảm phù nề như: corticoid, men tiêu viêm…
- Điều trị toàn thân: bằng thuốc giảm viêm, giảm phù nề như: corticoide, men tiêu viêm…
- Điều trị các ổ viêm mũi họng, viêm xoang, hội chứng trào ngược dạ dày thực quản và các bệnh toàn thân khác.
- Liệu pháp luyện giọng.
- Phẫu thuật khi điều trị nội khoa không hiệu quả, VTQ có hạt xơ dây thanh.

2. Điều trị cụ thể

2.1 Tại chỗ :

Khí dung hoặc làm thuốc thanh quản: Hydrocortisone + Alpha chymotripsine…

2.2 Toàn thân

Chống viêm steroid: prednisolon, methylprednisolon, dexamethasone… − Chống viêm dạng men: alpha chymotrypsin, lysozym…

2.3 Luyện giọng

Căn cứ vào tình trạng tổn thương giọng, cách thức sử dụng giọng của bệnh nhân để phối hợp cùng chuyên viên luyện giọng, đưa ra các bài tập thích hợp.

2.4 Phẫu thuật

Vi phẫu thuật thanh quản qua soi thanh quản trực tiếp hoặc gián tiếp, qua ống soi mềm hoặc soi treo thanh quản…

Chỉ định:

- Phù Reinke
- Hạt xơ dây thanh
- VTQ mạn kết hợp bệnh lý khối u thanh quản

2.5 Nâng đỡ cơ thể

Bổ sung yếu tố vi lượng, sinh tố, vitamin, dinh dưỡng...

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Viêm thanh quản mạn tính điều trị dai dẳng, tiến triển thành hạt xơ dây thanh.

VI. PHÒNG BỆNH

- Khi bị VTQ cấp cần điều trị triệt để.
- Điều trị các viêm nhiễm ở họng, mũi, xoang...
- Tránh tiếp xúc với các chất hơi, hoá chất độc, sử dụng giọng hợp lý, nghỉ giọng khi có viêm nhiễm mũi họng và viêm đợt cấp.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM- 2007.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2016.
3. Phac đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN

I. ĐỊNH NGHĨA

Trào ngược dạ dày thực quản là khi có sự trào ngược của dịch vị vào trong thực quản. Trong một tờ báo xuất bản năm 1935 Asher Winkeltein lần đầu tiên đề cập đến thuật ngữ "viêm thực quản pepsin" Bài báo mô tả triệu chứng lâm sàng của một vài bệnh nhân mà nguyên nhân được cho là viêm thực quản thứ phát do trào ngược acid dịch vị HCl và pepsin.

II. CÁC THUẬT NGỮ TRÀO NGƯỢC

- Gastro Esophageal Reflux Disease (GERD) (trào ngược thực quản - dạ dày): biểu hiện nóng rát vùng sau xương ức.
- Laryngo Pharyngeal Reflux (LPR) (tạm dịch: trào ngược họng - thanh quản):
  + LPR hiện diện ở 4-10% bệnh nhân đến phòng khám tai mũi họng (Koufman, 1991).
  + LPR hiện diện ở 55% bệnh nhân khàn tiếng (Koufman, 2000).
- Supra Esophageal Reflux Disease (SERD) (tạm dịch: trào ngược thực quản lan lên trên) tất cả triệu chứng LPR
  + Viêm mũi xoang và hen. Phân biệt GERD và LPR:
- GERD gồm rối loạn chức năng cơ khít thực quản dưới.
- LPR gồm rối loạn chức năng cơ thực quản trên và dưới.

III. CÁC BỆNH LÝ TAI MŨI HỌNG LIÊN QUAN ĐẾN TRÀO NGƯỢC

- Viêm thanh quản sau: phù nề, sưng đỏ, phì đại biểu mô thanh môn sau. − Hạt, polyp, loét hoặc granuloma dây thanh.
- Thoái hóa dạng polyp của dây thanh (phù Reinke).
- Hẹp hạ thanh môn hoặc khí quản.
- Carcinoma thanh quản hoặc vùng hầu.
- Viêm họng và phù nề họng.
- Túi thừa Zenker.
- Mềm sụn khí quản.
- Viêm xoang
- Mài mòn răng và mảng bám răng.

IV. TRIỆU CHỨNG, LÂM SÀNG

- Triệu chứng của GERD:
  + Ợ nóng: cảm giác nóng lan lên dọc sau xương ức, hạ họng hoặc mang tai.
  + Trớ: là sự ứa ngược dịch trong thực quản lên miệng.
- Triệu chứng của LPR theo Cumming (2003)
  + Khàn giọng 71%
  + Ho mạn tính 51%
  + Cảm giác tắc nghẽn vùng hầu 47%
  + Ợ nóng/trớ 43%
  + Khạc đàm mạn tính 42%
  + Khó nuốt 35%

THANG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ TRÀO NGƯỢC RIS = REFLUX INDEX SCALE
Theo Peter Belafsky, Koufman tại hội nghị SAN DIEGO

Trong 1 tháng nay, có những triệu chứng nào dưới đây và mức độ ra sao?	0 = Không có triệu chứng 5 = Triệu chứng trầm trọng					
1. Khàn tiếng hoặc rối loạn giọng nói	0	1	2	3	4	5
2. Tằng hắng – khịt khạc	0	1	2	3	4	5
3. Họng nhiều đờm hoặc đờm chảy sau họng	0	1	2	3	4	5
4. Khó nuốt thức ăn, nước, thuốc	0	1	2	3	4	5
5. Ho sau khi ăn hoặc sau khi nằm xuống	0	1	2	3	4	5
6. Khó thở hoặc cơn ngộp thở	0	1	2	3	4	5
7. Ho gây khó chịu, bực dọc	0	1	2	3	4	5
8. Cảm giác vướng, như vật lạ ở họng	0	1	2	3	4	5
9. Nóng thượng vị, đau ngực, khó tiêu, ợ hơi	0	1	2	3	4	5

< 5 điểm: (-) GERD

5 – 10 điểm: (±) GERD

> 10 điểm: >95% khả năng là GERD

SỰ KHÁC BIỆT ĐIỂN HÌNH CỦA BỆNH NHÂN TIÊU HÓA VÀ BỆNH NHÂN TAI MŨI HỌNG (Koufman, 1991)

	Tiêu hóa	**Tai mũi họng**
Các xét nghiệm chẩn đoán		
Phim chụp XQ thực quản bất thường	Có	Đôi khi
Theo dõi pH thực quản	Có	Có
Theo dõi pH hầu	Không	Có
Kiểu trào ngược		
Nằm (đêm)	Có	Đôi khi
Đứng (thức)	Đôi khi	Có

V. XÉT NGHIỆM CẬN LÂM SÀNG

	Tiêu hóa	Tai mũi họng
Các xét nghiệm chẩn đoán		
Phim chụp XQ thực quản bất thường	Có	Đôi khi
Theo dõi pH thực quản	Có	Có
Theo dõi pH hầu	Không	Có
Kiểu trào ngược		
Nằm (đêm)	Có	Đôi khi
Đứng (thức)	Đôi khi	Có

VI. ĐIỀU TRỊ

1. Thuốc trung hòa acid

- Có tác dụng trung hoà acid dịch vị. Thường dùng là: các muối nhôm (hydroxyd, carbonat, phosphat), các muối magnesi (hydroxyd, carbonat, trisilicat) với các sản phẩm như alusi, maalox, gastropulgit..
- Được đánh giá không hiệu quả nhiều với LPR.

2. Thuốc kháng thụ thể H2

- Kháng histamine H2 làm giảm tiết acid (Tagamet, Ranitidine, Zantac..).
- Không hiệu quả cho LPR.

3. Thuốc ức chế bơm proton (PPI)

- Ngăn tiết acid tốt nhất: omeprazole, rabeprazole, esoprazole, pantoprazole...
- Chọn lựa cho LPR.

4. Điều trị qui ước khi nghi ngờ LPR

Thay đổi chế độ ăn:

- Không ăn hoặc uống trong vòng 3 giờ trước khi ngủ.
- Tránh ăn quá nhiều hoặc nằm sau khi ăn.
- Tránh thức ăn chiên và quá nhiều mỡ.
- Tránh trà, cà phê, chocolate, bạc hà và soda (vì những loại này làm tăng trào ngược).
- Tránh mọi chất có chứa caffein.
- Tránh rượu, đặc biệt là buổi tối.
- Tránh gia vị, các chế phẩm từ cà chua.

Thay đổi lối sống:

- Đầu giường cao 10 - 15 cm.
- Tránh mặc đồ quá chật.
- Ngừng hút thuốc lá.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM- 2007.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2016.
3. Phac đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

PHẦN 4: CẤP CỨU

VIÊM THANH QUẢN CẤP TÍNH HẠ THANH MÔN

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm thanh quản là quá trình viêm xảy ra ở thanh quản có thể do nhiễm trùng hoặc không do nhiễm trùng, tiến triển cấp hoặc mạn tính thường gặp khi thời tiết thay đổi vào mùa lạnh. Gọi là viêm thanh quản cấp tính khi triệu chứng kéo dài dưới 3 tuần.

Biểu hiện lâm sàng tuỳ thuộc vào nguyên nhân, tuổi của người bệnh, vùng thanh quản bị tổn thương. Ở trẻ con viêm thanh quản, đặc biệt là viêm thanh quản cấp thường nặng hơn ở người lớn do khẩu kính thanh quản nhỏ hơn.

Viêm thanh quản cấp hạ thanh môn phù nề hay còn gọi là Croup là tình trạng phù nề cấp tính vùng hạ thanh môn thường gặp ở trẻ em 6 tháng – 5 tuổi.

II. NGUYÊN NHÂN

Thường do virus Parainfluenza, Adenovirus, vi khuẩn Hemophilus influenza.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1 Triệu chứng cơ năng

Ở trẻ em có triệu chứng khởi phát là sốt nhẹ, ho, chảy mũi. Sau 1-3 ngày, đột ngột xuất hiện khàn tiếng, khó thở thanh quản. Cần hỏi bệnh sử kỹ để loại trừ hội chứng xâm nhập trong dị vật đường thở.

Ở người lớn: bệnh nhân cũng có thể có các triệu chứng như nổi hạch cổ, nuốt đau, mệt mỏi, đau nhức, nghẹt mũi, chảy mũi. Bệnh xuất hiện một cách đột ngột, nặng hơn khoảng 2-3 ngày sau đó, giọng trở nên khàn.

1.2 Triệu chứng thực thể

Đối với trẻ em cần phải thăm khám nhẹ nhàng, nhanh chóng. Không nên soi thanh quản vào lúc này vì có thể làm trẻ kích thích gây co thắt thanh quản, khó thở sẽ nặng thêm.

Các triệu chứng thường gặp:

- Sốt nhẹ, nhức đầu.
- Khàn tiếng hoặc khó phát âm.
- Ngứa họng, ho kích thích.
- Ho ông ổng ở trẻ em.
- Khó thở thanh quản: thường gặp ở trẻ em nhiều hơn.

Phân độ khó thở thanh quản:

- Độ I: Chỉ khàn tiếng, khó thở khi gắng sức, ở trẻ em là thở rít khi khóc.
- Độ II:
  - + Độ IIA: Khó thở ngay cả khi nghỉ ngơi, thở rít khi nằm yên.
  - + Độ IIB: Triệu chứng IIA kèm thở nhanh, rút lõm ngực.
- Độ III: Triệu chứng IIB kèm vật vã, kích thích hoặc tím tái.

Nội soi thanh khí quản: Có thể nội soi thanh quản bằng ống soi mềm hay bằng ống soi quang học.

Ở trẻ em, nội soi thanh khí quản khi:

- Chẩn đoán phân biệt dị vật đường thở.
- Khó thở thanh quản tái phát.
- Thất bại khi điều trị nội khoa.

Cận lâm sàng:

- Công thức máu.
- Phết họng loại trừ bạch hầu trong trường hợp nghi ngờ.

– Xquang cổ thẳng: dấu hiệu "nóc nhà thờ" (steeple sign) trong hẹp hạ thanh môn.

2. Chẩn đoán phân biệt

2.1 Dị vật đường thở

Dựa vào hội chứng xâm nhập. Xquang phổi có hình ảnh dị vật (cản quang), hình ảnh xẹp phổi.

2.2 Viêm thanh thiệt cấp tính

Lâm sàng đột ngột sốt cao và nhanh chóng biểu hiện khó thở thanh quản, bệnh nhân có kiểu ngồi đặc biệt cúi ra trước. Ở trẻ em còn có biểu hiện chảy nước bọt, khó nuốt, thở rít. Ở người lớn có dấu hiệu giọng nói ngậm hạt thị. Xquang cổ nghiêng có hình ảnh "dấu ngón tay" (thump sign) do phù nề thanh thiệt.

2.3 Viêm khí quản cấp tính

Sốt cao, vẻ mặt nhiễm trùng kèm đau ngực, thở rít.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

– Loại trừ dị vật đường thở.
– Phục hồi thông thương đường thở.
– Đảm bảo tình trạng thông khí và oxy hóa máu.

2. Điều trị

2.1 Nhẹ: khó thở thanh quản độ I.

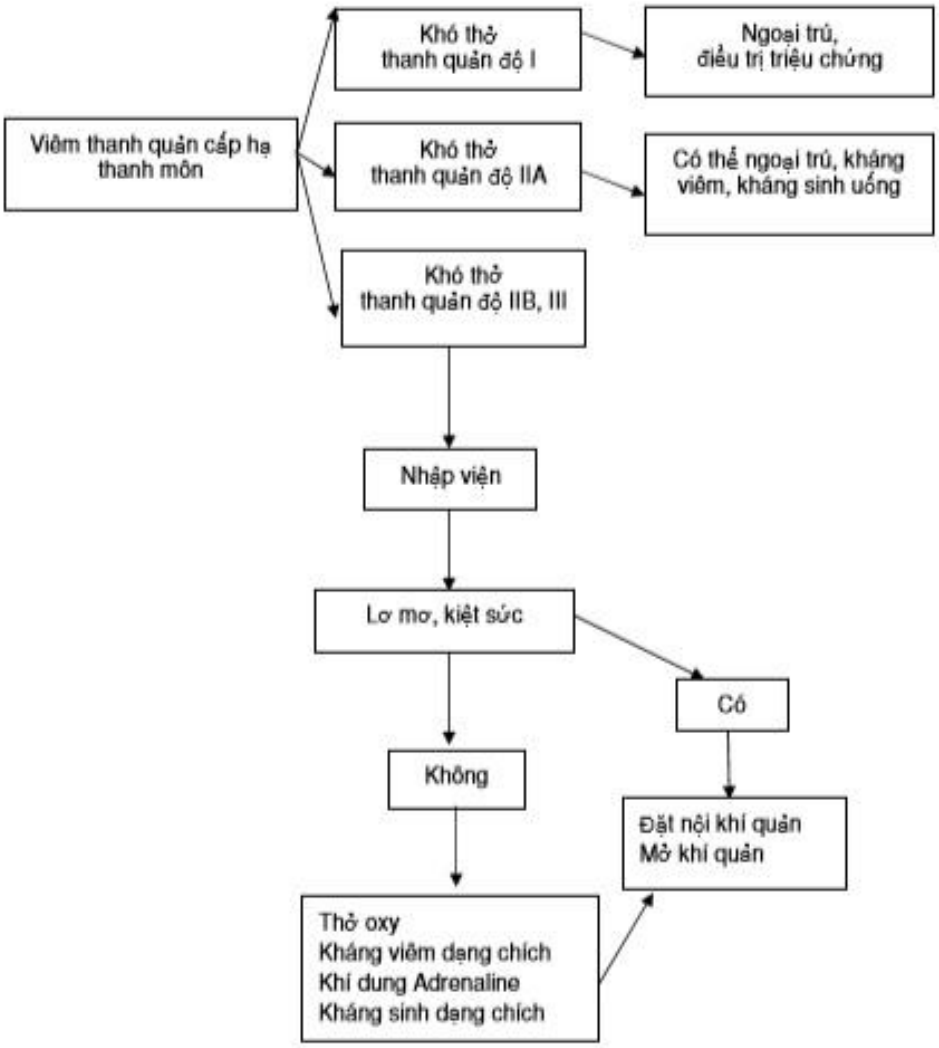
– Điều trị ngoại trú, nghỉ ngơi, hạn chế nói, uống nhiều nước.
– Điều trị triệu chứng: hạ sốt (Acetaminophen 10-20mg/kg), tan đờm (Acetylcysteine 100mg - 200mg x 2 lần/ngày).
– Hướng dẫn bệnh nhân dấu hiệu nặng cần đi tái khám ngay.

2.2 Trung bình: khó thở thanh quản độ IIA

– Có thể điều trị ngoại trú trong trường hợp bệnh nhân ở gần.
– Dùng thêm kháng viêm: corticoid.
– Dùng thêm kháng sinh uống nếu có triệu chứng nhiễm trùng.
– Cần tái khám mỗi ngày đối với trẻ em.

2.3 Nặng: khó thở thanh quản độ IIB, độ III Nhập viện.

– Nghỉ ngơi tại chỗ. Đối với trẻ em, cần giữ yên trẻ hoặc cho cha mẹ bế, tránh để trẻ khóc vì làm tăng phù nề thanh quản.
– Thở oxy, duy trì SaO2 92-96%
– Kháng viêm dạng chích: corticoid, có thể lặp lại mỗi 6-12 giờ nếu cần.
– Nếu khó thở nhiều: sử dụng khí dung Adrenaline 1/1000 2-5ml, có thể lặp lại 30phút - 1giờ nếu cần.
– Kháng sinh dạng chích: nhóm Cephalosporin thế hệ III như Cefotaxime (100-200mg/kg/ngày), Ceftriaxone (75-100mg/kg/ngày).
– Nếu bệnh nhân lơ mơ, kiệt sức hoặc thất bại với nội khoa: đặt nội khí quản, mở khí quản. Ưu tiên đặt nội khí quản hơn mở khí quản. Rút nội khí quản hoặc canula sau 24-48 giờ nếu tình trạnh bệnh nhân ổn định.



V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

1. Tiên lượng

Thể nhẹ và trung bình có tiên lượng tốt, triệu chứng sẽ giảm sau 3-5 ngày. Đối với thể nặng, tiên lượng dè dặt, cần theo dõi sát tình trạng bệnh.

2. Biến chứng

Nếu không điều trị đầy đủ, điều trị muộn có thể dẫn đến viêm thanh quản mạn tính khó hồi phục hoàn toàn.

Với thể nặng, nếu không kịp thời điều trị có thể dẫn tới suy hô hấp, tử vong.

VI. PHÒNG BỆNH

- Giữ ấm đường hô hấp.
- Tránh hút thuốc, tránh khói thuốc lá.
- Tránh tiếp xúc với người đang mắc bệnh viêm đường hô hấp.
- Chủng ngừa Haemophillus influenza có tác dụng giảm tỷ lệ mắc bệnh viêm thanh quản cấp do H.I một cách đáng kể, đặc biệt là ở trẻ nhỏ.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM- 2007.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2016.
3. Phac đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

VIÊM TAI GIỮA CẤP TÍNH TRẺ EM

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tai giữa (VTG) cấp tính là tình trạng viêm nhiễm trong khoang tai giữa. Bệnh cảnh của viêm tai giữa cấp tính thay đổi tùy theo tuổi tác của bệnh nhân, tùy theo vi trùng gây bệnh, tùy theo thể địa... thời gian kéo dài dưới 3 tháng. Tình trạng viêm nhiễm này có thể lan đến xương chũm, các tế bào quanh mê đạo và đỉnh xương đá.

II. NGUYÊN NHÂN

- Nguyên nhân chính của viêm tai giữa cấp tính là viêm vòm mũi họng, quá trình viêm vào tai bằng con đường vòi Eustache là chủ yếu, ít khi viêm nhiễm xâm nhập bằng đường máu hoặc đường bạch huyết. Sự viêm nhiễm này có thể gây ra bởi các bệnh nhiễm trùng toàn thân như cúm, sởi... hoặc những bệnh cục bộ như viêm mũi, viêm xoang, viêm V.A, u vòm mũi họng, hoặc nút mũi sau để quá lâu. Nói chung viêm tai giữa cấp tính thường gặp ở trẻ em có VA hoặc có thể địa bạch huyết.
- Rách màng nhĩ do chấn thương cũng là một nguyên nhân gây viêm tai giữa cấp tính.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1 Lâm sàng

Bệnh cảnh của viêm tai giữa cấp tính thay đổi tùy theo tuổi tác của bệnh nhân, tùy theo vi trùng gây bệnh, tùy theo thể địa... Ở đây mô tả thể điển hình.

- Giai đoạn đầu: Bệnh nhân thường là em bé đang bị sổ mũi, ngạt mũi, đột nhiên bị đau tai nhiều kèm theo sốt cao 40 0C. Khám màng nhĩ thấy một vùng sung huyết đỏ ở góc sau hoặc ở dọc theo cán búa, hoặc ở màng Shrapnell.
- Giai đoạn toàn phát: Mủ bắt đầu xuất hiện trong hòm nhĩ, có hai trường hợp:
  + Màng nhĩ chưa vỡ: Mủ bị tích trong hòm nhĩ như trong một áp xe và gây ra những triệu chứng chức năng, toàn thân và thực thể rõ rệt.
    - Triệu chứng chức năng:
      - Đau tai mỗi ngày một tăng, đau rất nhiều, đau sâu trong tai, đau theo nhịp đập của mạch, đau lan ra sau tai, ra vùng thái dương hoặc xuống răng làm cho bệnh nhân không ngủ được.
      - Nghe kém là triệu chứng quan trọng, thường xuyên có: nghe kém khá nhiều, nghe kém theo kiểu dẫn truyền tức là nghiệm pháp Swabach kéo dài, nghiệm pháp Rinne âm tính, nghiệm pháp Weber thiên về bên bệnh (tam chứng Bezold). Bệnh nhân nghe giọng trầm khó khăn.
      - Ngoài ra chúng ta còn thấy những triệu chứng phụ như ù tai, cảm giác đầy tai, tự thính, chóng mặt...
    - Triệu chứng toàn thân:
      - Nhiệt độ lên cao và sẽ xuống khi mủ được dẫn lưu. Trẻ em nhỏ sốt cao có thể vật vã, co giật hoặc ở trạng thái lả.
    - Triệu chứng thực thể: Toàn bộ màng nhĩ bị nề và đỏ, không nhìn thấy tam giác sáng, không thấy cán búa, không thấy mỏm ngắn. Màu sắc của màng nhĩ hòa lẫn với màu sắc của da ống tai.
      - Ở mức độ nặng hơn màng nhĩ sẽ phồng lên như mặt kính đồng hồ đeo tay, điểm phồng nhiều nhất thường khu trú về phía sau. Riêng đối với những màng nhĩ bị xơ hóa, màng nhĩ của người già, màu sắc sẽ không đỏ mà lại trắng bệch, có nhiều mạch máu đỏ tỏa ra từ cán búa như nan hoa bánh xe.
      - Xương chũm có vẻ bình thường, nhưng nếu ấn vào đấy bệnh nhân sẽ kêu đau. Hiện tượng này không có gì đáng ngại nó chỉ là viêm niêm mạc ở sào

bào và ở các tế bào mà người ta quen gọi là phản ứng xương chũm. − Khám mũi và họng có thể cho chúng ta thấy nguyên nhân của bệnh viêm mũi, viêm xoang, viêm V.A, viêm amiđan.

+ Màng nhĩ vỡ:
  - Màng nhĩ có thể vỡ do thầy thuốc chích để tháo mủ, hoặc vỡ tự phát do sức ép của mủ vào khoảng ngày thứ tư.
    Để cho màng nhĩ tự vỡ không tốt bằng chích rạch vì hai lý do sau đây:
    - Lỗ vỡ xuất hiện muộn, mủ tích tụ trong nhiều ngày có thể gây ra bệnh tích xương.
    - Lỗ vỡ thường ở cao và nhỏ, dẫn lưu mủ không tốt, tạo điều kiện cho viêm kéo dài.

    Khi màng nhĩ đã vỡ và mủ chảy ra ngoài thì các triệu chứng sẽ thay đổi.
    - Triệu chứng chức năng và toàn thân: các triệu chứng chức năng bớt hẳn, bệnh nhân không đau tai nữa, nhiệt độ trở lại bình thường, bệnh nhân ăn được ngủ được.
    - Triệu chứng thực thể: Ống tai ngoài đầy mủ, không có mùi, lúc đầu chỉ là mủ loãng vàng nhạt sau biến thành mủ vàng đặc, phải lau sạch mủ mới thấy được màng nhĩ.
  - Lỗ thủng của màng nhĩ sẽ khác nhau tùy theo tai có được chích rạch hay không.
    Nếu có chích rạch thì lỗ thủng sẽ rộng và ở về góc sau dưới của màng căng, màng nhĩ hết phồng. Khi bệnh nhân ngậm mồm bịt mũi và thổi mạnh vào vòi Eustache (nghiệm pháp Valsalva) thì mủ và bọt trào ra ở lỗ thủng, đồng thời chúng ta nghe có tiếng kêu trong tai của bệnh nhân.
    Nếu không chích rạch, để cho màng nhĩ tự vỡ thì lỗ thủng có thể ở bất cứ chỗ nào, bờ dày, đỏ, nham nhở. Trong trường hợp lỗ thủng lớn, mủ được dẫn lưu tốt chúng ta thấy có những triệu chứng giống như là chích rạch. Trái lại nếu lỗ thủng nhỏ, sự dẫn lưu bị hạn chế và triệu chứng ứ đọng tồn tại: đau nhức, sốt, phồng màng nhĩ; làm nghiệm pháp Valsalva không thấy mủ trào ra ở lỗ thủng. Có khi lỗ thủng nhỏ bằng đầu kim và thể hiện bằng một chấm mủ óng ánh đập theo nhịp mạch. Lỗ thủng có thể ở góc sau và trên màng nhĩ, trên một cái ụ phồng căng giống như cái vú bò. Riêng trong trường hợp viêm tai do cúm, do sởi, do bạch hầu, màng nhĩ có thể bị tiêu hủy toàn bộ.

1.2 Cận lâm sàng

- Nội soi tai: Tùy theo giai đoạn sẽ ghi nhận hình ảnh màng nhĩ và các dấu hiệu bên trong hòm nhĩ như mức dịch, bóng khí…
- Thính lực đồ: Nghe kém kiểu dẫn truyền.
- X quang kinh điển tư thế Schuller: Dùng chủ yếu để chẩn đoán phân biệt.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm màng nhĩ đơn thuần: màng nhĩ đỏ, sung huyết, bệnh nhân không nghe kém, không có triệu chứng toàn thân.
- Nhọt ống tai ngoài: bệnh nhân có những điểm đau khác biệt ở nắp tai, ở rãnh trước xương chũm, ở bờ trên ống tai (kéo vành tai).
- Zona tai: Zona cũng gây ra đau tai, chảy tai và điếc nhưng trong zona thấy có mụn nước ở nắp tai, vành tai, ở thành sau ống tai và ở màng nhĩ kèm theo giảm cảm giác da ở vùng nói trên (vùng Ramsay-Hunt).
- Viêm ống tai ngoài đơn thuần hoặc viêm tai giữa kèm theo viêm ống tai ngoài: ở đây không soi màng nhĩ được nên không thể dựa vào đó để chẩn đoán. Có thể điều

trị thử bằng kháng sinh, sau vài hôm, ống tai ngoài bớt nề, sẽ nhìn thấy màng nhĩ và đánh giá được tai giữa.

– Viêm tai giữa mạn tính hồi viêm: bệnh nhân có tiền sử chảy mủ tai từ lâu, có triệu chứng thực thể mạn tính như bờ lỗ thủng rõ rệt, mủ thối, xương bị viêm. X quang rất cần thiết để khám phá bệnh tích của xương chũm trong viêm tai giữa mạn tính hồi viêm. Hướng điều trị của bệnh này khác hẳn với viêm tai giữa cấp tính.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Đây là bệnh lý cấp tính ảnh hưởng đến toàn thân và đe dọa nhiều biến chứng nguy hiểm nên cần phối hợp điều trị kháng sinh, kháng viêm phối hợp dẫn lưu tại chỗ.

2. Phác đồ điều trị

– Điều trị toàn thân
  + Màng nhĩ chưa thủng
  + Chích rạch màng nhĩ.
– Điều trị toàn thân
  + Màng nhĩ đã thủng
  + Làm thuốc tai.
– Điều trị bệnh lý mũi họng kèm theo.
– Điều trị phòng ngừa biến chứng.

3. Điều trị cụ thể

Tùy theo màng nhĩ có thủng hay chưa, cách điều trị có khác nhau.

3.1 Màng nhĩ chưa thủng

a. Điều trị bằng thuốc tại chỗ

Dùng một số thuốc nhỏ tai có tác dụng giảm sung huyết tại chỗ: Polymycin…

b. Chích rạch màng nhĩ

– Chúng ta phải chích rạch màng nhĩ trong những trường hợp sau đây:
  + Triệu chứng toàn thân xấu: nhiệt độ cao, mất ngủ, bộ mặt nhiễm trùng.
  + Ở trẻ nhỏ bị viêm tai, khi có triệu chứng sốt, nôn, tiêu chảy.
  + Triệu chứng chức năng quá rõ rệt: đau tai, nhức nửa bên đầu và nghe kém.
  + Triệu chứng thực thể nói lên có mủ trong hòm nhĩ: màng nhĩ căng phồng như mặt kính đồng hồ đeo tay.
  + Có những phản ứng đáng ngại như triệu chứng màng não, triệu chứng mê nhĩ, triệu chứng viêm xương chũm.
  + Viêm tai giữa cấp tính đã kéo dài trên bốn ngày và không tự vỡ.
– Nói chung trong trường hợp nghi ngờ có mủ cũng nên chích rạch màng nhĩ, thà chích rạch không có mủ còn hơn là để cho viêm mủ tiến vào xương chũm.

3.2 Màng nhĩ đã thủng

– Sau khi màng nhĩ đã thủng tự nhiên hoặc thủng do chích rạch cần phải làm thuốc tai hàng ngày. Thầy thuốc hút rửa tai và nhỏ tai các loại thuốc có kháng sinh, kháng viêm như Hydrocortisol và Chloramphenicol.
– Nhiệm vụ của thầy thuốc là phải theo dõi tình hình của lỗ thủng và các triệu chứng toàn thân. Nếu thấy lỗ thủng đóng lại nhưng bệnh nhân sốt và đau tai thì phải chích rạch lại để dẫn lưu.
– Nếu sau bốn tuần mà mủ vẫn tiếp tục chảy, phải nghĩ đến các nguyên nhân sau đây và tìm cách giải quyết: viêm mũi xoang, viêm vòm mũi họng (V.A), viêm xương chũm, thể trạng suy nhược.

3.3 Điều trị toàn thân

- Kháng sinh phổ rộng thuộc nhóm Beta lactam, Cephalosporin, Macrolid… tốt nhất vẫn theo kháng sinh đồ. Trong khi dùng kháng sinh, nên chụp X quang xương chũm để phát hiện viêm xương chũm tiềm tàng.
- Thuốc kháng viêm Corticoid, kháng viêm dạng men.
- Hạ sốt, giảm đau.

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

1. Tiên lượng

Tùy thuộc thời gian khởi phát, sức đề kháng, độc tính của vi trùng mà bệnh VTG cấp tính có tiên lượng và diễn biến khác nhau.

- Nếu mủ được dẫn lưu tốt, cơ thể có sức đề kháng cao thì viêm tai giữa cấp tính mủ có xu hướng đi đến lành bệnh.
- Nếu mủ không được dẫn lưu tốt, nếu mãnh độc của vi trùng quá mạnh, bệnh sẽ kéo dài hoặc sinh ra biến chứng.

2. Biến chứng

Có biến chứng cấp tính và biến chứng kéo dài.

- Biến chứng cấp tính phổ biến và quan trọng nhất là viêm xương chũm, quá trình viêm sẽ gây những biến chứng nội sọ như: viêm mê nhĩ, liệt dây thần kinh mặt, viêm tắc tĩnh mạch bên, viêm màng não, áp xe não....
- Biến chứng kéo dài, hay nói đúng hơn sự chuyển thành viêm tai mạn tính là hậu quả của việc không điều trị hoặc điều trị không đúng.

VI. PHÒNG BỆNH

- Tuyệt đối không xì mũi bằng cách bịt cả hai lỗ mũi cùng một lúc, phải bịt một bên và để hở bên kia cho mũi và dịch thoát ra ngoài.
- Không nên bơi lội khi bị viêm mũi, viêm xoang. Nên điều trị viêm mũi, viêm xoang càng sớm càng tốt.
- Nên nạo V.A. và cắt amiđan ở những em bé hay bị viêm tai tái phát.
- Ở những em bé bị sởi, bị cúm, bị thương hàn phải khám màng nhĩ thường xuyên.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM- 2007.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2016.
3. Phac đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ

I. ĐỊNH NGHĨA

Dị vật đường thở là những vật mắc lại trên đường thở từ thanh quản đến phế quản phân thùy.

- Là cấp cứu thường gặp trong chuyên ngành tai mũi họng nếu không được chẩn đoán sớm, xử trí đúng, nhanh chóng dễ dẫn tới các biến chứng nặng nề và có thể tử vong nhanh chóng.
- Dị vật đường thở gặp ở trẻ em nhiều hơn người lớn (75% gặp ở trẻ dưới 4 tuổi), do trẻ em thường có thói quen cho các đồ vật vào miệng. Tuy nhiên, đây là một tai nạn sinh hoạt có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, trong mọi điều kiện, hoàn cảnh.

II. NGUYÊN NHÂN

Các nguyên nhân chính dẫn đến dị vật đường thở thường gặp là:

- Do khóc, do cười đùa trong khi ăn.
- Do thói quen ngậm đồ vật trong khi chơi, khi làm việc.
- Do rối loạn phản xạ họng, thanh quản ở trẻ em và người già, có thể do bệnh nhân bị hôn mê, gây mê hoặc điên dại.
- Do thói quen uống nước suối con tắc te (con tấc) chui vào đường thở và sống kí sinh trong đường thở. Về bản chất: tất cả các vật nhỏ cho vào miệng được đều có thể rơi vào đường thở, có thể gặp các dị vật hữu cơ như: hạt lạc, hạt na, hạt hồng xiêm, cùi táo, bã mía... có thể gặp các loại xương thịt động vật như đầu tôm, mang cá, càng cua, xương gà vịt... con tắc te. Cũng có thể gặp các dị vật vô cơ như viên bi, mảnh đạn, đuôi bút bi, mảnh nhựa...

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

1.1 Hội chứng xâm nhập

Hội chứng này có thể khai thác được ở 93% số bệnh nhân, còn 7% không khai thác được hội chứng xâm nhập là những trường hợp dị vật sống như con tắc te, bệnh nhân bị hôn mê, không có người chứng kiến mà trẻ còn nhỏ chưa tự kể được hoặc do người chứng kiến cố tình dấu diếm. Hội chứng xâm nhập là do phản xạ co thắt chặt thanh quản ngăn không cho dị vật xuống dưới và phản xạ ho liên tiếp để tống dị vật ra ngoài.
T

rên lâm sàng biểu hiện bằng cơn ho sặc sụa, tím tái, vã mồ hôi, trợn mắt mũi, đôi khi đại tiểu tiện không tự chủ, cơn kéo dài khoảng 3 - 5 phút, sau đó có ba khả năng có thể xảy ra:

- Dị vật được tống ra ngoài nhờ phản xạ bảo vệ của thanh quản.
- Dị vật quá to chèn ép kín tiền đình thanh quản làm cho bệnh nhân ngạt thở, tử vong trước khi đến được bệnh viện.
- Dị vật mắc lại trên đường thở, ở thanh quản, khí quản hoặc phế quản. Tuỳ theo vị trí dị vật mắc lại mà trên lâm sàng có các biểu hiện khác nhau.

1.2 Triệu chứng toàn thân

- Khó thở: Trong giai đoạn đầu khi chưa có nhiễm khuẩn, các triệu chứng nổi trội là tình trạng khó thở. Nếu dị vật mắc lại ở thanh quản, bệnh nhân có khó thở thanh quản các mức độ khác nhau tuỳ theo kích thước của dị vật và thời gian dị vật mắc lại trên đường thở.

Nếu kích thước dị vật to có thể gây ra khó thở thanh quản độ 2, 3, hoặc có thể bị ngạt thở, nếu dị vật nhỏ hơn có thể không gây ra khó thở hoặc khó thở thanh quản ở mức độ nhẹ.

Cũng có thể gặp khó thở hỗn hợp cả hai thì do dị vật nằm ở khí quản đoạn thấp hoặc ở phế quản, bệnh nhân thường có các cơn ho và khó thở xảy ra khi gắng sức hoặc ngay cả khi nghỉ ngơi.

– Sốt: Thường gặp sau một vài ngày sau khi có nhiễm khuẩn do các dị vật ô nhiễm như các loại xương, thịt, hạt lạc, bã mía...

1.3 Triệu chứng cơ năng và thực thể

Tuỳ theo vị trí dị vật mắc lại mà trên lâm sàng thấy có các dấu hiệu khác nhau.

* Dị vật ở thanh quản: Các vật mắc lại ở thanh quản thường là các vật dẹt, sắc nhọn, sù sì... như là vỏ trứng, đầu tôm, xương cá...
  – Cơ năng: Thường gặp khàn tiếng, mất tiếng, mức độ nặng hoặc nhẹ tuỳ theo kích thước dị vật và thời gian dị vật mắc lại ở thanh quản.
  – Khó thở thanh quản: Ở các mức độ khác nhau tuỳ theo kích thước dị vật và tuỳ theo thời gian dị vật mắc lại ở thanh quản. Nếu dị vật to có thể gây bít tắc gần hoàn toàn thanh quản làm cho bệnh nhân khó thở thanh quản nặng, có khi ngạt thở cấp.
  – Ho: Thường gặp ho khan không có đờm, ho từng cơn dài do kích thích thanh quản càng làm cho thanh quản phù nề làm cho bệnh nhân khó thở ngày càng tăng.
  – Thực thể: Chủ yếu là nghe phổi: nghe phổi có thể thấy hoàn toàn bình thường nhưng cũng có thể nghe thấy tiếng ran rít ờ cả hai bên phổi, lan từ trên xuống, cũng có khi thấy rì rào phế nang giảm ở cả hai bên phổi.
* Dị vật ở khí quản: Thường gặp các vật tròn, nhẵn, trơn tru... kích thước khá to so với khẩu kính của khí phế quản bệnh nhân.
  – Cơ năng: Hay xảy ra các cơn ho rũ rượi, sặc sụa tím tái do dị vật di động trong lòng khí quản, đôi khi di động lên thanh quản gây ra các cơn ho. Nếu dị vật diđộng bắn lên thanh quản và kẹt ở thanh môn làm cho bệnh nhân ngạt thở, nếu không được xử trí đúng, kịp thời thì bệnh nhân sẽ tử vong.
  – Thực thể: Nghe phổi có thể thấy ran rít, ran ngáy cả hai bên phổi, dị vật to có thể thấy rì rào phế nang giảm cả hai bên phổi, nếu nghe thấy tiếng lật phật cờ bay là đặc hiệu dị vật ở khí quản.
* Dị vật ở phế quản:
  – Cơ năng: Khó thở hỗn hợp cả hai thì, thường chỉ gặp khi là dị vật to bít lấp phế quản gốc một bên, hay gặp ở phế quản phải nhiều hơn phế quản trái.
  – Sốt: những ngày sau thường có hiện tượng viêm nhiễm gây ra các biến chứng ở phế quản, phổi nên hay có sốt, có thể gặp sốt vừa hoặc sốt cao, tuỳ theo mức độ viêm nhiễm ở phổi.
  – Triệu chứng thực thể: Nghe phổi có thể thấy rì rào phế nang giảm hoặc mất một bên, có thể kèm theo ran rít, ran ngáy, cũng có thể có ran ẩm, ran nổ... Gõ ngực: Tiếng đục khi có áp xe hoặc xẹp phổi một bên. Gõ trong, vang khi có tràn khí màng phổi.

2. Cận lâm sàng

– Các xét nghiệm máu ít có giá trị trong chẩn đoán dị vật, chỉ có thể cho biết tình trạng viêm nhiễm khi có tỉ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao.
– Chụp X-quang cổ nghiêng hoặc phổi thẳng có thể cho phép chẩn đoán dị vật đường thở. Tuy nhiên, chỉ thấy hình ảnh dị vật trên phim X-quang nếu dị vật là kim loại, còn các loại khác ít khi có biểu hiện trên phim, chủ yếu là hình ảnh các biến chứng do dị vật gây ra như viêm phế quản, phế quản phế viêm, áp xe một bên hoặc một

phân thuỳ phổi, xẹp một bên hoặc một phân thuỳ phổi, khí phế thũng, tràn khí màng phổi, tràn khí trung thất, tràn dịch màng phổi.

3. Chẩn đoán xác định

- Trước tiên, hội chứng xâm nhập là dấu hiệu gợi ý.
- Hỏi bệnh và khám thực thể: Đánh giá tình trạng và kiểu khó thở cũng có thể hướng tới chẩn đoán và định khu được dị vật: nếu có khàn tiếng và khó thở thanh quản thì dị vật ở thanh quản. Nếu khó thở và ho từng cơn dữ dội, thường dị vật nằm ở khí quản....
- Nghe phổi cho biết được mức độ viêm nhiễm ở phổi và vị trí của dị vật: + Dị vật ở thanh quản sẽ thấy tiếng rít, ngáy lan từ trên xuống ở cả hai bên phổi, đôi khi thấy rì rào phế nang giảm ở cả hai phổi do tình trạng kém thông khí.
  + Dị vật ở khí quản: Nghe thấy tiếng rít ở cả hai phổi, nghe có tiếng lật phật cờ bay là điển hình dị vật ở khí quản.
  + Dị vật ở phế quản: Nghe thấy rì rào phế nang giảm hoặc mất một bên. Cũng có thể nghe thấy ran ẩm, ran nổ nếu đã có tình trạng viêm nhiễm.
  + Nội soi thanh, khí, phế quản, nếu thấy dị vật ở đường thở là chẩn đoán xác định.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm phổi: Thường ho từng cơn, nghe phổi có ran ẩm, trên phim phổi có hình ảnh viêm nhiễm cả hai bên phổi.
- Áp xe phổi: Những viêm nhiễm khu trú ở một bên phổi thường hay gợi ý nghĩ đến dị vật đường thở. Chẩn đoán xác định dựa vào nội soi.
- Xẹp phổi: Các nguyên nhân gây xẹp phổi như khối u, viêm nhiễm. Cần phải chẩn đoán phân biệt bằng nội soi.

IV. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc: phải đảm bảo khai thông đường thở, lấy bỏ dị vật càng sớm càng tốt.

1. Xử trí trường hợp tối cấp

Trong trường hợp ngạt thở, nếu không xử trí ngay bệnh nhân sẽ tử vong. − Trong cộng đồng: Cho bệnh nhân nằm dốc đầu, vỗ mạnh vào ngực bệnh nhân, kích thích cho bệnh nhân khóc, nếu dị vật tròn nhẵn sẽ rơi xuống họng hoặc vòm mũi họng, đưa ngón tay trỏ vào họng để kéo dị vật ra.

- Có thể làm nghiệm pháp Heimlich: Khi bệnh nhân bị ngạt thở dùng hai bàn tay ép mạnh vào hai bên hạ sườn bệnh nhân 3 - 5 cái, nhằm tạo ra áp lực dương tính trong lồng ngực, hy vọng với áp lực này có thể đẩy được dị vật ra khỏi đường thở. Nhưng lưu ý chỉ làm nghiệm pháp này khi bệnh nhân đang bị ngạt thở, nếu không cấp cứu sẽ tử vong trong thời gian ngắn, thực hiện ngoài cơ sở y tế.
- Ở tuyến y tế không chuyên khoa: Nếu ngạt thở trong cơ sở y tế thì mở khí quản cấp cứu là tốt nhất, cũng có thể đặt nội khí quản hoặc chọc kim 13 qua màng giáp nhẫn, hoặc cũng có thể soi thanh quản bằng ống Mac Intosh gắp dị vật hoặc đẩy dị vật xuống dưới để khai thông đường thở càng sớm càng tốt.

2. Điều trị cấp cứu

Khi bệnh nhân có khó thở:

− Khó thở thanh quản độ II trở lên phải mở khí quản cấp cứu. Dị vật ở thanh quản hoặc khí quản: Mở khí quản cấp cứu trước khi chuyển bệnh nhân lên tuyến trên.

− Dị vật ở phế quản gây suy hô hấp cấp: Cho thở oxy qua masque, có thể bóp bóng hỗ trợ nếu có rối loạn nhịp thở.

3. Soi gắp dị vật

Trong mọi trường hợp dị vật đường thở cần phải soi gắp sớm, ít gây nguy hiểm và tai biến khi chưa có các biến chứng như áp xe phổi, xẹp phổi và viêm phổi... Trong nhiều trường hợp, sau khi soi gắp dị vật cần tiến hành soi hút mủ hoặc soi rửa phế quản, bơm thuốc kháng sinh, giảm viêm vào phế quản.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Nếu không được xử trí kịp thời bệnh nhân có thể tử vong nhanh chóng do dị vật bít lấp đường thở gây ngạt thở cấp.
- Dị vật có thể gây viêm phế quản, viêm phổi, khí phế thũng, tràn khí màng phổi, tràn khí trung thất, áp xe phổi một bên, xẹp phổi một bên, sẹo hẹp thanh quản.

VI. PHÒNG BỆNH

Cần tuyên truyền trong cộng đồng:

- Không nên cười đùa trong khi ăn, không cưỡng bức trẻ em ăn khi đang khóc.
- Không ngậm đồ vật khi chơi, khi làm việc.
- Để các vật, các quả hạt nhỏ có thể đưa vào miệng xa tầm tay của trẻ nhỏ. − Không nên uống nước suối để đề phòng dị vật sống đi vào đường thở.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM- 2007.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2016.
3. Phác đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

DỊ VẬT ĐƯỜNG ĂN

I. ĐỊNH NGHĨA

- Dị vật đường ăn là những vật mắc lại trên đường ăn từ họng tới tâm vị. − Là cấp cứu thường gặp trong cấp cứu tai mũi họng ở nước ta.
- Gặp ở người lớn nhiều hơn trẻ em, nam nhiều hơn nữ. Các loại dị vật hữu cơ và có hình thái sắc nhọn như; xương cá, gà, vịt… dễ gây viêm nhiễm và biến chứng hơn dị vật vô cơ, hình thái tròn tù như: đồng xu, hạt vải…
- Nếu phát hiện sớm thì xử trí đơn giản, ít tốn kém. Khi phát hiện muộn điều trị phức tạp và tốn kém, thậm chí có thể nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân.

II. NGUYÊN NHÂN

- Ăn uống vội vàng.
- Vừa ăn vừa nói chuyện, cười đùa.
- Uống rượu say rồi ăn thức ăn lẫn xương.
- Do người già không đủ răng, nhai không kỹ.
- Hẹp thực quản do bệnh lý như sẹo hẹp thực quản, u thực quản…
- Bệnh lý tâm thần hoặc do cố ý.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1 Lâm sàng

Dị vật thực quản chia làm hai giai đoạn:

- Giai đoạn đầu: Các triệu chứng xuất hiện ngay sau bị hóc, bệnh nhân thường mô tả đang ăn đột nhiên thấy nuốt đau, nuốt vướng vùng cổ. Bệnh nhân phải bỏ dở bữa ăn, không ăn uống tiếp được nữa. Bệnh nhân thường làm các động tác có hại như: thò tay vào móc họng, cố nuốt miếng thức ăn khác để dị vật trôi đi, hoặc dùng que đũa chọc vào họng. Điều này rất nguy hiểm vì rất dễ thủng niêm mạc họng. Nuốt đau ngày càng tăng, nuốt nước bọt rất đau, sau đó không nuốt cũng đau. Tăng tiết nước bọt.
- Giai đoạn viêm nhiễm: Triệu chứng viêm nhiễm xuất hiện sớm hay muộn tùy bản chất dị vật, thường sau 24- 48giờ.
  + Toàn thân:
    - Sốt.
    - Mất nước do không ăn uống được gì.
  + Cơ năng:
    - Nuốt đau, không ăn uống được.
    - Đau vùng cổ, quay cổ đau.
    - Tăng tiết đờm dãi.
  + Khám thực thể:
    - Vùng cổ:
      - Máng cảnh một bên dày, sưng phồng, thường là bên trái.
      - Da cổ đỏ.
      - Ấn vùng trước cơ ức đòn chũm bệnh nhân đau.
      - Tiếng lọc cọc thanh quản cột sống mất.
      - Có thể tràn khí dưới da.
  + Khám họng và soi thanh quản gián tiếp: thấy nước bọt ứ đọng nhiều ở miệng và xoang lê hai bên.

1.2 Cận lâm sàng

- X.quang cổ nghiêng:
  + Có thể thấy dị vật nếu dị vật cản quang.
  + Mất chiều cong sinh lý cột sống cổ.
  + Dày phần mềm trước cột sống cổ.
  + Giai đoạn muộn hơn có thể thấy hình mức nước mức hơi của ổ áp xe.
- Xét nghiệm máu: bạch cầu tăng cao.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Hóc giả: Bệnh nhân có cảm giác nuốt đau, nuốt vướng nhưng không sốt, vẫn ăn uống bình thường, chụp phim không thấy hình ảnh dị vật, cũng không thấy hình ảnh dày phần mềm trước cột sống cổ.
- Dị vật đã trôi đi: Thực chất bệnh nhân có hóc xương nhưng xương đã trôi đi, để lại vết loét nên bệnh nhân ăn uống cảm thấy đau. Vết loét có thể tự lành nhưng có khi nhiễm trùng tạo thành ổ viêm tấy hoặc áp xe, chụp phim không thấy hình ảnh dị vật nhưng có thể thấy hình ảnh dày phần mềm trước cột sống cổ hoặc ổ áp xe.
- Khối u thực quản: Cảm giác chủ yếu là nuốt vướng, nuốt nghẹn không có sốt nhưng thể trạng gầy sút.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Bệnh nhân đến sớm, chưa có biến chứng: Tiến hành nội soi gắp dị vật cấp cứu để ngăn chặn biến chứng.
- Khi có biến chứng phải xử trí tùy theo từng loại biến chứng.

2. Điều trị cụ thể (nội khoa, ngoại khoa)

Giai đoạn đầu:

- Nội soi thực quản gắp dị vật.
- Chống nhiễm trùng bằng kháng sinh, chống viêm.
- Theo dõi biến chứng.

Giai đoạn biến chứng:

- Viêm tấy hoặc áp xe thành thực quản.
  + Nội soi thực quản gắp dị vật đồng thời hút mủ ổ viêm trong lòng thực quản.
  + Đặt sonde mũi dạ dày để nuôi dưỡng bệnh nhân.
  + Chống viêm bằng các loại kháng sinh chống vi khuẩn Gram âm, Gram dương và vi khuẩn kỵ khí.
  + Theo dõi bệnh nhân, nếu ổ nhiễm trùng không giảm phải tiến hành mở dẫn lưu ổ áp xe.
  + Phòng các biến chứng.
- Viêm tấy hoặc áp xe quanh thực quản:
  + Đối với viêm tấy hoặc áp xe vùng thực quản cổ: mở cạnh cổ dẫn lưu ổ áp xe, lấy dị vật qua đường mổ hoặc đường nội soi.
  + Mở lồng ngực dẫn lưu trung thất và lấy dị vật qua nội soi (thực hiện tại khoa phẫu thuật lồng ngực). Mở thông dạ dày để nuôi dưỡng bệnh nhân. + Hồi sức tốt, chống choáng, bồi phụ nước điện giải.
  + Chống nhiễm trùng bằng kháng sinh đường tiêm truyền, đồng thời với các thuốc giảm viêm, giảm phù nề.
  + Nâng cao thể trạng, nuôi dưỡng bằng ống thông mũi- thực quản dạ dày đối với áp xe quanh thực quản cổ hoặc ống thông mở thông dạ dày đối với áp xe trung thất.

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Nếu được xử trí sớm và đúng, dị vật đường tiêu hóa thường ít để lại hậu quả nghiêm trọng. Trái lại nếu để muộn, không xử trí kịp thời sẽ đưa đến những biến chứng nguy hiểm có thể đe dọa đến tính mạng.

- Viêm tấy, áp xe quanh thực quản cổ: Thể trạng nhiễm trùng nhiễm độc, đau cổ tăng, ứ đọng nước bọt, vùng cổ máng cảnh sưng phồng, da cổ đỏ, có thể có cảm giác lùng nhùng có mủ, có thể có tràn khí dưới da.
- Viêm trung thất: rất nguy hiểm dễ đưa đến tử vong.
- Viêm màng phổi mủ.
- Dò thực quản - khí quản.
- Thủng các mạch máu lớn: Thủng động mạch cảnh do dị vật đâm xuyên thành động mạch hoặc do ổ viêm lân cận gây viêm tấy sau đó làm hoại tử thành động mạch cảnh. Phải mổ thắt động mạch cảnh, điều trị ổ viêm do dị vật. Thủng động mạch chủ: phẫu thuật lồng ngực khâu lỗ thủng động mạch (ít kết quả).

VI. PHÒNG BỆNH

Tuyên truyền cộng đồng:

- Không ăn uống vội vàng.
- Không nói chuyện, cười đùa khi ăn.
- Trẻ em, người già cần loại bỏ xương trước khi ăn.
- Không được chữa mẹo khi hóc.
- Thay đổi tập quán chế biến thức ăn: không nên chặt nhỏ thức ăn lẫn xương.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM- 2007.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2016.
3. Phac đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

VIÊM THANH THIỆT CẤP

I. ĐỊNH NGHĨA:

Viêm thanh thiệt cấp là tình trạng viêm phù nề của thanh thiệt có hay không có đi kèm với viêm họng thanh quản. Đây là một cấp cứu y khoa vì có thể dẫn tới tử vong nếu không được điều trị kịp thời

Nguyên nhân thường do nhiễm trùng (vi khuẩn H.influenza typB, Streptococcus pneuminiae, H. parainfluenza, virus thủy đậu, virus herpes simplex type 1, Staphylococcus aureus..), do bỏng nhiệt, dị ứng…

II. TRIỆU CHỨNG

- Viêm thanh thiệt thường xảy ra cấp tính nhưng cũng có thể diễn tiến trong vài giờ đến vài ngày Triệu chứng thường thấy nhất: đau họng, khàn giọng, nói khó, sốt, nuốt đau, nhịp tim nhanh, khó thở
- Trẻ em bị viêm thanh thiệt: trẻ sốt, khó nuốt, nuốt đau, chảy nước bọt, khàn tiếng, thở rít, bé luôn ngồi chồm tới trước và nhanh chóng đưa đến khó thở và tím tái.

III. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

- Soi thanh quản gián tiếp hoặc trực tiếp: thanh thiệt phù nề đỏ mọng che lắp thanh môn (Cẩn thận đối với trẻ nhỏ có thể gây khó thở do co thắt)
- Cận lâm sàng: X quang cổ nghiêng hình ảnh ngón tay cái (Thumb sign) do sưng to thanh thiệt.

IV. ĐIỀU TRỊ:

1. Điều trị tại chỗ

- Khí dung bằng các hỗn dịch kháng viêm corticoid(hydrococtison, dexamethason…), kháng viêm dạng men (alpha chymotrypsin…),kháng sinh (gentamycin…).
- Xúc họng bằng các dung dịch sát khuẩn, giảm viêm tại chỗ: Medoral, Betadine gargle & Mouth wash
  + Giảm ho : Atussin, Leprozin, Terpin codein, Codepect, Toplexil
  + Thuốc ngậm: Dorithicin, Tyrotab

2. Điều trị toàn thân:

- Kháng sinh : Augmentine, Cephalosporin thế hệ II – III
- Corticoid :
  + Mazipredone (Depersolone 30mg)
    Trẻ em: 1-2 mg/kg/ngày
    Người lớn: 1 ống x 1-3 lần /ngày
  + Methylprednisolone (Solumedrol 40mg)
    Trẻ em: 1-2 mg/kg/ngày
    Người lớn: 1 ống x 1-3 lần/ ngày
- Nếu bệnh nhân có khó thở, rối loạn vận mạch: úp mask giúp thở. Nếu không hiệu quả: đặt nội khí quản hoặc mở khí quản

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Diễn biến viêm phùnèthanh thiệt cấp thường tiến triển thay đổi rất rõ ràng. Có hai xu hướng:

- Tiến triển nhanh tới tắc nghẽn đường thởgây tửvong nếu khôngđược xửtrí can thiệp kiểm soátđường thở.
- Tiến triển nhẹdần đi nếu không có tắc nghẽn đườngthở và các triệu chứng sẽmất dần sau vài ngày. Một sốyếu tốliên quanđến nguy cơtắc nghẽnđường thởtrong viêm phù nề thanh thiệt cấp đãđược nhắcđến trong y văn là: tuổi cao, đái tháo đường, khởi bệnhnhanh

(trong vòng 16 giờ), thayđổi giọng nói, ứđọng xuất tiết, mạch nhanh, bạch cầu trong máu tăng cao, có ổáp xe.

VI. PHÒNG BỆNH

- Phòng tránh viêm mũi họng bằng cách thườngxuyên vệsinh mũi họng.
- Tránhăn cácđồăn quá nóng.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM- 2007.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2016.
3. Phác đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

PHẦN 5: ĐẦU – MẶT – CỔ

HỘI CHỨNG ĐAU NHỨC SỌ MẶT

I. ĐỊNH NGHĨA

Hội chứng đau nhức sọ mặt nhóm họp các bệnh l ý gây ra đau nhức vùng sọ, đáy sọ và vùng mặt.

II. NGUYÊN NHÂN

Do phân bổ dây thần kinh cảm giác sẽ phân ra hai vùng: Dây V (tam thoa) cảm giác các xoang mặt, vùng mặt, da đầu, đáy sọ. Dây IX, X chi phối cảm giác cho vùng họng và tai.

Đau nhức sọ mặt do rất nhiều nguyên nhân gây ra.

Đau dây V (nevralgie facial) thường gặp hơn dây IX-X.

Các nguyên nhân viêm, nhiễm trùng, khối u: các tổn thương trong trung ương-sọ não hay các dây thần kinh ngoại biên: về mạch máu, các khối u trong nội sọ-não màng não ở vùng hành não (hội chứng Wallenberg) cầu não, vùng tuyến yên, vùng đỉnh xương đá (hội chứng Willis, Gradenigo), các bệnh lý cholesteatome, chordome, meningiome, kyste epidermoide, viêm xương, tắc mạch máu, phình mạch cảnh, viêm động mạch màng não mạn tính (hội chứng Raeder), khối u hậu nhãn cầu-sau ổ mắt (hội chứng Tolosa-Hunt), viêm tắc tĩnh mạch xoang hang (hội chứng đỉnh xương đá), khối u vòm mũi họng, hốc mắt-nguyên phát, thứ phát (hội chứng khe bướm), các nguyên nhân gây tăng áp lực nội sọ.

Một số nguyên nhân thường gặp: trong tai mũi họng (viêm các hốc xoang mặt- hội chứng Migraines), chuyên khoa mắt (nhiễm trùng ổ mắt), các nguyên nhân do răng hàm mặt (sâu răng, nha chu viêm, khối u,..). rối loạn vận mạch vùng mặt, đau đầu do huyết áp, do thay đổi thói quen sinh hoạt làm việc.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1 Lâm sàng

Khai thác tiền sử các cơn đau, chú ý đến vị trí, tính chất đau, hoàn cảnh xuất hiện, mức độ, tiến triển và thoái triển.

- Thăm khám toàn diện, hệ thống vùng tai mũi họng, mắt, răng hàm mặt.
- Thăm khám thần kinh trung ương và thần kinh các dây sọ.
- Thăm khám vùng cổ (hạch, tuyến nước bọt, giáp cận giáp)
- Thăm khám toàn thân huyết áp, gan thận, các tuyến nội tiết…

1.2 Cận lâm sàng

Các xét nghiệm tìm nguyên nhân gây đau trong tai mũi họng, mắt, răng hàm mặt, sọ não:

Các xét nghiệm cơ bản, đo điện cơ, điện não, soi đáy mắt, chụp CT, MRI.

2. Chẩn đoán phân biệt

Quan trọng là tìm nguyên nhân gây đau từ các bệnh lý thực thể: Tai mũi họng, mắt, răng hàm mặt, sọ não… và các rối loạn thần kinh thực vật, vận mạch đơn thuần.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị nội khoa cắt cơn đau kết hợp điều trị nguyên nhân gây đau.

2. Phác đồ điều trị

- Điều trị nội khoa giảm cắt cơn đau (carbazepine-Tegretol, Di-Hydan) hoặc nhóm clonazepam (Rivotril).
- Điều trị ngoại khoa về thần kinh khi thất bại với nội khoa: Đốt nhiệt bao myelin các nhánh cảm giác đau dây V.
- Điều trị các nguyên nhân gây đau từ tai mũi họng, mắt, răng hàm mặt, sọ não.

3. Điều trị cụ thể (nội khoa, ngoại khoa)

Nội khoa cắt cơn đau: Tegretol (100mg/ ngày). Đốt nhiệt bao myelin dây V cảm giác (lỗ bầu dục- đường vào Hartel), đốt nhiệt và giải phóng bao hạch Gasser.

Điều trị các nguyên nhân gây đau nếu có như viêm nhiễm trùng, khối u trong nội sọ, mắt, răng hàm mặt, tai mũi họng.

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Phụ thuộc vào các nguyên nhân gây đau.
- Sử dụng thuốc nội khoa phải theo dõi tình trạng giảm tế bào máu.

VI. PHÒNG BỆNH

Điều trị triệt để các nguyên nhân nội khoa hay ngoại khoa thuộc các chuyên khoa gây đau vùng đầu mặt cổ.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM- 2007.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2016.
3. Phac đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

XỬ TRÍ VẾT THƯƠNG VÙNG MẶT

I. ĐẠI CƯƠNG

Vùng mặt là nơi đóng vai trò quan trọng về chức năng, thẩm mỹ. Vì vậy, xử trí vết thương vùng mặt cũng nhằm vào hai mục tiêu trên.

Từ ngoài vào trong, vùng mặt gồm:

- Lớp da, tổ chức dưới da
- Lớp cơ mặt
- Hệ thống mạch máu, thần kinh
- Cấu trúc xương Trong đó, mũi là bộ phận trung tâm của mặt, đóng vai trò quan trọng về thẩm mỹ.

II. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán vết thương vùng mặt thường không khó, bệnh nhân thường đến viện sau tai nạn với vết rách da, chảy máu vùng mặt. Với bất kì tổn thương nào vùng mặt, việc đầu tiên là đánh giá chức năng sinh tồn theo các bước ABC (đường thở, hô hấp, tuần hoàn). Việc xử trí tùy thuộc mức độ tổn thương.

1. Hỏi bệnh

Nhân viên y tế cần hỏi người nhà về khoảng tỉnh của bệnh nhân, tình trạng tri giác từ sau khi chấn thương, loại trừ chấn thương sọ não. Khai thác cơ chế chấn thương: với chấn thương đầu di động, thường có nhiều tổn thương kèm theo, cần kiểm soát kỹ, tránh bỏ sót thương tổn. Hỏi về nơi xảy ra tai nạn: vết thương do ngã vào đầm, ruộng thường có mặt của vi khuẩn kị khí.

2. Khám lâm sàng

- Cơ năng: có thể khó thở, ho sặc nếu tổn thương gây cản trở đường thở, tràn máu vào vùng hạ họng, thanh quản. Bệnh nhân đau vùng vết thương, với tổn thương vỡ nhãn cầu, bệnh nhân đau dữ dội khi chạm vào nhãn cầu. Các rối loạn chức năng khác như: song thị, há miệng hạn chế, ngạt tắc mũi.
- Thực thể:
  + Nhìn: đánh giá vị trí thương tổn, bờ vết thương, mức độ bẩn, dị vật, biến dạng của vùng mặt, lõm nhãn cầu khi có vỡ nhãn cầu, vết bầm tím ngoài da.
  + Sờ: phải theo trình tự, nhẹ nhàng, so sánh hai bên.
  + Vùng ổ mắt: sờ các bờ ổ mắt. Vùng thái dương mỏm tiếp: tìm các điểm đau chói, di lệch xương. Sờ nắn sàn mũi qua cửa mũi trước. Sờ nắn cung hàm trên dọc theo rãnh tiền đình lợi môi từ phần dưới gò má bên này sang bên kia. Tìm di động bất thường.
  + Thăm dò độ sâu của vết thương: việc thăm dò này có thể thực hiện tại phòng băng hoặc trong lúc mổ.

3. Cận lâm sàng − Xquang:

- Phim blondeau: đánh giá tổn thương tháp mũi, ngành lên xương hàm trên, xương chính mũi, xoang trán, xoang hàm.
- Phim Hirzt: đánh giá tổn thương xoang sàng, xoang bướm, cung gò má. Phim sọ nghiêng: đánh giá xương chính mũi, ngành lên xương hàm trên, vùng tiền đình mũi, xương hàm dưới.
- CT vùng mặt: có giá trị cao trong đánh giá thương tổn xương vùng mặt. Có thể thấy di lệch xương, hình ảnh mờ các xoang do tổn thương, xác định vùng tổn thương nguy hiểm như thành sau xoang trán, trần sàng, hố sàng, xoang bướm, ống thị giác.

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN LOẠI

1. Chẩn đoán vết thương phần mềm

- Phân loại tổn thương: loại giập nát, xước trợt da, loại thủng da sâu tới tổ chức bên dưới hoặc tổn thương kèm liệt các nhánh thần kinh cảm giác, vận động.
- Phân loại theo mức độ nhiễm bẩn: vết thương chứa dị vật, vết thương mất chất, vết thương hoại tử…

2. Chẩn đoán phân loại chấn thương sọ mặt

Chấn thương sọ mặt được chia thành ba tầng:

2.1. Tầng trên

Gồm những chấn thương vào tầng trán và vùng ổ mắt.

2.2. Tầng giữa

Rất phức tạp, phân loại**:**

2.2.1. Những chấn thương ảnh hưởng đến khớp nhai

- Đường vỡ ổ răng hàm trên.
- Đường vỡ Lefort I: cắt qua các huyệt răng hàm trên, qua xoang hàm, sàn hốc mũi và chân vách ngăn.
- Đường vỡ ngang qua mặt: gồm hai đường vỡ:
  + Đường vỡ Lefort II: bắt đầu từ lồi củ xương hàm, chạy thẳng lên trên, vào trong, cắt qua phần cao của xoang hàm, qua sàn ổ mắt, thành trong ổ mắt và vùng mũi sàng.
  + Đường vỡ Lefort III: đường vỡ phân ly sọ mặt. Ngoài những nét chính của đường vỡ trên còn gặp những biến dạng khác của đường vỡ.
- Đường vỡ dọc: đi qua chính giữa mặt, bắt đầu từ khớp mũi trán, chạy thẳng xuống dưới giữa hai xương chính mũi, cắt qua vách ngăn mũi, sàn mũi và cung răng hàm trên.
- Các dạng vỡ không điển hình: Bao gồm các đường vỡ ngang, dọc, xiên hoặc phối hợp.

2.2.2. Những chấn thương không làm dịch chuyển cung răng và khớp nhai

2.3. Tầng dưới

Gồm những chấn thương vào xương hàm dưới.

IV. XỬ TRÍ

Trường hợp cấp cứu: bệnh nhân khó thở do tổn thương gây cản trở đường thở, tràn máu vào đường thở thì có thể đặt nội khí quản hoặc mở khí quản cấp cứu.

1. Xử trí vết thương phần mềm

- Cần thực hiện càng sớm càng tốt sau chấn thương. Trong thời gian chờ phẫu thuật, vết thương cần được giữ ẩm bằng cách dùng gạc thấm đẫm huyết thanh phủ lên vết thương.
- Làm sạch vết thương, thăm dò đến tận đáy vết thương, loại bỏ hết dị vật. − Với vết thương không mất chất: cắt lọc tiết kiệm, khâu phục hồi theo bình diện giải phẫu, phẫu thuật phải cố gắng đưa vết sẹo vào vùng giáp ranh giữa hai đơn vị da cạnh nhau.
- Vết thương mất chất: có thể dùng vạt mũi trán, vạt mũi má hay vạt da tại chỗ tùy vị trí tổn thương.
- Vết thương bầm giập chỉ cần chườm lạnh.
- Vết thương được coi là sạch khi không bị xuyên thủng qua lớp biểu bì, không chứa dị vật trong lớp biểu bì.

2. Tổn thương xương

2.1. Chấn thương tầng trên sọ mặt

- Loại vỡ xoang trán không di lệch: loại này thường không gây rách niêm mạc xoang nên ít khả năng hình thành u nhầy xoang trán thứ phát. Nếu không kèm các biến chứng khác thì không bắt buộc phải phẫu thuật, tuy nhiên cần theo dõi chặt chẽ cả về lâm sàng và điện quang.
- Vỡ xoang trán có di lệch hoặc lún xương mà độ lún sâu hơn chiều dày thành trước xoang trán phải được phẫu thuật để tránh tai biến do viêm xoang gây ra. Những mảnh vỡ tách rời thành xoang phải được nâng lên, niêm mạc bong phải được đặt trở lại.
- Các loại phẫu thuật như:
  + Phẫu thuật xoang trán có giới hạn.
  + Phẫu thuật xoang trán mở rộng.
  + Phẫu thuật loại trừ xoang trán (sọ hóa xoang trán).

2.2. Chấn thương tầng giữa sọ mặt

Những đường gãy xương hàm trên không di lệch, khớp nhai bình thường: việc phẫu thuật có thể không đặt ra nhưng cần cố định hai cung hàm, ăn qua sonde để tránh di lệch thứ phát do co kéo. Đường gãy có di lệch nhẹ kèm gãy răng: đặt nẹp cung răng bắc cầu qua phần răng gãy, chỉ thép được buộc chắc vào 2 – 3 răng lành ở hai bên răng gãy.

Cung răng hàm trên được buộc cố định vào cung răng hàm dưới. Đặt sonde ăn qua vị trí mất răng. Đường gãy di lệch mất gần như toàn bộ các răng hàm: đặt nẹp qua cung răng bị gãy, buộc nẹp vào cung răng hàm dưới rồi cố định hai cung răng bằng chỉ thép. Trường hợp vỡ xương khẩu cái kèm theo phải cố định bằng nẹp vít trước.

Đường vỡ qua sàn ổ mắt phải sử dụng đường rạch da dưới mi mắt, đường rạch cho phép ta xử lý chấn thương bờ dưới ổ mắt và sàn ổ mắt. Đường gãy làm tổn thương phức hợp liên quan đến vùng Zygoma: đường rạch vuông góc với đuôi mắt, ngay trên bờ ngoài ổ mắt.

Trường hợp vỡ vùng Zygoma làm nhiều mảnh, lan rộng vào thành ngoài ổ mắt nên sử dụng đường rạch Unterberger (qua hai thái dương, vòm đỉnh trán, vết rạch phải chừa lại màng xương). Cố định xương bằng nẹp vít. Những trường hợp gãy phức tạp đôi khi cần phối hợp các đường rạch để bộc lộ tổn thương.

2.3. Chấn thương tầng dưới sọ mặt

Phương pháp chỉnh hình: áp dụng với gãy thân xương hàm dưới còn răng: các phương pháp như: buộc dây, nắn chỉnh hình bằng cung kim loại. Phẫu thuật: mục đích cố định các đoạn gãy của xương hàm dưới không còn răng. Cố định răng vào cung kim loại sau đó có thể treo vào bờ hố lê, ổ mắt, gò má hoặc mấu ngoài của xương trán.

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM- 2007.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2016.
3. Phác đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

XỬ TRÍ VẾT THƯƠNG VÙNG CỔ

I. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương vùng cổ là những tổn thương hở ở vùng cổ gây thông thương giữa vùng tổn thương với môi trường bên ngoài. Do vùng cổ là nơi chứa đựng các bộ phận quan trọng như các mạch máu lớn, đường thở nên tổn thương ở vùng này có thể gây tử vong nhanh chóng nếu không được xử trí kịp thời. Thanh quản và khí quản là cơ quan nhô ra phía trước nhiều nhất nên dễ bị thương tổn nhất.

Nguyên nhân: cắt cổ tự tử, dao đâm, trâu húc, tai nạn giao thông, hoả khí...

- Cắt cổ tự tử bằng dao: vết rạch ngang, hơi chếch về một bên. Màng giáp móng và sụn giáp thường bị cắt đứt. Đôi khi sụn nhẫn, sụn phễu, thực quản cũng bị thương tổn. Động mạch cảnh ít khi bị chạm đến.
- Nếu trâu húc: lỗ thủng rộng, tổ chức xung quanh dập nát.
- Đạn bắn từ xa, có lỗ vào lỗ ra, ít dập nát, lỗ ra to hơn lỗ vào. Vết thương chột: dừng lại trong thanh quản hoặc ở thành thanh quản.
- Đạn bắn gần: một phần thanh quản bị vạt đi.
- Lựu đạn, bom: nhiều vết thương ở cùng một vùng, thường nặng, dễ viêm nhiễm.
- Do tai nạn: vết thương bẩn, có thể giập nát, mất chất, có thể tổn thương các lớp khác nhau.

II. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán vết thương vùng cổ thường không khó, quan trọng là phải đánh giá được mức độ tổn thương.

1. Triệu chứng lâm sàng

Trường hợp nặng: Bệnh nhân ngất đi trong thời gian ngắn, sau đó tỉnh dậy, trong tình trạng choáng: mặt tái xanh, mạch nhanh yếu, huyết áp hạ…

1.1. Vết thương phần mềm

Gồm nhiều mức độ khác nhau: từ xây xước, rách da, mất chất da, cơ. Vết thương có thể bẩn, có dị vật như đất đá, tre nứa… Vết thương có thể đang chảy máu hoặc đã nhiễm trùng.

1.2. Chấn thương hở thanh quản

- Chảy máu: nhiều hoặc ít, nếu nhiều có thể gây sốc, tràn vào đường thở gây ngạt thở.
- Ho: ít hoặc nhiều, liên tục, có khi yếu dần đến "lụt khí phế quản" bởi máu và nước bọt.
- Khó thở: do máu tràn vào đường thở, di lệch các sụn, hoặc xuất hiện muộn do phù nề hoặc tràn khí dưới da.
- Phì phò khí máu: khi hít thở, ho thấy bọt lẫn máu qua vết thương. Nếu thấy nhiều nước bọt qua vết thương gợi ý tổn thương phối hợp hạ họng, thực quản. Rối loạn tiếng nói: khàn đến mất tiếng.
- Bệnh nhân nuốt đau. Rối loạn về nuốt khi tổn thương nếp thanh thiệt, hạ họng.
- Nhìn: cổ sưng to do tràn máu, tràn khí. Tràn khí có thể lan rộng đến mặt, ngực hoặc trung thất. Tràn khí gây chèn ép mạch máu, thần kinh, đưa viêm nhiễm vào trung thất. Sờ: tìm điểm đau, tính toàn vẹn của khung sụn.

1.3. Chấn thương hở khí quản

Giống chấn thương hở thanh quản nhưng có thể không thay đổi giọng nói nếu tổn thương nhỏ. Tuyến giáp có thể đứt gây chảy máu kéo dài.

1.4. Vết thương mạch máu

Chảy máu nhiều qua vết thương hoặc tạo thành khối máu tụ. Với những thương tổn mạch máu lớn, máu thường chảy ồ ạt qua vết thương hoặc tràn vào đường thở khi có tổn thương đường thở kèm theo.

1.5. Vết thương thực quản

Ít gặp do được che chắn phía trước bởi khí quản. Triệu chứng cơ năng không điển hình, dễ lẫn với những biểu hiện tổn thương khác. Nếu bệnh nhân vẫn nuốt được có thể thấy nước bọt, dịch thức ăn tràn qua vết thương. Thường được phát hiện qua việc thăm dò vết thương và qua xét nghiệm cận lâm sàng.

2. Cận lâm sàng

- Soi thanh quản trực tiếp (tốt nhất là ống mềm): nếu tình trạng bệnh nhân cho phép hoặc khi đã kiểm soát được đường thở, đánh giá hạ họng, thanh quản: di động dây thanh, máu tụ, khe thanh môn, hạ thanh môn… Soi thực quản: nếu nghi ngờ tổn thương thực quản.
- Chụp Xquang cổ thẳng nghiêng: cho thấy hình ảnh dị vật cản quang, tổn thương cột sống nếu có, ngoài ra có thể đánh giá được phần nào sự thông thoáng của thanh khí quản. Trường hợp nghi ngờ tổn thương họng, thực quản có thể sử dụng chất cản quang tan trong nước.
- CT vùng cổ: là một xét nghiệm an toàn, không xâm lấn, cho phép đánh giá tổn thương thanh khí quản với độ chính xác cao.
- Siêu âm vùng cổ: thường sử dụng khi nghi ngờ khối máu tụ. Siêu âm doppler để đánh giá thương tổn mạch.

VI. ĐIỀU TRỊ

1. Cấp cứu

- Chống ngạt thở
  + Nếu thanh quản hoặc khí quản bị rách, dập, bệnh nhân ngạt thở phải lập tức đút một ống cao su vào thanh quản qua chỗ vết thương cho bệnh nhân thở.
  + Mở khí quản cấp cứu trong các trường hợp: khó thở, rách niêm mạc rộng, chấn thương di lệch nhiều trên CT, tràn khí dưới da nhiều. Nên rạch da rộng để cầm máu.
- Thở oxy.
- Chống choáng
- Chống nhiễm trùng

2. Điều trị nội khoa và theo dõi

- Chỉ định: những tổn thương nhỏ có thể tự khỏi và không để lại di chứng như phù nề, tụ máu nhỏ, rách nhỏ ở dây thanh…
- Điều trị:
  + Chế độ sinh hoạt: nghỉ ngơi tại giường, đầu cao, hạn chế nói, khí dung… + Corticoid đường toàn thân: sử dụng trong những ngày đầu sau chấn thương nhằm chống viêm, giảm phù nề, hạn chế sự hình thành sẹo hẹp và u hạt…
  + Kháng sinh: không thực sự cần thiết trong các tổn thương nhỏ tuy nhiên lại cần trong các tổn thương niêm mạc lớn, bộc lộ sụn.
  + Chống trào ngược: tác dụng chống sẹo hẹp và tạo u hạt.

3. Phẫu thuật

Phải đảm bảo che kín sụn đề phòng nhiễm trùng. Đường vào có thể sử dụng ngay miệng vết thương, có thể rạch rộng thêm hoặc đường rạch đứng giữa. Vết thương ngoằn ngoèo, nham nhở, nhiều lỗ: rạch cổ rộng để thăm dò, cầm máu, gắp dị vật, khâu lại theo đúng bình diện giải phẫu. Trong khi tìm dị vật, phải dựa vào phim và phẫu

thuật trên bàn Xquang. Tổn thương đường thở phức tạp đặt dụng cụ đỡ như: ngón tay găng, ống nong Aboulker, Montgomery, ống chữ T.

Ống nong đặt từ sụn phễu, qua sụn nhẫn, đến các vòng sụn khí quản đầu tiên. Thời gian lưu ống 2 tuần.

Tách rời sụn nhẫn và khí quản: có nguy cơ tổn thương dây hồi quy, sẹo hẹp hạ thanh môn.

Vỡ sụn nhẫn không di lệch: khâu đơn thuần hai bình diện xuyên sụn ngoài niêm mạc và màng sụn. Vỡ sập cung trước: khâu phục hồi, ghép phủ nếu mất niêm mạc, đặt stent.

Nếu vỡ sụn khí quản: Khâu ngay bằng chỉ không gây xơ catgut, chromic, mũi rời bên ngoài. Trương hợp tổn thương đứt rời có thể khâu nối tận tận. Nếu không đặt ống nong nên rút canule càng sớm càng tốt. Mở thông dạ dày để đảm bảo dinh dưỡng trong trường hợp tổn thương thủng thực quản.

VII. TÁI KHÁM VÀ THEO DÕI

Vết thương nhỏ, đi ngang thường lành nhanh chóng.

Vết thương rộng, mất chất, hoặc dập nát kèm thương tổn bộ phận kế cận thường gây nhiều nguy hiểm.

Bệnh nhân có thể chết vì chảy máu thứ phát do vỡ mạch, sốc, nhiễm khuẩn, tràn khí gây ngạt thở.

Ảnh hưởng đến chức năng nói do rách thanh đai, liệt cơ, cứng khớp nhẫn phễu. Bệnh nhân khó thở thanh quản do sẹo hẹp.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Tai Mũi họng – Trường đại học y dược TPHCM- 2007.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng – Bộ Y tế - 2016.
3. Phác đồ điều trị bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh.

CHƯƠNG IV: MẮT

PHẦN 1:
BỆNH LÝ KẾT GIÁC MẠC, PHẦN PHỤ

VIÊM KẾT MẠC CẤP

I/ ĐẠI CƯƠNG

Viêm kết mạc cấp là tình trạng viêm cấp tính của kết mạc, thường do nhiễm trùng (do virus, vi khuẩn hoặc dị ứng.)

Viêm kết mạc cấp có nhiều hình thái:

-Viêm kết mạc cấp tiết tố mủ do vi khuẩn: Đây là hình thái viêm kết mạc dạng nhú tối cấp.

-Viêm kết mạc cấp tiết tố màng do vi khuẩn: là loại viêm kết mạc cấp tiết tố có màng phủ trên diện kết mạc, có màu trắng xám hoặc trắng ngà.

-Viêm kết mạc do virus: Là viêm kết mạc có kèm nhú, nhiều tiết tố và hoặc có giả mạc, bệnh thường kèm sốt nhẹ và các biểu hiện cảm cúm, có hạch trước tai, thường phát triển thành dịch.

II/ NGUYÊN NHÂN

-Viêm kết mạc cấp tiết tố mủ do vi khuẩn: thường gặp do lậu cầu (*Neisseria Gonorrhoeae*), hiếm gặp do não cầu (*Neisseria Menigitidis*).

-Viêm kết mạc cấp tiết tố màng do vi khuẩn: thường gặp do vi khuẩn bạch hầu (*C. Dipptheria*) và liên cầu (*Streptococcus Pyogene*), phế cầu,...

-Viêm kết mạc do vi rus: do virus Adeno virus, Entero virus ...

III/ CHẨN ĐOÁN

1/Lâm sàng

-Tại mắt:

Bệnh xuất hiện lúc đầu ở một mắt, sau đó lan sang hai mắt. Thời gian ủ bệnh từ vài giờ đến vài ngày, thường mủ nhiều nhất vào ngày thứ 5. Bệnh diễn biến rất nhanh:

+Mi phù nề

+Kết mạc cương tụ, phù nề mạnh. Có nhiều tiết tố mủ bẩn, hình thành rất nhanh sau khi lau sạch.

+Có thể có xuất tiết hoặc màng giả.

+Nếu không điều trị kịp thời giác mạc bị thâm nhiễm rộng, tiến triển thành áp xe giác mạc và có thể hoại tử thủng giác mạc.

-Toàn thân:

+Có thể có hạch trước tai, sốt nhẹ.

2/Cận lâm sàng

+ Nhuộm soi: Nhuộm gram.

+ Nuôi cấy trên môi trường thạch máu: phân lập vi khuẩn.

3/ Chẩn đoán xác định

-Tại mắt:

+Mi phù nề.

+Kết mạc cương tụ, phù nề mạnh, có nhiều tiết tố bẩn.

-Toàn thân:

+Có thể có sốt.

+Có hạch trước tai

. 3/. Hình thái

-Viêm kết mạc cấp tiết tố có mủ.

+Thời gian ủ bệnh từ vài giờ đến vài ngày, thường mủ nhiều nhất vào ngày thứ 5. Bệnh diễn biến rất nhanh.

+Bệnh xuất hiện ở một mắt, sau đó lan sang hai mắt.

+Có nhiều tiết tố mủ bẩn, hình thành rất nhanh sau khi lau sạch.
+Xét nghiệm: Nhuộm soi (tiết tố mủ kết mạc): có song cầu khuẩn Gram (-) hình hạt cà phê.

-Viêm kết mạc cấp tiết tố màng do vi khuẩn.

Tại mắt:
+Mi phù nề, căng cứng khó mở. Sau 1-3 ngày mi mềm dần.
+Kết mạc cương tụ, phù nề. Sau 1-3 ngày xuất hiện màng thật hoặc màng giả trên bề mặt kết mạc. Màng thường bẩn, màu xám. Màng thật khi bóc sẽ lộ lớp tổ chức liên kết phía dưới và chảy máu nhiều. Màng giả bóc dễ dàng và ít chảy máu.
+Nếu không điều trị kịp thời có thể bị viêm loét giác mạc, viêm nội nhãn.
Toàn thân: Có thể có sốt, khó thở.
Cận lâm sàng:
+Nhuộm soi: Vi khuẩn Gram (+)
+Nuôi cấy: phân lập vi khuẩn.

-Viêm kết mạc do virus

- Tại mắt
+Cảm giác xốn cộm như có bụi trong mắt.
+ Mi phù nề.
+Kết mạc cương tụ, phù nề, ra nhiều tiết tố trắng hoặc dịch hồng.
+Sau 3-5 ngày có thể thấy có giả mạc màu trắng ở kết mạc sụn mi dày mỏng tùy từng trường hợp.
+Giác mạc có thể viêm chấm biểu mô.
- Toàn thân

Triệu chứng cảm cúm: nhức đầu nhẹ, đau mỏi người sốt nhẹ…
Hạch trước tai.

IV /ĐIỀU TRỊ

1/ Nguyên tắc điều trị

-Điều trị tích cực và khẩn trương
-Điều trị tại chỗ và toàn thân
-Điều trị theo nguyên nhân
-Phát hiện nguồn lây để điều trị và phòng lây lan

2/Phác đồ điều trị

-Tại mắt:

+Bóc màng hằng ngày
+Rửa mắt liên tục bằng nước muối sinh lý 0,9 % để loại trừ mủ và tiết tố
+Trong những ngày đầu bệnh diễn biến nhanh, tra nhiều lần thuốc dưới dạng dung dịch (15-30 phút/lần) một trong các nhóm sau:
Aminoglycosid: tobramycin 0,3%...
Fluoroquinolon: ofloxacin, ciprofloxacin, levofloxacin, moxifloxacin, gatifloxacin...
Thận trọng khi dùng Corticoid: Prednisolon acetat, Fluorometholon .
-Dinh dưỡng giác mạc và nước mắt nhân tạo.

-Toàn thân: Dùng trong viêm kết mạc do lậu cầu, bạch hầu và các trường hợp nặng. Có thể dùng một trong các loại kháng sinh sau khi bệnh tiến triển nặng, kèm theo triệu chứng toàn thân.
Cephalosprin thế hệ 3 Người lớn:
Nếu giác mạc chưa loét: Liều duy nhất 1 gram tiêm bắp
Nếu giác mạc bị loét: 1 gram x 3 lần / ngày tiêm tĩnh mạch

Trẻ em: Liều duy nhất 125mg tiêm bắp hoặc 25mg/kg cân nặng 2-3 lần/ngày x 7ngày tiêm bắp.
Thuốc nâng cao thể trạng.

V/ TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

-Đối với hình thái viêm kết mạc do lậu cầu: Tốt nếu điều trị sớm và tích cực, có thể thủng hoại tử giác mạc nếu điều trị muộn và không tích cực.
-Đối với hình thái viêm kết mạc do bạch hầu thường không tốt nếu không điều trị toàn thân kịp thời và đúng.
-Đối với hình thái viêm kết mạc do vi rus: điều trị tích cực, đúng phác đồ bệnh sẽ khỏi sau 5-10 ngày, bệnh có thể kéo dài gây viêm giác mạc biểu mô.

VI /PHÒNG BỆNH

-Điều trị bệnh lậu đường sinh dục (nếu có).
-Vệ sinh và tra thuốc sát khuẩn /kháng sinh cho trẻ sơ sinh ngay khi đẻ ra.
-Tiêm phòng đầy đủ các bệnh theo đúng qui định của trẻ.
-Luôn nâng cao thể trạng.
-Nếu bị bệnh cần điều trị tích cực tránh lây lan thành dịch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Hoàng Minh Châu, Phạm Ngọc Đông (2011): *Bệnh học kết mạc. Chương 1:Kết mạc – Giạc mạc – Củng mạc.* Nhãn khoa tập 2, Nhà xuất bản y học, trang 12
2.Hoàng Minh Châu (2004): *Viêm kết mạc do vi khuẩn. Chương 5: Kết mạc.*
Nhãn khoa giản yếu tập 1. Nhà xuất bản y học, trang 114 - 116.
3.Hoàng Minh Châu (2004): *Viêm kết mạc do vi virus. Chương 5: Kết mạc.* Nhãn khoa giản yếu tập 1. Nhà xuất bản y học, trang 117 - 118.
4.Hoàng Minh Châu (2004): *Viêm kết mạc do chlamydia. Chương 5: Kết mạc.*
Nhãn khoa giản yếu tập 1. Nhà xuất bản y học, trang 119 - 122.
Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý về mắt của bộ y tế năm 2015
5..Messmer EM. (2012): *Bacterial conjunctivitis-diagnosis and theragyupdate.* Klin Monbl Augenheikd. May;229(5):529-33.doi:10.1055/s-0031-1299523. Epub 2012 May 16. Review. German.

VIÊM KẾT MẠC DỊ ỨNG CẤP TÍNH

I/ ĐẠI CƯƠNG

Viêm kết mạc dị ứng cấp tính là hình thái dị ứng nhanh của viêm kết mạc dị ứng khi bệnh nhân tiếp xúc với dị nguyên.

II/ NGUYÊN NHÂN

Dị nguyên thường là các mỹ phẩm lạ, thuốc tra mắt, hóa chất, bụi, phấn hoa,….

III/CHẨN ĐOÁN

1/Lâm sàng

-Triệu chứng xảy ra rất cấp tính.

-Triệu chứng cơ năng: bệnh nhân có cảm giác bỏng rát trong mắt, ngứa mắt, đau, sợ ánh sáng, chảy nước mắt, nhiều khi không mở được mắt.

-Dấu hiệu thực thể: mi sưng nề, mọng đỏ, kết mạc cương tụ, phù nề mọng nước, chảy nhiều dịch, tiết tố nhầy, phát triển nhú to trên kết mạc sụn mi, đôi khi xuất hiện viêm giác mạc chấm.

2/Cận lâm sàng

Xét nghiệm tìm dị nguyên khi có điều kiện.

3/Chẩn đoán xác định

Lâm sàng:

+Ngứa mắt, đau, bỏng rát, sợ ánh sáng, chảy nước mắt

+Mi kết mạc phù nề, tiết tố nhầy, nhú viêm trên kết mạc sụn mi.

4/Chẩn đoán phân biệt

Viêm kết mạc cấp: không có tiền sử tiếp xúc dị nguyên, kết mạc cương tụ nhưng không phù nề nhiều như dị ứng, nhiều tiết tố nhầy…

IV/ ĐIỀU TRỊ

1/Nguyên tắc điều trị

+Ngừng tiếp xúc với dị nguyên gây dị ứng (nếu xác định được)

+Chống dị ứng tại chỗ và toàn thân.

Tra tại chỗ: chống viêm, chống dị ứng

Toàn thân: chống dị ứng

chống phù (nếu cần)

2/Điều trị cụ thể

-Việc đầu tiên là phải loại trừ tác nhân gây dị ứng bằng rửa mắt bằng dung dịch như nước muối sinh lý.

-Dùng thuốc:

+Thuốc tra:

Corticosteroid: prednisolon acetate 1%, fluorometholone 0,1% 6-8 lần/ngày, trong vài ngày đầu, sau đó bệnh giảm có thể tra rút xuống 3-4 lần/ngày và dừng khi các triệu chứng khỏi hẳn.

Nếu da mi phù, đỏ ngứa: bôi da mi mỡ có corticoid: mỡ hydrocortison 1%….bôi da mi 3 lần/ ngày

+Thuốc uống:

Thuốc kháng histamin: có thể dùng 1 trong các loại thuốc chống dị ứng như: loratadine, fexofenadine hydrochloride.

Loratadine 10mg: Người lớn, trẻ em ≥ 12 tuổi: 1 viên/ngày

Trẻ em 6-12 tuổi ≥ 30kg: 1 viên/ngày

Trẻ em 6-12 tuổi ≤ 30kg: 1/2 viên/ngày

Fexofenadine hydrochloride: người lớn, trẻ em ≥ 12 tuổi: 60mg/viên x 2 lần/ngày hoặc 120mg-180mg/ 1 lần/ngày.

Trong những trường hợp có kèm theo triệu chứng toàn thân nặng cần phối hợp hoặc chuyển bệnh nhân đến chuyên khoa dị ứng.

V/TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

+Bệnh thường khỏi sau vài ngày.

+Bệnh có thể tái phát khi bệnh nhân lại tiếp xúc với dị nguyên gây dị ứng.

VI/ PHÒNG BỆNH

Tránh tiếp xúc với dị nguyên nếu xác định được tác nhân gây dị ứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Hoàng Minh Châu*," Viêm kết mạc dị ứng do tiếp xúc",* Nhãn khoa giản yếu tập Nhà xuất bản y học, trang 127.

2.Hoàng Minh Châu, Phạm Ngọc Đông*," Viêm kết mạc dị ứng do tiếp xúc",* Nhãn khoa (tập 2). Nhà xuất bản y học, trang 21.

3.Tôn Kim Thanh, Hoàng Minh Châu, Phạm Khánh Vân, Hoàng Thị Phúc*,"Viêm kết mạc dị ứng",* Bài giảng nhãn khoa bán phần trước nhãn cầu. Nhà xuất bảny học, trang 73-82.

4. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý về mắt của bộ y tế năm 2015

5. Andrea Leonardi (2010): *Allergic disease of Conjunctiva and Cornea,* Cornea and external eye disease, chapter 8, pp97-116.

6 .Etsuko Takamura, Eiichi Uchio, Nobuyuki Ebihara et al. Japanese *Guidelinefor Allergic Conjunctival Disease,* Allergology International, vol 60, N2, pp191-202.

VIÊM KẾT GIÁC MẠC MÙA XUÂN

I/ĐẠI CƯƠNG

Viêm kết giác mạc mùa xuân là một hình thái lâm sàng của viêm kết mạc dị ứng, gặp chủ yếu ở nam giới, tuổi thanh thiếu niên. Bệnh thường khởi phát ở trẻ em vào khoảng 4-5 tuổi, bênh tiến triển mạn tính, thường theo mùa và hay có những đợt kịch phát.

II/ NGUYÊN NHÂN

+Bệnh có cơ chế dị ứng rõ ràng, tuy nhiên việc xác định dị nguyên là gì còn gặp nhiều khó khăn.

+Dị nguyên thường gặp: phấn hoa, bụi nhà.. .

+Bệnh có liên quan mật thiết với sự thay đổi thời tiết lúc giao mùa (nhất là xuân hè), ánh nắng, thay đổi nội tiết và yếu tố di truyền.

III/ CHẨN ĐOÁN

1/ Lâm sàng

-Triệu chứng cơ năng

+Ngứa là dấu hiệu điển hình của viêm mùa xuân, thường xuất hiện thành từng cơn vào những giờ nhất định (có thể vào buổi sáng khi mới ngủ dậy lúc tiếp xúc với ánh nắng hoặc buổi chiều tối).

+Bệnh nhân có cảm giác như có dị vật trong mắt, cộm, sợ ánh sáng, chảy nước mắt, giảm thị lực. Ghèn mắt nhiều, có đặc điểm dính, dai và có thể kéo thành sợi.

-Dấu hiệu thực thể

Tổn thương đặc hiệu trong viêm mùa xuân:

+Nhú viêm hình đa giác: trên diện kết mạc sụn (chủ yếu mi trên, đôi khi cũng thấy có vài nhú to trên kết mạc sụn mi dưới) có những nhú đa giác, mặt phẳng xếp sát nhau với các rãnh ngăn cách sâu, mạch máu đan thành lưới trong lòng nhú. Trường hợp tiến triển nặng, các nhú phì đại khổng lồ với tiết tố nhày mủ lấp đầy các khe giữa các nhú.

+Viêm giác mạc chấm nông: là tổn thương thường gặp trong những đợt bệnh tiến triển cấp. Các chấm bắt màu fluorescein dày đặc và đồng đều trên khắp diện giác mạc, gây kích thích chói sáng và co quắp mi. Triệu chứng này sẽ hết đi khi đợt viêm cấp được điều trị ổn định.

+Màng máu giác mạc: có hình thái giống lưỡi liềm màu xám, bờ sắc nét, các mạch máu đi song song hướng tâm, không nối thành quai như mạch máu mắt hột.

+Loét giác mạc: ổ loét có màu trắng xám, đáy phẳng, sạch, bờ gọn, đặc biệt ít gây kích thích, nếu không có bội nhiễm kèm theo, do vậy nên được gọi là "loét trơ".

-Các hình thái lâm sàng

Có 3 thể lâm sàng tùy vị trí tổn thương đặc hiệu: kết mạc sụn mi, rìa và hỗn hợp.

+Hình thái sụn mi: cương tụ kết mạc kèm theo nhú tăng sản chủ yếu trên kết mạc sụn mi trên, hình thái nhú khác nhau tùy theo giai đoạn phát triển của bệnh.

+Hình thái nhãn cầu: đặc trưng bởi cương tụ vùng rìa giác mạc, kết mạc vùng rìa dày lên, màu hồng xám hay vàng xám. Trong những trường hợp bệnh nặng trên nền kết mạc vùng rìa dầy xuất hiện những chấm trắng (hạt Trantas).

+Hình thái hỗn hợp: gồm tổn thương điển hình phối hợp cả ở vùng rìa và trên kết mạc sụn mi.

2/Cận lâm sàng

+Xét nghiệm tế bào học: chất nạo kết mạc sụn mi trên: có bạch cầu ái toan.

+Xét nghiêm tìm dị nguyên.

a. Chẩn đoán xác định:

-Lâm sàng:

+Ngứa mắt, cộm mắt, chảy nước mắt, ghèn mắt dai dính.

+Nhú viêm hình đa giác trên kết mạc sụn mi trên, viêm kết mạc vùng rìa.

-Cận lâm sàng:

Tê bào học: có bạch cầu ái toan.

b. Chẩn đoán phân biệt:

+Mắt hột:

Tổn thương đặc hiệu: hột trên kết mạc sụn mi, hột có thể ở tất cả các lứa tuổi.

Màng máu trên giác mạc: các mạch máu nối với nhau thành quai mạch.

+Viêm kết mạc hột

Viêm kết mạc hột có tổn thương đặc hiệu là: hột trên kết mạc sụn mi dưới thường cùng lứa tuổi, và hết khi điều trị viêm kết mạc ổn định.

+Viêm kết mạc mùa xuân tổn thương đặc hiệu là: nhú viêm ở kết mạc sụn mi trên và nhú còn tồn tại trong thời gian dài dù điều trị chống viêm tích cực.

+Viêm kết mạc nhú gai khổng lồ

Thường tìm thấy nguyên nhân: kính tiếp xúc (bị cả 2 mắt), mũi chỉ khâu trên bề mặt nhãn cầu (thường chỉ ở 1 mắt). (Viêm kết mạc mùa xuân không thấy nguyên nhân trên mắt)

+Viêm kết mạc dị ứng do cơ địa

Tổn thương đặc hiệu: không có nhú viêm trên kết mạc sụn mi.

Thường kèm tổn thương trên da.

+Viêm kết mạc dị ứng theo mùa

Tổn thương đặc hiệu không có nhú viêm trên kết mạc sụn mi trên.

Tính chất theo mùa rõ.

IV /ĐIỀU TRỊ

1/ Nguyên tắc điều trị

-Tại mắt điều trị triệu chứng là chủ yếu

Chống dị ứng: kháng Histamin, ổn định dưỡng bào...

Chống viêm: corticoid.

Tăng cường dinh dưỡng cho biểu mô kết giác mạc, điều trị khô mắt phối hợp.

Điều trị ngoại khoa khi cần thiết.

-Toàn thân:

Điều trị giải mẫn cảm nếu tìm được dị nguyên.

Nếu ngoài biểu hiện ở mắt bệnh nhân còn có các biểu hiện dị ứng ở các cơ quan khác: viêm mũi dị ứng, hen phế quản, viêm da dị ứng….cần dùng thuốc chống dị ứng toàn thân (uống hoặc tiêm), cần thiết phải phối hợp điều trị với chuyên khoa dị ứng.

2/Điều trị cụ thể:

-Ngoài cơn kịch phát tại chỗ

Các thuốc kháng histamin và ổn định dưỡng bào như: Pemirolast K 0,1% tra mắt 3 lần/ngày, Olopatadine hydrochlotide 0,2% tra mắt 1 lần/ngày,
Ketotifen 0,025% tra mắt 2 lần/ngày, Epinastine HCL 0,05% tra mắt 2 lần/ngày…cho đến khi hết triệu chứng. Có thể dùng lại khi xuất hiện bệnh.

Nước mắt nhân tạo như: Cacboxymethyl cellulose sodium, Polyethylene glycol 0,4% và Propylen glycol 0,3%, acid Hyaluronic tra mắt 4 lần/ngày.

-Trong cơn kịch phát

Tra theo phác đồ như ngoài cơn kịch phát.

Phối hợp với thuốc tra có corticosteroid : Prednisolon acetate 1% hoặc Fluorometholon 0,1%: 4-6lần/ngày, tra một đợt 7-10 ngày.(khi dùng corticosteroid để điều trị cơn kịch phát phải lưu ý những tác dụng phụ của corticoid, đặc biệt là biến chứng tăng nhãn áp: phải theo dõi nhãn áp định kỳ)

Thuốc kháng sinh nhỏ mắt: phòng nhiễm trùng, có thể dùng 1trong các loại chỉ có kháng sinh đơn độc hoặc thuốc phối hợp cả kháng sinh và corticosteroid: 3-4 lần/ngày.

Thuốc co mạch: Naphazoline HCL hoặc Naphazolin Nitrat đơn thuần 3 – 4 lần/ngày hoặc thuốc nhỏ mắt phối hợp cả thuốc co mạch và kháng histamin: Naphazoline HCL và Pheniramin maleat tra mắt 3-4 lần/ngày….dùng trong thời gian ngắn 3-5 ngày giúp làm giảm nhanh triệu chứng đỏ mắt và ngứa mắt.

V/ TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG.

-Tiến triển.

+Bệnh hay có những đợt kịch phát dù có điều trị liên tục.

+Một số trường hợp bệnh có thể thuyên giảm khi bệnh nhân đến tuổi dậy thì.

-Biến chứng.

+Tổn thương giác mạc: viêm giác mạc, loét giác mạc, loét thủng giác mạc, sẹo giác mạc.

+Biến chứng do dùng thuốc có Corticoid: tăng nhãn áp, đục thủy tinh thể.

VI/PHÒNG BỆNH:

+Hạn chế tiếp xúc với nắng, gió.

+Trong đợt kịch phát phải đến khám và điều trị tích cực.

+Ngoài đợt kịch phát vẫn nên khám định kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Hoàng Minh Châu, *"Viêm kết giác mạc mùa xuân",* Nhãn khoa giản yếu (Tập 1) Nhà xuất bản y học, trang 123-127.

2.Hoàng Minh Châu, Phạm Ngọc Đông, *"Viêm kết giác mạc mùa xuân",* Nhãn khoa (Tập 2), Nhà xuất bản y học, trang 18-21.

3.Tôn Kim Thanh, Hoàng Minh Châu, Phạm Khánh Vân, Hoàng Thị Phúc, *"Viêm kết mạc dị ứng",* Bài giảng nhãn khoa bán phần trước nhãn cầu, Nhà xuấtbản y học, trang 73-82.

4. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý về mắt của bộ y tế năm 2015

6.Phác đồ điều trị bệnh viện mắt TP.HCM 2018

5.Sunil Kumar, *" Vernal keratoconjunctivitis: a major review",* Acta Ophthalmol 2009:87:pp133-147.

6.Andrea Leonardi (2010): *Allergic disease of Conjunctiva and Cornea*, Cornea and external eye disease, chapter 8, pp97-116

VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO VI KHUẨN

I/. ĐẠI CƯƠNG:

Viêm loét giác mạc do vi khuẩn (bacterial keratitis) là hiện tượng mất tổ chức giác mạc do hoại tử gây ra bởi một quá trình viêm trên giác mạc do vi khuẩn, là một nguyên nhân thường gặp gây mù loà.

II/. NGUYÊN NHÂN

Các loại vi khuẩn thường gặp gây viêm loét giác mạc

+Vi khuẩn Gr(+): *Staphylococcus aureus, Steptococcus pneumonia, Staphylococcus epidermidis, Mycobacterium, Nocardia…*

+Vi khuẩn Gr(-): *Pseudomonas aeruginosa, Moraxella, Hemophilus influenza,…*

III/.CHẨN ĐOÁN

1/. Lâm sàng

-Triệu chứng cơ năng

+Đau nhức mắt, cộm chói, sợ ánh sáng, chảy nước mắt.

+Nhìn mờ hơn, có thể chỉ cảm nhận được ánh sáng.

-Triệu chứng thực thể

+Kết mạc cương tụ rìa.

+Trên giác mạc có một ổ loét ranh giới rõ, đáy ổ loét thường phủ một lớp hoại tử . Khi nhuộm giác mạc bằng fluorescein 2% ổ loét sẽ bắt màu xanh, nếu ổ loét hoại tử nhiều sẽ có màu vàng xanh.

+Giác mạc xung quanh ổ loét bị thẩm lậu.

+Mống mắt cũng có thể bị phù nề, mất sắc bóng. Đồng tử thường co nhỏ, có thể dính vào mặt trước thể thuỷ tinh, tuy nhiên khó quan sát.

2/Cận lâm sàng

+Bệnh phẩm: là chất nạo ổ loét.

+Soi tươi: thấy có vi khuẩn.

+Soi trực tiếp: xác định vi khuẩn gram (+) hay gram (-).

+Nuôi cấy vi khuẩn: xác định được các loại vi khuẩn gây bệnh: tụ cầu, liên cầu, trực khuẩn mủ xanh,...Nếu có điều kiện có thể kết hợp làm kháng sinh đồ để xác định kháng sinh điều trị phù hợp.

3/. Chẩn đoán xác định

+Ổ loét giác mạc có đặc điểm: hình tròn hoặc bầu dục, ranh giới rõ, đáy thường phủ lớp hoại tử , giác mạc xung quanh thẩm lậu nhiều.

+Xét nghiệm vi sinh chất nạo ổ loét sẽ tìm thấy vi khuẩn.

4/ Chẩn đoán phân biệt

-Loét giác mạc do nấm: một ổ loét ranh không rõ, bờ lông vũ, có nhiều tổn thương vệ tinh, đáy ổ loét thường phủ một lớp hoại tử dày. Xét nghiệm vi sinh chất nạo ổ loét sẽ tìm thấy nấm.

-Loét giác mạc do virus herpes: ổ loét có hình cành cây hoặc địa đồ, nhu mô xung quanh thẩm lậu ít. Xét nghiệm tế bào học chất nạo bờ ổ loét sẽ thấy một trong các hình ảnh: tế bào nhiều nhân, hiện tượng đông đặc nhiễm sắc chất quanh rìa nhân, tế bào thoái hóa nhân trương hoặc tìm thấy tiểu thể Lipschutz. Xét nghiệm PCR chất nạo bờ ổ loét hoặc thủy dịch sẽ tìm được gen của virus herpes.

-Loét giác mạc do amip (acanthamoeba): giác mạc có ổ loét tròn hoặc bầu dục, xung quanh có vòng thẩm lậu đặc (áp xe vòng). Xét nghiệm vi sinh chất nạo ổ loét sẽ tìm thấy acanthamoeba.

IV/. ĐIỀU TRỊ

1/. Nguyên tắc điều trị

-Cần phải tìm được vi khuẩn gây bệnh và điều trị bằng kháng sinh nhạy cảm với loại vi khuẩn đó (dựa vào kháng sinh đồ), nếu không xác định được loại vi khuẩn gây bệnh cần phải dùng kháng sinh phổ rộng.

- Điều trị bằng thuốc tra mắt là chính, có thể kết hợp với dùng đường toàn thân.

-Phối hợp điều trị triệu chứng và biến chứng.

-Điều, trị ngoại khoa khi cần thiết.

2/. Điều trị cụ thể

-Kháng sinh chống vi khuẩn (theo kháng sinh đồ). Nếu không có kết quả kháng sinh đồ thì điều trị như sau:

-Thuốc tra mắt:

+Nếu do vi khuẩn gram (-): tobramycin 0,3% hoặc levofloxacin 0,5%, 1,5%

+Nếu do vi khuẩn gram (+): ofloxacin 0,3% hoặc moxifloxacin 0,5% hoặc gatifloxacin 0,5%. Hai thuốc sau có phổ kháng khuẩn rộng nên có thể dùng điều trị cả vi khuẩn gram (-). Cách dùng: Ngày đầu có thể tra mắt liên tục cách nhau 30 phút, những ngày sau tra mắt 10 lần/ ngày.

-Thuốc uống: có thể dùng một trong các loại kháng sinh sau

+Cefuroxime axetil 500 mg ngày uống 2-3 viên chia 2 lần, trong 5-7 ngày.

+Ofloxacin 0,2 g ngày uống 2 viên chia 2 lần, trong 5-7 ngày

-Truyền rửa mắt liên tục trong những trường hợp nặng bằng kháng sinh (gentamycin 4mg x2 ống) và nước nuối sinh lý (nacl 0,9%) x 200 ml.

-Điều trị phối hợp

+Chống viêm non- steroid: Tra mắt: dung dịch indomethacine 0,1% tra mắt 4 lần/ngày.

+Giãn đồng tử, liệt cơ mi: Dùng atropin 1- 4 % tra mắt 2 lần mỗi ngày. Nếu đồng tử không giãn phải tiêm tách dính mống mắt (tiêm dưới kết mạc bốn điểm cạnh rìa) hỗn hợp: atropin 1% và adrenalin 0,1%.

-Tăng cường dinh dưỡng tại chỗ và toàn thân.

-Hạ nhãn áp: khi loét giác mạc gây tăng nhãn áp, loét dọa thủng hoặc thủng. Uống acetazolamide 250 mg 2 viên mỗi ngày chia 2 lần. Cần phối hợp với uống kali chloride 0,6 g uống 2 viên mỗi ngày chia 2 lần tránh mất kali.

-Tiêm huyết thanh tự thân dưới kết mạc: có tác dụng tăng cường dinh dưỡng cho giác mạc và hạn chế hoại tử giác mạc. Dùng trong những trường hợp loét hoại tử nhiều (đặc biệt do trực khuẩn mủ xanh).

Chống chỉ định tuyệt đối dùng corticoid trong giai đoạn ổ loét đang tiến triển.

V/. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

1/. Tiến triển

Loét giác mạc do vi khuẩn là một bệnh nặng, nhất là những bệnh nhân được điều trị muộn và đã dùng corticoid trước đó. Khi bệnh khỏi sẽ để lại sẹo trên giác mạc, ảnh hưởng đến thị lực của người bệnh.

2/. Biến chứng

+Loét giác mạc doạ thủng (phồng màng Descemet).

+Tăng nhãn áp.

+Trường hợp nặng có thể gây loét thủng giác mạc, viêm mủ nội nhãn.

VI/. PHÒNG BỆNH

+Luôn giữ gìn mắt sạch sẽ, tránh những sang chấn vào mắt.

+Khi bị chấn thương trên giác mạc cần phải phát hiện và điều trị kịp thời bằng các kháng sinh tra mắt để phòng biến chứng viêm loét giác mạc do vi khuẩn.

+Cần phải điều trị các bệnh mắt là yếu tố thuận lợi gây viêm loét giác mạc: lông quặm, lông xiêu, hở mi,…

TÀI LIỆU THAM KHẢO

.1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý về mắt của bộ y tế năm 2015

2..Phác đồ điều trị bệnh viện mắt TP.HCM 2018

3..Bourcier T, Thomas F, Borderie V, et all (2003): *Bacterial keratitis:predisposing factors, clinical and microbiological review of 300 cases*. *Br* JOphthalmol. Jul;87(7):834-8.

4..Dahlgren MA, Lingappan A, Wilhelmus KR. (2007) *The clinical diagnosis ofmicrobial keratitis*. *Am* J Ophthalmol. Jun;143(6):940-944. Epub Apr 3.

5.Gicquel JJ, Bejjani RA, Ellies P, et all (2007): *Amniotic membranetransplantation in severe bacterial keratitis*. *Cornea.* Jan;26(1):27-33.

6 .Mary E Marquart, Emma BH Hume, Xiadong Zheng, et all (2002): *BacterialKeratitis*. Texbook of ophthalmology, vol 2: 991-1009. Japee Brothers MedicalPublishers, New Delhi.

7..Raymond L.M. Wong, R.A. Gangwani, Lester W.H. Yu, et all (2012): *NewTreatment for Bacterial Keratitis.* J Ophthalmol. Sep, 28 (5): 125-130.

8. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý về mắt của bộ y tế năm 2015

VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO NẤM

I/ĐẠI CƯƠNG :

Loét giác mạc do nấm là hiện tượng mất tổ chức giác mạc do hoại tử, gây ra bởi một quá trình viêm trên giác mạc do nấm, là một nguyên nhân gây mù loà.

II/. NGUYÊN NHÂN:

Có nhiều loại nấm có thể gây viêm loét giác mạc: Aspergillus Fumigatus, Fusarium Solant, Candida Albicans, Histoblasma, Cephalosporum,…

III/.CHẨN ĐOÁN :

1/ Lâm sàng:

-Triệu chứng cơ năng

+Đau nhức mắt, cộm chói, sợ ánh sáng, chảy nước mắt.

+Nhìn mờ hơn, có thể chỉ cảm nhận được ánh sáng.

-Triệu chứng thực thể

+Kết mạc cương tụ rìa.

+Trên giác mạc có một ổ loét ranh giới không rõ, bờ thâm nhiễm lông vũ, dạng ngón tay hay ngón chân giả, tổn thương vệ tinh cạnh và tách rời ổ thâm nhiễm chính. Đáy ổ loét thường phủ một lớp hoại tử dày, đóng thành vảy gồ cao, bề mặt vảy khô ráp và khó bóc.

+Xung quanh ổ loét có thẩm lậu, mặt sau giác mạc ở vị trí ổ loét có thể có màng xuất tiết bám.

+Tiền phòng có thể có ngấn mủ. Mủ thường xuất hiện rồi mất đi, xuất hiện nhiều lần như vậy.

+Mống mắt cũng có thể phù nề, mất sắc bóng. Đồng tử thường co nhỏ, có thể dính vào mặt trước thể thuỷ tinh, tuy nhiên khó quan sát.

2/ **Cận lâm sàng**

Bệnh phẩm: là chất nạo ổ loét.

+Soi tươi, soi trực tiếp: thấy có nấm.

+Nuôi cấy trên trường Sabouraud có đường: xác định được loại nấm gây bệnh.

3/. Chẩn đoán phân biệt

+Loét giác mạc do vi khuẩn: ổ loét ranh giới rõ, đáy ổ loét thường phủ một lớp hoại tử . Làm xét nghiệm vi sinh chất nạo ổ loét sẽ tìm thấy vi khuẩn.

+ Loét giác mạc do virus Herpes: ổ loét có hình cành cây hoặc địa đồ, nhu mô xung quanh thẩm lậu ít. Xét nghiệm tế bào học chất nạo bờ ổ loét sẽ thấy một trong các hình ảnh: Tế bào nhiều nhân hiện tượng đông đặc nhiễm sắc chất quanh rìa nhân, tế bào thoái hóa nhân trương hoặc tìm thấy tiểu thể Lipschutz. Xét nghiệm PCR chất nạo bờ ổ loét hoặc thủy dịch sẽ tìm được gen của virus Herpes.

+ Loét giác mạc do Amip (Acanthamoeba): giác mạc có ổ loét tròn hoặc bầu dục, xung quanh có vòng thẩm lậu đặc (áp xe vòng). Xét nghiệm vi sinh chất nạo ổ loét sẽ tìm thấy Acanthamoeba.

IV/ ĐIỀU TRỊ

1/ Nguyên tắc chung

+Điều trị bằng phối hợp các loại thuốc kháng nấm đặc hiệu, phối hợp với thuốc kháng sinh tra tại mắt để phòng bội nhiễm.

+Thuốc chống viêm non-steroid tra tại mắt, uống.

+ Dinh dưỡng: Tăng cường hàn gắn tổn thương: Tra tại mắt, uống.

+ Phối hợp điều trị triệu chứng và biến chứng.

+ Phối hợp điều trị ngoại khoa khi cần thiết.

2/ Điều Trị cụ thể

-Tại mắt:

+Natamycin: tra mắt 10 – 15 lần mỗi ngày tuỳ mức độ nặng của bệnh.

+ Ketoconazole: tra mắt 10 - 15 lần mỗi ngày.

+ Ngoài ra có thể phối hợp dùng amphotericin B pha với glucose 5% để nhỏ mắt với nồng độ 0,15% hoặc truyền rửa mắt liên tục với nồng độ 0,02%.

+Nếu ổ loét nặng kèm theo mủ tiền phòng có thể tiêm tiền phòng amphotericin B (mỗi lần tiêm 5µg/0,1 ml), có thể tiêm 2 hoặc 3 lần cách nhau 1 tuần. Nếu ổ thẩm lậu đặc có thể tiêm nhu mô giác mạc (với liều lượng như tiêm tiền phòng).

+Chấm lugol 5% vào ổ loét hàng ngày.

+Điện di IK 2% hàng ngày.

+Chống viêm non – steroid: tra mắt indomethacin.

+Giãn đồng tử, liệt cơ thể mi: Atropin 1 – 4% tra mắt 4 lần mỗi ngày. Nếu đồng tử không giãn phải tiêm tách dính mống mắt (tiêm dưới kết mạc bốn điểm cạnh rìa) hỗn hợp: Atropin 1% và Adrenalin 0,1%.

+Tăng cường dinh dưỡng.

-Toàn thân: Intraconazole 0,1g ngày uống 2 viên uống một lần sau ăn trong 20 đến 30 ngày.

Lưu ý: các thuốc uống chống nấm chống chỉ định dùng cho phụ nữ có thaivà cho con bú. Có thể dùng thuốc kéo dài tuỳ theo tiến triển của bệnh nhưng phải kiểm tra chức năng gan định kỳ cho bệnh nhân.

Uống : các vitamin.

+Hạ nhãn áp: khi loét giác mạc gây tăng nhãn áp. Uống acetazolamide mg ngày 2 viên chia 2 lần. Cần phối hợp với uống Kaleorid 0,6 g, 2 viên mỗi ngày chia 2 lần để tránh mất kali.

-Chống chỉ định tuyệt đối dùng corticoid.

V/ TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

1/ Tiến triển

Loét giác mạc do nấm là một bệnh nặng, điều trị khó khăn. Bệnh thường tiến triển nặng ở những bệnh nhân được điều trị muộn và đã dùng corticoid trước đó. Khi bệnh khỏi sẽ để lại sẹo trên giác, ảnh hưởng đến thị lực của người bệnh.

2/ Biến chứng

+Loét giác mạc doạ thủng hoặc thủng

+Tăng nhãn áp dùng thuốc không đỡ có thể phải mổ lỗ dò.

+ Trường hợp loét giác mạc nặng có thể biến chứng sang viêm nội nhãn.

VI /PHÒNG BỆNH

-Luôn giữ gìn mắt sạch sẽ và tránh các sang chấn.

- Khi bị chấn thương mắt (đặc biệt là chấn thương trên giác mạc) cần phải đến ngay các cơ sở y tế để rửa mắt và tra mắt bằng thuốc sát khuẩn (Betadin 5%). Cần theo dõi chặt chẽ tổn thương trên giác mạc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO.

1.Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý về mắt của bộ y tế năm 2015

2..Phác đồ điều trị bệnh viện mắt TP.HCM 2018

3.Chen HC, Tan HY, Hsiao CH, Huang SC, el al (2006): *Amniotic membranetransplantation for persistent corneal ulcers and perforation in acute fungal keratitis.* Cornea, Jun;25(5):564-72.

4.Namrata Sharma, Rasuk B Vajpayee, Vishal Gupta, Tanuj Dada (2002): *Fungal Keratitis.* Texbook of ophthalmology, vol 2: 1032-1037. Japee BrothersMedical publishers, New Delhi.
5.Thomas PA. (2003): *Fungal infection of the cornea. Eye (Lond).* Nov;17(8):852-62. Review.
6. Xie L, Zhai H, Shi W. (2007): *Penetrating keratoplasty for corneal perforationin fungal keratitis.* Cornea, Feb;26(2):158-62

VIÊM GIÁC MẠC DO HERPES

I/. ĐẠI CƯƠNG:

Viêm giác mạc do herpes là hiện tượng thâm nhiễm tế bào viêm và hoại tử gây tổn thương mất tổ chức giác mạc do herpes.

II/ . NGUYÊN NHÂN

Do virus herpes có tên khoa học là herpes simplex virus (HSV) thuộc họ herpes viridae. Herpes có 2 type: type 1 (HSV-1) gây bệnh ở nửa trên cơ thể từ thắt lưng trở lên (gây viêm loét giác mạc), type 2 (HSV-2) gây bệnh ở nửa dưới cơ thể từ thắt lưng trở xuống. Tuy nhiên, có trường hợp HSV-2 gây bệnh ở mắt do mắt bị nhiễm dịch tiết đường sinh dục (đặc biệt ở trẻ sơ sinh) nhưng rất hiếm gặp.

III/. CHẨN ĐOÁN

1/ Lâm sàng:

-Triệu chứng cơ năng

+Đau nhức mắt.

+Kích thích: cộm chói, chảy nước mắt, sợ ánh sáng.

+Thị lực: giảm nhiều hay ít tùy mức độ tổn thương.

-Triệu chứng thực thể

+Tổn thương của giác mạc do herpes có đặc điểm: đa dạng, hay tái phát, gây giảm hoặc mất cảm giác giác mạc.

+Loét giác mạc hình cành cây: là triệu chứng đặc trưng và điển hình.

+Loét giác mạc hình địa đồ.

+Viêm giác mạc hình đĩa: nhu mô giác mạc trung tâm thẩm lậu làm cho giác mạc phù dày lên về phía nội mô, có thể có nếp gấp màng Descemet, tủa sau giác mạc.

+Viêm nhu mô kẽ: là hình thái nặng ngay từ đầu. Trong nhu mô có những đám thẩm lậu màu trắng vàng, ranh giới không rõ (hình phomát). Có thể có vành phản ứng miễn dịch cạnh tổn thương.

+Viêm màng bồ đào: tổn thương giác mạc do herpes có thể kèm theo viêm màng bồ đào hoặc viêm bán phần trước. Khám lâm sàng sẽ thấy: có tủa mặt sau giác mạc, tế bào viêm trong thủy dịch (Tyndall tiền phòng), đồng tử co nhỏ, có thể dính vào mặt trước thể thủy tinh. Đây là hình thái nặng, khó điều trị.

+ Cảm giác giác mạc: bị giảm hoặc mất.

+Ngoài ra bệnh nhân có thể bị sốt, nổi hạch trước tai. Xuất hiện mụn nước ở mép, mặt,…

2/ Cận lâm sàng

+Xét nghiệm tế bào học: bệnh phẩm là chất nạo bờ ổ loét, sẽ thấy các tổn thương:

+Tế bào biểu mô nhiều nhân.

+Hiện tượng đông đặc nhiễm sắc chất quanh rìa nhân (nhiễm sắc chất áp ven): là dấu hiệu điển hình.

+Có tiểu thể Lipschutz: là dấu hiệu đặc hiệu.

+Tế bào biểu mô thoái hóa trương.

+Xét nghiệm PCR: tìm gen của virus herpes, bệnh phẩm là chất nạo bờ ổ loét hoặc thủy dịch. Xét nghiệm có tính đặc hiệu cao.

3/ Chẩn đoán xác định

+Loét giác mạc hình cành cây, hình địa đồ hoặc viêm giác mạc hình đĩa.

+Cảm giác giác mạc giảm.

+Xét nghiệm tế bào học chất nạo bờ ổ loét thấy một hay nhiều dấu hiệu: tế bào nhiều nhân, hiện tượng đông đặc nhiễm sắc chất quanh rìa nhân, tế bào biểu mô thoái hóa nhân trương, hoặc tìm thấy tiểu thể Lipschutz.

+Xét nghiệm PCR: tìm được gen của virus herpes.

4/Chẩn đoán phân biệt

+Loét giác mạc do vi khuẩn: ổ loét bờ rõ, thẩm lậu hoặc hoại tử nhiều. Xét nghiệm vi sinh chất nạo ổ loét sẽ tìm thấy vi khuẩn.

+Loét giác mạc do nấm: một ổ loét ranh không rõ, bờ lông vũ, có nhiều tổn thương vệ tinh, đáy ổ loét thường phủ một lớp hoại tử dày. Xét nghiệm vi sinh chất nạo ổ loét sẽ tìm thấy nấm.

-Loét giác mạc do amip (acanthamoeba): giác mạc có ổ loét tròn hoặc bầu dục, xung quanh có vòng thẩm lậu đặc (áp xe vòng). Xét nghiệm vi sinh chất nạo ổ loét sẽ tìm thấy acanthamoeba.

IV/. ĐIỀU TRỊ

1/ Nguyên tắc chung

+Dùng thuốc ức chế tổng hợp axit nhân (AND) của virus đường tra và uống.

+Phối hợp điều trị thuốc chống viêm, tăng cường dinh dưỡng và kháng sinh chống bội nhiễm khi cần thiết.

+Điều trị biến chứng

2/. Điều trị cụ thể

-Điều trị đặc hiệu

Thuốc tra mắt: dùng một trong các loại thuốc sau

+Acyclovir 3%: tra mắt 5 lần mỗi ngày.

+IDU (5 Iodo 2 Dezoxyuridin): thuốc có dạng nước hoặc mỡ. Thuốc không ngấm sâu vào giác mạc được nên dùng trong trường hợp có tổn thương nông. Tra thuốc 5 lần/ngày (không nên dùng quá 15 ngày do có thể gây độc biểu mô giác mạc).

+TFT (Trifluoro Thymidin): dạng nước hoặc mỡ. Thuốc có thể ngấm sâu, nhanh vào giác mạc. Tra mắt 5 lần mỗi ngày.

+Thuốc uống: Acyclovir viên 200 mg, 800mg. Thường dùng viên Acyclovir 200mg, uống ngày 5 viên chia 5 lần trong 7-10 ngày. Trẻ em dưới 2 tuổi liều dùng bằng nửa liều của người lớn, trẻ em trên 2 tuổi dùng bằng liều người lớn.

-Điều trị bổ sung

+Chống bội nhiễm vi khuẩn: dùng kháng sinh phổ rộng tra mắt, một trong các loại sau: tobramycin, ofloxacin: tra mắt 5 lần mỗi ngày.

+Thuốc giãn đồng tử, liệt cơ thể mi: tra atropin 1-4% khi có phản ứng màng bồ đào.

+Thuốc chống viêm steroid: dùng trong các trường hợp sau

Viêm giác mạc hình đĩa.

Viêm nhu mô kẽ khi có phản ứng màng bồ đào.

Dùng corticoid dạng tra mắt. Tuy nhiên, cần hết sức thận trọng và bao giờ cũng phải dùng kèm với thuốc chống virus. Khi bệnh thoái triển phải dùng liều giảm dần.

Điện di dionin: giúp làm giảm thẩm lậu và hạn chế hình thành sẹo giác mạc.

-Tăng cường dinh dưỡng tại chỗ và toàn thân.

-Ghép màng ối: với những trường hợp bệnh kéo dài, ổ loét khó hàn gắn, có thể phẫu thuật gọt giác mạc ghép màng ối sẽ cho kết quả tốt.

-Điều trị chống tái phát

Có thể dùng liều acyclovir 200 mg ngày uống 4 viên chia 2 lần trong 1 đến 2 năm để phòng tái phát. Ngoài ra bệnh nhân cần có cuộc sống lành mạnh để tăng cường sức đề kháng.

V/. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời bệnh có thể gây ra một số biến chứng

+Loét giác mạc doạ thủng (phồng màng Descemet) hoặc thủng.

+Tăng nhãn áp do phản ứng màng bồ đào.

+Trường hợp nặng có thể biến chứng viêm mủ nội nhãn.

VI/ PHÒNG BỆNH

+Tránh bị sơ nhiễm herpes (HSV và varicella zoster): bằng cách tránh xa các nguồn lây là dịch tiết từ những tổn thương của người bệnh bị herpes. Nếu người mẹ mang thai bị herpes đường sinh dục thì phải điều trị khỏi trước khi sinh hoặc phải mổ đẻ để tránh lây nhiễm cho con.

+Khi đã bị nhiễm herpes: phải nâng cao thể trạng bằng việc tập luyện, có chế độ làm việc, sinh hoạt lành mạnh để tránh herpes tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

.1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý về mắt của bộ y tế năm 2015

2..Phác đồ điều trị bệnh viện mắt TP.HCM 2018

3.Gupta N, Sachdev R, Sinha R, Titiyal JS, Tandon R.(2011) *Herpes zosterophthalmicus: disease spectrum in young adults.* MiddleEast Afr J Ophthalmol.Apr;18(2):178-82.

4.Kaufman HE. (2011) *Adenovirus advances: new diagnostic and therapeuticoptions.* CurrOpin Ophthalmol. Jul;22(4):290-3. Review.

5.Kennedy DP, Clement C, Arceneaux RL, Bhattacharjee PS, Huq TS, Hill JM. (2011) *Ocular herpes simplex virus type 1: is the cornea a reservoir for virallatency or a fast pit stop?.* Cornea.Mar;30(3):251-9.

6.Kolb AW, Schmidt TR, Dyer DW, Brandt CR. (2011) *Sequence variation inthe herpes simplex virus U(S)1 ocular virulence determinant.* InvestOphthalmolVis Sci. Jun 28;52(7):4630-8.

7.Seitz B, Heiligenhaus A. (2011) *Herpetic keratitis: Various expressionsrequire different therapeutic approaches.* Ophthalmologe.Apr;108(4):385-95.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ MỘNG THỊT

I.ĐẠI CƯƠNG:

Tăng sinh xơ mạch kết mạc vào nhãn cầu ở góc trong hoặc góc ngoài,từ rìa hướng vào trung tâm giác mạc

II/ CHẨN ĐOÁN :

1/.Chẩn đoán (+)

- Dãi xơ mạch từ kết mạc (khóe mắt trong hay ngoài) bò lên mặt trước giác mạc.

2/ Chẩn đoán phân biệt:

- Màng máu.

3/ Phân loại:

- Độ I: đầu mộng vượt qua vùng rìa 1-2mm.
- Độ II: đầu mộng vượt qua điểm giữa của rìa giác củng mạc - bờ đồng tử nhưng chưa đến bờ đồng tử.
- Độ III: đầu mộng vượt qua bờ đồng tử cùng bên nhưng chưa che hết toàn bộ đồng tử.
- Độ IV: đầu mộng vượt qua bờ đồng tử phía đối diện làm che hết lổ đồng tử.

III/.ĐIỀU TRỊ :

1/ Nội khoa:

- **Chỉ định:**

+ Mộng thịt viêm, kích thích.

- **Điều trị:**

+ Nhỏ nước mắt nhân tạo : natri hyaluronate (nếu có khô mắt)
+ Nhỏ Kháng sinh hay kháng viêm hoặc kháng sinh + kháng viêm :(ofloxacin, tobramycin, flumetholon, tobramycin +dexmethasone)
+ Kháng sinh(ofloxacin,cephalexin,..) uống.
+ Kháng viêm (alphachymotrypsin,lysozym) uống.
+ Mang kính mát.

2 .Phẫu thuật:

- **Chỉ định:**

+ Mộng thịt độ II ở người ≥ 40 tuổi (trường hợp đặc biệt < 40 tuổi mổ phải hội chẩn).
+ Mộng thịt độ III, IV.

- **Chống chỉ định:**

+ Mộng thịt độ I hay độ II ở người < 40 tuổi (trường hợp đặc biệt phải hội chẩn).
+ Những người bệnh đang mắc bệnh cấp tính ở mắt và toàn thân.

- **Cận lâm sàng:**

+ Điện tim thường.
+ Định lượng chất Glucose (máu).
+ Thời gian thromboplastin một phần hoạt hóa (APTT:Activated patial thromboplastin time)(tên khác :TCK)bằng máy tự động), thời gian prothombin(PT:promthrombin time)(các tên khác :TQ:tỷ lệ promthrombin)bằng máy tự động, hoặc Ts, Tc.
+ tổng phân tích tế bào máu ngoại vi(bằng máy đếm laser)

- **Phương pháp:**

+ Mộng thịt teo hay ít tái: phẫu thuật cắt mộng đơn thuần.
+ Mộng thịt có nguy cơ tái phát phát cao (đỏ, dầy, nhiều mạch máu, thâm nhiễm đầu mộng, trẻ tuổi) có thể dùng một trong các phương pháp phẫu thuật sau:
    - Ghép kết mạc rời.

- Ghép kết mạc xoay tại thân mộng.
- Ghép kết mạc xoay tại thân mộng áp Mitomycine C.

+ Mộng tái phát:
  - Ghép kết mạc rời.
  - Cắt mộng đơn thuần áp Mitomycine C.

- **Hậu phẫu:**

+ Giảm đau:paracetamol 500 mg uống 3 ngày.
+ Kháng sinh:
  - Nhỏ mắt:(ofloxacin,tobramycin,moxifloxacin,levofloxacin) x 14 ngày.
  - Uống: (ofloxacin ,ceppalexin ,cipro floxacin, Klametin,…) x 7 ngày.
+ Kháng viêm:(alphachymotrypsin ,lysozym) uống 7 ngày.
+ Vitamin A: uống 7 ngày.
+ Nước mắt nhân tạo

IV.THEO DỎI VÀ TÁI KHÁM

Tuần đầu sau mổ: đánh giá tình trạng giác mạc, kết mạc, rìa giác-củng mạc và mảnh ghép kết mạc (nếu có).

+ Tái khám Sau mổ 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng: đánh giá mộng tái phát.

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ môn mắt trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (2007), "Mộng thịt", Nhãn khoa lâm sàng, NXB Y học, tr. 74 – 86.

2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý về mắt của bộ y tế năm 2015

3.Phác đồ điều trị bệnh viện mắt TP.HCM 2018

4.Cornea Transplant. (February 5, 2011). Mayo Clinic. Retrieved July 8, 2012.

5.Donald TH Tan, Sao-Bing Lee, Jessica Marie ABANO (2006), "Pterygium", Clinical Opthalmology-An Asian Perspective, 3(2), pp. 207-216.

6.Lucico Buratto, Robert L. Phillips and Giuseppe Carito (2000), Pterygium surgery, pp. 33-36, 46-80.

7.Pterygium. (September 2011). Department of Surgery - NYU Langone Medical Center. Retrieved July 8, 2012.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ABCES TÚI LỆ

I. TRIỆU CHỨNG

a) . Chủ quan:

- Tiền căn chảy nước mắt sống, ghèn nhầy, mủ.
- Đau, đỏ, sưng phần mềm vùng khóe trong dưới mắt.

b) . Khách quan:

- Vùng góc trong sưng tấy, đỏ, ấn rất đau.

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

- Các u vùng khóe trong mắt.
- Viêm túi lệ mãn.

III. NGUYÊN NHÂN:

Thường thứ phát sau tắc nghẽn ống lệ mũi. Bệnh có thể cấp hay mạn tính. Vi khuẩn gây bệnh thường gặp là Staphylococcus.

IV. Cận lâm sàng:

- Máu: tổng phân tích tế bào máu ngoại vi(bằng máy đếm laser)

, Ts – TC, Glycemie.

- Khám nội khoa tim phổi.

V. ĐIỀU TRỊ:

1. Phẫu thuật:

- Gây tê vùng lệ quản túi lệ = Xylocain 2%.
- Rạch rộng vùng áp-xe (abcès) dẫn lưu mủ.
- Rửa bằng Povidine 5%.
- Đặt Penrose dẫn lưu.

2. Thuốc hậu phẫu:

- Kháng sinh

* Nhỏ tại chỗ x 7 ngày.
* Uống x 5 ngày.

- Kháng viêm: Uống x 5 ngày.
- Giảm đau: Uống x 5 ngày.

VI. THEO DÕI:

* Thay penrose dẫn lưu mỗi ngày nếu cần đặt trên 24h. Rút dẫn lưu khi vết rạch sạch, không còn mủ hay dịch tiết.
* Để hở vết thương, rửa vết thương 2 lần ngày đến khi khô sạch.

VII.TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. . Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý về mắt của bộ y tế năm 2015
2.Phác đồ điều trị bệnh viện mắt TPHCM 2018
3.Bài giảng nhãn khoa lâm sàng Đại Học Y Dược TPHCM

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM TỔ CHỨC HỐC MẮT

I.Định nghĩa

- Viêm tổ chức hốc mắt (orbital cellulitis) là viêm của phần mô mềm trong hốc mắt.
- Viêm tổ chức hốc mắt gặp ở cả trẻ em và người lớn. Ở trẻ em dưới 5 tuổi thì hay phối hợp với viêm đường hô hấp trên. Ở trẻ em trên 5 tuổi hay phối hợp với viêm xoang. Ở người lớn hay gặp ở những người đái tháo đường, suy giảm miễn dịch hay do dị vật nằm trong hốc mắt.
- Viêm tổ chức hốc mắt có thể được chia thành viêm phần trước vách (preseptal) hay viêm tổ chức trong hốc mắt sau vách (postseptal). Viêm trước vách có những dấu hiệu như sưng nóng đỏ đau phần mô mềm nhưng viêm không lan đến xương hốc mắt, thị lực và vận nhãn thường bình thường. Viêm sau vách ảnh hưởng đến thị lực, có thể lan vào màng xương và xương hốc mắt

II. NGUYÊN NHÂN

1. Nguyên nhânn

– Do vi khuẩn thường gặp là Staphylococcus aurreus (tụ cầu vàng), Streptococcus pneumoniae, nhóm Streptococcus anginosus/millieri (nhóm liên cầu) hay Heamophilus influenzae type b (Hib) (liên cầu tan huyết nhóm b). Vi khuẩn Gram-âm…

– Do nấm trong những trường hợp sử dụng thuốc ức chế miễn dịch, corticosteroid kéo dài, suy giảm miễn dịch.

– Do virus.

– Do ký sinh trùng.

2. Các yếu tố thuận lợi như:

– Ở trẻ em hay gặp do viêm đường hô hấp trên, viêm xoang.

– Ở người lớn hay gặp ở những người đái tháo đường, suy giảm miễn dịch.

– Có thể gặp do những nguyên nhân lan truyền trực tiếp từ những cấu trúc như nhãn cầu, mi và phần phụ cận của nhãn cầu cũng như các xoang lân cận.

– Do chấn thương xuyên làm tổn thương vách hốc mắt, đặc biệt những chấn thương có dị vật hốc mắt.

– Những phẫu thuật như phẫu thuật giảm áp hốc mắt, phẫu thuật mi, phẫu thuật lác, nội nhãn… Viêm tổ chức hốc mắt cũng có thể gặp sau viêm nội nhãn sau phẫu thuật. [1]

III. TRIỆU CHỨNG

1. Lâm sàng

– Xuất hiện đau đột ngột, đau ở vùng hốc mắt.

– Đau khi vận động nhãn cầu, liếc mắt, đau đầu, mệt mỏi, sốt…

– Mi phù.

– Phù kết mạc và sung huyết kết mạc.

– Lồi mắt: Lồi mắt có thể lồi thẳng trục hoặc không thẳng trục.

– Song thị.

– Sụp mi.

– Hạn chế vận nhãn hoặc liệt vận nhãn.

– Giảm thị lực nhiều mức độ khác nhau, nếu viêm gần đỉnh hốc mắt có thể có giảm thị lực trầm trọng.

– Có thể có viêm hắc mạc hoặc viêm thị thần kinh.

– Có thể tăng nhãn áp do chèn ép.

– Những triệu chứng hô hấp hay xoang.

2. Cận lâm sàng

– Chụp XQ hoặc chụp CT: Hình ảnh viêm tổ chức hốc mắt, hình ảnh viêm xoang. Có thể thấy hình ảnh viêm xoang với những xương và màng xương đẩy về phía hốc mắt.
– Hình ảnh ổ áp-xe cạnh màng xương: điển hình trên CT là hình ảnh tổn thương cạnh xoang mờ, có bờ xung quanh mềm mại và có thể có khí bên trong.
– Trong trường hợp chấn thương có thể xác định được dị vật hốc mắt.
– Siêu âm: Có giá trị trong một số trường hợp chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt như có viền dịch quanh nhãn cầu.
– Công thức máu: Bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao, CRP tăng trong nhiễm khuẩn.
– Lấy bệnh phẩm ở hốc mắt hoặc mủ ở ổ áp-xe làm xét nghiệm soi tươi, soi trực tiếp, nuôi cấy vi khuẩn để chẩn đoán nguyên nhân và để điều trị.
– Lấy bệnh phẩm ở xoang hay vùng mũi họng.
– Cấy máu nếu nghi ngờ hoặc có nhiễm khuẩn huyết.

IV. ĐIỀU TRỊ BẰNG KHÁNG SINH

1. Nguyên tắc chung:
– Phải điều trị cấp cứu viêm tổ chức hốc mắt cấp tính để phòng biến chứng viêm màng não, tắc xoang hang và nhiễm khuẩn huyết.
– Người bệnh phải được điều trị cấp cứu tích cực.
– Điều trị theo kháng sinh đồ.
– Tìm các ổ viêm phối hợp như viêm xoang, viêm đường hô hấp trên để điều trị.
2.Điều trị cụ thể
– Kháng sinh đường tĩnh mạch liều cao, phổ rộng trong giai đoạn sớm và kháng sinh đặc hiệu sau khi đã nuôi cấy phân lập được vi khuẩn.
– Trong thời gian chờ đợi nuôi cấy vi khuẩn có thể dùng kháng sinh phổ rộng như: [1,2,4]
+ Nhóm cephalosporin thế hệ 3: Cefotaxim 2g (ở trẻ em: 50mg/kg cân nặng) đường tĩnh mạch 3 lần/ ngày (8 tiếng 1 lần) hay ceftazidim 1g (ở trẻ em 30-50 mg/kg cân nặng) đường tĩnh mạch 3 lần/ngày.
+ Hoặc phối hợp ceftriaxon 2g (ở trẻ em: 50 mg/kg cân nặng) đường tĩnh mạch/ngày phối hợp với di/flucloxacilin 2g (trẻ em: 50mg/kg cân nặng) đường tĩnh mạch 4 lần/ngày (6 tiếng 1 lần)
+ Tiếp theo: Amoxicilin-clavulanat 875 + 125 mg (trẻ em: 22,5 + 3,2 mg/kg) đường uống, ngày 2 lần trong 10 ngày.
+ Đối với những trường hợp người bệnh bị quá mẫn với penicilin hay nghi ngờ hoặc nuôi cấy có kháng methicilin thì cần hội chẩn với các chuyên khoa như lây, vi sinh.
+ Nhóm glycopeptid (vancomycin) 1g truyền tĩnh mạch chậm 12h/lần.
Ở trẻ em: 10 mg/kg truyền tĩnh mạch chậm 12h/lần.
– Khi xác định được nguyên nhân và có nuôi cấy vi khuẩn và kháng sinh đồ thì điều trị theo nguyên nhân và theo kháng sinh đồ.
3. Chống viêm:
- Steroid đường uống và đường tĩnh mạch: Methyl prednisolon 1mg/kg cân nặng
- Điều trị phối hợp những trường hợp viêm xoang, viêm đường hô hấp, đái tháo đường.
- Điều trị ngoại khoa: Khi đã xác định được ổ áp-xe: Chích dẫn lưu ổ áp- xe và xoang viêm. Nếu do nguyên nhân chấn thương có dị vật hốc mắt phải lấy hết dị vật.

V. DỰ PHÒNG

– Điều trị những viêm nhiễm của mi, viêm phần trước vách phòng lan vào tổ chức hốc mắt.
– Phòng những bệnh như hô hấp, viêm xoang ở trẻ em. Khi trẻ mắc bệnh cần được điều trị và theo dõi cẩn thận để những biến chứng không xảy ra.
– Theo dõi và điều trị tốt những người có bệnh mạn tính như đái tháo đường, viêm xoang, viêm răng…

– Khi có viêm tổ chức hốc mắt phòng các biến chứng xảy ra.

VI.TÀI LIỆU THAM KHẢO

1 . Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý về mắt của bộ y tế năm 2015

2.Phác đồ điều trị bệnh viện Mắt TP.HCM 2018

3. Flanders AE, Mafee MF, Rao VM, Choi KH. CT characteristics of orbital pseudotumors and other orbital inílammatory processes. J Comput Assist Tomogr 1989;13:40-47.

4.. Smith JL, Taxdal DS. Painful ophthalmoplegia. The Tolosa-Hunt syndrome. Am J Ophthalmol 1966;61:1466-1472.

5. Gerber DA, Bonham CA, Thomson AW. Immunosuppressive agents: recent developments in molecular action and clinical application. Transplant Proc 1998;30:1573-1579.

6. Lane L, Tamesis R, Rodriguez A, et al. Systemic immunosuppressive therapy and the occurrence of malignancy in patients with ocular inílammatory disease. Ophthalmology 1995;102:1530 -1535.

HỘI CHỨNG KHÔ MẮT

I. Triệu chứng cơ năng:

- Mắt có thể đỏ, cảm giác khô, nóng, cảm giác dị vật, chảy nước mắt, giảm thị lực từ nhẹ đến nặng, chói sáng.
- Triệu chứng nặng lên khi tiếp xúc với gió, khói, nhiệt độ cao, độ ẩm không khí thấp, sử dựng mắt lâu (như làm việc trên máy vi tính nên giảm chớp mắt). Bệnh thường mãn tính và bị 2 mắt. Triệu chứng khó chịu thường không tương xứng với lâm sàng.

II. Triệu chứng thực thể:

- Liềm nước mắt giảm và không đều ở bờ mi dưới, thông thường liềm sinh lý cao 0,5 mm và có hình vòm.
- Giảm thời gian vỡ phim nước mắt (BUT) (đánh giá thời gian sau nhuộm fluorescein từ lúc chớp mắt đến lúc phim nước mắt vỡ): nếu dưới 10 giây là phim nước mắt mất ổn định. Dưới 5 giây là bị khô mắt.
- Lưu ý: Phim nước mắt có thể vỡ tại bất cứ vị trí nào, sự vỡ sớm lặp lại tại một vị trí gợi ý có sự bất thường khu trú tại bề mặt giác mạc.
- Các dấu hiệu khác: nhuộm giác mạc hoặc kết mạc dạng chấm với fluorescein, rose bengal, xanh lissamine ở phía dưới hoặc vùng khe mi. Lớp phim nước mắt có nhiều nhầy hoặc lắng đọng (debris) và sợi giác mạc có thể gặp ở những trường hợp nặng.

III. Nguyên nhân:

- Nguyên phát: thường gặp ở phụ nữ mãn kinh hoặc tiền mãn kinh.
  + Do tăng bốc hơi: suy giảm lớp lipid của phim nước mắt, thường do viêm bờ mi hoặc rối loạn chức năng của tuyến Meibomius. Triệu chứng nặng lên vào buổi sáng, bệnh nhân thường than mờ mắt khi thức dậy.
  + Do thiếu lớp nước: khô mắt do thiếu lớp nước, sự tiết lớp nước trong phim nước mắt thường giảm dần theo tuổi. Triệu chứng thường nặng về chiều và khi sử dụng mắt nhiều.
  + Phối hợp cả 2 yếu tố trên: tăng bốc hơi và giảm tiết nước mắt thường phối hợp với nhau. Đôi khi có cả tình trạng giảm tiết mucin.
- Liên quan đến lối sống: khí hậu khô nóng, tiếp xúc dị nguyên, đọc sách, làm việc trên máy vi tính, xem ti vi thời gian lâu.
- Các bệnh lý mô liên kết: ví dụ hội chứng Sjogren, viêm khớp dạng thấp, u hạt Wegener, lupus hệ thống.
- Sẹo kết mạc: do bệnh mắt hột, bỏng hóa chất, hội chứng Steven-Johnson, sẹo xơ sau pemphigoid nhãn cầu.
- Thuốc: ngừa thai uống, kháng cholinergic, kháng histamin, chống loạn nhịp, chống co thắt, chống loạn thần, thuốc chống trầm cảm 3 vòng, ức chế beta, lợi tiểu, retinoids, ức chế sự tái hấp thụ serotonin chọn lọc, hoá trị.
- Thâm nhiễm tuyến lệ: sarcoidosis, u.
- Xơ hóa tuyến lệ sau xạ trị.
- Thiếu vitamin A: thường do suy dinh dưỡng, kém hấp thu ở ruột, sau phẫu thuật giảm cân.
- Sau phẫu thuật khúc xạ trên giác mạc như: PRK, LASIK. Thướng thứ phát do các nhánh thần kinh giác mạc bị cắt đứt và ảnh hưởng đến sự tiết nước mắt phản xạ bình thường.

IV. Chẩn đoán phân biệt:

- Với các bệnh lý giác mạc chấm nông

V. Khám – Test khám – Cận lâm sàng – Chẩn Đoán:

- Hỏi bệnh và khám để tìm các yếu tố gợi ý nguyên nhân.
- Khám trên sinh hiển vi, nhuộm fluorescein để khám bề mắt nhãn cầu và làm test vỡ phim nước mắt (BUT). Cũng có thể sử dụng rose bengal hoặc xanh lissamine để nhuộm kết giác mạc.
- Khám liềm nước mắt tốt nhất trước khi nhỏ thuốc.
- Thực hiện Schirmer test: thấm bớt nước mắt còn tồn đọng, đặt thấm vào cùng đồ dưới tại vị trí 1/3 ngoài và 1/3 giữa của mi mắt, trong 5 phút, bệnh nhân phải mở mắt và chớp mắt bình thường.
  + Khi không nhỏ thuốc tê: đo lường sự tiết nước mắt cơ bản và phản xạ. kết quả bình thường khi độ dài nước mắt thấm là ít nhất 15 mm trong 5 phút.
  + Khi có nhỏ thuốc tê: nhỏ thuốc tê trước khi thấm bớt nước mắt dư, và đặt giấy thấm, test dùng để đo sự tiết nước mắt cơ bản, kết quả bất thường khi độ dài đo được 5 mm trở xuống. Dưới 10 mm được xem là nghi ngờ có giảm tiết.
- Các test khác bao gồm đo áp suất thẩm thấu của nước mắt, đo MMP-9: các chỉ số này tăng gợi ý có khô mắt và mất cân bằng phim nước mắt. Nông độ lactoferrin trong nước mắt giảm cũng cho biết khô mắt. Có thể đo nồng độ lactoferrin trong nước mắt, nồng độ thấp gợi ý khô mắt do thiếu thành phần nước.
- Máy khám khô mắt (Keratograph) đo chiều cao liềm nước mắt, NIKBUT, chụp hình tuyến Meibomius…
- Tầm soát hội chứng Sjogren.

VI. Điều trị:

1. Mức độ nhẹ:

- Nhỏ nước mắt nhân tạo 4 lần 1 ngày.

2. Mức độ trung bình:

- Nhỏ nước mắt nhân tạo mỗi 1-2 giờ, nên nhỏ loại không có chất bảo quản:
  + Nước mắt nhân tạo có chất bảo quản: carboxymethylcellolose (Refresh, Optive), dextran, glycerin, hypromellose, polyethylen glycol 400 (Systane, Systane Ultra), polysorbate (Genteal), polyvinyl alcohol, povidone, propylen glycol hoặc Natri hyaluronate (Sanlein 0.1%, Sanlein 0.3%, Tearbalance 0.1%...) hoặc diquafosol sodium (Diquas 3%)…
  + Nước mắt nhân tạo không chất bảo quản (loại tép): Natri hyaluronate (Vismed 0.18%), carboxymethylcellulose sodium (Optive UD, Refresh tear Plus), polyethylene glycol 400 (Systan Ultra UD)…
- Tra mỡ hoặc gel nước mắt nhân tạo: Dexpanthenol (Corneregel), Carbomer (Liposic eye gel), carboxymethylcellulose (Refresh liquid gel)
- Thay đổi lối sống: ví dụ dùng thiết bị làm ẩm không khí, ngưng hút thuốc.
- Cyclosporin 0.05% (Restasis 0.05%) nhỏ 2-4 lần/ ngày hiệu quả đối với tình trạng khô mắt mạn tính và giảm tiết nước mắt do viêm. Nhỏ Cyclosporin sẽ có cảm giác bỏng rát khoảng vài tuần đầu, thuốc có tác dụng sau 1-3 tháng sử dụng. Để tăng hiệu quả của thuốc và làm giảm tác dụng phụ, có thể nhỏ kèm steroid (loteprednol 0.5%) X 2-4 lần/ ngày trong 1 tháng khi bắt đầu nhỏ cyclosporine.
- Nếu các cách trên không hiệu quả hoặc không thực hiện được cân nhắc phương pháp nút điểm lệ. Cần điều trị các tình trang viêm, bao gồm viêm bờ mi trước khi nút điểm lệ.

3. Mức độ nặng:

- Cyclosporin 0.05% (Restasis 0.05%) sử dụng như trên.

- Nút điểm lệ, kể cả điểm lệ trên và dưới nếu cần, phối hợp nhỏ nước mắt nhân tạo không có chất bảo quản mỗi 1-2 giờ. Cân nhắc việc nút điểm lệ vĩnh viễn bằng cách đốt điểm lệ nếu nút bị rơi.
- Sử dụng nước mắt nhân tạo dạng mỡ hoặc gel 2-4 lần/ ngày và trước khi ngủ.
- Đeo kính tạo ẩm ban đêm.
- Nếu có sợi nhầy hoặc sợi giác mạc thì cần bóc sợi và dùng acetylcysteine 10% 4 lần/ ngày.
- Các điều trị khác như dùng dầu cá omega 3, dầu hạt lanh, huyết thanh tự thân, thuốc nhỏ vitamin A, dùng kính áp tròng dạng băng mắt hoặc kính củng mạc.
- Cân nhắc phẫu thuật khâu cò vĩnh viễn nếu các cách trên không hiệu quả. Có thể dùng băng dính để khâu cò tạm (tại vị trí 1/3 giữa và ngoài) trong khi chờ phẫu thuật khâu cò.
- Cần điều trị các bệnh lý phối hợp với khô mắt như viêm bờ mi, các bệnh lý giác mạc do hở mi, rối loạn tuyến Meibomius…

VII. Theo dõi:

- Đánh giá bệnh nhân sau vài ngày hoặc vài tháng dựa vào độ nặng của các triệu chứng và mức độ khô mắt.
- Các trường hợp khô mắt nặng do các bệnh lý mạn tính toàn thân như viêm khớp dạng thấp, hội chứng Sjogren, sarcoidosis, pemphigoid tại mắt cần được theo dõi sát hơn.

Tài liệu tham khảo:

1. Bagheri, Nika; Wajda, B.N (2017) The Wills Eye Manual: Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease (7th edition). Chapter 4: Cornea, 118- 22
2. Mannis M.J, Holland (2017). Cornea: Fundamentals, Diagnosis and Management (4th edition). Chapter 33: Dry Eye, 968-1008.
3. DEWS II Report (2017). Kết Luận Và Khuyến Cáo Hội Thảo Khô Mắt Quốc Tế Lần II – 2017. Nhà Xuất Bản Y Học.

PHẦN 2: CHẤN THƯƠNG MẮT

BỎNG MẮT

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Triệu chứng lâm sàng

- Cộm xốn, kích thích, đau nhức, nhìn mờ.
- Mức độ đau thường không tương ứng với mức độ nặng trên lâm sàng: các trường hợp bỏng hóa chất nặng thường ít đau hơn do các tận cùng thần kinh đã bị phá hủy, đây là một dấu hiệu tiên lượng nặng.

2. Phân độ bỏng mắt (theo Roper Hall's)

Phân độ	Triệu chứng	Tiên lượng
Độ I	óc biểu mô giác mạc, nhu mô bên dưới còn trong. ết mạc cương tụ. hông thiếu máu (khiếm dưỡng rìa).	Tốt
Độ II	óc biểu mô giác mạc, giác mạc đục nhẹ vẫn quan sát thấy được các chi tiết của mống mắt. ết mạc phù. iếu máu vùng rìa < 1/3 chu vi (120°).	Khá
Độ III	ất toàn bộ biểu mô giác mạc. ục giác mạc, không thấy được chi tiết của mống mắt. iếu máu vùng rìa từ 1/3 – 1/2 chu vi (120° – 180°).	Nặng
Độ IV	oại tử kết mạc. ục giác mạc. uất huyết tiền phòng. iếu máu vùng rìa > 1/2 chu vi (180°).	Rất nặng

II. NGUYÊN NHÂN

1. Bỏng chất kiềm (alkali)

- Chất kiềm là chất ưa lipid và có khả năng thấm nhanh và sâu hơn acid. Chất kiềm có khả năng xà phòng hóa màng tế bào làm phá vỡ, gây chết tế bào và hoại tử mô. Do đó trong các trường hợp bỏng kiềm nặng, chất kiềm có thể thấm vào tiền phòng gây tổn thương mống mắt, thể mi, thủy tinh thể và vùng bè giác củng mạc. Với nồng độ pH khoảng 11.5 có thể gây các tổn thương không thể phục hồi.
- Các chất kiềm thường gặp: calcium hydroxide (vôi, xi măng), potassium hydroxide, sodium hydroxide (xút), ammonium hydroxide (ammoniac).

2. Bỏng chất acid

- Chất acid gây đông đặc các protein bề mặt nhãn cầu do đó tạo nên rào chắn không cho acid thấm sâu hơn vào mô bên dưới, do đó bỏng acid thường không tiến triển và giới hạn ở bề mặt.
- Trừ trường hợp acid hydrofluoric: là acid yếu có khả năng thấm nhanh qua màng tế bào và khả năng phá hủy tương tự như chất kiềm.
- Các chất acid thường gặp: acid bình xe, trong công nghiệp…

III. XỬ TRÍ CẤP CỨU

1. Nơi xảy ra bỏng:

- Rửa mắt bằng bất cứ nước sạch nào có thể ở tại hiện trường.
- Nếu bỏng vôi: lấy vôi cục ra khỏi mắt càng nhanh càng tốt.

2. Ở bệnh viện:

Bệnh nhân cấp cứu vì bỏng hóa chất cần được ưu tiên rửa mắt trước (trước khi tiến hành đo thị lực).

Quá trình khai thác bệnh sử có thể tiến hành song song hoặc sau khi bệnh nhân đã được rửa mắt.

- Lấy hết ngoại vật ra khỏi mắt, đặc biệt nếu dị vật là vôi sống hay vôi cục.
- Lật mi trên và mi dưới để kiểm tra dị vật, kiểm tra thật kĩ cùng đồ trên.
- Dùng thuốc nhỏ NaCl 0,9% rửa sạch cùng đồ (nếu không có lấy nước suối, nước sạch rửa càng sớm càng tốt).
- Đo độ pH bằng giấy quỳ.
- Đặt vành mi nếu cần thiết.
- Dẫn lưu rửa mắt bằng dung dịch nước muối sinh lý 0,9% hoặc Lactate Ringer ít nhất 500ml trong khoảng 30 phút.
- Kiểm tra lại độ pH và cần rửa tiếp tục cho đến khi độ pH trở về bình thường (từ 7,0 – 7,5).

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Chỉ định điều trị tùy thuộc vào mức độ bỏng:

- Bỏng độ I và II: điều trị ngoại trú
- Bỏng độ III và IV: có chỉ định nhập viện

2. Điều trị cụ thể

a. *Điều trị nội khoa*

- Phòng ngừa nhiễm trùng: Kháng sinh nhỏ mắt: nhóm Fluoroquinolon thế hệ 3 hoặc 4 như Levofloxacin 0.5%, Ofloxacin 0.3% hoặc Moxifloxacin 0.5%, nhỏ 6 – 10 lần/ngày tùy theo đánh giá lâm sàng.
- Chống dính mống: Atropin 1% nhỏ 2 lần/ngày.
- Giảm viêm:
  - Trong 7 ngày đầu: nhỏ Corticosteroid tại chỗ 4-6 lần/ngày.
  - Sau 7 ngày: nhỏ NSAIDs nhỏ 3-4 lần/ngày.
- Chống nhuyễn giác – củng mạc và chống dính mi cầu:
  - Doxycycline 100 mg uống 1 viên x 2 lần/ngày.
  - Thuốc mỡ tra mắt Tetracycline 1% tra 4 lần/ngày.
- Hạ nhãn áp (nếu có tăng nhãn áp kèm theo)
  - Tại chỗ: nhóm betablocker như Timolol 0.5% nhỏ 2 lần/ngày; hoặc nhóm carbonic anhydrase inhibitors như Azopt 1% nhỏ 3 lần/ngày.
  - Toàn thân: Acetazolamid 250mg uống 1 viên x 2-4 lần/ngày.
- Điều trị hỗ trợ khác:
  - Thuốc giảm đau nhóm NSAIDs như Diclofenac 50mg, Floctafenine 200mg hoặc Paracetamol 500mg hoặc dạng phối hợp Paracetamol/Ibuprofen uống 1 viên x 3 lần/ngày.
  - Vitamin C 500mg uống 1 viên x 2-4 lần/ngày.

b. *Điều trị ngoại khoa:*

- Cắt lọc mô hoại tử.
- Tách dính mi cầu: bằng spatula hoặc đặt khuôn chống dính.
- Chọc rửa tiền phòng: khi pH cao, phù giác mạc, xếp nếp màng Descemet, có tiết tố trong tiền phòng, đục thủy tinh thể.
- Ghép màng ối: sau 5 ngày khi pH trở về bình thường, trong các trường hợp:
  - Tróc biểu mô giác mạc rộng khó lành.
  - Khiếm dưỡng, hoại tử kết mạc quanh rìa, nguy cơ tạo màng giả.
  - Tổn thương kết mạc nhãn cầu, cùng đồ và mi mắt; nguy cơ gây dính.

V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Bỏng nhẹ	Thường lành hoàn toàn. Biểu mô giác mạc tái tạo, phù nhu mô giảm dần. Xuất huyết kết mạc và mảng phù mọng tự hết.
Bỏng trung bình	Giác mạc tái tạo biểu mô chậm, nhất là ở các vùng trắng rìa và mạch máu thượng củng mạc. Giác mạc vẫn phù mờ. Viêm màng bồ đào kéo dài dù có dùng thuốc.
Bỏng tiến triển -> bán cấp	Thời gian lành từ hàng tuần đến hàng tháng. Tan nhuyễn dần mắt do viêm tiến triển, có hủy protein, tân mạch và đục giác mạc. Glaucoma thứ phát do dính mống trước và làm sẹo vùng bè có thể gây mất thị lực. Dính mi cầu bắt đầu ở pha bán cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nhãn khoa lâm sàng, Bộ môn mắt trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (2007), "Bỏng mắt", , NXB Y học, tr.3 – 7. Nhãn khoa lâm sàng
2. . Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý về mắt của bộ y tế năm 2015
3. Phác đồ điều trị bệnh viện mắt TPHCM 2018
4. Alharbi Z, Piatkowski A, Dembinski R, et al; Treatment of burns in the first 24 hours: simple and practical guide by answering World J Emerg Surg. 2012.
5. Cleland H; Thermal burns - assessment and acute management in the general practice setting. Aust Fam Physician. 2012.
6. Enoch S, Roshan A, Shah M; Emergency and early management of burns and scalds. BMJ. 2009.
7. Stander M, Wallis LA; The emergency management and treatment of severe burns. Emerg Med Int. 2011.

DỊ VẬT KẾT MẠC – GIÁC MẠC

I. ĐẠI CƯƠNG

- Dị vật kết mạc: dị vật (kim loại hay phi kim loại) nằm trong túi kết mạc.
- Dị vật giác mạc nông: nằm biểu mô, màng Bowmann, phần ngoài nhu mô của giác mạc.
- Dị vật giác mạc sâu: ở phần trong nhu mô, trên màng Descement của giác mạc.

II. NGUYÊN NHÂN: Xung đột, tai nạn, thể thao, lao động.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Cộm xốn, kích thích, đau nhức, chảy nước mắt.
- Khám: Dị vật trong kết mạc, trên hay trong nhu mô giác mạc, vòng rỉ sét trên giác mạc, kết mạc cương tụ, mi mắt có thể sưng nhẹ.

2. Cận lâm sàng

- Thực hiện trong trường hợp cần thiết: chụp X-quang hốc mắt, siêu âm mắt.
- Các cận lâm sàng cần thiết trong trường hợp lấy dị vật tại phòng mổ: công thức máu, TS, TC, HbsAg, anti – HCV...

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm kết mạc
- Viêm giác mạc.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Trường hợp dị vật nông: lấy dị vật tại phòng tiểu phẫu

- Nhỏ tê tại chỗ Tetracain 0.5%.
- Lấy dị vật bằng kim 26G1/2, cạo sạch vòng rỉ sét.
- Trường hợp vòng rỉ sét quá nhiều không nên lấy hết trong một lần, hẹn bệnh nhân tái khám sau 03 ngày để tiếp tục lấy nếu cần.
- Tra thuốc mỡ kháng sinh Ofloxacin 0.3% hoặc Tobramycin 0.3%.

2. Trường hợp dị vật sâu: lấy dị vật tại phòng mổ.

3. Thuốc điều trị sau khi lấy dị vật

- Phòng ngừa nhiễm trùng: Kháng sinh nhỏ mắt: nhóm Fluoroquinolon thế hệ 3 hoặc 4 như Levofloxacin 0.5%, Ofloxacin 0.3% hoặc Moxifloxacin 0.5%, nhỏ 4-6 lần/ngày trong 1-2 tuần.
- Kháng sinh mỡ tra mắt nếu có kèm tróc biểu mô nhiều: Tobramycin 0.3% hoặc Ofloxacin 0.3%.
- Nước mắt nhân tạo (chứa natri hyaluronate) giúp tái tạo biểu mô giác mạc: nhỏ 4-6 lần/ngày trong 1-2 tuần.
- Thuốc giảm đau nhóm NSAIDs như Diclofenac 50mg, Floctafenine 200mg hoặc Paracetamol 500mg hoặc dạng phối hợp Paracetamol/Ibuprofen uống 1 viên x 3 lần/ngày trong 3-5 ngày.

V. THEO DÕI

- Tái khám sau 3-5 ngày tùy theo mức độ tổn thương giác mạc.
- Kiểm tra: lấy sạch dị vật? Vòng rỉ sét còn sót? Sự lành biểu mô giác mạc? Viêm giác mạc?

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý về mắt của bộ y tế năm 2015
2. Phác đồ điều trị bệnh viện mắt TPHCM 2018
3 Aslam SA, Sheth HG, Vaughan AJ; Emergency management of corneal injuries. Injury. 2007.

4 Corneal superficial injury; NICE CKS, September 2012
5 Removal of a Corneal Foreign Body (2014); American Academy of Ophthalmology.
6 Turner A, Rabiu M; Patching for corneal abrasion. Cochrane Database. 2006.
7 Upshaw JE, Brenkert TE, Losek JD; Ocular foreign bodies in children. Pediatr Emerg Care. 2008.

RÁCH KẾT MẠC

I. NGUYÊN NHÂN

- Xung đột, tai nạn, thể thao, lao động.
- Vật gây thương tích: Dao, kéo, kim, đạn, dây kẽm...

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Cộm xốn, đỏ mắt sau chấn thương.
- Khám: Mô tả vết rách kết mạc: vị trí, kích thước, có dị vật kèm theo không? Có xuất huyết dưới kết mạc kèm theo không? Củng mạc bên dưới có nguyên vẹn không?

2. Cận lâm sàng

Các cận lâm sàng cần thiết: công thức máu, TS, TC, HbsAg, anti – HCV…

III. ĐIỀU TRỊ

1. Phẫu thuật

- Gây tê tại chỗ.
- Thám sát củng mạc bên dưới, kiểm tra dị vật trong vết rách.
- Khâu kết mạc bằng chỉ Vicryl 8.0.
- Tra thuốc mỡ kháng sinh Ofloxacin 0.3% hoặc Tobramycin 0.3%.

2. Thuốc điều trị hậu phẫu

- Kháng sinh nhỏ mắt: nhóm Fluoroquinolon thế hệ 3 hoặc 4 như Levofloxacin 0.5%, Ofloxacin 0.3% hoặc Moxifloxacin 0.5%, nhỏ 4-6 lần/ngày trong 1-2 tuần.
- Kháng sinh mỡ tra mắt (nếu cần): Tobramycin 0.3% hoặc Ofloxacin 0.3%.
- Kháng sinh uống (nếu cần): Cephalexin 500mg uống 1 viên x 2-3 lần/ngày; hoặc Ofloxacin 200mg uống 1 viên x 2 lần/ngày trong 5-7 ngày.
- Kháng viêm (nếu cần): Methylprednisolone 4-16mg uống trong 5-7 ngày.
- Thuốc giảm đau nhóm NSAIDs như Diclofenac 50mg, Floctafenine 200mg hoặc Paracetamol 500mg hoặc dạng phối hợp Paracetamol/Ibuprofen uống 1 viên x 3 lần/ngày trong 3-5 ngày.

IV. THEO DÕI

- Kết mạc khâu kín, sạch.
- Cắt chỉ sau 1 tuần nếu chỉ gây cộm xốn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. . Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý về mắt của bộ y tế năm 2015
2. Phác đồ điều trị bệnh viện mắt TPHCM 2018
3. Aslam SA, Sheth HG, Vaughan AJ; Emergency management of corneal injuries. Injury. 2007.
4. Corneal superficial injury; NICE CKS, September 2012
5. Removal of a Corneal Foreign Body (2014); American Academy of Ophthalmology.
6. Turner A, Rabiu M; Patching for corneal abrasion. Cochrane Database. 2006.
7. Upshaw JE, Brenkert TE, Losek JD; Ocular foreign bodies in children. Pediatr Emerg Care. 2008.

ĐỤC – LỆCH/VỠ THUỶ TINH THỂ DO CHẤN THƯƠNG

I. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Giảm thị lực sau chấn thương.
- Khám: Thuỷ tinh thể đục, vỡ hoặc lệch ra sau, vào khoang dịch kính, tiền phòng sâu, hoặc lệch ra trước gây xẹp tiền phòng, tăng nhãn áp.

2. Cận lâm sàng

- Siêu âm mắt, đo Javal, tính công suất kính nội nhãn.
- X-quang, CT-scan sọ não, hốc mắt nếu nghi ngờ vỡ xương hốc mắt.
- Xét nghiệm công thức máu, Glycemie, TS, TC, ELISA, HbsAg, Anti – HCV...

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Sa lệch thuỷ tinh thể do đục thuỷ tinh thể tuổi già.
- Hội chứng Marfan.

II. ĐIỀU TRỊ

1. **Điều trị ngoại khoa**

- Mổ sớm lấy thuỷ tinh thể lệch, vỡ < 2 tháng kể từ khi chấn thương:
  - Chỉ định trong trường hợp thuỷ tinh thể lệch vỡ gây tăng áp, thuỷ tinh thể phòng gây nghẽn đồng tử, thuỷ tinh thể lệch hoặc bán lệch gây tăng áp điều trị nội khoa không đáp ứng.
  - Phương pháp phẫu thuật: ECCE + IOL, lensectomy + IOL, cắt bè củng mạc phối hợp lấy thuỷ tinh thể.
- Mổ sau 2 tháng:
  - Thuỷ tinh thể đục bán lệch đứt <= ¼ Zin: Phaco + IOL vòng.
  - Thuỷ tinh thể đục bán lệch đứt > ¼ Zin, thuỷ tinh thể mềm ở người < 35 tuổi: lensectomy + IOL củng mạc hay sulcus.
  - Thuỷ tinh thể đục bán lệch đứt > ¼ Zin, thuỷ tinh thể cứng ở người > 35 tuổi: ECCE + IOL củng mạc hay sulcus.
- Thuỷ tinh thể đục sa vào dịch kính: Vitrectomy phối hợp lấy thuỷ tinh thể sa dịch kính, phaco fracmatome nếu nhân thuỷ tinh thể mềm + IOL củng mạc. Chống chỉ định mổ trong trường hợp giác mạc xấu, tổn thương thần kinh, võng mạc.

2. **Thuốc:**

a. Chuẩn bị trước mổ:

- Vệ sinh mắt: dán lông mi, bơm rửa lệ đạo, đo thị lực, nhãn áp.
- Uống Acetazolamide 250mg 2 viên trước mổ 1-2 giờ.
- Thuốc nhỏ dãn đồng tử: Phenylephrin 10% + Tropicamid 1%; kháng sinh nhỏ: Levofloxacin 0.5%, Moxifloxacin 0.5% hoặc Besifloxacin 0.6% trước mổ 1 giờ.
- Băng mắt mổ

b. Trong phòng mổ:

- Sát trùng mắt bằng Povidine iodine 5%, sát trùng da mi bằng Povidine iodine 10%.
- Sau phẫu thuật bơm Vancomycin tiền phòng và chích Dexamethasone dưới kết mạc.
- Băng mắt sau mổ.

c. Hậu phẫu:

- Kháng sinh nhỏ mắt: nhóm Fluoroquinolon thế hệ 3 hoặc 4 như Levofloxacin 0.5% hoặc Moxifloxacin 0.5%, nhỏ 4-6 lần/ngày trong 1-2 tuần.
- Kháng sinh uống: Ofloxacin 200mg uống 1 viên x 2 lần/ngày trong 5-7 ngày.
- Kháng viêm nhỏ: Prednisolon acetate 1% nhỏ 4-6 lần/ngày.

- Kháng viêm uống: Methylprednisolone 4-16mg uống trong 5-7 ngày. Hoặc tiêm Corticosteroid dưới kết mạc.
- Thuốc giảm đau nhóm NSAIDs như Diclofenac 50mg, Floctafenine 200mg hoặc Paracetamol 500mg hoặc dạng phối hợp Paracetamol/Ibuprofen uống 1 viên x 3 lần/ngày trong 3-5 ngày.
- Nâng cao thể trạng: Vitamin C 500mg, Vitamin A 5000UI, Vitamin E 400UI...

III. THEO DÕI

- Theo dõi giác mạc, tiền phòng, đồng tử.
- Kính nội nhãn đúng vị trí.
- Tình trạng viêm, tăng áp sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1.. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý về mắt của bộ y tế năm 2015

2. Phác đồ điều trị bệnh viện mắt TPHCM 2018

3.The Wills Eye Manual: Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease, 5th Edition.

4.Albert & Jakobiec's Principles & Practice of Ophthalmology, 3rd Edition.

BỆNH LÝ THẦN KINH THỊ DO CHẤN THƯƠNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh nhân có tiền sử chấn thương vùng gò má, trán, thái dương.
- Dấu hiệu đặc trưng: tổn thương đồng tử hướng tâm của sợi trục tế bào hạch biểu hiện bằng đồng tử dãn kết hợp sự mất hoặc yếu biên độ thu đồng tử khi chiếu ánh sáng trực tiếp nhưng phản xạ đồng cảm vẫn bình thường.
- Thị lực giảm sút trầm trọng trong khi tình trạng nhãn cầu hoàn toàn bình thường.

II. NGUYÊN NHÂN

- Chèn ép thần kinh thị tại ống thị.
- Nghẽn tắc mạch máu nuôi.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Giảm thị lực trầm trọng sau chấn thương.
- Khám: đồng tử dãn kết hợp sự mất hoặc yếu biên độ thu đồng tử khi chiếu ánh sáng trực tiếp nhưng phản xạ đồng cảm vẫn bình thường

2. Cận lâm sàng

- X-quang không chuẩn bị của lỗ thị.
- CT-scan sọ não, hốc mắt.

IV. ĐIỀU TRỊ

Chỉ điều trị trong trường hợp chấn thương xảy ra trong vòng 1 tuần, X-quang phổi bình thường, khám nội không có gì đáng lưu ý.

- Liều tấn công: Methylprednisolone 20mg/kg IV → 10mg/kg IV 2 giờ sau → 10mg/kg IV 6 giờ sau.
- Liều duy trì: 10mg/kg IV từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 5.
- Kiểm soát thị lực và phản xạ đồng tử trong 48-72 giờ.
    - Nếu thị lực không cải thiện: ngưng điều trị.
    - Nếu thị lực cải thiện: tiếp tục điều trị trong 5 ngày rồi giảm liều nhanh dần.
    - Nếu thị lực cải thiện rồi tiến triển xấu lại: xem xét mổ giải áp bởi chuyên khoa tai mũi họng bằng nội soi.

V. TIÊN LƯỢNG

Có mối liên quan giữa thị lực ban đầu và tiên lượng phục hồi thị lực

- Bệnh nhân mất hoàn toàn thị lực: khả năng phục hồi thị lực rất thấp.
- Khoảng 50% các trường hợp chấn thương thần kinh thị, dù có điều trị hoặc không, sẽ có sự phục hồi thị lực ở một mức độ nào đó, dù không nhiều.
- Khi có gãy thành hốc mắt kèm theo, nguy cơ cao sẽ mất thị lực nặng do lực chấn thương tác động mạnh lên thần kinh thị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý về mắt của bộ y tế năm 2015
2. Phác đồ điều trị bệnh viện mắt TPHCM 2018
3.The Wills Eye Manual: Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease, 5th Edition.
4.Albert & Jakobiec's Principles & Practice of Ophthalmology, 3rd Edition.

PHẦN 3: CÁC BỆNH LÝ ĐÁY MẮT

BỆNH LÝ VÕNG MẠC DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Việc điều trị võng mạc tiểu đường hiện nay phụ thuộc vào phân loại bệnh và mức độ của nó. Hiện nay phân loại của nghiên cứu ETDRS vẫn được áp dụng phổ biến nhất trên thế giới.

ETDRS phân võng mạc tiểu đường thành 2 dạng bệnh, 2 dạng bệnh này được điều trị tương đối độc lập nhau:

1. Bệnh lý mạch máu võng mạc do đái tháo đường
   - Bệnh lý mạch máu võng mạc do đái tháo đường không tăng sinh
   - Bệnh lý mạch máu võng mạc do đái tháo đường tăng sinh
   - Bệnh lý mạch máu võng mạc do đái tháo đường nặng
2. Bệnh lý hoàng điểm đái tháo đường
   - Thể thiếu máu
   - Thể phù

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Soi đáy mắt: vi phình mạch, bất thường mạch máu võng mạc, thắt nút tĩnh mạch, xuất huyết võng mạc, xuất tiết dạng bông, tân mạch gai, tân mạch võng mạc, xuất huyết dịch kính, xuất huyết trước võng mạc

2. Cận lâm sàng:
   - Chụp mạch huỳnh quang
   - OCT

III. ĐIỀU TRỊ

- Laser quang đông võng mạc
- Tiêm anti-VEGF nội nhãn
  - Lucentis (Ranibizumab 0,5mg/0,05ml)
  - Avastin (Bevacizumab 1,25mg/0,05ml)
  - Eylea (Aflibercept 2mg/0,05ml)
- Tiêm Steroid nội nhãn trong trường hợp phù dai dẳng: Triamcinolone Acetonide, Ozudex (Dexamethasone)
- Phẫu thuật cắt dịch kính, bóc màng co kéo: Chỉ định khi
  - Xuất huyết dịch kính dai dẳng không cho phép laser quang đông
  - Bong võng mạc co kéo tiến triển đe dọa hoàng điểm
  - Bong võng mạc co kéo kết hợp với lỗ rách võng mạc
  - Xuất huyết trước võng mạc hoàng điểm

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý về mắt của bộ y tế năm 2015
2. Phác đồ điều trị bệnh viện mắt TPHCM 2018
3. Basic and clinical science course, (2010 - 2011), American academy of ophthalmology, Section 12, Retina and vitreous.
4. Jack J. Kanski, Brad Bowling, (2011), "Diabetic retinopathy, retinal vascular disease", Clinical ophthalmology, Elsevier Limited, 13: 534 -549.

BỆNH VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRƯỚC CẤP TÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm màng bồ đào trước cấp tính là viêm cấp tính của mống mắt và thể mi. Bệnh khá phổ biến, nếu không được điều trị kịp thời có thể gây biến chứng nặng và dẫn đến mù loà.

II. NGUYÊN NHÂN

1. Nhiễm trùng: Vi khuẩn (Tụ cầu, liên cầu, phế cầu...). Virus (Herpes, Zona, cúm...). Nấm (Candida, Aspergilus...). Ký sinh trùng (Toxoplasma, giun, ấu trùng sán...)
2. Miễn dịch: Yếu tố kháng nguyên HLA. Hội chứng Behçet. Hội chứng Vogt-Koyanagi-Harada...
3. Dị ứng: Chất nhân protein của thuỷ tinh thể.
4. Nhiễm độc: Hoá chất, độc tố tác nhân nhiễm khuẩn, u ác trong nhãn cầu...

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng:

- Nhìn mờ: do đục các môi trường trong suốt…
- Đau: Đau do co thắt thể mi và đầu thần kinh bị kích thích bởi độc tố.
- Sợ ánh sáng và chảy nước mắt: do kích thích dây V.
- Đỏ mắt: do cương tụ rìa.

b. Triệu chứng thực thể:

- Cương tụ rìa: do ứ đọng và giãn mạch máu sâu quanh rìa, càng xa vùng rìa cương tụ càng giảm dần, có khi mầu tím sẫm.
- Tủa sau giác mạc: Dạng bụi
- Trong giai đoạn cấp của viêm màng bồ đào mãn tính có thể có hạt trên mống mắt :
    - Hạt Koeppe: nhỏ và nằm trên bờ đồng tử.
    - Hạt Busacca: lớn hơn ít gặp. Nằm trên bề mặt mống mắt, trong các đợt cấp viêm màng bồ đào mãn tính.
- Tyndall (+): Tế bào trong tiền phòng là dấu hiệu của viêm hoạt tính.
- Xuất tiết: do tổn thương mạch máu mống mắt, dò rỉ protein ra thuỷ dịch.
- Mủ tiền phòng: Có thể có.
- Dính mống mắt vào mặt trước thuỷ tinh thể
- Tế bào ở dịch kính trước
- Nhãn áp: giai đoạn đầu nhãn áp hạ do thể mi giảm tiết thuỷ dịch. Giai đoạn cuối nhãn áp thấp vĩnh viễn do thể mi bị huỷ hoại gây teo nhãn cầu. Trong đợt viêm cấp có thể tăng nhãn áp do nghẽn đồng tử hoặc góc tiền phòng.

2. Cận lâm sàng:

a. Các khám nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán bệnh như:

- Siêu âm để phát hiện tình trạng vẩn đục của dịch kính do viêm màng bồ đào sau hoặc tổ chức hoá dịch kính hoặc bong võng mạc là biến chứng của viêm màng bồ đào.
- Chụp mạch huỳnh quang đáy mắt để phát hiện tình trạng viêm mạch máu, ổ viêm hắc-võng mạc, tình trạng thiếu máu võng mạc hoặc phù võng mạc do viêm …
- Chụp OCT đáy mắt để phát hiện tình trạng phù võng mạc, tân mạch võng mạc… do viêm.

b. Các xét nghiệm cận lâm sàng để tìm nguyên nhân:

- Xét nghiệm sinh hoá
- Xét nghiệm huyết học

- Xét nghiệm miễn dịch
- Chẩn đoán hình ảnh: X quang, CT scanner, chụp cộng hưởng từ...

3. Chẩn đoán xác định

a. Lâm sàng

- Cương tụ rìa.
- Tủa sau giác mạc
- Tyndall
- Xuất tiết
- Dính mống mắt vào mặt trước thuỷ tinh thể

b. Cận lâm sàng

Để hỗ trợ chẩn đoán nguyên nhân

4. Chẩn đoán phân biệt

a.Viêm màng bồ đào trước tăng nhãn áp và glôcôm góc đóng:

Glôcôm góc đóng:

- Lắng đọng mặt sau giác mạc là sắc tố mống mắt
- Đồng tử có thể dính, như.ng luôn tự giãn

b.Viêm kết mạc cấp

- Ra ghèn mắt nhiều
- Cương tụ nông
- Không ảnh hưởng đến thị lực

c.Viêm loét giác mạc:

- Có tổn thương trên giác mạc

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chung:

a. Chống viêm

b. Chống dính

c. Điều trị ngoại khoa khi cần thiết

2. Điều trị cụ thể:

a. Thuốc giãn đồng tử và liệt thể mi

- Dùng dung dịch Artropin 1% - 4% tra ngày 2 -3 lần, nếu đồng tử giãn được cần duy trì ngày 1 lần.
- Nếu đồng tử không giãn với thuốc tra, cần tiêm dưới kết mạc quanh rìa dung dịch Adrenalin 1mg + Artropin 1/4 mg, vị trí tiêm 4 điểm: 3-9-6-12 giờ nếu đồng tử dính toàn bộ. Nếu không dính toàn bộ, tiêm dưới kết mạc tương ứng với chỗ dính đồng tử.

b. Dùng kháng sinh và các thuốc đặc hiệu theo nguyên nhân

- Kháng sinh:
  - Dùng theo kháng sinh đồ nếu có lấy bệnh phẩm nuôi cấy và làm kháng sinh đồ.
  - Dùng các kháng sinh phổ rộng (Cefalosporin thế hệ 2,3, nhóm Quinolon thế hệ 3, 4, nhóm Macrolid) đường uống hoặc tiêm truyền.
  - Thuốc chống virus, chống lao, chống nấm.
- Thuốc chống viêm

Corticoid là thuốc chủ lực trong điều trị viêm màng bồ đào

- Corticoid đường tra tại mắt
  - ✓ □ Là phương pháp điều trị chủ yếu của viêm màng bồ đào trước cấp
  - ✓ □ Số lần dùng tuỳ thuộc mức độ của viêm màng bồ đào.

- ✓ Nên dùng liều cao từ đầu để khống chế được phản ứng viêm, sau đó giảm dần liều trong nhiều ngày hoặc nhiều tuần, mỗi lần giảm khoảng 50% liều khi triệu chứng lâm sàng đã cải thiện.

- Tiêm cạnh nhãn cầu:
  - ✓ Dùng điều trị bổ trợ cho các trường hợp viêm màng bồ đào trước nặng
  - ✓ Thường tiêm 1ml chứa 40mg Methyl-prednisolon hoặc Triamcinolon.
- Đường toàn thân
  - ✓ Được chỉ định trong các trường hợp viêm màng bồ đào trước nặng.
  - ✓ Có thể dùng prednisolon uống với liều khởi đầu 1mg/kg trong 1 tuần sau đó giảm liều dần hoặc dùng đường truyền tĩnh mạch Methyl prednisolon trong các trường hợp nặng.

Các thuốc chống viêm không steroid, được sử dụng trong những trường hợp chống chỉ định corticoid hoặc để giảm bớt liều corticoid, như: Indomethacin, Diclofenac...

– Thuốc ức chế miễn dịch

Phối hợp với bác sĩ nội khoa, chỉ định khi không đáp ứng điều trị với corticoid hoặc chống chỉ định với corticoid.

- Nhóm alkylating:. Chỉ dùng trong những trường hợp nặng như: hội chứng Behçet, Wegener, Cyclophosphamide với liều bắt đầu 2mg/kg/ngày.
- Nhóm chống chuyển hoá: Azathioprine và Methotrexate.
- Nhóm ức chế hoạt hoá tế bào lympho T qua tác dụng ức chế chức năng interleukin-1 và interleukin-2: Cyclosporin A liều 2,5 đến 5 mg/kg/ngày.

V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG:

Đa số các trường hợp viêm màng bồ đào trước đáp ứng tốt với điều trị nội khoa. Tuy nhiên, nếu không phát hiện và điều trị kịp thời, bệnh có thể gây ra các biến chứng nặng như glôcôm, đục thuỷ tinh thể, phù hoàng điểm, bong võng mạc, teo nhãn cầu…

VI. PHÒNG BỆNH

Hiện chưa có biện pháp phòng bệnh đặc hiệu.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRUNG GIAN

I.TRIỆU CHỨNG

- Chủ quan: thấy ruồi bay và giảm thị lực. Sợ ánh sáng hoặc dấu hiệu viêm bên ngoài không đáng kể. Tuổi thường gặp 15-40, thường 2 mắt
- Khách quan: tế bào trong dịch kính, xuất tiết trắng ở miệng thắt và vùng phẳng phía dưới (snowbank). Bệnh nhân trẻ có thể đến khám vì xuất huyết dịch kính. Mạch máu võng mạc ngoại biên có áo viêm, tân mạch võng mạc ngoại biên, phản ứng tiền phòng nhẹ, phù hoàng điểm dạng nang, đục thủy tinh thể dưới bao sau, glaucoma thứ phát, màng trước võng mạc, bong võng mạc xuất tiết.

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

1.Nhiễm trùng: toxocariasis, bệnh Lyme, toxoplasmosis, giang mai
2.Bệnh toàn thân: sarcoidosis, xơ cứng rải rác, bệnh Behcet
3.Viêm màng bồ đào hậu phẫu hoặc xuất huyết pha lê thể cũ do chấn thương
4.Thâm nhiễm ác tính: lymphoma, retinoblastoma, ung thư di căn

III. CẬN LÂM SÀNG

-Công thức máu
- Angiotensin converting enzyme
-Thử giang mai: VDRL, FTA-ABS
- X quang phổi
- IDR lao
- Kháng thể bệnh Lyme
- Toxocara
- Chụp mạch huỳnh quang, OCT

IV. ĐIỀU TRỊ

Chỉ điều trị khi bệnh nhân có triệu chứng và biến chứng đe dọa thị lực. Nếu chỉ có tế bào trong dịch kính mà bệnh nhân không có triệu chứng hay không có giảm thị lực thì có thể theo dõi.

- Nhỏ mắt prednisolone acetate 1% mỗi 1-2h, có thể tiêm steroid dưới Tenon (0.5 to 1.0 mL of triamcinolone 40 mg/mL). Có thể tiêm lại mỗi 6-8 tuần cho đến khi thị lực và phù hoàng điểm không cải thiện thêm. Lưu ý glaucoma do steroid
- Nếu không cải thiện sau 3 lần tiêm, có thể dùng steroid đường toàn thân (prednisone 40 to 60 mg mỗi ngày trong 4-6 tuần sau đó giảm liều dần rồi ngưng)
- Áp lạnh vùng snowbank nếu bệnh nhân không đáp ứng với điều trị trên
- Có thể cắt dịch kính nếu bệnh dai dẳng

V. THEO DÕI

Mỗi 1 -4 tuần trong giai đoạn cấp tùy theo mức độ nặng
Mỗi 3-6 tháng trong giai đoạn mạn tính

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý về mắt của bộ y tế năm 2015
2. Phác đồ điều trị bệnh viện mắt TPHCM 2018
3 .The Wills Eye Manual: Office Eye Disease, 5th Edition Albert & Jakobiec's Principles
4..Endophthalmitis in Vitreo – Retinal Surgery of Bernd Kirchhof, David Wong: (2007 P.70 – 82)

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM THẦN KINH THỊ GIÁC

I. TRIỆU CHỨNG

❖Chủ quan:

– Giảm thị lực từng giờ, ngày, tuần sau khởi phát.
– Thường 1 mắt, có thể 2 mắt.
– Đau nhức hốc mắt, đau nhức khi vận động nhãn cầu.
– Rối loạn sắc giác.

❖ Khách quan

– Dấu hiệu Uhtoff (giảm TL khi gắng sức, khi thân nhiệt tăng)
– Dấu Lermitte: khi gập cổ BN cảm thấy như có luồng điện chạy dọc theo cột sống lan xuống tới chân.
– Có thể kèm các dấu hiệu thần kinh khu trú: mất thăng bằng, run chi,yếu chi, khó tiểu.
– Đồng tử giãn, PXAS chậm hoặc mất, có tổn thương đồng tử hướng tâm
– Gai thị: Gai thị trong giới hạn bình thường nếu viêm TKT hậu cầu

Gai thị phù nếu viêm gai

Dấu chứng cận lâm sàng:

– Điện thế gợi: thời gian tiềm phục kéo dài.
– Viêm TKT hậu cầu cần chụp MRI tìm dấu hiệu tăng kích thước và cản quang của TKT viêm. Dấu hiệu thoái hóa chất trắng quanh não thất hoặc tủy sống gặp trong bệnh MS.
– Viêm gai cần chụp mạch huỳnh quang tìm dấu hiệu tăng quang gai thị lan tỏa

II. CHẨN ĐÓAN PHÂN BIỆT

Phù gai do thiếu máu đầu thần kinh thị trước

III. NGUYÊN NHÂN

– Tại chỗ và lân cận: viêm màng bồ đào, viêm trong hốc mắt, viêm xoang sàng trước hoặc sau cấp

♦ Siêu vi, ký sinh trùng, nhiễm trùng(lao, giang mai), sarcoidosis.
♦ Hội chứng bồ đào màng não: nhãn viêm giao cảm, Harada, Behcet.
♦ Bệnh xơ cứng rải rác:

IV. CẬN LÂM SÀNG

– Điện thế gợi: thời gian tiềm phục kéo dài.
– Viêm TKT hậu cầu cần chụp MRI tìm dấu hiệu tăng kích thước và cản quang của TKT viêm. Dấu hiệu thoái hóa chất trắng quanh não thất hoặc tủy sống gặp trong bệnh MS.
– Viêm gai cần chụp mạch huỳnh quang tìm dấu hiệu tăng quang gai thị lan tỏa.
– Xét nghiệm máu: VS, NGFL, glycemie,VDRL, chức năng gan – thận
– X quang phổi
– Khám nội khoa
– Khám nội thần kinh nếu có triệu chứng thần kinh

V. ĐIỀU TRỊ

– Hướng đến viêm gai hoặc viêm TKT hậu cầu do siêu vi, do viêm xoang:

♦ Solumedrol 0,250- 0.50g (tùy độ trầm trọng giảm thị lực) pha trong 50 ml NaCl 0.9% TTM chậm trong 5 ngày
♦ Sử dụng thêm kháng sinh nếu có viêm xoang

– Hướng đến viêm gai hoặc viêm TKT hậu cầu liên quan bệnh MS :

♦ Liều tấn công 1gm Solumedrol pha trong 50ml NaCl 0,9% mỗi ngày trong 3 ngày.
♦ Liều duy trì: prednisone uống 1mg/kg/ngày trong 11 ngày.

VI. THEO DÕI

Diễn biến hồi phục thị lực,sắc giác, nhạy cảm tương phản

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý về mắt của bộ y tế năm 2015

2. Phác đồ điều trị bệnh viện mắt TPHCM 2018

3. Flanders AE, Mafee MF, Rao VM, Choi KH. CT characteristics of orbital pseudotumors and other orbital inílammatory processes. J Comput Assist Tomogr 1989;13:40-47.

4.. Smith JL, Taxdal DS. Painful ophthalmoplegia. The Tolosa-Hunt syndrome. Am J Ophthalmol 1966;61:1466-1472.

5. Gerber DA, Bonham CA, Thomson AW. Immunosuppressive agents: recent developments in molecular action and clinical application. Transplant Proc 1998;30:1573-1579.

6. Lane L, Tamesis R, Rodriguez A, et al. Systemic immunosuppressive therapy and the occurrence of malignancy in patients with ocular inílammatory disease. Ophthalmology 1995;102:1530 -1535.

BỆNH HẮC VÕNG MẠC TRUNG TÂM THANH DỊCH

I. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch (HVMTTTD) biểu hiện bằng một vùng bong thanh dịch của lớp võng mạc thần kinh do dịch dò từ mao mạch hắc mạc xuyên qua lớp biểu mô sắc tố võng mạc.

Bệnh thường gây giảm thị lực tạm thời một bên mắt, hay gặp ở nam giới trong độ tuổi từ 20 đến 50. Một số trường hợp thị lực giảm không phục hồi dù bong thanh dịch võng mạc đã hết.

II. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân của bệnh còn chưa rõ.

Các giả thuyết trước đây cho rằng nguyên nhân gây bệnh là vận chuyển ion bất thường qua lớp biểu mô sắc tố võng mạc và bệnh lý khu trú của mạch máu hắc mạc.

Gần đây, hình ảnh chụp mạch huỳnh quang với Indocyanin Green (ICG) đã cho thấy sự tổn thương của lớp mao mạch hắc mạc gây rối loạn chức năng của lớp biểu mô sắc tố võng mạc.

Các cá thể có trạng thái thần kinh căng thẳng, cao huyết áp hay bị bệnh.

Bệnh còn được cho có liên quan đến sự tăng nồng độ cortison và epinephrine trong máu, tác động đến cơ chế tự điều hoà của mao mạch hắc mạc.

Các nghiên cứu gần đây còn cho thấy có sự liên quan giữa bệnh và tình trạng nhiễm Helicobacter pylori.

Bệnh do dịch dò từ mao mạch hắc mạc xuyên qua lớp biểu mô sắc tố võng mạc gây bong thanh dịch của lớp võng mạc thần kinh.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

a. Cơ năng: Bệnh nhân bị giảm nhanh thị lực trung tâm kèm theo các triệu chứng: nhìn vật nhỏ đi, rối loạn thị lực màu, ám điểm dương tính trung tâm…. Bệnh nhân có thể đau nhức nhẹ hố mắt, căng thẳng, mất ngủ.

b. Soi đáy mắt:

Thấy vùng bong võng mạc do thanh dịch (không có dịch xuất huyết phía dưới)

Có thể thấy các tổn thương khác kèm theo như: bong biểu mô sắc tố võng mạc, thoái hoá sắc tố võng mạc, các sợi tơ huyết hoặc các cặn lipid dưới võng mạc…

2. Cận lâm sàng:

a. Chụp mạch huỳnh quang: Cho thấy hình ảnh các điểm dò riêng rẽ của bệnh HVMTTTD điển hình hoặc các vùng tăng huỳnh quang không đều với các điểm dò kín đáo của bệnh biểu mô sắc tố lan toả. Giai đoạn muộn còn cho thấy hình ảnh lấp đầy huỳnh quang của bọng thanh dịch dưới võng mạc.

b. Hình ảnh chụp cắt lớp võng mạc (OCT): Cho thấy rõ các tổn thương của bệnh như: dịch dưới võng mạc, bong biểu mô sắc tố…và ngày càng được sử dụng rộng rãi để chẩn đoán và theo dõi bệnh.

c. Hình ảnh ICG: cho thấy hình ảnh tổn thương của mạch máu hắc mạc, mao mạch hắc mạc tăng tính thấm.

3. Chẩn đoán xác định

a. Soi đáy mắt sau khi nhỏ giãn: thấy vùng bong võng mạc do thanh dịch

b. Hình ảnh OCT: Cho thấy rõ các tổn thương của bệnh như: dịch dưới võng mạc, bong biểu mô sắc tố

c. Chụp mạch huỳnh quang: Cho thấy hình ảnh các điểm dò riêng rẽ của bệnh HVMTTTD điển hình hoặc các vùng tăng huỳnh quang không đều với các điểm dò kín đáo của bệnh biểu mô sắc tố lan toả. Giai đoạn muộn còn cho thấy hình ảnh lấp đầy huỳnh quang của bọng thanh dịch dưới võng mạc.

4. Phân loại

Bệnh chia làm hai thể lâm sàng:

a. Bệnh HVMTTTD điển hình gây ra bởi một hoặc nhiều điểm dò riêng biệt của lớp biểu mô sắc tố trên phim chụp mạch huỳnh quang.

b. Bệnh biểu mô sắc tố toả lan (Bệnh HVMTTTD mạn tính) do rối loạn toả lan chức năng của lớp biểu mô sắc tố, biểu hiện trên đáy mắt là vùng bong thanh dịch võng mạc trên nền một vùng thoái hoá của biểu mô sắc tố, biểu hiện trên phim chụp huỳnh quang là một vùng tăng huỳnh quang không đều với một hoặc nhiều điểm dò kín đáo.

5. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các nguyên nhân gây bong thanh dịch vùng hoàng điểm khác như: hố đĩa thị bẩm sinh, tân mạch hắc mạc, khối u.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chung

Bệnh thường tự khỏi sau 1 đến 6 tháng mà không cần điều trị.

Bệnh không có nguồn gốc viêm nên không chỉ định thuốc chống viêm đường toàn thân.

Chỉ định điều trị laser được đặt ra trong một số trường hợp đặc biệt.

2. Điều trị cụ thể

a. Điều trị nội khoa:

Với các trường hợp bị bệnh lần đầu, chỉ cần điều trị nội khoa và theo dõi hằng tháng.

Thuốc giúp thanh dịch dưới võng mạc rút nhanh hơn: acetazolamid viên 250mg ngày uống 1 đến 2 viên (uống chia 2 lần) trong 2 tuần

Dùng kèm kali viên 600mg ngày uống 1 viên (uống 1 lần) trong 2 tuần

Thuốc tăng cường sự vững bền thành mạch: acid ascorbic (vitamin C) viên 500mg ngày uống 05 viên (uống 1 lần) trong 10 ngày

Vitamin giúp phục hồi chức năng của lớp biểu mô sắc tố võng mạc: nicotinamid (vitamin PP) viên 50mg ngày uống 2 viên (chia 2 lần) trong 2 tuần.

Thuốc giãn mạch, tăng cường tuần hoàn: ginkgo biloba viên 40mg ngày uống 3 viên (chia 3 lần) trong 2 tuần.

b. Điều trị laser:

Chỉ định điều trị laser đặt ra nếu điểm dò nằm cách xa hoàng điểm trên 300 micron và bệnh nhân cần phục hồi thị lực nhanh (laser không làm tăng kết quả thị lực cuối cùng), hoặc các trường hợp bong võng mạc thanh dịch kéo dài trên 4 tháng hoặc tái phát trên mắt đã bị giảm thị lực vì bệnh HVMTTTD lần trước.

Sử dụng nốt laser có đường kính 100 micron, thời gian từ 0,1 - 0,2s, năng lượng vừa đủ để nốt bắn có màu xám nhạt và thường chỉ bắn từ 1 đến 5 nốt cho mỗi điểm dò.

V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Bệnh HVMTTTD thường tự khỏi sau 1 đến 6 tháng và đa số bệnh nhân (80-90%) phục hồi thị lực tốt (từ 8/10 trở lên). Dù thị lực được phục hồi, bệnh nhân vẫn có thể bị các triệu chứng như: nhìn vật biến dạng, giảm độ tương phản…

Số ít bệnh nhân còn lại phục hồi thị lực kém hơn và có nhiều nguy cơ tái phát hoặc chuyển thành bệnh biểu mô sắc tố lan toả, gây giảm thị lực nặng (từ 1/10 trở xuống) vĩnh viễn.

Có 40-50% bệnh nhân bị HVMTTTD điển hình bị tái phát bệnh trên cùng một mắt.

Nguy cơ gây tân mạch hắc mạc là khá thấp (dưới 5%) nhưng nguy cơ này tăng cao hơn ở người lớn tuổi.

VI. PHÒNG BỆNH

Nguyên nhân sinh bệnh chưa được xác định rõ nên chưa có biện pháp phòng bệnh đặc hiệu. Tuy nhiên, bác sĩ nên khuyên bệnh nhân nghỉ ngơi hợp lý, tránh làm việc căng thẳng và không nên sử dụng các chất kích thích như rượu, bia, cà phê…

VII.TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý về mắt của bộ y tế năm 2015
2. Phác đồ điều trị bệnh viện mắt TPHCM 2018

BỆNH TẮC TĨNH MẠCH VÕNG MẠC

I. ĐỊNH NGHĨA

Tắc tĩnh mạch võng mạc là bệnh lý mạch máu võng mạc biểu hiện sự ngừng trệ tuần hoàn trở về ở võng mạc, xảy ra ở thân tĩnh mạch trung tâm võng mạc ngay đĩa thị, sau lá sàng được gọi là tắc tĩnh mạch trung tâm võng mạc hoặc tắc ở thân tĩnh mạch sau khi phân chia 2 nhánh gọi là tắc tĩnh mạch nửa võng mạc hoặc tắc ở nơi bắt chéo động – tĩnh mạch gọi là tắc nhánh tĩnh mạch võng mạc.

II. NGUYÊN NHÂN

1. Các nguyên nhân toàn thân

Tăng huyết áp (vô căn): là nguyên nhân thường gặp nhất.

Xơ vữa động mạch: có thể đã gây tăng huyết áp hoặc chưa.

Tắc hay hẹp động mạch cảnh trong: do bẩm sinh hoặc do mảng xơ vữa động mạch gây nên.

Bệnh đái tháo đường.

Rối loạn mỡ máu: cholesterol máu tăng hoặc triglyceride tăng hoặc cả 2 loại đều tăng.

Bệnh thận: suy thận các mức độ, viêm cầu thận cấp, viêm cầu thận mãn...

Các bệnh về máu: thiếu máu, bệnh bạch cầu cấp, đa hồng cầu, thiếu máu, bệnh lý hồng cầu, rối loạn globulin máu...

Các bệnh lý mạch máu: viêm tĩnh mạch, viêm thành mạch mãn tính nguyên phát hay thứ phát sau nhiễm trùng tại chỗ hay toàn thân: bệnh giang mai, bệnh BehÇet, bệnh Eales, bệnh hệ thống collagen...

Bệnh còn hay gặp ở những người nghiện thuốc lá

2. Các nguyên nhân tại chỗ

Tăng áp lực hố mắt

Tăng nhãn áp do glôcôm mãn tính

Viêm tổ chức hốc mắt mãn tính...

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Bệnh thường xảy ra ở một mắt, giảm thị lực từ ít đến nhiều, có thể chỉ còn đếm ngón tay nhưng không hoàn toàn mất thị lực

Mắt bị bệnh không đau nhức, không đỏ mắt.

Khám đáy mắt: Tắc tĩnh mạch trung tâm võng mạc có 4 dấu hiệu chính:

Tĩnh mạch giãn to, ngoằn nghèo.

Phù đĩa thị, phù võng mạc và có thể phù hoàng điểm.

Xuất huyết võng mạc trải rộng từ đĩa thị ra tận ngoại vi võng mạc, có thể xuất huyết nông hoặc xuất huyết sâu trong võng mạc.

Vết dạng bông (xuất tiết mềm) tập trung quanh đĩa thị ít hay nhiều tùy thể (gặp nhiều ở thể thiếu máu).

Tắc tĩnh mạch nửa võng mạc hay tắc nhánh tĩnh mạch võng mạc: các triệu chứng khu trú ở vùng võng mạc được dẫn lưu bởi nhánh tắc.

Giai đoạn có biến chứng: ngoài 4 dấu hiệu trên còn có thể xuất hiện tân mạch (đĩa thị, võng mạc hoặc trên móng mắt, góc tiền phòng), xuất huyết dịch kính, bong võng mạc.

2. Cận lâm sàng

Chụp mạch ký huỳnh quang võng mạc: thì tĩnh mạch chậm, không có thuốc huỳnh quang trong lòng mao mạch (thiếu máu võng mạc), mao mạch vùng hoàng điểm không hiện lên (thiếu máu hoàng điểm). Khuếch tán thuốc huỳnh quang qua thành mao mạch và các tĩnh

mạch lớn gây tăng huỳnh quang ở võng mạc, đĩa thị, các hốc xung quang hoàng điểm (phù hoàng điểm dạng nang)
OCT võng mạc (Optical Coherence Tomography): đo chính xác chiều dày võng mạc và thể tích hoàng điểm.
Điện võng mạc: có giá trị tiên lượng bệnh. Tỷ số sóng b/ sóng a < 1 là có nguy cơ xuất hiện tân mạch.
Siêu âm màu Doppler: đo tốc độ dòng chảy động – tĩnh mạc trung tâm võng mạc, chẩn đoán bệnh lý tại động – tĩnh mạc trung tâm võng mạc.
Các xét nghiệm phục vụ cho chẩn đoán các bệnh toàn thân như: sinh hóa máu, huyết học, HIV, HBsAg....
3. Chẩn đoán xác định
Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng
4. Phân loại và thể bệnh
a.Phân theo vị trí tắc giải phẫu
Tắc tĩnh mạch trung tâm võng mạc: tắc ở thân tĩnh mạch võng mạc khi chui qua mảnh sang ở đĩa thị, tắc cả 4 nhánh tĩnh mạch: thái dương trên, mũi trên, thái dương dưới, mũi dưới.
Tắc nhánh tĩnh mạch võng mạc: tắc tĩnh mạch tại nơi bắt chéo động tĩnh mạch võng mạc. Có thể tắc nhánh tĩnh mạch thái dương trên hoặc mũi trên hoặc thái dương dưới hoặc mũi dưới.
Tắc tĩnh mạch nửa võng mạc: là tắc nhánh tĩnh mạch thái dương trên và mũi trên (tắc tĩnh mạch nửa võng mạc trên) hoặc tắc nhánh tĩnh mạch thái dương dưới và mũi dưới (tắc tĩnh mạch nửa võng mạc dưới).
b.Phân loại theo lâm sàng
Tắc tĩnh mạch võng mạc thể thiếu máu: thị lực giảm đột ngột và trầm trọng, thị trường thu hẹp, có ám điểm trung tâm tuyệt đối. Khám đáy mắt: có đầy đủ các dấu hiệu của tắc tĩnh mạch võng mạc nhưng xuất huyết võng mạc rất nhiều, ở cả lớp nông và sâu; có nhiều hơn 10 xuất tiết dạng bông. Chụp mạch huỳnh quang võng mạc có vùng võng mạc thiếu tưới máu trên 10 đường kính đĩa thị. Giai đoạn sau: bệnh gây biến chứng tân mạch võng mạc, tân mạch đĩa thị, tân mạch mống mắt, góc tiền phòng gây glôcôm tân mạch, xuất huyết dịch kính... Đĩa thị teo.
Tắc tĩnh mạch võng mạc thể không thiếu máu: thị lực giảm vừa, hoặc giảm trầm trọng, có thể có ám điểm trung tâm. Khám đáy mắt: có đầy đủ các dấu hiệu của tắc tĩnh mạch võng mạc nhưng xuất huyết võng mạc chủ yếu ở lớp nông, không có hoặc có từ 1 – 9 xuất tiết mềm; Chụp mạch huỳnh quang võng mạc có phù võng mạc tỏa lan, phù hoàng điểm hoặc phù hoàng điểm dạng nang ở giai đoạn sau. Phù võng mạc, hoàng điểm trên chụp cắt lớp võng mạc.
Tắc tĩnh mạch thể lành tính ở người trẻ: thường gặp ở người trẻ < 40 tuổi, không có bệnh toàn thân phối hợp. Thị lực giảm ít, không biến đổi thị trường hoặc điểm mù rộng ra. Khám đáy mắt: có đầy đủ các dấu hiệu của tắc tĩnh mạch võng mạc nhưng xuất huyết võng mạc nông, xuất hiện rải rác ở võng mạc hậu cực; không có hoặc có ít vết xuất tiết mềm nhỏ. Tuy nhiên, chụp mạch huỳnh quang võng mạc không thấy tổn thương hệ mao mạch võng mạc.
5. Chẩn đoán phân biệt
Bệnh võng mạc đái tháo đường: có tiền sử bệnh đái tháo đường, bệnh xuất hiện ở 2 mắt, tổn thương chủ yếu là vi phình mạch võng mạc.
Bệnh thiếu máu đầu trước thị thần kinh cấp tính: đĩa thị phù nhiều, xuất huyết nông tập trung chủ yếu quanh đĩa thị.

Bệnh tắc, hẹp tĩnh mạch và động mạch mắt gây hội chứng thiếu máu mắt: xuất huyết võng mạc tập trung nhiều ở võng mạc xích đạo và võng mạc chu biên. Xác định hẹp, tắc tĩnh mạch, động mạch mắt trên siêu âm màu Doppler hệ mạch cảnh.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chung

Điều trị bệnh tại mắt:

Các thuốc tiêu huyết khối

Các thuốc tiêu máu

Chống thiếu máu

Điều trị biến chứng

Điều trị phẫu thuật phối hợp khi cần thiết.

Phối hợp điều trị các bệnh toàn thân: tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn mỡ máu...

2. Điều trị cụ thể

Tắc tĩnh mạch thể lành tính: thường gặp ở người trẻ, thị lực giảm ít

Chỉ điều trị nội khoa bằng thuốc

Thuốc tăng cường tuần hoàn: Ginkgo biloba 40mg x 2 viên/ngày x 2- 3 tuần.

Thuốc giảm phù nề: Alphachymotripsin 10mg x 3 – 4 viên/ngày x 2 – 3 tuần.

Thuốc chống kết tụ tiểu cầu và giảm độ quánh của máu: Acetyl salicylic Acid 100mg x 1 viên/ngày x 2 – 3 tuần.

Thuốc tăng cường bền vững thành mạch máu: Vitamin C 1g/ngày x 2 –3 tuần.

Chống viêm có Cortisol: được dùng khi có phản ứng viêm quanh tĩnh mạch hoặc có bệnh hệ thống. Cortisol 0,6 – 0,8mg/kg/ngày x 7 – 10 ngày sau đó giảm liều dần (theo nguyên tắc sử dụng Corticoid).

Thuốc tiêu huyết khối (Streptokinase, Urokinase) hay thuốc tan huyết khối (Thrombolytic Agents) chỉ dùng khi bệnh nhân đã có xét nghiệm tỷ lệ Prothrombin bình thường và dùng theo chỉ định của các bác sỹ nội khoa.

Tắc tĩnh mạch võng mạc thể không thiếu máu

Điều trị nội khoa bằng thuốc như thể lành tính, thêm

Thuốc ức chế men Anhydraza: Acetazolamide 250mg x 1 viên/ngày x 2– 4 tuần.

Thuốc bù kali khi dùng thuốc ức chế men Anhydraza: Kaleorid 600mg x1 viên/ngày x 2 – 4 tuần.

Tra tại mắt thuốc chống viêm non-steroid 0,1% x 3 lần/ngày x 2 – 4 tuần.

Tiêm nội nhãn: anti-VEGF (Bevacizumab, Ranibizumab, Aflibercept), Steroids (Triamcinolone, Dexamethasone)

Điều trị bằng laser

Phù võng mạc ngoài hoàng điểm: chỉ điều trị bằng laser khi

Có xuất tiết dạng vòng bao quanh vùng mạch máu bất thường, làm khuếch tán huỳnh quang ra ngoài thành mạch, phá hủy các bất thường mạch máu này bằng laser sẽ giảm xuất tiết.

Nguy cơ có bong thanh dịch võng mạc khi phù võng mạc nhiều

Phù hoàng điểm: chỉ làm laser trong trường hợp

Phù hoàng điểm kéo dài trên 3 tháng

Thị lực không tăng, dưới 5/10 hoặc ngày càng giảm

Trên ảnh chụp mạch huỳnh quang hoặc OCT có phù hoàng điểm ngày càng tăng hoặc phù hoàng điểm dạng nang.

Tắc tĩnh mạch võng mạc thể thiếu máu

Điều trị nội khoa như thể phù

Điều trị laser: khi vùng võng mạc thiếu máu trên ảnh chụp huỳnh quang ≥10 đường kính đĩa thị.

Nếu đã có tân mạch đĩa thị hoặc tân mạch võng mạc: laser toàn bộ võng mạc trừ vùng võng mạc hậu cực.
Nếu đã có tân mạch mống mắt hoặc glôcôm tân mạch: tiêm nội nhãn thuốc chống tăng sinh tân mạch phối hợp laser toàn bộ võng mạc hoặc lạnh đông củng mạc.
Điều trị toàn thân:
Bằng các thuốc đặc hiệu khi tìm thấy nguyên nhân như: xơ vữa mạch máu, rối loạn mỡ máu, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh hệ thống collagen, bệnh giang mai...
Điều trị các bệnh tại chỗ như viêm tổ chức hốc mắt, glôcôm...

V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Tắc tĩnh mạch võng mạc lành tính ở người trẻ: bệnh tự thoái triển.
Tắc tĩnh mạch thể thiếu máu: có thể gây glôcôm tân mạch sau 100 ngày, hoặc tân mạch đĩa thị, tân mạch võng mạc gây xuất huyết dịch kính, bong võng mạc co kéo...
Tắc tĩnh mạch thể không thiếu máu: phù hoàng điểm kéo dài gây lổ hoàng điểm, có thể chuyển thể bệnh sang thể thiếu máu.

VI. PHÒNG BỆNH

Khuyến cáo bệnh nhân phải điều trị các bệnh toàn thân có nguy cơ cao như xơ vữa mạch máu, rối loạn mỡ máu, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh thận...
Khuyến cáo bệnh nhân không nên hút thuốc lá.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý về mắt của bộ y tế năm 2015
2.. Phác đồ điều trị bệnh viện mắt TPHCM 2018
3. Ocular Neovascularization with Retinal Vascular Occlusion-III – Incidence of Ocular Neovascularization with Retinal Vein Occlusion – Sohan Singh Hayreh, MD, PhD, FRCS Correspondence – MD, PhD, FRCS Sohan Singh Hayreh, Patricio Rojas, MS, Patricia Podhajsky, BSN, Paul Montague, CRA, Robert F. Woolson, PhD
4.Systemic disorders associated with retinal vascular occlusion – Recchia, Franco M. MD; Brown, Gary C. MD

XUẤT HUYẾT DỊCH KÍNH

I. TRIỆU CHỨNG:

- Chủ quan: giảm thị lực không kèm đau nhức, hay đột nhiên thấy đốm đen, mạng nhện, hay thấy hình ảnh bị nhòe.
- Khách quan: nếu thấy xuất huyết nhiều sẽ thấy mất ánh đồng tử, không soi được đáy mắt. Có thể thấy hồng cầu trong dịch kính trước. Nếu xuất huyết ít, đáy mắt chỉ bị che 1 phần. Nếu xuất huyết lâu ngày, máu sẽ chuyển sang màu vàng nhạt. Có thể có khiếm khuyết đồng tử hướng tâm (RAPD) nhẹ, ngoài ra còn có các dấu hiệu khác tùy vào nguyên nhân xuất huyết.

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

- Viêm dịch kính: thường không đột ngột, kèm viêm màng bồ đào trước hay sau, không thấy hồng cầu trong dịch kính.
- Bong võng mạc: có thể xảy ra đơn thuần không kèm xuất huyết dịch kính, nhưng triệu chứng có thể giống nhau. Nếu xuất huyết dịch kính do bong võng mạc, 1 phần võng mạc ngoại biên sẽ bị che khuất.

III. NGUYÊN NHÂN:

- Bệnh võng mạc tiểu đường.
- Bong dịch kính sau.
- Rách võng mạc.
- Bong võng mạc.
- Tắc tĩnh mạch võng mạc.
- Thoái hóa hoàng điểm tuổi già.
- Bệnh hồng cầu liềm.
- Chấn thương.
- U nội nhãn.
- Xuất huyết dưới nhện hoặc dưới màng cứng (Hội chứng Terson).
- Bệnh Eales.
- Nguyên nhân khác: bệnh Coats, ROP, u mao mạch võng mạc…

IV. CẬN LÂM SÀNG:

- Siêu âm B.
- Chụp mạch huỳnh quang nếu xuất huyết ít.

V. ĐIỀU TRỊ:

- Bệnh nhân cần được theo dõi ngoại trú nếu không xác định được nguyên nhân xuất huyết và không loại trừ được rách võng mạc.
- Nằm nghỉ dưỡng tại giường đầu cao.
- Tránh dùng Aspirin, các thuốc kháng viêm nonsteroid và các thuốc kháng đông khác.
- Điều trị nguyên nhân càng sớm càng tốt.
- Phẫu thuật cắt dịch kính khi:

Có kèm bong võng mạc.

Xuất huyết không tan trên 3 tháng (có thể mổ sớm hơn nếu do đái tháo đường hoặc xuất huyết dịch kính 2 mắt).

Xuất huyết dịch kính có kèm tân mạch mống.

Glaucoma do tán huyết hoặc do tế bào ma.

VI. THEO DÕI:

- Bệnh nhân cần được theo dõi mỗi ngày trong 2-3 ngày đầu.

- Nếu xuất huyết dịch kính toàn bộ và không biết được nguyên nhân, cần siêu âm mỗi 1 đến 3 tuần để loại trừ bong võng mạc.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý về mắt của bộ y tế năm 2015

2. Phác đồ điều trị bệnh viện mắt TPHCM 2018

3. .Ocular Neovascularization with Retinal Vascular Occlusion-III – Incidence of Ocular Neovascularization with Retinal Vein Occlusion – Sohan Singh Hayreh, MD, PhD, FRCS Correspondence – MD, PhD, FRCS Sohan Singh Hayreh, Patricio Rojas, MS, Patricia Podhajsky, BSN, Paul Montague, CRA, Robert F. Woolson, PhD

4..Systemic disorders associated with retinal vascular occlusion – Recchia, Franco M. MD; Brown, Gary C. MD

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA HOÀNG ĐIỂM TUỔI GIÀ THỂ ƯỚT

I. PHÂN LOẠI WET AMD (NICE GUIDELINE 2018)

1. Wet AMD hoạt tính
Tân mạch hắc mạc cổ điển
Tân mạch hắc mạc dạng ẩn
Tân sinh mạch máu võng mạc
Polyp mạch máu hắc mạc
2. Wet AMD không hoạt tính
Sẹo xơ dưới võng mạc
Teo hoàng điểm hoặc xơ hóa thứ phát sau rách biểu mô sắc tố
Thoái hóa dạng nang (dịch trong võng mạc dai dẳng hoặc ống võng mạc ngoài, không đáp ứng điều trị)

II.CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:
- Khám đáy mắt: để phát hiện tân mạch hắc mạc và dấu hiệu kèm theo (xuất huyết, xuất tiết, drusen, sẹo…)

2. Cận lâm sàng:
Chụp OCT: Giúp phát hiện nhiều dấu hiệu giúp chẩn đoán và theo dõi điều trị tân mạch hắc mạc như: dịch trong võng mạc, dịch dưới võng mạc, sẹo dưới võng mạc, xuất huyết dưới võng mạc, bong biểu mô sắc tố, rách biểu mô sắc tố…Nên chụp mỗi lần tái khám trong giai đoạn tân mạch hắc mạc hoạt tính để theo dõi điều trị
Chụp FFA: giúp phân loại, đánh giá giới hạn, độ lan rộng, tình trạng hoạt tính của tân mạch hắc mạc, qua đó giúp tiên lượng việc điều trị.
Chụp ICG: có ích nhiều trong chẩn đoán tân mạch hắc mạc và tăng sinh mạch máu võng mạc

III. ĐIỀU TRỊ:

Điều trị chỉ có hiệu quả ở giai đoạn hoạt tính. Hiện tại phương pháp điều trị hiệu quả và được sử dụng phổ biến nhất là tiêm anti-VEGF nội nhãn
Laser quang đông chỉ có tác dụng hỗ trợ anti-VEGF trong trường hợp tân mạch hắc mạc dạng cổ điển hoặc polyp hắc mạc.
Laser quang đông chỉ tác dụng trong số ít các trường hợp tân mạch hắc mạc dạng cổ điển hoặc polyp hắc mạc xa hố hoàng điểm.
Điều trị bằng thuốc anti-VEGF: Các thuốc thường dùng
Lucentis (Ranibizumab 0,5mg/0,05ml)
Avastin (Bevacizumab 1,25mg/0,05ml)
Eylea (Aflibercept 2mg/0,05ml)

IV.TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý về mắt của bộ y tế năm 2015
2. Phác đồ điều trị bệnh viện mắt TPHCM 2018
3.Ocular Neovascularization with Retinal Vascular Occlusion-III – Incidence of Ocular Neovascularization with Retinal Vein Occlusion – Sohan Singh Hayreh, MD, PhD, FRCS Correspondence – MD, PhD, FRCS Sohan Singh Hayreh, Patricio Rojas, MS, Patricia Podhajsky, BSN, Paul Montague, CRA, Robert F. Woolson, PhD
4..Systemic disorders associated with retinal vascular occlusion – Recchia, Franco M. MD; Brown, Gary C. MD

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM MỦ NỘI NHÃN

I.ĐỊNH NGHĨA

Viêm mủ nội nhãn là phản ứng viêm nhiễm của khoang dịch kính và tiền phòng cũng như các cấu trúc lân cận như hắc võng mạc đối với vi trùng, nấm, xâm nhập vào nhãn cầu, thường xảy ra sau phẫu thuật lấy T3, các phẫu thuật vào nội nhãn, các chấn thương xuyên nhãn cầu.

II. TRIỆU CHỨNG:

1. Chủ quan:

– Giảm thị lực : có thể xảy ra sớm từ 1 → 8 ngày sau phẫu thuật vào nội nhãn hay sau một chấn thương xuyên vào nhãn cầu. Giảm thị lực có thể xảy ra muộn hơn từ sau 1 tuần đến một vài tháng.

– Đau nhức.

2. Khách quan:

– Kết mạc: cương tụ sâu có thể gây phù nề kết mạc.

– Tổn thương giác mạc và lắng đọng sắc tố sau giác mạc

– Mủ tiền phòng.

– Viêm dịch kính hoặc mủ dịch kính.

– Mất hoặc giảm ánh đồng tử, không soi được đáy mắt hoặc không soi rõ.

– Có thể tăng nhãn áp đi kèm.

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

– Viêm màng bồ đào: dựa vào tiền sử phẫu thuật hay chấn thương mắt, khởi phát bệnh + cận lâm sàng.

– Viêm loét giác mạc hoặc Abces giác mạc có mủ tiền phòng: kết hợp chẩn đoán Lâm sàng với cận lâm sàng. Siêu âm B đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán.

IV. PHÂN LOẠI VIÊM MỦ NỘI NHÃN VÀ TÁC NHÂN GÂY BỆNH:

1. Phân loại:

– Viêm mủ nội nhãn nội sinh: xảy ra sau bệnh lý máu, bệnh lý tim mạch kèm các yếu tố nguy cơ suy giảm miễn dịch…

– V iêm mủ nội nhãn ngoại sinh:

+ Sau phẫu thuật lấy T3, CBCM…

+ Sau chấn thương xuyên nhãn cầu có thể có di vật nội nhãn.

– Viêm mủ nội nhãn cấp tính: 1 – 14 ngày.

– V iêm mủ nội nhãn mãn tính: >= 2 tuần.

– Nếu do nấm thì có thể từ 1 – 4 tuần

2. Tác nhân gây bệnh:

– Vi khuẩn Gram (+): Staphyloccus, nhóm Bacillus.

– Vi khuẩn Gram (-): Pseudomonas – Aerusinosa, Proteus và Haemophilus -Influenzae.

– Nấm: thường gặp nhóm Candida.

– Bên cạnh đó cũng có thể gặp Aspergillus.

Hiếm: Histoplasma.

V. CẬN LÂM SÀNG:

– Siêu âm nhãn cầu : bắt buộc không thể thiếu trong chẩn đoán cũng như theo dõi diễn tiến của bệnh viêm mủ nội nhãn:

+ Pha lê đục dạng khối, có thể lan tỏa di động kém, hắc mạc phản âm dày.

+ Có thể tổn thương thành nhãn cầu đi kèm

+ Dấu hiệu T.Sign: tăng tích tụ dịch ở khoang dưới bao Tenon: là dấu hiệu khởi phát của tình trạng viêm toàn nhãn (Panophthalmitis)
– Soi tươi.
– Cấy.
– Kháng sinh đồ.

VI. ĐIỀU TRỊ:

– Khi được chẩn đoán viêm mủ nội nhãn, việc xử lý cấp cứu được tiến hành ngay sau khi được chẩn đoán, không cho phép có thời gian trì hoãn.
– Trường hợp theo dõi Viêm mủ nội nhãn hoặc chưa có điều kiện phẫu thuật cắt pha lê thể ngay, bước đầu tiên bắt buộc phải lấy dịch hoặc mủ tiền phòng để Xét nghiệm – kết hợp kháng sinh tiến phòng.
– Phẫu thuật cắt pha lê thể: qua đường Parsplana được thực hiện khi có chỉ định và khi có điều kiện càng sớm càng tốt.
– Mục đích:
+ Lấy dịch pha lê thể soi tươi tìm nấm, cấy kháng sinh đồ để định danh vi khuẩn. + Tiến hành kháng sinh nội nhãn hay kháng nấm nội nhãn.
1. Trường hợp nấm (-) tính: có thể lựa chọn kháng sinh tiêm nội nhãn.
+ Vancomycin: 0,1 ml # 1mg + Ceftazidine: 0,1ml # 2,5mg
– Chỉ định dùng kháng viêm Corticoide tiêm nội nhãn là cần thiết.
+ Prednisolone: 0,1 ml # 25mg.
– Xử dụng ống chích tiêm nội nhãn 1ml với kim 25 – gauche.
– Tùy theo diễn tiến lâm sàng, trường hợp nặng có chỉ định tiêm nội nhãn lần thứ 2 được thực hiện vào ngày thứ 3 tính từ thời điểm sau phẫu thuật.
2. Trường hợp nấm (+) tính: dùng thuốc kháng nấm tiêm nội nhãn
+ Amphotenicine B: thuốc được xác định có độc tính với võng mạc.
– Liều tiêm: 0,1ml # 5 – 10pg, (pha trong dung dịch glucose 5%)
– Được tiến hành tiêm vào trung tâm của khoang pha lê thể cách xa võng mạc, mặt vát kim nội nhãn hướng lên trên, tiêm thật chậm.
3. Thuốc nhỏ:

+ Kháng sinh phổ rộng thế hệ mới:

– Col. Vigamox 0,5% hoặc
– Col Zymar 0,3% hoặc
– Col. Cravit 0,5%, Cravit 1,5%
Tùy theo tình trạng bệnh có thể nhỏ mỗi giờ.

+ Kháng nấm:

– Col. Amphotericine B: 2,5mg/ml hoặc
– Col. Natamycin 5% hoặc
– Col. Miconazole 10mg/ml hoặc
– 5 – Fluorocytosine 1% hoặc
– Col. Ifuaconozole 1%
-> Tùy theo tình trạng bệnh có thể nhỏ mỗi giờ nếu có tổn thương giác mạc.
4. Đường toàn thân:
– <u>Kháng sinh:</u>
+ Ciproíloxacin 0,5 – 1,5g/ ngày (u) x 10 – 14 ngày Hoặc + Amitracin 15mg/ g TM hay TB/8 giờ + Cefazoline 1g TM/ 6g.
– <u>Kháng nấm:</u>
+ Ketoconazole (Nizoral) 0,2g uống 1v x 2l/ ngày x 14 ngày Hoặc +Fluconazole (u) + 800mg/ ngày đầu

+ 200 – 400mg/ ngày tiếp theo x 10 – 14ngày Hoặc + 5 – Fuorocytozine: 100 – 150mg/ 1ngày x 10 – 14 ngày (u)
5. Tiêm dưới kết mạc
– Kháng sinh phổ rông:
+ Gentamycin 40mg#1ml Hoặc
+ Vancomycin 50mg#1ml
– Kháng nấm:
+ Miconazole 10mg/ 0,5ml Hoặc
+ Nystatine 200 ui Hoặc
+ Fluonazole 1ml (2%)
Thuốc điều trị nấm nhỏ hoặc chích dưới kết mạc có thể gây phản ứng phụ: kích thích kết mạc, viêm giác mạc nông, viêm giác mạc nhu mô.
Theo dõi: Tùy theo diễn tiến của bệnh
– Có thể tiêm KSNN lần 2 hoặc lần 3: thời gian giữa các lần cách nhau 3 ngày để giảm độc tính của thuốc đối với võng mạc.
– Xét nghiệm chức năng gan, thận định kỳ đối với bệnh nhân dùng kháng sinh, kháng nấm đường toàn thân.

VII.TÀI LIÊU THAM KHẢO

1.Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý về mắt của bộ y tế năm 2015
2. Phác đồ điều trị bệnh viện mắt TPHCM 2018
3.. Endophthalmitis in Vitreo – Retinal Surgery of Bernd Kirchhof, David Wong: (2007 P.70 – 82)
4. Diaghosis and Treatment of Keratomycosis and fungal endophthalmitis in General Review of P.Croldschmidt, H.Nourry, F.Dromer.. ,:2007 p.89 – 108 (Journal Homepage).

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TIÊM VGEF TIÊM NỘI NHÃN

I.ĐẠI CƯƠNG

- Tiêm nội nhãn bằng thuốc chống tăng sinh tân mạch- là tiêm thuốc vào buồng dịch kính để điều trị một số bệnh nhãn khoa.
- Tiêm nội nhãn giúp đạt nồng độ thuốc tối đa trong nhãn cầu và hạn chế các tác dụng toàn thân của thuốc.

II. CHỈ ĐỊNH

1.Tân mạch hắc mạc :

- Thoái hóa hoàng điểm tuổi già
- Cận thị
- Sau chấn thương
- Sau viêm hắc mạc

2.Phù hoàng điểm

-Tắc tĩnh mạch trung tâm võng mạc

- Do đái tháo đường

3.Tân mạch võng mạc

- võng mạc đái tháo đường tăng sinh
- Tắc tĩnh mạch trung tâm võng mạc.
- Bệnh võng mạc trẻ đẻ non

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không tiêm nội nhãn khi đang có nhiễm trùng cấp tính tại mắt .
- Tiền sử dị ứng với các thuốc được tiêm.
- Glôcôm nhãn áp chưa điều chỉnh.
- Tiền sử bệnh tim mạch.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

Hiển vi phẫu thuật và bộ dụng cụ vi phẫu.

3. Người bệnh

- Khám mắt toàn diện: theo mẫu chung.
- Làm vệ sinh mắt, bơm rửa lệ đạo, uống thuốc hạ nhãn áp và an thần tối hôm trước ngày phẫu thuật.
- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Tiến hành

- Sát trùng mắt bằng dung dịch Povidine 5%.
- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê hoặc tê bề mặt hoặc tê dưới kết mạc.
- Trải khăn vô khuẩn, đặt vành mi
- Sử dụng kim 30G, liều 0,1 ml (2,5mg) tiêm xuyên qua vùng pars plana, cách rìa giác mạc 3,5mm với mắt còn thể thủy tinh hoặc 3mm với mắt đã lấy thể thủy tinh (hoặc đã đặt thể thủy tinh nhân tạo).

- Hướng mũi kim về phía cực sau của nhãn cầu để tránh chạm vào thể thủy tinh (trong các trường hợp còn thể thủy tinh), xuyên kim khoảng 5 - 7mm (khoảng 1/2 chiều dài kim), kiểm tra đầu kim nằm trong buồng dịch kính (qua sinh hiển vi nếu có), bơm thuốc vào nội nhãn.
- Sau khi rút kim ra, dùng tăm bông vô trùng ấn ngay tại vết tiêm để tránh thuốc trào ngược ra ngoài.

VI. THEO DÕI

- Kiểm tra thị lực và soi đáy mắt người bệnh để loại trừ tăng nhãn áp nghiêm trọng hoặc thậm chí tắc động mạch trung tâm võng mạc, hoặc xuất huyết dịch kính.
- Dùng thuốc kháng sinh tra tại chỗ.
- Dặn người bệnh khám lại nếu đau nhức mắt hoặc nhìn mờ.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Xuất huyết dưới kết mạc: không cần xử trí, chỉ cần giải thích cho bệnh nhân an tâm.
2. Viêm mủ nội nhãn (theo y văn, có thể tần suất 1/5000): tiêm kháng sinh nội nhãn hoặc cắt dịch kính tùy theo đánh giá lâm sàng.
3. Xuất huyết dịch kính: theo dõi lâm sàng và siêu âm nếu không khám được đáy mắt.
4. Bong võng mạc: theo dõi và phẫu thuật tùy theo đánh giá lâm sàng.
5. Tăng nhãn áp: nhẹ sẽ tự ổn định sau 30 phút; trong trường hợp cần thiết có thể dùng thuốc tra, thuốc uống hạ nhãn áp tùy đánh giá lâm sàng.

VIII. TÁI KHÁM VÀ THEO DÕI ĐIỀU TRỊ

- Bệnh nhân được tiêm 3 mũi liên tiếp, mỗi mũi cách nhau 4 tuần
- Sau 3 lần tiêm, kiểm tra thị lực, đo chiều dày võng mạc bằng OCT để đánh giá kết quả điều trị

IX.TÀI LIÊU THAM KHẢO

1.Quy trình kỹ thuật bộ y tế
2.Phác đồ điều trị bệnh viện mắt TP Hồ Chí Minh
3.Bài Giarng Nhãn Khoa Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh

PHẦN 4: GLAUCOMA

GLAUCOMA GÓC MỞ

I. ĐỊNH NGHĨA

Là một bệnh của dây thần kinh thị giác tiến triển mạn tính đặc trưng bởi tổ hại thị trường, lõm gai thị và thường liên quan đến một tình trạng nhãn áp tăng cao.

Bệnh thường xảy ra ở hai mắt, xuất hiện âm thầm, tiến triển chậm. Người bệnh thường tới khám ở giai đoạn muộn khi bị thị lực giảm nhiều và thị trường bị thu hẹp nặng.

II. NGUYÊN NHÂN

Chưa tìm ra nguyên nhân.

Các yếu tố nguy cơ: tăng nhãn áp, di truyền, chủng tộc, trên 40 tuổi, cận thị.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Chủ quan:

Thường không có triệu chứng rõ rệt, thỉnh thoảng nhức đầu, nhức mắt.

Thị lực giảm khi ở giai đoạn nặng.

Khách quan:

Tiền phòng sâu, soi góc tiền phòng: góc mở.

Nhãn áp cao, hoặc có thể dao động, cao từng lúc.

Tổn thương gai thị, ở giai đoạn muộn, lõm gia teo gần hoàn toàn, mạch máu dạt về phía mũi.

Tổn thương thị trường.

2. Cận lâm sàng

Chụp hình màu đáy mắt.

OCT khảo sát chiều dầy lớp sợi thần kinh.

Chẩn đoán phân biệt

Glaucoma lùi góc tiền phòng.

Glaucoma sau phẫu thuật lấy thủy tinh thể.

Glaucoma tân mạch.

Glaucoma giả tróc bao.

Chẩn đoán các yếu tố thúc đẩy:

Yếu tố sẵn có: tuổi cao, nhãn áp khó điều chỉnh, tổn thương thị trường tăng theo bậc 4dB.

Yếu tố sau điều trị: giả bong bao, tổn thương cả hai mắt, biến đổi nhãn áp trong các lần khám lại (tăng 1mmHg), xuất huyết cạnh gai.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Mục đích điều trị

Duy trì chức năng thị giác cho bệnh nhân được ổn định lâu dài, đảm bảo chất lượng cuộc sống.

2. Nguyên tắc điều trị

Điều trị nội khoa là chủ yếu, dùng thuốc suốt đời. Chỉ điều trị ngoại khoa khi điều trị nội không có kết quả hoặc không có điều kiện theo dõi điều trị.

3. Điều trị nội khoa

Bắt đầu bằng một loại thuốc nhỏ mắt đơn trị.

Nhóm đồng vận Prostaglandin là thuốc điều trị đầu tay: Travoprost 0.004%.

Nhóm Beta-blocker: Timolol 0.5%.

Nhóm chủ vận Alpha-2: Brimonidine 0.15%.

Thuốc ức chế men carbonic anhydrase: Binzolamide 1%.

Nếu nhãn áp không hạ tới mức cần thiết cần thử một loại thuốc khác hoặc chuyển sang loại khác cùng nhóm.
Phối hợp nhiều loại thuốc khi nhãn áp không hạ tới mức mong muốn:
Beta-blocker phối hợp đồng vận Prostaglandin: travoprost phối hợp timolol.
Beta-blocker phối hợp đồng vận Alpha-2 agonist: brimonidine phối hợp timolol.
Beta-blocker phối hợp ức chế men carbonic anhydrase: brinzolamide phối hợp Timolol.

4. Chỉ định phẫu thuật

Khi sử dụng thuốc nhỏ tối đa mà nhãn áp không đạt tới mức mong muốn.
Lõm gai rộng.
Tổn thương thị trường nặng.
Bệnh nhân không có điều kiện để nhỏ thuốc lâu dài.
Chọn lựa phẫu thuật: cắt bè củng mạc + MMC hoặc ologen.

V. THEO DÕI

Khám định kỳ mỗi 1, 3, 6 tháng đối với các trường hợp nhãn áp điều chỉnh.
Đo lại OCT, thị trường mỗi 6 hoặc 12 tháng.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị Bệnh viện Chợ Rẫy 2013, Nhà xuất bản Y học, tr. 611-686.
Hướng dẫn về Glôcôm, Hội nhãn khoa Việt Nam, Nhà xuất bản Y học (2010)
Phác đồ điều trị Bệnh viện Mắt 2018.
Basic and clinical Science course, (2010 - 2011), Glaucoma, American academy of ophthalmology, section 10.
Jack J. Kanski, (2003), Clincal Ophthalmology, Butterworth Heinemann, New York, Fifth edition, PP 218 - 222.

GLAUCOMA GÓC ĐÓNG

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Glaucoma góc đóng là tình trạng ứ trệ lưu thông thủy dịch do góc tiền phòng bị đóng với nhiều nguyên nhân.

2. Yếu tố nguy cơ

Người lớn tuổi.
Tiền phòng nông, góc tiền phòng hẹp, mắt viễn thị.
Tiền căn gia đình có người mắc bệnh.

II. NGUYÊN NHÂN

Nghẽn đồng tử.
Mống mắt cao nguyên.
Nghẽn do thủy tinh thể (phacomorphic glaucoma)
Nguyên nhân sau thủy tinh thể.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Chủ quan:
Mắt mờ dần tùy vào tình trạng bệnh.
Thường không đau, thỉnh thoảng có cơn nhức đầu, nhức mắt, nặng mắt.
Nhìn thấy quầng sáng từng đợt do góc đóng từng đợt làm tăng nhãn áp.
Buồn nôn va nôn.
Khách quan:
Nhãn áp cao khác nhau trên 21 mmHg, tùy vào mức độ dính mống mắt-vùng bè.
Thị lực có thể bình thường hoặc giảm tùy vào giai đoạn bệnh.
Tiền phòng nông, dính mống chu biên khi soi góc tiền phòng.
Tổn thương gai thị.
Tổn thương thị trường.
Có những cơn góc đóng cấp từng đợt kèm theo.

2. Cận lâm sàng

Chụp hình màu đáy mắt.
OCT khảo sát chiều dầy lớp sợi thần kinh.
Chẩn đoán hình ảnh cấu trúc bán phần trước: AS-OCT, UBM.
Xét nghiệm tiền phẫu.
Chẩn đoán phân biệt
Glaucoma góc đóng thứ phát: glaucoma tân mạch, do u, viêm màng bồ đào…
Glaucoma ác tính.
Nhiễm trùng hốc mắt, quanh hốc mắt.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Mục đích điều trị

Cắt cơn cấp, bảo vệ thị thần kinh và vùng bè.
Bảo vệ mắt còn lại.
Điều trị triệt để.

2. Nguyên tắc điều trị

Đầu tiên điều trị hạ nhãn áp bằng thuốc, sau đó tuỳ theo tình trạng đóng của góc tiền phòng sẽ chỉ định laser hoặc phẫu thuật.

3. Điều trị nội khoa

Thuốc nhỏ mắt:
Nhóm Beta-blocker: Timolol 0.5%.
Nhóm chủ vận Alpha-2: Brimonidine 0.15%.
Thuốc ức chế men carbonic anhydrase: Binzolamide 1%.

4. Thuốc uống:

Acetazolamide 250mg uống 1 viên x 2-4 lần/ngày.
Kaleoride 600mg uống 1 viên x 1-2 lần/ngày.
Paracetamol 500mg uống 1 viên x 3-4 lần/ngày.
Can thiệp khác: trường hợp nhãn áp quá cao trong đợt cấp của glaucoma góc đóng: truyền Mannitol 20% (Osmofuldine 20%) liều 1g/kg cân nặng, truyền nhanh 60-100 giọt/phút.

5. Đánh giá tình trạng bệnh

Cơ chế bệnh: Nghẽn đồng tử, mống mắt cao nguyên, nghẽn do thủy tinh thể (phacomorphic glaucoma), nguyên nhân sau thủy tinh thể; loại trừ glaucoma góc đóng thứ phát.
Soi góc tiền phòng đánh giá tình trạng dính góc.
Mức độ tổn thương gai thị và thị trường.
Nhãn áp, số lượng thuốc hạ nhãn áp đang sử dụng.
Tình trạng đục thủy tinh thể.

6. Điều trị Laser hoặc phẫu thuật

PACG không kèm đục thủy tinh thể:
Nhãn áp kiểm soát: điều trị thuốc và Laser Iridotomy.
Nhãn áp không kiểm soát: cắt bè củng mạc hoặc lấy thủy tinh thể + cắt bè củng mạc.
PACG kèm đục thủy tinh thể:
Nhãn áp kiểm soát: lấy thủy tinh thể.
Nhãn áp không kiểm soát: lấy thủy tinh thể + cắt bè củng mạc.

V. THEO DÕI

Khám định kỳ mỗi 1, 3, 6 tháng đánh giá thị lực, nhãn áp, tình trạng bệnh.
Đo lại OCT, thị trường mỗi 6 hoặc 12 tháng.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn về Glocom, Hội Nhãn khoa Việt Nam, Nhà xuất bản Y học (2010)
Phác đồ điều trị Bệnh viện Chợ Rẫy 2013, Nhà xuất bản Y học, tr. 611-686.
Basic and clinical Science course, (2010 - 2011), American academy of ophthalmology, Section 10, Glaucoma.
Jack J. Kanski. Clinical ophthalmology. Fifth edition, (2011), “Glaucoma” PP. 223 – 229.

GLAUCOMA ÁC TÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Glaucoma ác tính (Malignant glaucoma) còn gọi là hội chứng thoát lưu thủy dịch sai dòng (Aqueous Misdirection Syndrome) hay glaucoma thể mi - thể thuỷ tinh (Ciliolenticular glaucoma), là một tình trạng bệnh lý gây ra nhều khó khăn và thách thức đối với các bác sĩ phẫu thuật trong ngành nhãn khoa. Bệnh thường được báo cáo xảy ra tự phát, hoặc sau các thủ thuật, phẫu thuật, và đặc biệt hay gặp sau phẫu thuật glaucoma trên những mắt có tình trạng góc đóng mạn tính trước đó.

2. Yếu tố nguy cơ

Tỷ lệ 2-4% sau phẫu thuật glaucoma điều trị tình trạng góc đóng trước đó.
Sau phẫu thuật nội nhãn, thủ thuật laser.
Tiền căn cơn góc đóng cấp.
Tiền căn ở mắt đối bên.
Bắt đầu sử dụng thuốc co đồng tử.
Ngưng đột ngột thuốc dãn đồng tử.
Thường xuất hiện ở người châu Á, giới nữ, tuổi trung bình 70.

II. NGUYÊN NHÂN

Thủy dịch không thoát lưu vào tiền phòng mà đi về hậu phòng vào khoang dịch kính đẩy toàn bộ dịch kính, thủy tinh thể và mống mắt ra trước áp sát vào giác mạc gây đóng góc toàn bộ.
Sự suy yếu và chùng của dây chằng Zinn kết hợp với áp lực của buồng dịch kính đã tác động lực đẩy thuỷ tinh thể ra trước. Điều này hình thành vòng xoáy bệnh lý: thuỷ tinh thể đẩy mống mắt chu biên ra trước làm hẹp góc tiền phòng gây tăng áp.
Sự xoay ra trước của các chồi thể mi tác động lên vùng xích đạo của thuỷ tinh thể (ở mắt còn thuỷ tinh thể) hoặc màng hyaloid trước (ở mắt đã thay thuỷ tinh thể), dẫn đến nghẽn đường thoát thủy dịch từ hậu phòng ra tiền phòng.
Tình trạng dày hắc mạc làm tăng áp lực buồng dịch kính từ đó tạo áp lực từ sau ra trước.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Chủ quan:
Bệnh nhân đau mắt dữ dội, đỏ mắt, có thể kèm theo buồn nôn hoặc nôn ói.
Mắt mờ nhiều.
Sợ ánh sáng.
Khách quan:
Nhãn áp tăng từ trung bình đến rất cao, dù đã laser iridotomy, đáp ứng kém với thuốc hạ nhãn áp.
Giả cận thị.
Tiền phòng rất nông (khoảng cách tiền phòng trung tâm và ngoại biên giảm).
Có thể xảy ra trên mắt còn thủy tinh thể hoặc đã lấy thủy tinh thể, sau phẫu thuật nội nhãn.

2. Cận lâm sàng

Siêu âm B: để loại trừ bong hắc mạc, xuất huyết hắc mạc, xuất huyết dịch kính.
Siêu âm UBM: có thể phát hiện cơ chế glaucoma ác tính.
Chụp OCT bán phần trước nhãn cầu (AS-OCT).
Chẩn đoán phân biệt
Nghẽn đồng tử ở mắt sau lấy thủy tinh thể hoặc đặt IOL

Bong hắc mạc.
Glaucoma do đục thuỷ tinh thể phồng (phacophormic glaucoma).
Xuất huyết thượng củng mạc.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị nội khoa

Ngưng sử dụng Pilocarpin.
Thuốc dãn đồng tử Atropin 1% nhỏ 04 lần/ngày.
Thuốc hạ nhãn áp nhỏ mắt:
Nhóm Beta-blocker: Timolol 0.5%.
Thuốc ức chế men carbonic anhydrase: Binzolamide 1%.

2. Thuốc uống:

Acetazolamide 250mg uống 1 viên x 2-4 lần/ngày.
Kaleoride 600mg uống 1 viên x 1-2 lần/ngày.
Paracetamol 500mg uống 1 viên x 3-4 lần/ngày.
Truyền Mannitol 20% (Osmofuldine 20%) liều 2g/kg cân nặng.
Kháng viêm nhỏ mắt: Prednisolone acetate 1% nhỏ 4-6 lần/ngày.
Điều trị nội 4-5 ngày nếu không cải thiện -> chỉ định phẫu thuật.

3. Điều trị Laser hoặc phẫu thuật

Nếu mắt đã lấy thủy tinh thể hay đặt IOL:
Laser Yag cắt màng hyaloid.
Nếu không hết: cắt pha lê thể qua pars plana.
Nếu mắt còn thủy tinh thể:
Nếu chưa làm laser iridotomy: chỉ định laser iridotomy.
Nếu không hết: cắt pha lê thể qua pars plana.

V. PHÒNG NGỪA

Cắt mống chu biên bằng laser mắt còn lại.

VI. THEO DÕI

Thị lực, nhãn áp.
Tình trạng mắt còn lại.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Foreman-Larkin, J., P.A. Netland, and S. Salim, Clinical Management of Malignant Glaucoma. J Ophthalmol, 2015. 2015: p. 283707.
Shahid, H. and J.F. Salmon, Malignant glaucoma: a review of the modern literature. J Ophthalmol, 2012. 2012: p. 852659.
Debrouwere, V., et al., Outcomes of different management options for malignant glaucoma: a retrospective study. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol, 2012. 250(1): p. 131-41.

GLAUCOMA TÂN MẠCH

I. ĐẠI CƯƠNG

Glaucoma tân mạch là một thể loại glaucoma phát triển trên mắt có bán phần trước hoặc mống mắt bị tân mạch xâm nhập. Đây là một dạng glaucoma thứ phát.

Tác nhân kích thích tạo ra tân mạch thường là thiếu máu cục bộ và ở phần lớn những mắt bị glaucoma tân mạch vốn đã có bệnh lý võng mạc do đái tháo đường hoặc tắc tĩnh mạch trung tâm võng mạc. U nội nhãn tăng trưởng cũng kích thích tân mạch phát triển.

II. NGUYÊN NHÂN

Tất cả những bệnh gây thiếu máu võng mạc:

Thường gặp: tắc tĩnh mạch trung tâm võng mạc, bệnh võng mạc tiểu đường, bệnh tắc nghẽn động mạch cảnh.

Ít gặp hơn: tắc nhánh tĩnh mạch võng mạc, tắc động mạch trung tâm võng mạc, u nội nhãn, bong võng mạc, hội chứng thiếu máu nhãn cầu.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Chủ quan:

Thường xuất hiện ở người lớn tuổi, có tiền sử bệnh toàn thân như đái tháo đường, tăng cholesterol máu…

Bệnh nhân đau mắt, nhìn mờ.

Khách quan: tùy vào từng giai đoạn mà có các dấu hiệu khác nhau:

Giai đoạn tiền glaucoma: nhãn áp bình thường, tân mạch mống nhỏ ở bờ đồng tử, góc mở; phản xạ đồng tử yếu, lộn bờ đồng tử. Cần soi góc kĩ với những mắt có nguy cơ cao glaucoma tân mạch.

Giai đoạn sớm: tăng nhãn áp, tân mạch mống liên tục với tân mạch góc, góc tiền phòng còn mở.

Giai đoạn tiến triển: nhãn áp tăng rất cao gây đau nhức dữ dội; xung huyết kết mạc. phù giác mạc; góc đóng dính hoàn toàn, tân mạch mống và góc, đồng tử dãn, lộn bờ đồng tử.

2. Cận lâm sàng

Siêu âm B.

Chụp mạch huỳnh quang.

Siêu âm Doppler màu động mạch cảnh trong.

Chẩn đoán phân biệt

Glaucoma góc đóng.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị nội khoa

Thuốc dãn đồng tử Atropin 1% nhỏ 2-4 lần/ngày.

Thuốc hạ nhãn áp nhỏ mắt:

Nhóm Beta-blocker: Timolol 0.5%.

Thuốc ức chế men carbonic anhydrase: Binzolamide 1%.

Nhóm chủ vận Alpha-2: Brimonidine 0.15%.

2. Thuốc uống trong những đợt nhãn áp tăng cao:

Acetazolamide 250mg uống 1 viên x 2-4 lần/ngày.

Kaleoride 600mg uống 1 viên x 1-2 lần/ngày.

Paracetamol 500mg uống 1 viên x 3-4 lần/ngày.

Kháng viêm nhỏ mắt: Prednisolone acetate 1% nhỏ 4-6 lần/ngày.

3. Điều trị ngoại khoa

Tiêm nội nhãn thuốc ức chế tăng sinh tân mạch (anti-VEGF): Bevacizumab, Rabizumab.
Van dẫn lưu: có thể chỉ định nguyên phát, không cần đợi khi phẫu thuật lỗ rò thất bại. Tiến hành 1-2 tuần sau khi tiêm chất chống tăng sinh sợi mạch.
Phẫu thuật cắt bè củng mạc với mitomycin C: kết quả rất hạn chế.
Hủy thể mi: lựa chọn cuối cùng: quang đông thể mi qua củng mạc bằng laser Diode, áp lạnh thể mi.
Laser quang đông võng mạc
Tiến hành khi giác mạc trong nhằm điều trị vùng thiếu máu.

V. THEO DÕI

Lên kế hoạch theo dõi lâu dài cho những mắt bị glaucoma tân mạch.
Phối hợp với điều trị bệnh nền gây glaucoma tân mạch.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Striga, M. et al. *Ophthalmologica* 1993; 207:144–147.
EyeNet 2001; 5(7):35-37.
Tsai, J. C. et al. *Ophthalmology* 1995; 102:887–892.
Mermoud, A. et al. *Ophthalmology* 1993; 100:897–902.
Sidoti, P. A. et al. *Ophthalmology* 1995; 102:1107–1118.
Chalam, K. V. et al. *Clin Sci* 2002; 33:383–393.

PHẦN 5: ĐỤC THỦY TINH THỂ

ĐỤC THỦY TINH THỂ

I. ĐẠI CƯƠNG:

1. Định nghĩa:

Đục thủy tinh thể là tình trạng mờ đục của thủy tinh thể, gây nên giảm thị lực. Đây là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây mù lòa ở Việt Nam cũng như nhiều nước khác trên thế giới.

Nguyên nhân: Các nguyên nhân đục thể thủy tinh bao gồm:

Đục thủy tinh thể do tuổi già: thường ở người trên 65 tuổi. Không có tiền sử chấn thương hoặc bệnh lý tại nhãn cầu, hoặc toàn thân, ảnh hưởng đến thủy tinh thể.

Đục do chấn thương: có tiền sử chấn thương, diện đồng tử có vòng sắc tố.

Đục do chuyển hóa thường gặp nhất là do đái tháo đường.

Do ngộ độc.

2. Phân loại:

Theo độ cứng của nhân (qua màu sắc đục của nhân thủy tinh thể): từ độ 1 đến độ 5.

Độ 1: nhân mềm, trong suốt hoặc hơi xám.

Độ 2: nhân hơi cứng, có màu xám hoặc xám vàng

Độ 3: nhân cứng vừa, có màu vàng là chủ yếu.

Độ 4: Nhân cứng, có màu vàng hổ phách.

Độ 5: Nhân quá cứng, màu nâu đen hoặc màu đen.

Theo vị trí đục: đục nhân, đục vỏ, đục dưới bao, đục cực, đục vùng.

3. Theo bệnh căn:

Đục thủy tinh thể liên quan với tuổi.

Đục thủy tinh thể do chấn thương.

Đục thủy tinh thể sau bệnh lý của mắt

Đục thủy tinh thể do chuyển hóa như đái tháo đường, bệnh lý tuyến giáp…

Đục thủy tinh thể do dùng thuốc.

II. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN:

1. Bệnh sử:

Mắt nhìn mờ từ từ kéo dài nhiều tháng đến nhiều năm, một mắt hoặc 2 mắt

Khám lâm sàng:

Cơ năng: nhìn mờ (lớp sương mù), chói sáng, song thị một mắt, cận thị giả, không đau nhức.

2. Thực thể:

Đo thị lực: Từ ST+ đến ≤10/10.

Khám trên sinh hiển vi thấy đục các cấu trúc của thủy tinh thể từng phần hay đục toàn bộ. Có nhiều hình thái đục như đục nhân, đục vỏ, đục dưới bao.

Phân loại độ cứng của nhân qua màu sắc đục thể thủy tinh (Phục vụ cho phẫu thuật Phaco).

3. Cận lâm sàng:

Những xét nghiệm cận lâm sàng giúp cho xác định tình trạng nhãn cầu, các môi trường trong suốt để tiên lượng kết quả sau phẫu thuật, theo dõi, xác định công suất thủy tinh thể nhân tạo. Siêu âm mắt (A, B), đo javal, tính công suất kính.

III. XÉT NGHIỆM TIỀN PHẪU

Điện tim thường

Định lượng chất Glucose (máu)

+ Thời gian máu chảy (TS), thời gian đông máu (TC) hoặc TQ, TCK.

Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi(bằng máy đếm laser)

IV. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán xác định:

Khám phát hiện đục xảy ra ở một thủy tinh thể trong suốt

2. Chẩn đoán nguyên nhân:

Đục thủy tinh thể liên quan với tuổi.
Đục thủy tinh thể do chấn thương
Đục thủy tinh thể sau bệnh lý tại mắt.
Đục thủy tinh thể do chuyển hóa.
Đục thủy tinh thể do ngộ độc.

3. Chẩn đoán độ nặng-giai đoạn:

Theo 5 mức độ (độ 1-5) tùy theo độ cứng của nhân
Chẩn đoán biến chứng:
Glaucome cấp do đục thủy tinh thể.
Viêm màng bồ đào.

V. ĐIỀU TRỊ:

1. Mục đích điều trị: Có 3 mục đích trong phẫu thuật đục thủy tinh thể:

Điều trị mang tính thẩm mỹ.
Điều trị phục hồi thị lực (thị giác).
Điều trị có tính phòng ngừa biến chứng của đục thủy tinh thể.

2. Nguyên tắc điều trị:

Xử lý thủy tinh thể đục, kết hợp điều chỉnh tật khúc xạ.

3. Điều trị cụthể:

Điều trị nội khoa:
Cho đến nay không có loại thuốc nào phòng ngừa hoặc chữa được đục thủy tinh thể mà chủ yếu điều trị bằng phẫu thuật.
Điều trị phẫu thuật: là phương pháp hiệu quả nhất hiện nay.
Chỉ định tùy thuộc vào các yếu tố: thị lực, tình trạng bệnh lý nhãn cầu kèm theo, nghề nghiệp hoặc nhu cầu về thẩm mỹ.
Hiện nay có hai phương pháp chính để phẫu thuật:
+ Phẫu thuật lấy thủy tinh thể ngoài bao: cơ học (bằng tay)
Phẫu thuật lấy thủy tinh thể bằng phương pháp nhũ tương hóa
(Phacoemulsification).
Thuốc trước và sau phẫu thuật:
Acetazolamid 0,25g 02 viên + Kaleiorid 0,6g 01 viên uống trước phẫu thuật
Kháng sinh tại chỗ 14 ngày sau phẫu thuật.
Kháng viêm corticoid và không corticoid tại chỗ 2- 6 tuần sau phẫu thuật.

VI. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:

1. Tiêu chuẩn nhậpviện:

Mắt giảm thị lực do đục thủy tinh thể có chỉ định phẫu thuật.

2. Theodõi:

Theo dõi tình trạng thị lực, thủy tinh thể nhân tạo, nhãn áp, kết mạc, giác mạc, tiền phòng, mống mắt và những triệu chứng bệnh lý tại chỗ, toàn thân khác.

3. Tiêu chuẩn xuấtviện:

Thị lực sau mổ cải thiện, hậu phẫu ổn định có thể xuất viện ngay trong ngày (hoặc 3-5 ngày sau mổ tùy theo phương pháp phẫu thuật và tình trạng hậu phẫu).

4. Táikhám:

Tái khám ngày thứ 1 sau phẫu thuật nếu bệnh nhân ngoại trú.
Tái khám 1 tuần, 1 tháng sau khi phẫu thuật.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Phác đồ điều trị Bệnh viện Chợ Rẫy 2013, Nhà xuất bản Y học, tr.611-686.
Basic and clinical science course, (2010 – 2011), “Lens and cataract”, American academy of ophthalmology, section 11, PP. 45 –157.
Phan Dẫn (2004), Nhãn khoa giản yếu 1, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang265 – 327.
Jack J. Kanski (2003), Clinical ophthalmology a systematic approach, Butterworth Heinemann, New York, PP. 162 –172.

CHƯƠNG V: NGOẠI

PHẦN 1: NGOẠI TIÊU HÓA

BỆNH TRĨ

I. ĐỊNH NGHĨA

Trĩ là những cấu trúc bình thường ở ống hậu môn. Bệnh trĩ là một tập hợp các biểu hiện bệnh lý có liên quan đến những thay đổi của mạng mạch trĩ và các tổ chức tiếp xúc với mạng mạch này.

Bệnh trĩ đứng đầu trong các bệnh lý vùng hậu môn trực tràng. Đây là bệnh lý lành tính, không gây tử vong nhưng lại ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Theo các tác giả nước ngoài, khoảng 20 – 30% dân số và ở người trên 50 tuổi là 50% có mắc bệnh trĩ. Nguyễn Mạnh Nhâm, nghiên cứu bệnh trĩ tại các tỉnh phía bắc Việt Nam cho biết tỷ lệ mắc bệnh trong cộng đồng là 55%.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1.Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Ba triệu chứng thường gặp nhất của bệnh trĩ là đại tiện ra máu tươi, khối sa HM và đau vùng HM. Ngoài ra có thể gặp một số triệu chứng như ngứa HM, chảy dịch khó chịu HM,… Thăm trực tràng là động tác thăm khám bắt buộc đối với thầy thuốc khi khám BN trĩ, ngoài xác định mức độ tổn thương của búi trĩ, các bệnh đi kèm với bệnh trĩ như áp xe, rò, nứt kẽ còn phát hiện các thương tổn nguyên nhân mà trĩ chỉ là triệu chứng như ung thư HMTT.

- Tiền sử: bệnh nội khoa, ngoại khoa, tiền sử điều trị trước đây (nội khoa, thủ thuật, ngoại khoa), yếu tố thuận lợi (nghề, táo bón, xơ gan, đứng lâu, ngồi nhiều, thai nghén, tăng huyết áp…).
- Triệu chứng cơ năng: chảy máu (mức độ, tính chất…), sa khối hậu môn (vị trí, tính chất thay đổi…), đi ngoài đau hậu môn (từng đợt, liên tục, có phải dùng thuốc giảm đau…).
- Triệu chứng toàn thân: mệt mỏi, thiếu máu, hạch ngoại vi…
- Triệu chứng tại chỗ: nhìn thấy búi trĩ sa xuống tự nhiên hoặc khi bảo bệnh nhân rặn, búi trĩ chảy máu hoặc tím.
- Triệu chứng khi biến chứng (tắc mạch, hoại tử…): đau, khối tím cạnh hậu môn.
- Khám hậu môn trực tràng và soi trực tràng ống mềm (mô tả vị trí, mức độ, tổn thương, phối hợp…). Tư thế nằm sấp, hoặc nghiêng, hoặc ngửa. Vị trí tổn thương đánh dấu theo chiều kim đồng hồ (Quy định tư thế nằm ngửa).
- Khám phát hiện các triệu chứng bệnh phối hợp.

+ Áp xe hậu môn: đau; sốt; khối sưng, nóng, đỏ, đau; có khi vỡ chảy mủ cạnh hậu môn.
+ Nứt kẽ hậu môn: Đau, vết nứt thường dưới đường lược vị trí 6h, cơ thắt co bóp chặt. Các bệnh khác: sa niêm mạc trực tràng, K ống hậu môn, Crohn,…

* Phân loại trĩ, phân độ trĩ.

Trĩ nội và trĩ hỗn hợp được phân độ theo mức độ sa trĩ, phân độ trĩ có ý nghĩa trong việc đánh giá tổn thương và nghiên cứu chỉ định điều trị. Phân độ trĩ được chia theo mức độ tổn thương về lâm sàng và giải phẫu; theo hệ thống phân loại của Goligher (1984), chia trĩ sa làm 4 độ

- Trĩ nội: Xuất phát trên đường lược. Được phân thành 4 độ:

+ Độ 1: Mới hình thành, chảy máu là triệu chứng chính.
+ Độ 2: Búi trĩ sa xuống khi rặn, tự lên được.
+ Độ 3: Búi trĩ sa ra ngoài, phải đẩy mạnh mới lên được.
+ Độ 4: Búi trĩ sa thường xuyên, có thể nghẹt dẫn đến hoại tử.

- Trĩ ngoại: Xuất phát dưới đường lược.

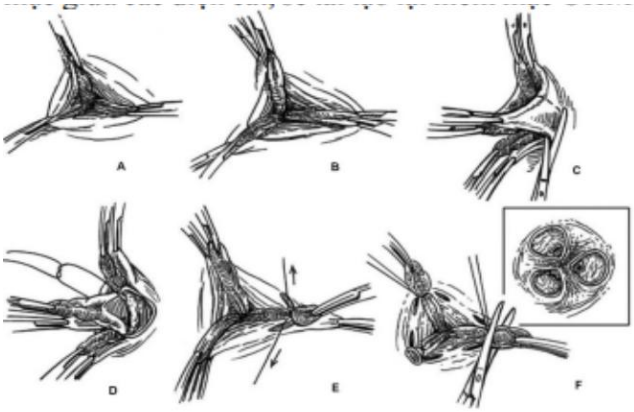
- Trĩ hỗn hợp: Trĩ nội và trĩ ngoại cùng có ở một búi trĩ hoặc nhiều búi.
- Trĩ có biến chứng:
+ Chảy máu: cấp hoặc mãn tính.
+ Tắc mạch: Đau, búi trĩ tím, có thể một nơi hay nhiều nơi.
+ Sa, nghẹt trĩ: búi trĩ sa ra ngoài không thể đẩy lên hoặc đẩy lên lại xuống ngay kèm theo phù nề, đau có thể nhiễm trùng, loét; thường có kết hợp tắc mạch.
2.2. Cận lâm sàng
- Nội soi trực tràng ống mềm: phát hiện các bệnh lý vùng TT, có thể gây cho bệnh nhân đại tiện ra máu đỏ tươi (viêm loét TT, polyp TT, Ung thư TT….).
- Công thức máu, đông máu, Nhóm máu, Rh: đánh giá tình trạng thiếu máu, tình trạng nhiễm trùng, khả năng cầm máu của tiểu cầu.
- Sinh hóa máu: XN ure hoặc creatinin. đường huyết. ALT, AST. Albumin hoặc proteinTP, Điện giải đồ (Ca, Na, Cl, K)
- Siêu âm ổ bụng: phát hiện bệnh lý phối hợp, đánh giá kích thước TTL ở nam, tử cung phần phụ ở nữ.
- Điện tâm đồ
- HIV, HbSAg
- Chụp XQ lồng ngực
- Nội soi đại trực tràng : khi nghi ngờ bệnh lý của đại tràng
- Nước tiểu
- Các xét nghiệm khác để phục vụ chẩn đoán các bệnh lý phối hợp, phục vụ quá trình điều trị và tiên lượng bệnh
2.3. Chẩn đoán phân biệt
- U ống hậu môn, U đại trực tràng: thăm trực tràng, nội soi đại trực tràng ống mềm, hóa mô miễn dịch, giải phẫu bệnh, Tumor maker, CT scanner, …
- Nứt kẽ ống hậu môn: Đau hậu môn, Vết loét, Cơ thắt co bóp chặt.
- Các bệnh lý khác: Viêm ống hậu môn; sa trực tràng; u nhú vùng hậu môn, polyp trực tràng, ống hậu môn; bệnh Crohn…

III. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc, mục tiêu điều trị
Khỏi bệnh và bảo tồn được chức năng sinh lý đại tiện của hậu môn.
3.2. Điều trị cụ thể
3.2.1. Điều trị nội khoa
- Chỉ định điều trị nội khoa: là điều trị khởi đầu cho những trường hợp nhẹ (trĩ độ 1, 2), phối hợp với điều trị thủ thuật, phẫu thuật cho những trường hợp trung bình và nặng (độ 3, độ 4).
- Điều trị nội khoa bao gồm:
+ Vệ sinh hậu môn bằng nước ấm; ngâm hậu môn.
+ Chế độ ăn uống nhiều chất xơ, ít gia vị cay nóng, kiêng rượu;
+ Sử dụng các loại thuốc uống có tác dụng toàn thân hay thuốc đặt tại chỗ: các loại thuốc điều hoà lưu thông ruột, thuốc làm bền vững thành mạch, thuốc bôi và đặt tại chỗ có tác dụng làm bôi trơn, giảm đau, chống viêm,thuốc nhuận tràng, chống tắc mạch và nhiễm trùng.
+ Kháng sinh: khi trĩ sa kẹt nhiễm trùng, trĩ chảy máu, trĩ kèm nhiễm khuẩn quanh hậu môn: kháng sinh nhóm cephalosporin, immidazol, quinolon. Điều trị riêng rẽ hay phối hợp kháng sinh tùy thuộc vào mức độ nhiễm trùng của bệnh nhân.
+ Giảm đau: tùy thuộc vào mức độ đau mà chỉ định thuốc giảm đau hợp lý.
3.2.2. Điều trị ngoại khoa.

- Điều trị bệnh trĩ bằng thủ thuật và các liệu pháp vật lý
Điều trị bệnh trĩ bằng can thiệp thủ thuật chủ yếu áp dụng cho trĩ độ 1, độ 2 và độ 3 có búi riêng rẽ (nhỏ), thao tác dễ, nhanh, không đau hay đau rất ít, kết quả tốt 70 – 90%. Nhược điểm là không điều trị được trĩ ngoại, trĩ mức độ nặng (độ 3, độ 4) và tỷ lệ tái phát cao hơn PT.
Mục đích của điều trị bệnh trĩ bằng thủ thuật và các liệu pháp vật lý là nhằm giải quyết búi trĩ bằng cách tấn công vào cuống mạch cấp máu cho búi trĩ và giải quyết sa búi trĩ bằng cách tạo nên tổ chức xơ cố định lớp niêm mạc OHM.
Một số phương pháp thường dùng gồm tiêm xơ búi trĩ, thắt búi trĩ bằng vòng cao su, nong HM (phương pháp Lord), liệu pháp lạnh, đốt tia hồng ngoại, liệu pháp đốt điện, chiếu tia laser Nd – YAG hoặc laser CO2 và dòng điện cao tần.
- Điều trị bệnh trĩ bằng phẫu thuật
Phẫu thuật (PT) điều trị bệnh trĩ có từ rất sớm, đây là phương pháp điều trị triệt để nhất, có tỷ lệ tái phát thấp. Những phương pháp thắt, cắt và đốt nhiệt đã được Hyppocrate – Galen mô tả trong y văn Thế Giới. Các kỹ thuật này được các phẫu thuật viên thực hiện cho đến thời trung cổ và những năm đầu của thế kỷ XIX. Trước thế kỷ XIX, theo Parks chỉ có hai phương pháp PT, cách xưa nhất là cuống búi trĩ được thắt bằng dây từ thời trung cổ, cách thứ hai là chỉ cắt trĩ mà không cầm máu. Từ đó đến nay, các phương pháp PT trĩ luôn được cải tiến.
Phân chia các PT điều trị bệnh trĩ ra làm hai loại dựa trên mốc giải phẫu là đường lược, đó là các PT trĩ tầng thấp và các PT trĩ tầng cao. Các phẫu thuật trĩ tầng thấp còn được gọi là PT trĩ thường qui, đến nay vẫn còn được sử dụng rộng rãi (PT Milligan – Morgan, PT Ferguson,…) với nguyên tắc là can thiệp trực tiếp vào các búi trĩ bao gồm cả vùng da nhẵn OHM, do đó vấn đề thời sự vẫn là đau sau PT, dễ chảy máu, hẹp HM…Trở ngại lớn nhất của các phương pháp này là đau, nhất là ở những lần đại tiện đầu tiên sau PT, một số tác giả mô tả "đau như sát muối ớt, đau như có những mảnh thủy tinh vỡ đi qua". Đã có nhiều nghiên cứu và nhiều cải biên đề xuất nhằm làm giảm đau sau PT nhưng vẫn chưa thỏa đáng, cho đến khi các phương pháp PT trĩ trên đường lược ra đời. Để tránh hay giảm đau sau PT, một số tác giả đã đưa phẫu trường lên trên đường lược, đây là các phẫu thuật trĩ tầng cao, điển hình là PT Longo và các cải biên,
+ Các phẫu thuật trĩ tạm thời
Các PT trĩ tạm thời là các kỹ thuật đơn giản, điều trị các biến chứng của trĩ, giúp BN tạm ổn định nhưng không điều trị triệt căn. Hai kỹ thuật hay được thực hiện gồm lấy huyết khối trĩ ngoại và thắt hay cắt búi trĩ riêng rẽ.
Phẫu thuật lấy huyết khối trĩ ngoại (lấy máu tụ): tiến hành gây tê và rạch ngay trên búi trĩ, nặn lấy đi cục máu đông. Phương pháp này áp dụng cho trĩ ngoại tắc mạch gặp sau 48 giờ.
Thắt hay cắt búi trĩ riêng rẽ: đây là kỹ thuật thắt hay cắt 1 hoặc 2 búi trĩ kèm theo bóc tách phần trĩ dưới da. Phương pháp này áp dụng cho các búi trĩ nội độ 3, độ 4 và trĩ hỗn hợp.
+ Các phẫu thuật trĩ triệt để
* Phẫu thuật cắt trĩ theo từng búi riêng rẽ:
Phẫu thuật Milligan – Morgan (1937): PT này được các tác giả Milligan, Morgan và Jones thực hiện vào năm 1937 tại bệnh viện Saint Marks ở Anh. PT Milligan – Morgan cắt bỏ một cách hệ thống 3 búi trĩ chính ở 3 – 5 giờ, 7 giờ và 11 giờ. Phẫu tích bắt đầu từ da rìa HM, lên trên và vào trong phía trong cơ thắt trong cho tới cuống mạch trĩ, cuống này sẽ được thắt và cắt bỏ cùng với các búi trĩ; vết thương không được đóng kín. Điều cơ bản trong PT này là để lại các cầu da – niêm mạc giữa các diện cắt, sẽ tái tạo lại niêm mạc

OHM sau này. Chỉ định cho trĩ độ 3, độ 4có hoặc không chảy máu, có hoặc không có tắc mạch với các búi trĩ chính ở 3 giờ, 7 giờ và 11 giờ. Năm 1970, Giáo sư Tôn Thất Tùng quyết định bỏ hết các phương pháp PT trĩ cũ và chỉ dùng phương pháp mới này sau khi đọc báo cáo của Arnous (bệnh viện Léopold Bellan – Paris) qua trên 3000 trường hợp

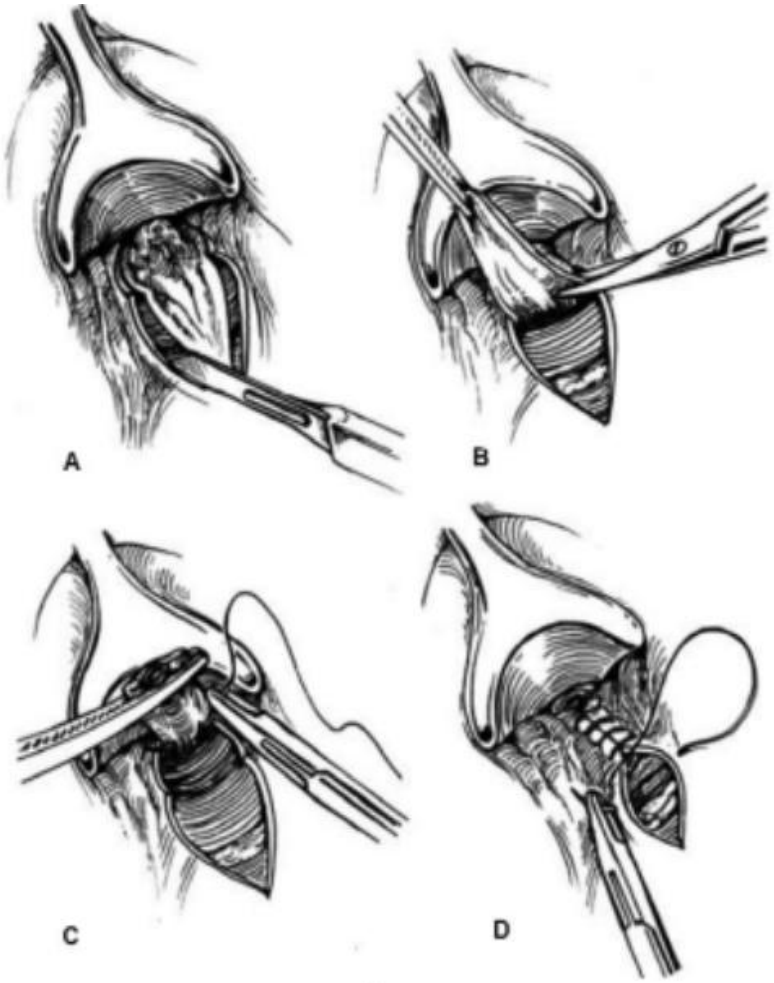


Hình 1. Phẫu thuật Milligan – Morgan

Phẫu thuật Shackelford (1955): khâu buộc trên cuống búi trĩ trước, cắt búi trĩ từ bên trong ra ngoài, vừa cắt vừa khâu vắt liên tục cho đến khi cắt hết búi trĩ thì để lại một đoạn ngoài da để dẫn lưu dịch tiết.

Phẫu thuật Parks (1956): Parks trình bày kỹ thuật cắt trĩ dưới niêm mạc với mục đích giảm đau sau PT vào năm 1956, điểm chính của kỹ thuật này là rạch niêm mạc OHM từ trong ra ngoài theo hình chữ Y lộn ngược, phẫu tích cắt bỏ búi trĩ sau đó khâu phủ lại niêmmạc trong OHM.

Phẫu thuật Ferguson (1959): Ferguson và Heaton đề xuất PT này năm 1959, rất được thịnh hành ở Mỹ và những nước chịu ảnh hưởng Mỹ. Đây là PT cắt trĩ kiểu búi rời nhưng sau đó khâu kín toàn bộ vết rạch nên còn được gọi là cắt trĩ kín; sau khi cắt bỏ các búi trĩ như phương pháp Milligan – Morgan thì khâu kín lại niêm mạc ở OHM.



Hình 2: Phẫu thuật Ferguson

Phẫu thuật Arnous – Parnaud – Denis: (bệnh viện Léopold Bellan, Paris – 1989): về cơ bản cũng như phương pháp Milligan – Morgan nhưng có thể cắt thêm các búi trĩ khác ngoài 3 búi trĩ cơ bản nhưng bao giờ cũng kèm theo cắt bán phần cơ thắt và tạo hình HM ở phía sau (vị trí 6 giờ).

* Phẫu thuật cắt bỏ vòng niêm mạc ống hậu môn:

Phẫu thuật Whitehead (1882): áp dụng cho các trường hợp trĩ vòng, PT bao gồm lấy bỏ toàn bộ búi trĩ và niêm mạc OHM bằng 4 đường rạch dọc theo trục HM, sau đó đính niêm mạc phần TT lành với da HM. PT này tuy cắt được toàn bộ vòng trĩ nhưng lại cũng cắt bỏ luôn toàn bộ vùng niêm mạc – da HM, phá hủy nhiều cấu trúc thần kinh – cơ OHM do đó gây ra các biến chứng, di chứng nặng nề sau PT như mất nhiều máu, nhiễm trùng nặng, mất chức năng tự chủ HM, biến dạng HM, lộn niêm mạc TT, liệt cơ thắt HM, đau bỏng buốt thần kinh chậu và thần kinh chi dưới, suy nhược thần kinh. Các biến chứng, di chứng đó được gọi chung là bệnh Whitehead và được nhiều người thừa nhận, trong y văn người ta nói đến PT này như để làm minh chứng cho các biến chứng, di chứng sau PT bệnh trĩ Phẫu thuật Buie (1932): rạch da hai bên như cắt búi trĩ thường, sau đó rạch vòng theo đường lược đến vị trí 6 giờ và 12 giờ. Bên đối diện cũng tương tự, hai đường rạch này không được liên tục nhau. Từ hai bên, bóc tách niêm mạc ra khỏi cơ thắt và lên cao đến khi hết trĩ, sau đó khâu niêm mạc phía trên vào đường lược.Ở vị trí 6 giờ và 12 giờ phải giữ lại một vùng da – niêm tối thiểu 6mm, hai vạt da ở vị trí 3 giờ và 9 giờ để hở nhằm dẫn lưu dịch tiết sau PT.

Phẫu thuật Toupet (1969): dựa trên nguyên lý của PT Whitedead, Toupet đã đề xuất PT cải tiến để cắt bỏ toàn bộ trĩ vòng. Điểm cơ bản của PT này là đường rạch cắt niêm mạc OHM ngay sát trên đường lược; phẫu tích cắt bỏ được toàn bộ vòng trĩ, bảo tồn được niêm mạc – da nhạy cảm ở hai bên OHM, tránh phá hủy nhiều cấu trúc thần kinh – cơ OHM.
* Phẫu thuật khâu triệt mạch trĩ:
Khâu triệt mạch trĩ dưới hướng dẫn của siêu âm: phương pháp này được goi là HAL (Haemorrhoidal Artery Ligation) hoặc DG-HAL (Doppler Guide Haemorrhoidal Artery Ligation) do tác giả Morinaga (Nhật Bản) nêu ra từ năm 1995, dựa trên nguyên lý xác định các ĐM trĩ bằng siêu âm doppler và được khâu thắt lại trên đường lược 2 – 3cm, do đó làm giảm hoặc mất dòng máu chảy về búi trĩ nên búi trĩ tự co nhỏ lại và trở về vị trí bình thường. Năm 2002, sau nhiều cải tiến của Monte cùng với Tagariello (Italy) phương pháp mới được gọi là THD (Transanal Haemorrhoidal Deartrialisation) hay DGHAL-RAR (Doppler Guide Haemorrhoidal Artery Ligation and Recto Anal Repair).
Khâu treo trĩ bằng tay (khâu gấp khoanh niêm mạc): đây là phương pháp cải biên của PT Longo ở các nước đang phát triển do giá thành cao của PT Longo. Phương pháp này cũng dựa trên nguyên tắc của PT Longo là làm giảm lưu lượng máu đến búi trĩ để thu nhỏ thể tích khối trĩ và treo búi trĩ lên OHM bằng các mũi khâu tay khâu xếp nếp niêm mạc trên đường lược 2 – 3 cm.
Phẫu thuật cắt bỏ một khoanh niêm mạc trên đường lược:
Phẫu thuật Longo (1998): tháng 6/1998 tại Hội nghị PT nội soi quốc tế lần thứ 6 ở Rome (Italy), Antonio Longo đã trình bày tổng kết một phương pháp PT để điều trị bệnh trĩ. Nội dung cơ bản của phương pháp này là cắt một vòng niêm mạc, dưới niêm mạc TT trên đường lược khoảng 3 cm bằng kỹ thuật khâu nối máy, nhằm kéo búi trĩ và niêm mạc TT sa trở về vị trí cũ đồng thời loại bỏ nguồn máu tới các búi trĩ. PT Longo chỉ định cho trĩ độ 3, độ 4; trĩ kèm theo những bệnh vùng HM khác cần PT (nứt kẽ, da thừa, rò, u nhú, tắc mạch, sa niêm mạc TT,…); trĩ độ 2 nhưng có những búi sa có thể tự lên được; trĩ đã được điều trị bằng những phương pháp khác nhưng thất bại. Chống chỉ định trong các trường hợp áp xe HM, hoại thư (Fournier), hẹp HM, sa toàn bộ trực tràng. Hiện nay, PT Longo trở lên phổ biến với những kết quả ngắn và trung hạn rất khả quan, được hầu hết các trung tâm PT tại các nước có nền kinh tế phát triển trên Thế giới áp dụng. Kỹ thuật này được các phẫu thuật viên đánh giá là an toàn, hiệu quả, đặc biệt là ít đau sau PT và nhanh chóng đưa BN trở về sinh hoạt bình thường.
3.3. Điều trị dự phòng
3.3.1 Khi bệnh nhân ra viện:
- Tiêu chuẩn ra viện: đau ít, ăn uống được, tiểu được, không chảy máu hậu môn
- Đơn thuốc uống 7 – 10 ngày: như phần điều trị nội khoa
- Hướng dẫn chế độ ăn tránh táo bón cho bệnh nhân:
+ Ăn cân bằng chất xơ (rau xanh, củ và hoa quả chín), tránh ăn thực phẩm có nhiều chất xơ thô (măng).
+ Uống nhiều nước: ngày uống nhiều hơn 3 lít nước
Lao động, vận động nhẹ nhàng, tránh ở một tư thế kéo dài.
3.3.2. Hẹn tái khám:
- Tái khám sớm nhất sau 7 ngày ra viện tại phòng khám ngoại tiêu hóa
- Khai thác các triệu chứng: điều chỉnh thuốc cho phù hợp
- Thăm hậu môn: phát hiện sớm hẹp hậu môn, để hướng dẫn cho bệnh nhân nong hậu môn.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trung Học (2009), So sánh kết quả điều trị phẫu thuật bệnh trĩ theo hai

phương pháp Longo và Milligan-Morgan tại bệnh viện Việt Đức năm 2008-2009, Luận văn
tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, ĐH Y Hà Nội.
2. Nguyễn Đình Hối (2002), Hậu môn trực tràng học, Nxb Y học, TP Hồ Chí Minh, p. 73-104.
3. Nguyễn Xuân Hùng, Mark Helbraun, Phạm Đức Huấn và cộng sự (2010), "Phẫu thuật Ferguson điều trị trĩ", Tạp chíđại trực tràng học (Hội HMTT học Việt Nam), 5, p. 9-13.
4. Lê Quang Nghĩa (2002), Bệnh trĩ, Nxb Y học, TP Hồ Chí Minh.
5. Nguyễn Mạnh Nhâm (1997), Hậu môn học (Proctology), Viện Y học cổ truyền Việt Nam (TTNC bệnh lý hậu môn), Hà Nội, 1, p. 1-15.
6. Trịnh Hồng Sơn (2005), "Nhận xét kết quả bước đầu phẫu thuật Longo trong điều trị trĩ", Tạp chí Y học thực hành, 12, p. 49-54.
7. Trịnh Hồng Sơn (2011), "Phẫu thuật Milligan-Morgan, phẫu thuật Longo, phẫu thuật triệt mạch trĩ có sử dụng Doppler (THD) trong điều trị trĩ", Một số kiến thức liên quan đến bệnh lý ngoại khoa tiêu hóa, Nxb Y học, Hà Nội, p. 87-107.
8. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Xuân Hùng, Nguyễn Hoàng Diệu, Nguyễn Minh Trọng (2007), "Phẫu thuật Longo điều trị trĩ tắc mạch", Tạp chí Y học thực hành, 2(564), p. 58-60.
9. Trịnh Hồng Sơn (2014), Giải phẫu sinh lý vùng hậu môn trực tràng, phẫu thuật Longo điều trị bệnh trĩ, 1 nhà xuất bản Y học, Hà nội, 11-26.
10. Phan Công Lương, Nguyễn Công Hóa, Đỗ Mạnh Toàn " Nhận xét kết quả phẫu thuật Longo trong điều trị bệnh trĩ tại tỉnh Thái Bình" Y học Việt Nam, 11, p212
11. Nguyễn Xuân Hùng (2017), "Điều trị bệnh trị, các tai biến, biến chứng và di chứng kết quả điều trị và can thiệp" Tạp chí đại trực tràng học, (10),15

NỨT KẼ HẬU MÔN

1. ĐỊNH NGHĨA

Nứt kẽ hậu môn (nứt hậu môn) là một vết rách nhỏ nằm ở ống hậu môn và gây đau, chảy máu khi đại tiện. Và thường bị nhầm lẫn với các bệnh khác ở vùng hậu môn, như bệnh trĩ. Nứt kẽ hậu môn là bệnh lý không phải ít gặp ở vùng hậu môn, một vùng rất nhạy cảm trên cơ thể vì tập trung nhiều đầu mút thần kinh. Cùng với bệnh trĩ tắc mạch, áp xe cạnh hậu môn, nứt kẽ hậu môn thể cấp tính thuộc bệnh lý cần giải quyết cấp cứu vì bệnh nhân rất đau.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

* Cơ năng

Chẩn đoán bệnh nứt kẽ hậu môn dựa vào 3 dấu hiệu chính: đau hậu môn, cơ thắt hậu môn co bóp chặt và vết nứt ở ống hậu môn.

- Đau hậu môn bác sĩ khám có thể phân biệt với bệnh trĩ tắc mạch, áp xe cạnh hậu môn.
- Bệnh thường gặp ở nữ giới nhiều hơn nam giới và người trẻ tuổi.
- Đau vùng hậu môn là triệu chứng nổi bật. Cơn đau điển hình có tính chất cấp tính, đột ngột làm bệnh nhân rất lo lắng. Đau thường xuất hiện khi đi ngoài, có những bệnh nhân đau lặng người trong nhà xí, mỗi lần đi ngoài là một nỗi lo sợ. Sau khi đi ngoài cơn đau có thể còn kéo dài hàng giờ.
- Cơn đau dữ dội vùng hậu môn với tính chất nêu trên là lý do bệnh nhân tới khám bệnh.
- Những bệnh nhân chịu dựng đau tốt, không muốn đi khám bệnh hoặc đi khám bác sĩ không chẩn đoán ra, cho đơn điều trị thuốc giảm đau, kháng sinh hoặc thuốc chữa trĩ... bệnh nhân có thể giảm cơn đau và bệnh chuyển thành mãn tính. Tính chất mãn tính ở đây có thể hiểu là bản thân bệnh nhân chịu đựng được cơn đau vùng hậu môn với thời gian kéo dài. Sự chịu đựng cơn đau âm thầm gây bệnh nhân khó chịu, lo lắng, cáu gắt, chất lượng cuộc sống sẽ giảm.
- Kèm theo đau có thể thấy phân dính máu tươi hoặc máu tươi nhỏ giọt sau khi phân ra, hoặc máu tươi thấm vào giấy vệ sinh.

Thực thể:

- Dấu hiệu cơ thắt hậu môn co bóp chặt cũng dễ dàng phát hiện vì khi thăm hậu môn, bác sĩ không thể đưa ngón tay vào ống hậu môn như thăm trực tràng thông thường do cơ thắt hậu môn luôn co chặt và bệnh nhân đau không chịu được.
- Vết nứt ở ống hậu môn. Thăm khám nhẹ nhàng (bằng cách banh hậu môn với 2 19 ngón tay cái của người thày thuốc) sẽ thấy một vết loét hình vợt thường ở vị trí 6 giờ (bệnh nhân nằm ngửa, vị trí được đánh theo chiều kim đồng hồ, vị trí 6 giờ cùng phía xương cùng cụt) từ rìa hậu môn tới đường lược dài khoảng hơn 1 cm, chiều sâu khoảng độ 2 đến 3 mm, có thể nhìn thấy các thớ cơ trơn hậu môn ngay dưới đáy vết nứt. Đa số bệnh nhân có cột báo hiệu: là một nếp da gồ lên trước vết nứt.

Một số trường hợp nứt kẽ có kèm theo rò hậu môn và trĩ

2.1.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu, Nhóm máu, Rh: đánh giá tình trạng thiếu máu, tình trạng nhiễm trùng, khả năng cầm máu của tiểu cầu.
- Sinh hóa máu: XN ure hoặc creatinin. đường huyết. ALT, AST. Albumin hoặc proteinTP, Điện giải đồ (Ca, Na, Cl, K)
- Nước tiểu

- Đông máu
- Siêu âm ổ bụng: phát hiện bệnh lý phối hợp, đánh giá kích thước TTL ở nam, tử cung phần phụ ở nữ.
- Điện tâm đồ
- HIV, HbSAg
- Chụp XQ lồng ngực
- Nội soi trực tràng ống mềm: phát hiện các bệnh lý vùng TT, có thể gây cho bệnh nhân đại tiện ra máu đỏ tươi (viêm loét TT, polyp TT, Ung thư TT….).
- Nội soi đại trực tràng: khi nghi nghờ bệnh lý của đại tràng
- Các xét nghiệm để chẩn đoán bệnh lý phối hợp, phục vụ công tác chẩn đoán và tiên lượng

2.2. Chẩn đoán phân biệt
- Nếp da thừa hậu môn: không đau hậu môn khi đại tiện
- Trĩ tắc mạch: có khối sưng đau cạnh hậu môn, màu tím
- Polyp ống hậu môn, u ống hậu môn, u đại trực tràng: không có vết nứt,
- Apxe cạnh hậu môn: có khối sưng nóng đỏ đau cạnh hậu môn.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc, mục tiêu điều trị
- Có nhiều phương pháp điều trị nứt kẽ hậu môn, phương pháp nào cũng đều dựa trên nguyên tắc là làm cơ thắt nghỉ ngơi (nong hậu môn, cắt bán phần cơ thắt, tiêm thuốc trực tiếp vào cơ tròn hậu môn...), vết nứt được cấp máu tốt và nhanh liền sẹo.
- Bệnh nhân có nứt kẽ hậu môn nên tới cơ sở y tế có gây tê, gây mê để chữa bệnh.
- Những bệnh nhân có biểu hiện đau cấp tính thường được điều trị cấp cứu cũng như bệnh lý apxe cạnh hậu môn và trĩ tắc mạch.
- Mục tiêu điều tri: Khỏi bệnh và bảo tồn được chức năng sinh lý đại tiện cho bệnh nhân

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị nội khoa

Là điều trị khởi đầu cho những trường hợp nứt kẽ hậu môn cấp tính. Điều trị nội khoa bao gồm:

+ Vệ sinh HM bằng nước ấm; ngâm hậu môn.
+ Chế độ ăn uống nhiều chất xơ, ít gia vị cay nóng, kiêng rượu;
+ Sử dụng các loại thuốc uống có tác dụng toàn thân hay thuốc đặt tại chỗ: các loại thuốc điều hoà lưu thông ruột, thuốc nhuận tràng, thuốc bôi và đặt tại chỗ có tác dụng làm bôi trơn, giảm đau, chống viêm, chống viêm và nhiễm trùng.
+ Kháng sinh: khi nứt kẽ hậu môn nhiễm trùng, trĩ chảy máu, nứt kẽ hậu môn kèm nhiễm khuẩn quanh hậu môn: kháng sinh nhóm cephalosporin, immidazol, quinolon. Điều trị riêng rẽ hay phối hợp kháng sinh tùy thuộc vào mức độ nhiễm trùng của bệnh nhân.
+ Giảm đau: tùy thuộc vào mức độ đau mà chỉ định thuốc giảm đau hợp lý.

3.2.2. Điều trị thủ thuật

Phương pháp nong hậu môn bằng tay và dụng cụ:

Tốt nhất bệnh nhân được gây mê nội khí quản, nhưng cũng có thể gây tê tại chỗ, gây tê tuỷ sống hoặc gây mê tĩnh mạch.

Phương pháp này được chỉ định áp dụng đối với thể cấp tính, vết loét mới và nông, không phối hợp với bệnh trĩ và rò hậu môn.

Một số tác giả không còn sử dụng phương pháp này với lý do không triệt để, dễ tái phát và nong với tính chất "mù" có thể gây tổn hại tới cơ thắt. Trong hoàn cảnh Việt Nam hiện nay, phương pháp này có thể thực hiện bởi mọi phẫu thuật viên ở các tuyến cơ sở. Tuy nhiên khi thực hiện phải lưu ý tới phản xạ hậu môn tim và làm tổn thương cơ thắt quá mức trong khi nong.

3.2.3. Điều trị phẫu thuật
+ Phương pháp cắt cơ thắt phía bên: các tác giả nước ngoài hay áp dụng phương pháp này. Nhược điểm của phương pháp này là không lấy đi vết nứt ở những trường hợp vết nứt mãn tính xơ chai.
+ Phương pháp lấy bỏ vết nứt kẽ, cắt bán phần cơ thắt phía sau và tạo hình hậu môn: đây là phương pháp cho kết quả rất tốt. Phương pháp này có lợi điểm là có thể kết hợp điều trị đồng thời nếu có bệnh trĩ phối hợp và rò đơn giản vùng gần vị trí nứt kẽ.
Thường không có tái phát, ít để lại di chứng như rối loạn chức năng cơ tròn hậu môn.
Bệnh nhân hết đau, trở lại sinh hoạt và làm việc bình thường.
+ Phương pháp tiêm thuốc vào cơ tròn hậu môn
Gần đây, một số tác giả Châu Âu có gây tê tại chỗ và tiêm một loại thuốc có tên Botulinum toxin (làm giãn cơ trơn) vào cơ tròn trong để điều trị nứt kẽ hậu môn.
Kết quả cho thấy tiêm Botulinum toxin cho tỷ lệ liền sẹo thấp hơn so với cắt cơ tròn trong. Tuy nhiên lợi điểm của phương pháp này là: ít gây rối loạn chức năng cơ tròn, ít biến chứng, thời gian nằm viện ngắn (có thể ra viện ngay), dễ áp dụng kỹ thuật.
Nên chọn phương pháp tiêm Botulinum toxin ở những bệnh nhân có nguy cơ cao khi tiến hành phẫu thuật hoặc nguy cơ rối loạn cơ tròn trong
3.3. Điều trị dự phòng
3.3.1. Ra viện
- Tiêu chuẩn ra viện: đau ít, ăn uống được, tiểu được, không chảy máu hậu môn
- Đơn thuốc uống 7 – 10 ngày: như phần điều trị nội khoa
- Hướng dẫn chế độ ăn tránh táo bón cho bệnh nhân:
+ Ăn cân bằng chất xơ (rau xanh, củ và hoa quả chín), tránh ăn thực phẩm có nhiều chất xơ thô (măng).
+ Uống nhiều nước: ngày uống nhiều hơn 3 lít nước
+ Lao động, vận động nhẹ nhàng, tránh ở một tư thế kéo dài.
3.3.2. Hẹn tái khám:
- Tái khám sớm nhất sau 7 ngày ra viện tùy thuộc tình trạng bệnh nhân tại phòng khám ngoại tiêu hóa
- Khai thác các triệu chứng: điều chỉnh thuốc cho phù hợp
- Thăm hậu môn: phát hiện sớm hẹp hậu môn, để hướng dẫn cho bệnh nhân nong hậu môn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Quang Cử (2010), Bệnh các cơ quan tiêu hóa, Nxb Y học, Hà Nội, p. 58.
2. Nguyễn Đình Hối (2002), Hậu môn trực tràng học, Nxb Y học, TP Hồ Chí Minh.
3. Trịnh Văn Minh (2007), "Ruột già", Giải phẫu người, Nxb Hà Nội.
4. Nguyễn Mạnh Nhâm (1995), Những bệnh cần biết ở vùng hậu môn, Nxb Y học, Hà Nội.
5. Nguyễn Mạnh Nhâm (1997), Hậu môn học (Proctology), Viện Y học cổ truyền Việt Nam (TTNC bệnh lý hậu môn), Hà Nội.
6. Nguyễn Mạnh Nhâm,Nguyễn Duy Thức (2004), Điều trị một số bệnh thông thường vùng hậu môn bằng thủ thuật - phẫu thuật, Nxb Y học, Hà Nội.
7. Trịnh Hồng Sơn (2005), "Nhận xét kết quả bước đầu phẫu thuật nứt kẽ hậu môn", Tạp chí Y học thực hành, 12, p. 49-54.
8. Đỗ Đức 1Vân (2006), "Bệnh nứt kẽ hậu môn", Bệnh học ngoại khoa, Nxb Y học, Hà Nội

RÒ HẬU MÔN

1. ĐỊNH NGHĨA

Rò hậu môn là một đường hầm, thành được lót bởi mô hạt, đầu (lỗ) trong nằm ở ống hậu môn, đầu (lỗ) ngoài nằm ở phần da quanh ống hậu môn. 95% rò hậu môn có nguồn gốc từ viêm ống tuyến hậu môn. Ống tuyến hậu môn bị viêm dẫn đến hình thành một ổ nung mũ (áp-xe) cạnh hậu môn. Áp-xe cạnh hậu môn, khi tìm đường thoát mũ ra ngoài hay vào lòng trực tràng, sẽ tạo thành đường rò. Trong 5% các trường hợp còn lại, rò hậu môn có nguồn gốc từ: Chấn thương, Ung thư. Các bệnh lý viêm nhiễm mãn tính vùng trực tràng hậu môn: lao, Crohn, viêm túi thừa, nhiễm Clamydia, actinomycoses…Nứt hậu môn (gây áp-xe và rò dưới da).

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Chẩn đoán lâm sàng: bệnh nhân bị chảy dịch hoặc mủ kéo dài vùng hậu môn.

- Khám: cạnh hậu môn có một nốt sần, giữa có lỗ, ấn nốt sần dịch vàng đục trào qua lỗ. Sờ nắn phần da giữa nốt sần và hậu môn có cảm giác một dây cứng. Thăm trực tràng có thể sờ được lỗ trong, nằm trên đường lược.

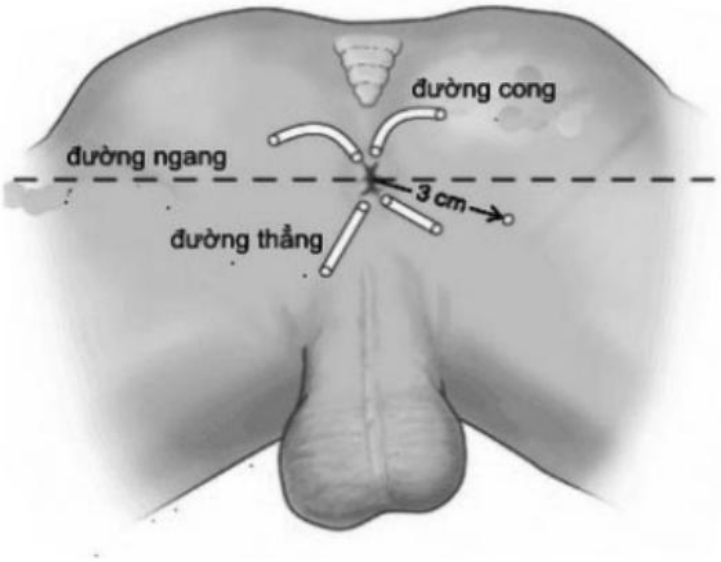
Phân loại rò hậu môn:

- Theo tính chất đơn giản hay phức tạp:

+ Rò đơn giản:

Có một lỗ trong, một lỗ ngoài và một đường rò nguyên phát nối hai lỗ.

Định luật Goodsall (hình 2): BN nằm xấp, nếu lỗ ngoài nằm ở ½ trên đường ngang qua ống hậu môn, lỗ trong sẽ nằm trên đường giữa. Nếu lỗ ngoài nằm ở ½ dưới, lỗ trong sẽ nằm trên đường hướng tâm (đặc điểm này sẽ thay đổi nếu lỗ ngoài nằm cách rìa hậu môn 2-3 cm) .



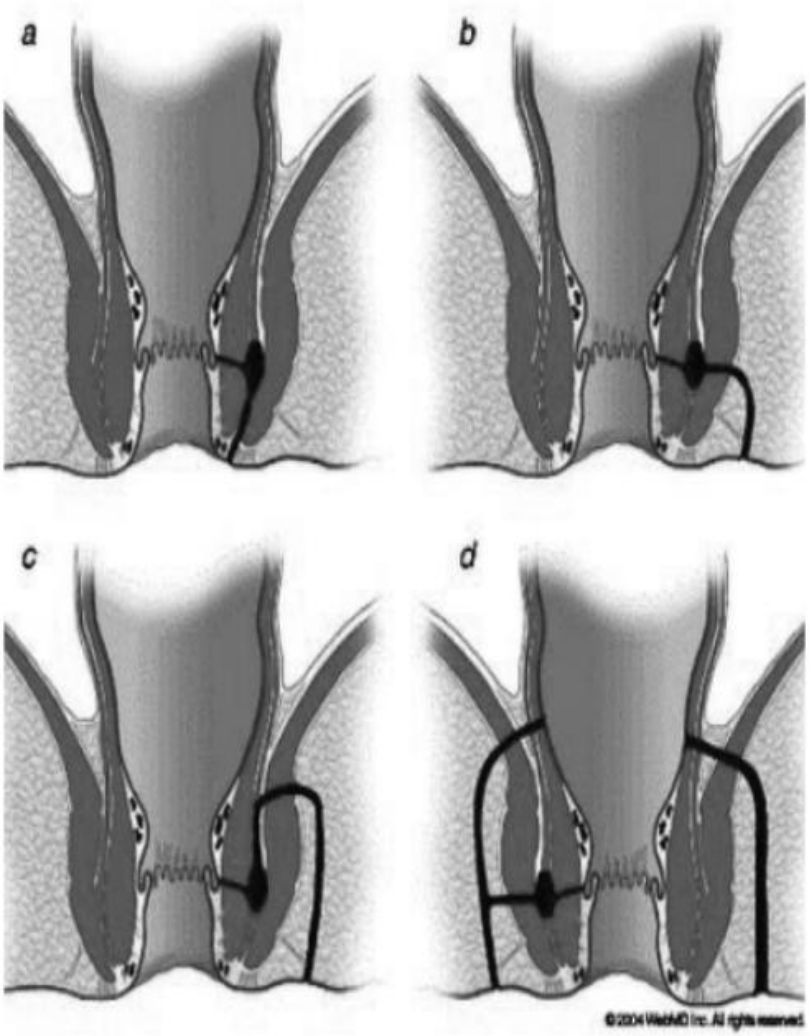
Hình 1- Mối liên quan giữa lỗ trong và lỗ ngoài của một đường rò hậu môn theo định luật Goodsall

+ Rò phức tạp:

Có một lỗ trong, một đường rò nguyên phát và một hay nhiều đường thứ phát, mỗi đường rò có một lỗ ngoài.

Rò móng ngựa: lỗ trong nằm ở phần sau hậu môn, đường rò nguyên và thứ phát đi vòng ra hai bên, trong hố ngồi-trực tràng.

Theo phần cơ thắt có liên quan (hình 2):



Hình 2- Các kiểu rò hậu môn: a-Rò gian cơ thắt, b-Rò ngang cơ thắt, c-Rò trên cơ thắt, d-Rò ngoài cơ thắt.

Được ứng dụng nhiều trên lâm sàng vì có liên quan đến việc chọn lựa phương pháp điều trị.

Tuỳ theo khối lượng của phần cơ thắt có liên quan (phần cơ thắt nằm giữa đường rò và bề mặt biểu mô của ống hậu môn), rò hậu môn được phân thành 4 loại chính: Rò gian cơ thắt (70%), Rò ngang cơ thắt (24%) bao gồm rò ngang cơ thắt thấp và rò ngang cơ thắt cao. Rò trên cơ thắt (5%). Rò ngoài cơ thắt (1%).

2.1.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu, Nhóm máu, Rh: đánh giá tình trạng thiếu máu, tình trạng nhiễm trùng, khả năng cầm máu của tiểu cầu.
- Sinh hóa máu: XN ure hoặc creatinin. đường huyết. ALT, AST. Albumin hoặc proteinTP, Điện giải đồ (Ca, Na, Cl, K)
- Nước tiểu
- Đông máu
- Siêu âm ổ bụng: phát hiện bệnh lý phối hợp, đánh giá kích thước TTL ở nam, tử cung phần phụ ở nữ.

- Siêu âm qua ngã hậu môn-trực tràng: được chỉ định khi không tìm thấy lỗ trong hay nghi ngờ đường rò đi cao (trên cơ thắt, ngoài cơ thắt). Việc bơm oxy già vào lỗ ngoài sẽ làm tăng độ nhạy của chẩn đoán.
- Siêu âm nội soi
- Điện tâm đồ
- HIV, HbSAg
- Chụp XQ lồng ngực
- Nội soi trực tràng ống mềm: phát hiện các bệnh lý vùng TT: viêm loét TT, polyp TT, Ung thư TT…..
- Nội soi đại trực tràng: khi nghi nghờ bệnh lý của đại tràng
- X-quang đường rò: bơm thuốc cản quang vào lỗ trong, chụp nhiều tư thế (trước sau, nghiêng, chéo).
- Đo áp lực cơ thắt: được chỉ định trong trường hợp rò tái phát sau mổ, rò trên cơ thắt, hay BN có bệnh lý làm giảm trương lực cơ thắt (người già yếu, sang chấn sản khoa…)
- MRI: Có giá trị cao trong chẩn đoán và điều trị xác định vị trí, hình thái, phân loại đường rò
- Các xét nghiệm để chẩn đoán bệnh lý phối hợp, phục vụ công tác chẩn đoán và tiên lượng

2.1.3. Chẩn đoán phân biệt

Rò xoang lông

Nhọt cạnh hậu môn

Viêm nhiễm quanh hậu môn

Rò do các nguyên nhân khác: lao, Crohn, ung thư: dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm: giải phẫu bệnh, Turmor macker, Test chẩn đoán lao, nội soi đại trực tràng, nội soi dạ dày, …

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc, mục tiêu điều trị

Khỏi bệnh và bảo tồn được chức năng sinh lý của hậu môn

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị nội khoa

Chỉ định điều trị nội khoa: phối hợp với điều trị thủ thuật

Điều trị nội khoa bao gồm:

+ Vệ sinh HM bằng nước ấm; ngâm hậu môn.

+ Chế độ ăn uống nhiều chất xơ, ít gia vị cay nóng, kiêng rượu;

+ Sử dụng các loại thuốc uống có tác dụng toàn thân :các loại thuốc điều hoà lưu thông ruột,thuốc nhuận tràng,thuốc giảm đau, chống viêm và nhiễm trùng, thuốc xổ ruột chuẩn bị trước mổ.

+ Kháng sinh: kháng sinh nhóm cephalosporin, immidazol, quinolon. Điều trị riêng rẽ hay phối hợp kháng sinh tùy thuộc vào mức độ nhiễm trùng của bệnh nhân.

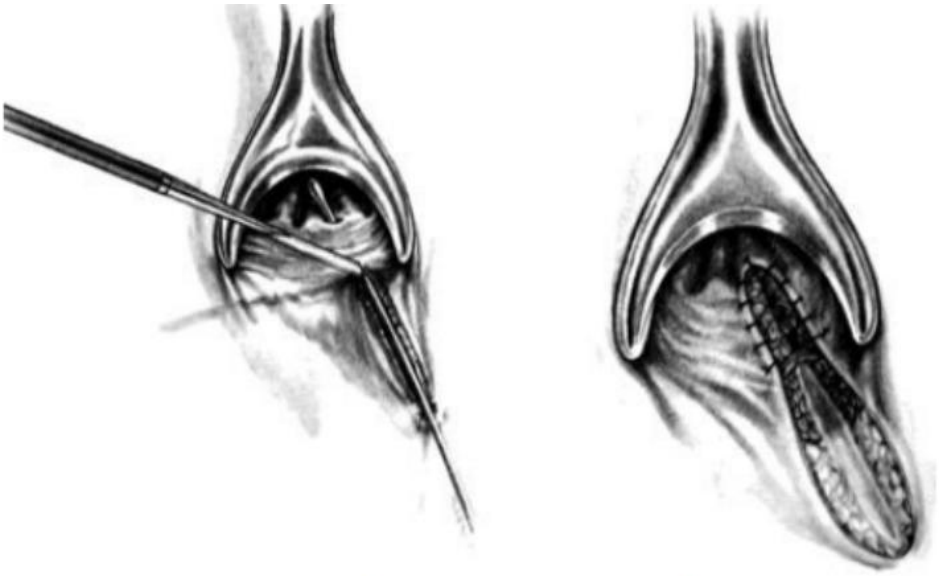
+ Giảm đau: tùy thuộc vào mức độ đau mà chỉ định thuốc giảm đau hợp lý.

3.2.2. Điều trị phẫu thuật

Cắt mở đường rò (fistulostomy):

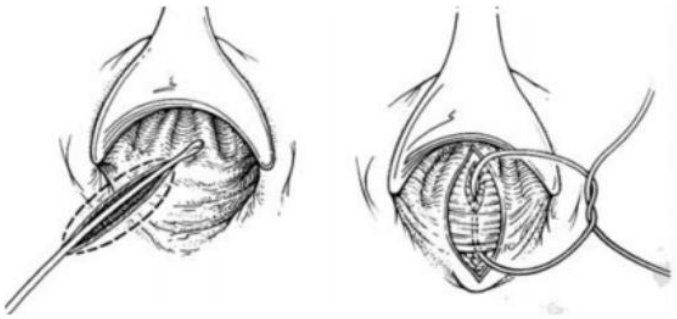
Nguyên tắc: cắt đường rò từ lỗ trong ra lỗ ngoài, mở đường rò ra bề mặt (biến "đường hầm" thành "đường hào"). Đường rò sẽ lành từ đáy lên bề mặt. Phương pháp này cũng cắt phần cơ thắt có liên quan. Nếu phần cơ thắt bị cắt nhiều, BN sẽ không kiểm soát vấn đề giữ phân (són phân hay tiêu không tự chủ)

Chỉ định: Rò gian cơ thắt, Rò xuyên cơ thắt thấp (trừ đường rò ở 1/2 trước hậu môn ở BN nữ)



Hình 3- Kỹ thuật cắt mở đường rò trong điều trị rò hậu môn

Chăm sóc hậu phẫu:
Điều trị phối hợp sau phẫu thuật : nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch, truyền máu khi thiếu máu, thuốc nhuận tràng, chống phù nề,
Tiếp tục dùng kháng sinh theo tình trạng nhiễm trùng sau mổ.
Ngâm hậu môn ngày 2 lần. Khi ngâm, dùng ngón tay miết vào vết thương để cho vết thương lành từ đáy lên trên, từ trong ra ngoài, đồng thời hạn chế nguy cơ hẹp hậu môn.
Thời gian lành hẳn vết thương trung bình 6 tuần, hiếm khi quá 12 tuần.
Đặt seton:
Nguyên tắc: cắt đường rò "dần dần", để đường rò lành mà vẫn bảo tồn được chức năng cơ thắt.
Chỉ định: BN nữ có đường rò ở 1/2 trước hậu môn. Rò tái phát. Rò phức tạp. Rò xuyên cơ thắt cao, trên hay ngoài cơ thắt. Rò hậu môn ở BN có trương lực cơ thắt thấp
Nội dung điều trị:
Các bước đầu tương tự như cắt mở đường rò
Không cắt cơ thắt. Luồn một sợi chỉ silk to hay dải cao su (Penrose) từ lỗ ngoài vào lỗ trong, buộc quanh phần cơ thắt có liên quan (hình 6).
Sau mổ, xiết dần seton mỗi khi BN tái khám, cho tới khi seton cắt xuyên qua phần cơ thắt và rớt ra ngoài. Hoặc hẹn bệnh nhân phẫu thuật thì 2 cắt cơ thắt sau 16 tuần.



Hình 4- So sánh cắt mở đường rò (hình trái) và đặt seton trong điều trị rò hậu môn.

Bít đường rò bằng keo fibrin:
Các bước chính của phương pháp bít đường rò bằng keo fi brin trong điều trị rò hậu môn:
Nạo sạch mô hạt thành đường rò

Khâu kín lỗ trong
Bơm keo fi brin vào đường rò
Phương pháp này cho tỉ lệ lành đường rò thấp.
Chuyển vạt nội trực tràng (endorectal advancement fl ap):
Nguyên tắc: tách một mảnh niêm mạc thành trực tràng, chuyển xuống và khâu che lên lỗ rò trong. Có thể kết hợp với bơm keo fibrin vào đường rò.
Đây là phương pháp lý tưởng để điều trị các đường rò cao.
3.3. Biến chứng sau mổ:
- Chảy máu: Xét nghiệm công thức máu, đông máu, bilan nhiễm khuẩn
- Són phân: do một phần đáng kể cơ thắt hậu môn bị cắt đứt, hay cắt mở đường rò ở BN có trương lực cơ thắt thấp.
- Hẹp hậu môn: có thể xảy ra, nếu sau cắt đường rò mô sợi xơ phát triển quá mức.
3.4. Điều trị dự phòng
3.4.1 Ra viện:
- Tiêu chuẩn ra viện: đau ít, ăn uống được, tiểu được, đại tiện được và không chảy máu hậu môn.
- Đơn thuốc uống 7 – 10 ngày: như phần điều trị nội khoa
- Hướng dẫn chế độ ăn tránh táo bón cho bệnh nhân:
+ Ăn cân bằng chất xơ (rau xanh, củ và hoa quả chín), tránh ăn thực phẩm có nhiều chất xơ thô (măng).
+ Uống nhiều nước: ngày uống nhiều hơn 3 lít nước
- Lao động, vận động nhẹ nhàng, tránh ở một tư thế kéo dài.
- Ngâm hậu môn bằng nước ấm ngày 2 lần sáng tối: mỗi lần 15 phút
3.4.2. Hẹn tái khám:
- Tái khám sau 7 ngày ra viện tại phòng khám ngoại tiêu hóa
- Khai thác các triệu chứng: điều chỉnh thuốc cho phù hợp
- Thăm hậu môn: phát hiện sớm hẹp hậu môn, để hướng dẫn cho bệnh nhân nong hậu môn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Mạnh Nhâm, Một số nhận xét về điều trị áp xe hậu môn trong 2 năm (1992-1993) tại bệnh viện Việt Đức.
2. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Xuân Hùng, ĐỗĐức Vân, Thái độ xử lý rò kép trong bệnh lý rò hậu môn, Y học thực hành, 1996, 3: 3- 5.
3. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Xuân Hùng, Đỗ Đức Vân, Chẩn đoán và điều trị rò hậu môn hình móng ngựa, Y học thực hành, 1999, 2: 22- 26.
4. Trịnh Hồng Sơn, Góp phần nghiên cứu điều trị rò hậu môn bằng phẫu thuật, Luận văn thạc sĩ khoa học y dược, Hà nội, 1995.
5. Nguyễn Trung Tín (2011), " Kết quả phẫu thuật LIFT trong điều trị rò hậu môn"; Y học TP Hồ Chí Minh, Tập 15 (1), tr.147-151
6. Lê Thị Diễm (2010), "Bước đầu khảo sát giá trị hình ảnh cộng hưởng từ của rò hậu môn", Y học Tp Hồ Chí Minh, tập 14(1), Tr.87-91.
7. Eisenhammer S, The fi nal evaluation and classi fi cation of surgical treatment of the primary anorectal cryptoglandular intermuscular (intersphincteric) fi stulous abscess and fi stular.Dis. Col. Rect, 1978, 21: 237- 254.
8. William H. Isbister, Nasser Al Sanea, The cutting seton. An experience at King faisal specialist hospital, Dis. Colon. Rectum, 2001, 44: 722- 727.

SA TRỰC TRÀNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Sa trực tràng là bệnh lý do sự tổn thương và suy yếu của cấu trúc cân cơ và dây chằng nâng đỡ sàn chậu, có hai loại:

- Sa toàn bộ thành trực tràng: toàn bộ thành trực tràng sa ra bên ngoài hậu môn
- Sa niêm mạc trực tràng: chỉ có niêm mạc sa ra ngoài, các lớp cơ thành trực tràng vẫn đúng vị trí

2. CHẨN ĐOÁN.

2.1. Chẩn đoán xác định: chủ yếu dựa vào bệnh sử và thăm khám lâm sàng

2.1.1. Lâm sàng

- Đau hậu môn, chảy máu, tiết chất nhầy ở hậu môn, táo bón, hoặc đại tiện không tự chủ
- Khám hậu môn thấy một khối sa ra ngoài hậu môn, các khối niêm mạc của khối sa ra ngoài là những vòng tròn đồng tâm
- Nếu bệnh sử nghi nghờ, mà thăm khám không thấy khối sa, xác định bằng cách cho bệnh nhân rặn và ở tư thế ngồi xổm để đánh giá. Có thể thăm khám lúc bệnh nhân đi đại tiện sẽ thấy khối sa ra ngoài
- Hậu môn có một khối phồng lên như quả cà chua (không có vách ngăn giữa khối lồi với rìa hậu môn, các nếp niêm mạc tập trung lại ở một lỗ giữa, như núm quả cà chua): sa niêm mạc trực tràng không hoàn toàn.
- Hậu môn có một đoạn dài, đỏ lòi ra như một cái đuôi, có thể dài tới 6cm, màu hồng xẫm, có một lỗ giữa hoặc đỉnh của đoạn lòi ra hướng về phía sau, có nhiều vòng lớp niêm mạc đồng tâm, có một rãnh giữa khối lồi của đoạn trực tràng sa với rìa hậu môn (trừ trường hợp sa cả ống hậu môn ra ngoài): sa trực tràng hoàn toàn

2.1.2. Cận lâm sàng

- Nội soi đại tràng hoặc chụp đại tràng cản quang: Để loại trừ bệnh lý ác tính đi kèm.
- Chụp MRI động: Khảo sát toàn bộ cấu trúc sàn chậu cùng các tạng chậu kèm động học tống phân.
- Các xét nghiệm thường quy :

+ Công thức máu
+ CRP
+ Đông máu,
+ Nhóm máu
+ Sinh hóa: glucose máu, SGOT, SGPT, creatinin máu, điện giải đồ (Na, K,Cl,Ca)…
+ Điện tim
+ Xét nghiệm nước tiểu
+ XQ ngực thẳng
+ Test nhanh HIV, HbsAg trong trường hợp bệnh nhân đồng ý thanh toán
+ Các xét nghiệmđể chẩnđoán bệnh lý phối hợp, phục vụ công tác chẩn đoán và tiên lượng

2.2. Chẩn đoán phân biệt: Sa trực tràng khác với:

- Sa trực tràng kiểu nhô (Rectal procidence, Procidence rectale) là chỉ có một chỗ của thành trực tràng nhô vào trong lòng trực tràng
- Sa trực tràng kiểu túi (Rectocele, Rectocele hay Proctocele, Protocele) khi chỉ có một chỗ của thành trực tràng sa lồi vào ổ bụng tạo thành một túi. Túi này thường chứa phân.
- Sa trĩ (Hemorroidal prolapse, Prolapus hesmorroidaire) là do các búi trĩ nội nằm trên đường lược dãn ra quá mức sa ra ngoài. Thành phần sa ra ngoài là các búi tĩnh mạch, phủ

lên các búi tĩnh mạch là niêm mạc. Khối sa của trực tràng và khối sa của trĩ khác nhau. Khi khối sa trực tràng dài thì rất dễ phân biệt. Nhưng khi khối sa của trực tràng ngắn thì có thể lầm với trĩ vòng sa. Khối sa của trực tràng tròn đều, không có ngấn, có những vòng tròn niêm mạc đồng tâm, niêm mạc màu hồng tươi. Khối sa của trĩ chỗ to chỗ nhỏ tạo thành những búi, cách nhau giữa các búi là các ngấn, niêm mạc màu tím đỏ

3. ĐIỀU TRỊ.

3.1. Nguyên tắc mục tiêu điều trị

- Điều trị nội khoa kết hợp ngoại khoa
- Phục hồi chức năng sinh lý đại tiện của hậu môn

3.1.1. Điều trị nội khoa: :

+ Vệ sinh HM bằng nước ấm; ngâm hậu môn.
+ Chế độ ăn uống nhiều chất xơ, ít gia vị cay nóng, kiêng rượu
+ Thay đổi thói quen, sinh hoạt phù hợp. Thực hiện chế độ ăn dễ tiêu,
+ Tập vật lý trị liệu phục hồi sàn chậu.
+ Sử dụng các loại thuốc uống có tác dụng toàn thân :các loại thuốc điều hoà lưu thông ruột,thuốc nhuận tràng,thuốc giảm đau, chống viêm và nhiễm trùng, thuốc xổ ruột chuẩn bị trước mổ.
+ Kháng sinh: kháng sinh nhóm cephalosporin, immidazol, quinolon. Điều trị riêng rẽ hay phối hợp kháng sinh tùy thuộc vào mức độ nhiễm trùng của bệnh nhân.
+ Giảm đau: tùy thuộc vào mức độ đau mà chỉ định thuốc giảm đau hợp lý

3.1.2. Điều trị ngoại khoa.

- Phẫu thuật Delorm: sa niêm mạc trực tràng hay sa toàn bộ thành trực tràng nhưng khối sa ít. Phẫu thuật cắt nếp vòng niêm mạc sa, lớp cơ được khâu xếp lên nhau.
- Cắt trực tràng đại tràng xích ma qua ngã hậu môn (phẫu thuật Altemeier): bệnh nhân sa toàn bộ thành trực tràng nhưng có nguy cơ cao về phẫu thuật
- Phẫu thuật nội soi ngả bụng: treo trực tràng ụ nhô

3.2. Điều trị dự phòng

3.2.1. Ra viện

- Tiêu chuẩn ra viện: đau ít, ăn uống được, đại tiểu tiện tốt, không sa trực tràng
- Đơn thuốc uống 7 – 10 ngày: như phần điều trị nội khoa
- Hướng dẫn chế độ ăn tránh táo bón cho bệnh nhân:
- Ăn cân bằng chất xơ (rau xanh, củ và hoa quả chín), tránh ăn thực phẩm có nhiều chất xơ thô (măng).
- Uống nhiều nước: ngày uống nhiều hơn 2 lít nước
- Lao động, vận động nhẹ nhàng, tránh ở một tư thế kéo dài.

3.2.2. Hẹn tái khám:

- Tái khám sau sớm nhất 7 ngày ra viện hoặc khi có triệu chứng bất thường

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàng Bắc, Lê Quan Anh Tuấn (2007), "Vai trò của phẫu thuật nội soi treo trực tràng trong điều trị sa trực tràng", Tạp chí Y họcthành phố Hồ Chí Minh, 11(4), tr. 174- 178.

2. ĐỗĐình Công (2007), "Sa trực tràng", Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa, Nhà xuất bản Y học, thành phố Hồ Chí Minh, tr. 301- 312.

3. Nguyễn Minh Hải, Trần Phước Hồng, Lâm Việt Trung, và cộng sự (2008), "Vai trò của phẫu thuật nội soi treo trực tràng sử dụng Mesh trong điều trị sa toàn bộ trực tràng", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 12 (4), tr. 175- 180.

4. Nguyễn Đình Hối (2002). "Đại tiện không tự chủ". Hậu môn trực tràng học. NXB Y học, TPHCM, tr. 195-205.

5. Nguyễn Thị Thùy Linh, Võ Tấn Đức, Đỗ Đình Công (2011). "Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ động sàn chậu trên bệnh nhân nữ rối loạn tống phân tuổi từ 30-60". Tạp chí Yhọc TPHCM, tập 15, tr. 87-93.
6. Nguyễn Trung Vinh (2010). "Nhận xét bước đầu phẫu thuật phục hồi bản sau cơ nâng hậu môn trong điều trị hội chứng sa sàn chậu". Tạp chí Y họcc T TPHCM, tập 14(2), tr. 263-268.

VIÊM RUỘT THỪA

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm ruột thừa cấp (VRTC) là một cấp cứu ngoại khoa bụng thường gặp. Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, nam cũng như nữ. Bệnh cảnh lâm sàng của VRT đa dạng phong phú, biến chứng không lường trước được. Mổ càng muộn biến chứng càng nhiều và tỷ lệ tử vong càng cao.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

* Cơ năng

- Đau bụng hố chậu phải, đau thường bắt đầu xuất hiện ở hố chậu phải, cũng có trường hợp bắt đầu đau ở thượng vị, quanh rốn sau đó mới khu trú ở hố chậu phải. Đau âm ỉ, đau liên tục và tăng dần.Ít khi đau thành cơn, nếu có giữa các cơn vẫn đau.
- Nôn và buồn nôn, triệu chứng này có trường hợp có hoặc không.
- Bí trung đại tiện.

* Thực thể.

- Sốt, thông thường không sốt cao, nếu sốt cao 39-40 độ chú ý có biến chứng.
- Phản ứng thành bụng vùng hố chậu phải: triệu chứng có giá tri, phải thăm khám theo dõi nhiều lần, so sánh hai bên. Chú ý ở những bệnh nhân già, béo, chửa đẻ nhiều lần dấu hiệu này yếu ớt.
- Điểm đau khu trú:

+ Điểm Mac-Burney.
+ Điếm Clado.
+ Điếm Lanz.

Một số dấu hiệu:

- Schotkin-Blumberg (+).
- Rowsing (+) (dồn hơi từ đại tràng trái và đau hố chậu phải).
- Sitkovski (+) (nằm nghiêng bên trái, gây đau hố chậu phải).
- Obrasov (+) gặp trong viêm ruột thừa sau manh tràng.

2.1.2. Cận lâm sàng:

* Công thức máu: Bạch cầu trong máu tăng, nhất là bạch cầu đa nhân trung tính, công thức bạch cầu chuyển trái. Thời kì đầu bạch cầu tăng vừa phải, khi có biến chứng tăng cao.
* Siêu âm: Hình ảnh viêm ruột thừa.
* Cắt lớp vi tính: Để chẩn đoán trong những trường hợp khó (nhiều bệnh lý đi kèm, viêm ruột thừa lạc chỗ…)
* Các xét nghiệm thường quy để phẫu thuật

- Công thức máu
- CRP
- Đông máu,
- Nhóm máu
- Sinh hóa: glucose máu, SGOT, SGPT, creatinin máu
- Điện tim
- Xét nghiệm nước tiểu
- XQ ngực thẳng
- Test nhanh HIV, HbsAg trong trường hợp bệnh nhân đồng ý thanh toán
- Các xét nghiệm để chẩn đoán bệnh lý phối hợp, phục vụ công tác chẩn đoán và tiên lượng

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Cơn đau quặn thận phải:
+ Đau bụng lan xuống bẹn, sinh dục.
+ Có rối loạn tiểu tiện: đái buốt, đái dắt.
+ Nước tiểu có hồng cầu và bạch cầu.
+ Siêu âm, XQ có hình ảnh sỏi.
- Viêm phần phụ ở nữ:
+ Thường đau cả hai hố chậu.
+ Có khí hư.
- Nang buồng trứng xoắn bên phải:
+ Đau đột ngột, dữ dội.
+ Khám thấy khối u rất đau.
- Chửa ngoài dạ con bên phải vỡ:
+ Chậm kinh, có biểu hiện thai nghén.
+ Có biểu hiện chảy máu trong.
+ Test Beta HCG
+Thăm âm đạo: Cùng đồ Douglas phồng, đau, có máu theo tay.
- Lồng ruột hồi manh tràng:
+ Đau từng cơn HCP hoặc cao hơn.
+ Rối loạn đại tiện, phân có thể có máu.
+ Cơ bụng vẫn mềm, hố chậu rỗng và nhiều khi thấy búi lồng.

3. ĐIỀU TRỊ.

3.1.Nguyên tắc điều trị: Điều trị ngoại khoa kết hợp với nội khoa

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị nội khoa

- Bù dịch đường tĩnh mạch (Lactat Ringer hay NaCl 0,9%) kết hợp điều trị triệu chứng (chống nôn, giảm đau...).
- Kháng sinh:
+ Kháng sinh dự phòng thường được sử dụng trong viêm ruột thừa chưa vỡ để ngừa nhiễm trùng vết mổ và nhiễm trùng ổ bụng sau mổ.
+ Chọn kháng sinh có phổ kháng khuẩn trên vi khuẩn Gram âm và kỵ khí: 5-nitro imidazol…
+ Cephlosporin thế hệ 2, 3 (Cefotetan, Cefoxitin, Cefuroxim, Ceftriaxone, Ceftazidim có thể được lựa chọn.
+ Các Penicillin (ampicillin, piperacillin, ticarcillin) kết hợp với các chất ức chế beta lactamase (Clavulanat, Sulbactam, Tazobactam) cũng thường được sử dụng đơn trị.
+ Ở những người dị ứng với Penicillin thì Carbapenem là lựa chọn tốt.
+ Phối hợp kháng sinh diệt vi khuẩn yếm khí là cần thiết, nhất là khi VRT có biến chứng áp xe hay viêm phúc mạc ruột thừa.
+ Trong trường hợp nặng, phân tầng bệnh nhân theo yếu tố nguy cơ để chọn kháng sinh thích hợp.

3.2.2. Điều trị ngoại khoa

* Viêm ruột thừa chưa có biến chứng.
- Mổ nội soi cắt ruột thừa: Cắt ruột thừa nội soi là phương pháp an toàn và hiệu quả trong viêm ruột thừa không biến chứng và có thể thay thế phẫu thuật tiêu chuẩn cắt ruột thừa hở
- Mổ mở theo đường Mac-Burney: Chỉ định trong các trường hợp chống chỉ định mổ nội soi

* Viêm phúc mạc toàn bộ.
- Mổ nội soi cắt ruột thừa lau rửa ổ bụng

- Mổ bụng theo đường trắng giữa trên dưới rốn cắt ruột thừa lau rửa ổ bụng
* Xét nghiệm trong lúc mổ: Soi cấy kháng sinh đồ, sinh hóa dịch ổ bụng, giải phẫu bệnh khi cần.
* Theo dõi biến chứng sau mổ: nhiễm trùng, rò tiêu hóa, chảy máu sau mổ, ... Làm thêm các xét nghiệm: công thức máu, sinh hóa máu, đông máu, điện giải đồ,CT scaner,…
3.3. Điều trị dự phòng
3.3.1 Ra viện
- Vận động sớm sau mổ.
- Tiêu chuẩn ra viện: đau ít, ăn uống được, tiểu được, đại tiện được, vết mổ khô.
- Đơn thuốc uống 7 – 10 ngày: như phần điều trị nội khoa
- Hướng dẫn chế độ ăn tránh táo bón cho bệnh nhân:
+ Ăn cân bằng chất xơ (rau xanh, củ và hoa quả chín), tránh ăn thực phẩm có nhiều chất xơ thô (măng).
+ Uống nhiều nước: ngày uống nhiều hơn 3 lít nước
- Lao động, vận động nhẹ nhàng, tránh ở một tư thế kéo dài.
3.3.2. Hẹn tái khám
- Tái khám khi có dấu hiệu bất thường hoặc tái khám định kỳ sau 1 tháng.
- Khai thác các triệu chứng: điều chỉnh thuốc cho phù hợp

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh học ngoại khoa sau đại học NXBQĐND - HN 2002 tập 1, 2
2. Ngoại khoa sách – bổ túc sau đại học ĐHYHN 1984
3. Chuyên khoa ngoại – NXBYH – HN 1985
4. Tai biến và biến chứng phẫu thuật HVQY 1988
5. Bệnh học ngoại khoa NXBYH – HN 1985 tập 1, 2 phần bụng. 1986 phần tụy lách 1991
6. Bách khoa thư bệnh học NXBYH – HN 2003 tập 1, 2, 3
7. Bệnh học ngoại khoa bụng NXBQĐND - HN 1997
8. Ninh Việt Khải, Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Thanh Long (2011), "Kết quả điều trị phẫu thuật nội soi viêm ruột thừa vỡ", Y học thực hành, 751 (2); 61-68.
9. Nguyễn Thanh Phong (2012), " Phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa với một vết mổ", Y học thực hành, 13(1); tr 1-9.
10. Maingot sAbdominal operations. T1, T2 – Appleton & Lange, A. Simon& Schuter company, Printed in the United State of America 1997
11. David Sabiton; Textbbook of Su rgery, the bilogical basis of mordem sugical practice, T1, T2 Sauders Companny, Printed in the United State of America 1997

UNG THƯ DẠ DÀY

1. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh hay gặp nhất trong số các loại ung thư của đường tiêu hoá và là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ ba do ung thư.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định dựa vào

2.1.1. Lâm sàng

Giai đoạn sớm:

- Ăn uống kém, chán ăn
- Khó chịu hoặc đau bụng ậm ạch vùng thượng vị
- Chướng hơi dạ dày sau khi ăn
- Buồn nôn, hoặc nôn
- Toàn thân người mệt mỏi, da xanh niêm mạc nhợt, gầy sút cân

Giai đoạn muộn:

- Đau bụng
- Nôn và buồn nôn
- Khối u ổ bụng
- Dịch cổ chướng
- Di căn hạch lympho: là biểu hiện di căn xa thường gặp của UTDD

2.1.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm ổ bụng: là xét nghiệm đầu tay giúp định hướng tới u dạ dày, có thể đánh giá trị được vị trí, kích thước, liên quan của khối u, tình trạng dịch trong ổ bụng.
- Nội soi dạ dày: Nội soi cho phép xác định vị trí, kích thước, hình ảnh đại thể của tổn thương và sinh thiết u để làm xét nghiệm giải phẫu bệnh xác định bản chất mô học. Nội soi dạ dày nhuộm màu, nội soi có dải ánh sáng hẹp (narrow-band imaging – NBI): cho phép quan sát được cấu trúc vi mạch của niêm mạc và bề mặt tổn thương, rất hữu ích để phát hiện UTDD giai đoạn sớm. Nội soi có dải sáng hẹp (NBI) kết hợp với nội soi phóng đại (M-NBI): cho phép kiểm tra hệ thống vi mạch và bề mặt vi mô của niêm mạc dạ dày. Phương pháp này có độ đặc hiệu cao (97,5%) để chẩn đoán UTDD sớm.
- Siêu âm nội soi dạ dày: Rất có giá trị trong chẩn đoán xác định giai đoạn ung thư dạ dày và chỉ định phương pháp điều trị phù hợp.
- Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có thuốc cản quang: Đánh giá vị trí, kích thước, mức độ xâm lấn thành dạ dày và xâm lấn các tạng xung quanh (T), hạch ổ bụng (N) và di căn (M) của ung thư dạ dày từ đó giúp lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp.
- Chụp cộng hưởng từ (MRI): cho phép xác định tổn thương, phát hiện di căn hạch hạch và di căn xa của ung thư dạ dày.
- Chụp cắt lớp phát xạ (PET/CT): hữu ích trong việc phát hiện tình trạng di căn kín đáo dễ bị bỏ xót qua CLVT, tỷ lệ này có thể lên tới 10%.
- Định lượng CEA, CA72-4, CA 19-9: Cho các trường hợp nghi u dạ dày và các trường hợp sau mổ ung thư dạ dày để tiên lượng.
- Xét nghiệm để đánh giá tổng trạng người bệnh trước điều trị phẫu thuật: Xét nghiệm công thức máu, đông máu, nhóm máu, HIV, HBsAg. Xét nghiệm chức năng gan thận tụy (SGOT, SGPT, Bilirubine, Creatinin, Glucose). Xét nghiệm điện giải đồ (Na+, K+, Ca2+, CL-). Xét nghiệm đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước và sau mổ (albumin máu, protein máu toàn phần). Xét nghiệm nước tiểu…

Xét nghiệm đánh giá chức năng tim mạch, phổi: Điện tâm đồ, Xquang tim phổi thẳng.

Siêu âm tim (đánh giá các bệnh về val tim, cơ tim, mạch vành …). Siêu âm hệ mạch cảnh và Siêu âm hệ mạch chi (đánh giá tình trạng xơ vữa động mạch, huyết khối tĩnh mạch …).
- Xét nghiệm mô bệnh học: xét nghiệm bệnh phẩm sinh thiết qua nội soi dạ dày, sinh thiết tức thì hạch và u dạ dày trong mổ, xét nghiệm bệnh phẩm u dạ dày sau mổ, diện cắt trên, diện cắt dưới và các nhóm hạch.

2.1.3. Chẩn đoán giai đoạn

Phân giai đoạn theo TNM của Hiệp hội ung thư dạ dày Nhật Bản – 2011 (JGCA):

	N0	N1	N2	N3
T1a, T1b	IA	IB	IIA	IIB
T2	IB	IIA	IIB	IIIA
T3	IIA	IIB	IIIA	IIIB
T4a	IIB	IIIA	IIIB	IIIC
T4b	IIIB	IIIB	IIIC	IIIC
M1 (bất kì T và N)	IV			

2.2. Chẩn đoán phân biệt:
- Viêm dạ dày tá tràng cấp
- Viêm tụy cấp
- Viêm túi mật, sỏi túi mật và đường mật trong ngoài gan, viêm gan, áp xe gan
- Đau thắt ngực trái trong các bệnh lý mạch vành
- Xuất huyết tiêu hóa do các bệnh lý đường tiêu hóa khác

3. ĐIỀU TRỊ

Phẫu thuật là phương pháp điều trị UTDD hiệu quả nhất hiện nay, có thể được tiến hành bằng phẫu thuật nội soi hoàn toàn hoặc phẫu thuật nội soi hỗ trợ và mổ mở. Ngoài ra, còn phối hợp điều trị đa phương thức như hóa xạ trị tiền phẫu hoặc hóa trị bổ trợ sau phẫu thuật, điều trị đích …

3.1. Nguyên tắc phẫu thuật ung thư dạ dày

Nguyên tắc chung của phẫu thuật điều trị UTDD là:
- Phẫu thuật cắt dạ dày (bán phần hay toàn bộ) nạo vét hạch D2 chuẩn.
- Diện cắt trên phải cách bờ thương tối thiểu 6cm, cắt tá tràng dưới môn vị 1,5 - 2cm, cắt thực quản trên tâm vị 2 - 3cm.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị nội khoa trước mổ: Nâng cao thể trạng đường miệng hoặc tĩnh mạch, bù dịch điện giải, kháng tiết dịch vị. Điều trị các bệnh phối hợp trước mổ.

3.2.2. Phẫu thuật: có 2 loại là Phẫu thuật triệt căn và Phẫu thuật tạm thời.

Phẫu thuật triệt căn (Radical operation):

+ Cắt bán phần dưới dạ dày nạo vét hạch D2: phía dưới cắt dưới môn vị 1,5-2cm, phía trên cắt trên bờ tổn thương 6cm. Nạo vét hạch D2 là nạo vét hạch nhóm 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8a, 9, 11p và 12a. Cắt đóng tá tràng bằng stapler thẳng (Linear stapler) và nối lưu thông tiêu hóa theo kiểu Billroth I, Billroth II và Roux End Y với miệng nối kiểu Functional hoặc Overlap bằng Linear stapler hoặc máy cắt nối tròn (Circular stapler) hoặc khâu tay.

+ Cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2: Là cắt lấy bỏ hết toàn bộ dạ dày, đường cắt trên ở thực quản và đường cắt dưới ở tá tràng. Nạo vét hạch D2 là nạo vét hạch từ nhóm 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8a, 9, 11p, 11d, 12a. Cắt tá tràng bằng Linear stapler. Nối lưu thông tiêu hóa theo kiểu Roux End Y với miệng nối kiểu Functional, Overlap và Oville bằng Linear stapler hoặc Circular stapler. Ngoài ra có thể nạo vét hạch D1, D1+, D2+…
+ Cắt bán phần trên dạ dày: phía trên cắt ngang thực quản trên tâm vị 1-2cm, phía dưới cắt ngang thân vị. Nối lưu thông tiêu hóa dạ dày còn lại với thực quản, miệng nối kiểu Oville bằng Circular stapler hoặc nối chèn quai hỗng tràng với miệng nối kiểu Functional, Overlap và Oville bằng Linear stapler hoặc Circular stapler.
Phẫu thuật tạm thời: (Palliative operation)
Là những trường hợp mổ không lấy được hoặc không thể lấy hết được tổn thương ung thư, chỉ nhằm giải quyết tạm thời các biến chứng do ung thư gây nên như hẹp môn vị, chảy máu, thủng ... có các loại phẫu thuật sau:
- Cắt bán phần hay toàn bộ dạ dày tạm thời
- Nối vị tràng
- Mở thông dạ dày
- Phẫu thuật Newman
3.2.3. Điều trị sau mổ
- Hồi sức 24 giờ đầu sau mổ:
+ Truyền dịch, điện giải, đạm nuôi dưỡng hoàn toàn đường tĩnh mạch
+ Giảm đau sau mổ (paracetamol hoặc morphin)
+ Kháng sinh phối hợp (nhóm Imidazol và Cephalosporin hoặc Quinolon)
+ Xét nghiệm công thức máu, đông máu. Xét nghiệm chức năng gan thận tụy (SGOT, SGPT, Creatinin, Glucose). Xét nghiệm điện giải đồ (Na+, K+, Ca2+, CL-). + Xét nghiệm đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước và sau mổ (albumin máu, protein máu toàn phần).
+ Truyền máu, huyết tương (nếu thiếu).
- Điều trị những ngày tiếp theo:
+ Truyền dịch, điện giải, đạm nuôi dưỡng đường tĩnh mạch
+ Giảm đau sau mổ (paracetamol hoặc morphin)
+ Kháng sinh phối hợp (nhóm Imidazol và Cephalosporin hoặc Quinolon)
+ Truyền máu, huyết tương (nếu thiếu) và làm lại các xét nghiệm để theo dỏi
+ Nuôi dưỡng đường tiêu hóa (ăn đường miệng hoặc qua mở thông hỗng tràng) khi có trung tiện
3.3. Điều trị hóa trị bổ trợ sau mổ và theo dỏi sau mổ
- Điều trị hóa trị bổ trợ sau mổ theo phác đồ XELLOX, EOX, FOLFOX …
- Theo dõi điều trị sau mổ: Bệnh nhân được tái khám định kỳ 1, 3, 6 tháng, 1 năm, 1,5 năm, 2 năm, 3 năm, 4 năm và 5 năm. Làm các xét nghiệm công thức máu, đông máu. Xét nghiệm chức năng gan thận tụy (SGOT, SGPT, Bilirubine, Creatinin, Glucose). Xét nghiệm điện giải đồ (Na+, K+, Ca2+, CL-). Xét nghiệm đánh giá tình trạng dinh dưỡng sau mổ (albumin máu, protein máu toàn phần). Định lượng CEA, CA72-4, CA 19-9, siêu âm bụng tổng quát, nội soi thực quản dạ dày, chụp xquang phổi và chụp xquang baryte miệng nối, chụp cắt lớp vi tính khi nghi ngờ tái phát, di căn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bá Đức (2001). "Ung thư dạ dày", Bài giảng ung thư học, NXB Y học:184-187.
2. Nguyễn Đình Hối (2013). "Ung thư dạ dày", Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa, Nhà xuất bản Y học: 261-270.
3. Đoàn Hữu Nghị (2012), Ung thư dạ dày, "Cập nhật các bệnh thường gặp trong lâm sàng bệnh viện", Nhà xuất bản Y học, 212, tr.230-237.

4. Nguyễn Văn Hiếu (2010), Ung thư dạ dày, "Điều trị phẫu thuật bệnh ung thư", 2010, tr 256-268
5. Japanese Gastric Cancer Association (2011). "Japanese classi fi cation of gastric carcinoma – 3rd english edition". Gastric Cancer, 14, pp.101–112.
6. Japanese Gastric Cancer Association (2016). "Japanese gastric cancer treatment guidelines 2014 (ver. 4)". Gastric Cancer, 14, pp.1–19.
7. Japanese Gastric Cancer Association (2020). "Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018 (5th edition)", Gastric Cancer (https://doi.org/10.1007/s10120-020-01042-y).

THỦNG DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Thủng dạ dày - tá tràng là khi ổ loét ăn thủng các lớp ở thành dạ dày - tá tràng từ niêm mạc cho tới thanh mạc. Là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, là biến chứng nặng nề và trầm trọng của bệnh loét. Nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời biến chứng này sẽ đe dọa tính mạng bệnh nhân.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

- Tiền sử viêm loét dạ dày - tá tràng, điều trị các bệnh lý như viêm khớp, viêm da, vãy nến, COPD, ung thư …
- Cơ năng:

+ Đau bụng: vùng thượng vị đột ngột, dữ dội như dao đâm
+ Nôn không phải triệu chứng đặc hiệu
+ Bí trung đại tiện

- Thực thể:

+ Bụng co cứng như gỗ, có phản ứng thành bụng,
+ Gõ mất vùng đục trước gan, gõ đục vùng thấp
+ Cảm ứng phúc mạc
+ Thăm trực tràng túi cùng Douglas căng phồng, đau

- Toàn thân

+ Sốt có khi có sốt cao 39-40 độ , vẻ mặt nhiễm trùng: Môi khô, lưỡi bẩn
+ Trong trường hợp nặng: sốc nhiễm khuẩn bệnh nhân kích thích, vật vã, da tím tái, lạnh, ẩm; mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt.

2.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu: Bạch cầu trong máu tăng cao, nhất là bạch cầu đa nhân trung tính, công thức bạch cầu chuyển trái, bạch cầu giảm trong trường hợp nặng.
- Siêu âm: Hình ảnh khí và dịch ổ bụng, tổn thương phối hợp
- Xquang bụng không chuẩn bị: Liềm hơi dưới vòm hoành một bên hoặc hai bên
- Chụp cắt lớp vi tính: đánh giá được tình trạng hơi, dịch tự do ổ bụng, nguyên nhân và tổn thương phối hợp hoặc những trường hợp khó, nhiều bệnh lý đi kèm,…
- Các xét nghiệm phục vụ chẩn đoán, điều trị:

+ Xét nghiệm công thức máu, đông máu, nhóm máu, HIV, HBsAg.
+ Xét nghiệm sinh hóa máu: chức năng gan thận tụy (SGOT, SGPT, Bilirubin, Creatinin, Glucose). Xét nghiệm điện giải đồ (Na+, K+, Ca2+, CL-),..
+ Xét nghiệm đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước và sau mổ (albumin máu, protein máu toàn phần).
+ Xét nghiệm đánh giá chức năng tim mạch, phổi: Điện tâm đồ, Xquang tim phổi thẳng. Siêu âm tim (đánh giá các bệnh về val tim, cơ tim, mạch vành …).
+ Các xét nghiệm để chẩnđoán bệnh lý phối hợp, phục vụ công tác chẩn đoán và tiên lượng

2.3. Chẩn đoán phân biệt

+ Viêm dạ dày cấp:
+ Viêm túi mật hoại tử:
+ Nhiễm trùng đường mật do sỏi đường mật trong và ngoài gan:
+ Abces gan, đường mật
+ Viêm tụy cấp
+ Viêm phúc mạc ruột thừa

+ Tắc ruột
+ Thủng ruột do thương hàn
+ Chửa ngoài tử cung vỡ
+ U nang buồng trứng xoắn

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

Thủng dạ dày tá tràng là bệnh cấp cứu ngoại khoa nên phải hồi sức, bù dịch điện giải, giảm đau, kháng sinh và phẫu thuật hoặc điều trị bảo tồn bằng hút liên tục qua thông dạ dày.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị nội khoa

- Trong trường hợp nặng: hồi sức tích cực trước, trong và sau phẫu thuật
- Bù dịch đường tĩnh mạch kết hợp điều trị triệu chứng (chống nôn, giảm đau...); đặt sonde dạ dày, sonde tiểu;…
- Kháng sinh:

+ Chọn kháng sinh có phổ kháng khuẩn trên vi khuẩn Gram âm và kỵ khí: 5-nitro imidazol…
+ Cephlosporin thế hệ 2, 3 (Cefotetan, Cefoxitin, Cefuroxim, Ceftriaxone, Ceftazidim có thể được lựa chọn.
+ Các Penicillin (ampicillin, piperacillin, ticarcillin) kết hợp với các chất ức chế beta lactamase (Clavulanat, Sulbactam, Tazobactam) cũng thường được sử dụng đơn trị.
+ Ở những người dị ứng với Penicillin thì Carbapenem là lựa chọn tốt.
+ Phối hợp kháng sinh diệt vi khuẩn yếm khí
+ Trong trường hợp nặng, phân tầng bệnh nhân theo yếu tố nguy cơ để chọn kháng sinh thích hợp.

3.2.2. Điều trị ngoại khoa

- Điều trị bảo tồn theo phương pháp Taylor

+ Chỉ định: chẩn đoán chính xác 100% thủng bít, bệnh nhân đến sớm, xa bữa ăn, ổ bụng ít dịch, được theo dõi tốt
+ Hồi sức, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch
+ Giảm đau
+ Đặt sonde dạ dày và hút liên tục, 15-30 phút/1 lần. Bệnh nhân đỡ đau dần, tiếp tục hút cho đến khi nhu động ruột trở lại, thường sau 3-4 ngày, theo dõi 7 - 10 ngày. Nếu các triệu chứng không đỡ hoặc tăng lên thì phải mổ ngay

- Phẫu thuật (Phẫu thuật nội soi hoặc mổ mở)

Các phương pháp mổ

+ Khâu lỗ thủng dạ dày tá tràng đơn thuần
+ Khâu lỗ thủng dạ dày tá tràng và nối vị tràng
+ Cắt đoạn dạ dày hoặc cắt toàn bộ dạ dày
+ Khâu lỗ thủng và cắt dây thần kinh X
+ Khâu lỗ thủng, cắt dây thần kinh X và nối vị tràng
+ Phẫu thuật Newmann và mở thông hỗng tràng nuôi dưỡng

3.2.3. Điều trị sau mổ

- Hồi sức 24 giờ đầu sau mổ:

+ Truyền dịch, điện giải, đạm nuôi dưỡng hoàn toàn đường tĩnh mạch
+ Giảm đau sau mổ (paracetamol hoặc morphin)
+ Kháng sinh phối hợp (nhóm Imidazol và Cephalosporin hoặc Quinolon)
+ Kháng tiết (trừ trường hợp cắt dạ dày)
+ Xét nghiệm công thức máu, đông máu. Xét nghiệm chức năng gan thận tụy (SGOT,

SGPT, Creatinin, Glucose). Xét nghiệm điện giải đồ (Na+, K+, Ca2+, CL-). Xét nghiệm đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước và sau mổ (albumin máu, protein máu toàn phần).
+ Truyền máu, huyết tương (nếu thiếu).
- Điều trị những ngày tiếp theo:
+ Truyền dịch, điện giải, đạm nuôi dưỡng đường tĩnh mạch
+ Giảm đau sau mổ (paracetamol hoặc morphin)
+ Kháng sinh phối hợp (nhóm Imidazol và Cephalosporin hoặc Quinolon)
+ Kháng tiết (trừ trường hợp cắt dạ dày)
+ Truyền máu, huyết tương (nếu thiếu) và làm lại các xét nghiệm để theo dỏi
+ Nuôi dưỡng đường tiêu hóa (ăn đường miệng hoặc qua mở thông hổng tràng) khi có trung tiện
3.3. Điều trị dự phòng
3.3.1 Ra viện
- Vận động sớm sau mổ.
- Tiêu chuẩn ra viện: đau ít, ăn uống được, tiểu được, đại tiện được, vết mổ khô.
- Đơn thuốc uống 7 – 10 ngày: Kháng tiết (PPI) dùng trong 4 – 8 tuần, bảo vệ niêm mạc, Kháng sinh
- Hướng dẫn chế độ ăn tránh táo bón cho bệnh nhân:
+ Ăn cân bằng chất xơ (rau xanh, củ và hoa quả chín), tránh ăn thực phẩm có nhiều chất xơ thô (măng).
+ Uống nhiều nước: ngày uống nhiều hơn 2 lít nước
- Lao động, vận động nhẹ nhàng, tránh ở một tư thế kéo dài.
3.3.2. Hẹn tái khám
- Tái khám khi có dấu hiệu bất thường hoặc tái khám định kỳ sau 1 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Tích Tộ (1961), "Đặt ống Newmann điều trị thủng dạ dày tại bệnh viện Hà Đông". Tập san hội nghị ngoại khoa toàn miền Bắc lần thứ 2, tr.51 – 54.
2. ĐỗĐức Vân (1985), "Áp dụng phương pháp Taylor điều trị thủng ổ loét DD – TT". Báo cáo hội nghị ngoại khoa 1984.
3. Hà Văn Quyết (2001), "Thủng ổ loét dạ dày - tá tràng", Bệnh học Ngoại - Nhà xuất bản Y học, tập 1, tr:70-78.
4. Trần Thiện Trung (2005), "Kết quả phẫu thuật khâu lổ thủng loét dạ dày - tá tràng kết hợp điều trị tiệt trừ Helicobacter pylori". Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 12, tr:101-104
5. Nguyễn Văn Hương, Đinh Văn Chiến (2013), "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi khâu lổ thủng ổ loét tá tràng". Tạp chí Y học thực hành, số 896, tr:50-53.

TẮC RUỘT

1. ĐỊNH NGHĨA

Tắc ruột là một hội chứng do ngừng lưu thông của hơi và dịch tiêu hoá trong lòng ruột gây ra. Tắc ruột do các cản trở cơ học nằm từ góc Treitz đến hậu môn là tắc ruột cơ học, tắc ruột do ngừng nhu động của ruột là tắc ruột cơ năng hay tắc ruột do liệt ruột.

Tắc ruột cơ học là một cấp cứu ngoại khoa rất thường gặp trong cấp cứu ổ bụng, gặp ở mọi lứa tuổi, không phân biệt giới tính.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

+ Đau bụng từng cơn
+ Nôn và buồn nôn
+ Bí trung, đại tiện
+ Bụng chướng, mềm, trừ khi có biến chứng hoại tử, thủng, viêm phúc mạc.
+ Dấu hiệu quai ruột nổi
+ Dấu hiệu rắn bò
+ Thăm trực tràng: bóng trực tràng rỗng, kết hợp thăm trực tràng và sờ nắn bụng có thể thấy một số nguyên nhân như u trực tràng, khối lồng ruột.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Chụp X-quang bụng không chuẩn bị: hình ảnh mức nước hơi
- Siêu âm ổ bụng: hình ảnh ruột giãn hơi, dịch và nguyên nhân gây tắc.
- Chụp cắt lớp vi tính (CT-scan) và chụp cộng hưởng từ (MRI): Giúp xác định nguyên nhân, đánh giá vị trí, kích thước, mức độ tổn thương và bệnh lý phối hợp từ đó giúp lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp.
- Các thăm dò để đánh giá tổng trạng người bệnh trước điều trị phẫu thuật và vấn đề hồi sức: Điện tim, X-quang ngực.
- Xét nghiệm để đánh giá tổng trạng người bệnh trước điều trị phẫu thuật và vấn đề hồi sức: Công thức máu, Đông máu, Nhóm máu, Rh, HIV, HBsAg. Xét nghiệm chức năng gan - thận - tụy (Định lượng SGOT, SGPT, Urê, Creatinin, Glucose, Bilirubine, Amylase). Xét nghiệm điện giải đồ (Na+, K+, Ca2+, CL-). Xét nghiệm đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước và sau mổ (Albumin máu, Protein máu toàn phần). Xét nghiệm nước tiểu, phân.
- Trường hợp nặng: Khí máu động mạch (pH, HCO3-, pO2, PCO2), CRP
- Định lượng CEA, CA72-4, CA 19-9: trong trương hợp nghi u đại - trực tràng gây tắc ruột.
- Xét nghiệm mô bệnh học: sinh thiết tức thì hạch và u trong mổ, xét nghiệm bệnh phẩm sau mổ, diện cắt trên, diện cắt dưới và các nhóm hạch.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

Các bệnh nội khoa:

+ Cơn đau quặn thận.
+ Nhồi máu cơ tim thể biểu hiện ở bụng.
+ Cơn đau quặn gan.
+ Viêm dạ dày cấp.
+ Các bệnh lý nội khoa ít gặp khác: cường tuyến cận giáp, nhiễm độc chì, hạ K+ máu, …

Các bệnh ngoại khoa:

+ Các bệnh ngoại khoa có sốt của ổ bụng: Viêm ruột thừa, viêm phúc mạc, nhiễm trùng đường mật.

+ Thoát vị nghẹt
+ Viêm tụy cấp
+ Bệnh lý ở phụ nữ: U nang buồng trứng xoắn, Chửa ngoài tử cung vỡ.
+ Bệnh lý ít gặp khác: Nhồi máu mạc treo ruột, vỡ phồng động mạch chủ sau phúc mạc, tắc mật do sỏi, …

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị phẫu thuật kết hợp với hồi sức ngoại khoa trước, trong, sau mổ và loại trừ nguyên nhân gây tắc, phục hồi lưu thông ruột.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị hồi sức

- Hút dịch dạ dày phải làm ngay: đặt sonde dạ dày để hút dịch ở trên chỗ tắc.
- Điều chỉnh tình trạng mất nước và các chất điện giải theo mạch, huyết áp, áp lực tĩnh mạch trung tâm, lượng nước tiểu /giờ (qua sonde tiểu) và theo điện giải đồ.
- Kháng sinh dự phòng, phổ rộng, phối hợp kháng sinh (nhóm cephalosporin với Imidazol hoặc Quinolon)
- Giảm đau
- Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch
- Thở oxy nếu cần.

3.2.2 Điều trị nội khoa

- Tắc ruột sớm sau mổ: đa số đạt kết quả, mổ khi điều trị nội khoa thất bại hoặc có dấu hiệu nghẹt ruột.

Tắc ruột do liệt ruột: dùng thuốc tăng cường co bóp cơ trơn để tăng nhu động ruột.

3.2.3. Điều trị ngoại khoa

- Nhằm giải quyết nguyên nhân gây tắc và phục hồi lưu thông ruột.
- Tùy nguyên nhân và tình trạng (tại chỗ và toàn thân) của bệnh nhân mà có phương pháp phẫu thuật thích hợp, phẫu thuật nội soi hoặc mổ mở.

3.2.4. Điều trị sau mổ

- Hồi sức 24 giờ đầu sau mổ:

+ Điều chỉnh tình trạng mất nước và các chất điện giải theo mạch, huyết áp, áp lực tĩnh mạch trung tâm, lượng nước tiểu /giờ (qua sonde tiểu) và theo điện giải đồ.
+ Nuôi dưỡng hoàn toàn đường tĩnh mạch (đường, đạm, béo).
+ Kháng sinh phối hợp (Cephalosporin và nhóm imidazol hoặc nhóm Aminosid hoặc nhóm Quinolon).
+ Giảm đau sau mổ: Paracetamol hoặc Morphin.
+ Giảm nề: Alpha Chymotrypsin, …
+ Truyền máu, huyết tương (nếu thiếu).
+ Xét nghiệm công thức máu, đông máu, chức năng gan - thận – tụy (định lượng SGOT, SGPT, Urê, Creatinin, glucose), điện giải đồ (Na+, K+, Ca2+, CL-). Xét nghiệm đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước và sau mổ (albumin máu, protein máu toàn phần). Siêu âm hoặc CT-scan ổ bụng đánh giá kết quả điều trị.

- Điều trị những ngày tiếp theo:

+ Truyền dịch, điện giải. Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, có thể kết hợp với nuôi dưỡng đường tiêu hóa (ăn đường miệng hoặc qua mở thông hỗng tràng).
+ Kháng sinh phối hợp (Cephalosporin và nhóm imidazol hoặc nhóm Aminosid hoặc nhóm Quinolon).
+ Giảm đau sau mổ: Paracetamol hoặc Morphin.
+ Giảm nề: Alpha Chymotrypsin, …

+ Truyền máu, huyết tương (nếu thiếu) và làm lại các xét nghiệm để theo dõi.
+ Chống táo bón.
+ Thay băng, đánh giá vết mổ hàng ngày
- Tùy tình hình thực tế và bệnh kèm theo mà sẽ có chỉ định xét nghiệm và điều trị khác phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cấp cứu ngoại khoa (2012), "Tắc ruột", Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, tập 2, tr:69-78.
2. Chẩn đoán và điều trị các bệnh ngoại khoa (2013), "Bụng cấp tính", Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, tập 1, tr:318-320.
3. Bài giảng bệnh học ngoại khoa (2006), "Tắc ruột", Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tập 1, tr:45-63
4. ĐỗĐình Công (2011), Tắc ruột cơ học, Bệnh học Ngoại Khoa Tiêu Hóa, Nhà xuất bản Y học, tr.195-205
5. Dương Trọng Hiền (2014), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị tắc ruột sau mổ, trường Đại Học Y Hà Nội.
6. Phạm Đức Huấn (2010), Tắc ruột, Cấp cứu Ngoại Khoa, Nhà xuất bản giáo dục, Hà Nội, tr.69-78.

THOÁT VỊ ĐÙI

1. ĐỊNH NGHĨA

Thoát vị đùi là tình trạng các tạng trong ổ bụng chui qua lỗ cơ lược ở bên dưới dây chằng bẹn, đây là chỗ yếu của đáy tam giác Scarpa xuống mặt trước xương đùi. Thoát vị đùi hiếm gặp (khoảng 6% trong các loại thoát vị), thường gặp ở nữ giới..

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

+ Đau tức vùng bẹn đùi
+ Nhìn thấy khối phồng ở góc trên trong của tam giác Scarpa
+ Sờ khối tròn đều, ấn đau.
+ Hội chứng tắc ruột nếu là ruột chui xuống

2.1.2. Cận lâm sàng

+ Siêu âm bẹn bìu: dùng để chẩn đoán xác định thoát vị đùi. Siêu âm cho thấy hình ảnh của tạng thoát vị.
+ CT scan, MRI: có thể thấy khối thoát vị rõ hơn, thường áp dụng trong trường hợp khó phát hiện trên siêu âm.
+ Xét nghiệm để đánh giá tổng trạng người bệnh trước phẫu thuật và gây mê hồi sức: Công thức máu, Đông máu, Nhóm máu, Rh, HIV, HBsAg, chức năng gan thận tụy (Định lượng SGOT, SGPT, Creatinin, Glucose, Bilirubine, Amylase), Điện giải đồ (Na+, K+, Ca2+, CL-), Xét nghiệm nước tiểu, Siêu âm ổ bụng, Điện tim, X-quang ngực.
+ Chụp X-quang bụng không chuẩn bị: phát hiện có dấu hiệu tắc ruột trong trường hợp thoát vị đùi nghẹt (quai ruột giãn, mức nước - hơi, ổ bụng mờ, …).
+ Tùy thuộc vào tình trạng thực tế và bệnh kèm theo mà sẽ chỉ định xét nghiệm khác phù hợp như xquang ngực, điện tim …

2.2. Chẩn đoán phân biệt

+ Thoát vị bẹn
+ Viêm hạch đùi
+ U mỡ đùi
+ Áp xe lạnh
+ Khối phồng tĩnh mạch, giãn tinh mạch hiển trong
+ Tinh hoàn lạc chỗ, viêm tinh hoàn cấp, xoắn tinh hoàn, viêm mào tinh, …
+ U máu, nang bã, viêm hạch bẹn, áp xe cơ psoas, ung thư di căn, … Xét nghiệm giải phẫu bệnh, Cyto tế bào,..

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

Phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả nhất, tùy thuộc tình trạng bệnh nhân mà có chỉ định can thiệp phù hợp. Nếu thoát vị bẹn nghẹt thì phải mổ cấp cứu.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị nội khoa

Dùng băng treo bìu có thể áp dụng cho người quá già yếu, hay bệnh lý nội khoa nặng nề, bệnh nhân không đồng ý mổ hoặc khi có chống chỉ định mổ tuyệt đối. Phương pháp này chống chỉ định khi cổ túi thoát vị nhỏ và đôi khi có thể làm cho một trường hợp thoát vị không nghẹt nhưng cầm tù trở nên nghẹt.

Điều trị nội khoa kết hợp trước và sau phẫu thuật.

Trường hợp thoát vị bẹn nghẹt đến muộn cần hồi sức: bù nước – điện giải, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, đặt sonde dạ dày, sonde tiểu, sử dụng kháng sinh phối hợp, thở oxy, thuốc trợ sức, corticoid, giảm đau, ...

3.2.2. Điều trị ngoại khoa (Phẫu thuật nội soi hoặc mổ mở)

Các phương pháp mổ:

+ Kỹ thuật dùng mô tự thân: kỹ thuật Bassini, Shouldice, Mc Vay, …

+ Kỹ thuật dùng mảnh ghép nhân tạo:

- Kỹ thuật Lichtenstein.
- Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép trong ổ bụng.
- Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc qua ngả bụng.
- Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc.

3.2.3. Điều trị sau mổ

+ Điều chỉnh tình trạng mất nước và các chất điện giải

+ Nuôi dưỡng đường tiêu hóa sớm hoặc kết hợp với nuôi dưỡng đường tĩnh mạch (đường, đạm, béo) để đảm bảo cung cấp đủ năng lượng

+ Kháng sinh nhóm Cephalosporin, Imidazole, Quinolon hoặc phối hợp

+ Giảm đau sau mổ: Paracetamol hoặc Morphin.

+ Giảm nề: Alpha Chymotrypsin, …

+ Truyền máu, huyết tương (nếu thiếu).

+ Chống táo bón.

+ Thay băng, đánh giá vết mổ, phát hiện thải ghép lưới

+ Xét nghiệm công thức máu, đông máu, chức năng gan - thận – tụy (SGOT, SGPT, Creatinin, Glucose), điện giải đồ (Na+, K+, Ca2+, CL-). Xét nghiệm đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước và sau mổ (albumin máu, protein máu toàn phần). Siêu âm hoặc CT-scan đánh giá kết quả điều trị.

+ Tùy thuộc vào tình trạng thực tế và bệnh kèm theo mà sẽ có chỉ định thêm xét nghiệm và điều trị khác phù hợp.

Điều trị dự phòng

3.3.1 Ra viện

- Vận động sớm sau mổ.
- Tiêu chuẩn ra viện: đau ít, ăn uống được, tiểu được, đại tiện được, vết mổ khô.
- Đơn thuốc uống 7 – 10 ngày: như phần điều trị nội khoa
- Hướng dẫn chế độ ăn tránh táo bón cho bệnh nhân

+ Ăn cân bằng chất xơ (rau xanh, củ và hoa quả chín), tránh ăn thực phẩm có nhiều chất xơ thô (măng).

+ Uống nhiều nước: ngày uống nhiều hơn 2 lít nước

- Lao động, vận động nhẹ nhàng, tránh ở một tư thế kéo dài.

3.3.2. Hẹn tái khám:

- Tái khám khi có dấu hiệu bất thường hoặc tái khám định kỳ sau 1 tháng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cấp cứu ngoại khoa (2012), "Thoát vị nghẹt", Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, tập 2, tr:79-87.

2. Chẩn đoán và điều trị các bệnh ngoại khoa (2013), "Thoát vị và các thương tổn khác ở thành bụng", Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, tập 1, tr:499-507.

3. Bài giảng bệnh học ngoại khoa (2006), "Thoát vị bẹn đùi", Nhà xuất bản Y học, tập 2, tr:60-66.

4. Vương Thừa Đức, Nguyễn Phúc Minh (2011), "Đánh giá kết quả lâu dài của kỹ thuật Lichtenstein trong điều trị thoát vị bẹn", Nghiên cứu Y học Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 15, tr.108 – 114.
5. Sakarya, Ayded H, Erhan MY, et al. Laparoscopic repair of acquired lumbar hernia. SurgEndosc 2003; 17:1494.

XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA CAO

1. ĐỊNH NGHĨA

- XHTH trên là tình trạng chảy máu có nguồn từ thực quản đến góc Treitz
- Nguyên nhân thường gặp:

+ Thực quản

- HC Mallory-Weiss
- Vỡ dãn tĩnh mạch thực quản - Tĩnh mạch phình vị
- Loét thực quản

+ Dạ dày tá tràng

- Loét dạ dày-tá tràng.
- Viêm xuất huyết dạ dày
- Ung thư dạ dày/ Polyp dạ dày tá tràng
- Sang thương mạch máu: Dieulafoy, Hemangioma, loạn sản mạch máu

+ Chảy máu đường mật

2.CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Triệu chứng cơ năng

- Buồn nôn và nôn ra máu: Bệnh nhân có cảm giác tanh lợm ở trong miệng, đầy bụng, khó chịu, buồn nôn sau đó nôn ra máu tươi, máu cục thẫm có lẫn thức ăn, thông thường là nôn ra máu tươi ngay dữ dội là loét dạ dày, chảy máu do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản, nôn ra máu đen thẫm hay máu đen loãng là loét hành tá tràng.
- Đi ngoài phân đen: Xuất hiện ngay sau khi nôn ra máu, hoặc xuất hiện ngay từ đầu tiên, phân sền sệt, đen bóng như hắc ín, hay như bã cà phê, mùi thối khắm, lượng phân khá nhiều.
- Đau bụng: Ít khi đau bụng dữ dội, cảm giác đau nóng rát ở vùng trên rốn, có khi đau bụng xuất hiện trước khi chảy máu vài ngày. Có thể đau vùng dưới sườn phải, trên rốn. Đau thường giảm đi sau khi chảy máu trong chảy máu đường mật
- Tuần hoàn bàng hệ, cổ chướng: ở bệnh nhân xơ gan

Triệu chứng toàn thân

- Bệnh nhân có cảm giác hoa mắt chóng mặt, hoặc ngất xỉu sau khi nôn ra máu, có khi bị sốc do mất máu. Da xanh nhợt, vã mồ hôi, cảm giác ù và ong ong trong lỗ tai, khát nước .
- Huyết động thay đổi: Mạch nhanh > 90 lần/ phút.
- Huyết áp động mạch giảm, có thể tụt xuống dưới 80 mmHg.
- Trường hợp chảy máu ít, từ từ, sẽ không thấy biểu hiện sốc mất máu.
- Hội chứng nhiễm trùng: môi khô lưỡi bẩn , thở hôi
- Hội chứng tắc mật : Chảy máu đường mật
- Da, củng mắt vàng trong xơ gan

Triệu chứng thực thể:

- Không có dấu hiệu gì rõ rệt, có thể có dấu hiệu đau tức vùng trên rốn, các dấu hiệu của dạ dày tá tràng ít khi đặc hiệu.
- Không sờ thấy u cục, Có thể có tuần hoàn bàng hệ, Gan, lách to.
- Thăm trực tràng có phân đen theo tay, không có máu tươi, không có u cục.

2.1.2. Cận lâm sàng

Thăm dò chức năng:

- Nội soi

+ Là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán
+ Can thiệp cầm máu qua nội soi
+ Chỉ định nội soi cấp cứu, tiến hành trong vòng 24 giờ đầu sau nhập viện
+ Phân độ Rockall lâm sàng nguy cơ cao => Nội soi sớm trong 6-8 giờ đầu sau nhập viện.
- Chụp CT Scan:
+ Chụp CLVT ổ bụng có thuốc cản quang trong trường hợp chảy máu do U
+ Chụp CLVT có dựng hình mạch trong chẩn đoán dị dạng mạch
+ Chụp CLVT hệ thống tĩnh mạch cửa trong nghi ngờ giãn vỡ TMTQ
- Siêu âm:
Để phát hiện các bệnh phối hợp như viêm gan xơ gan, xơ gan, vàng da tắc mật, chảy máu đường mật, trong một số trường hợp chưa rõ chảy máu do loét dạ dày – tá tràng thì siêu âm có mục đích để chẩn đoán phân biệt.
Xét nghiệm:
Công thức máu: Thiếu máu ở các mức độ tùy vào tình trạng xuất huyết tiêu hóa kéo dài hay không. Hct thường giảm. Bạch cầu tăng. Tiểu cầu giảm ở bệnh nhân xơ gan
+ Xét nghiệm sinh hoá: Rối loạn điện giải, Men gan tăng, albumin giảm trong bệnh nhân xơ gan. Billirubin tăng ở bệnh nhân tắc mật.
+ Đông máu: Chẩn đoán phân biệt với các bệnh xuất huyết tiêu hoá do nguyên nhân rối loạn đông máu khác. Ở bệnh nhân xơ gan hoặc tắc mật kéo dài có biểu hiện rối loạn đông máu.
+ Nhóm máu : khi bệnh nhân có thiếu máu, xem xét truyền máu
- Tuỳ thuộc mức độ bệnh lý , và các bệnh lý kèm theo mà có thể làm thêm các xét nghiệm khác để phục vụ chẩn đoán và điều trị
- Một số xét nghiệm và cận lâm sàng phục vụ cho mục đích chẩn đoán, tiên lượng và điều trị: Glucose máu, Albumin, Protein…
+ Đối với bệnh nhân cần phẫu thuật: Bổ sung xét nghiệm: xquang tim phổi, điện tim, HIV, HbsAg, xét nghiệm nước tiểu.
+ Các xét nghiệm và chỉ định cận lâm sàng để chẩn đoán bệnh lý phối hợp.
2.1.3. Yếu tố nguy cơ tiên lượng nặng
- XHTH khởi phát lúc nằm viện
- Tuổi > 60
- Có bệnh nội khoa kèm theo: suy tim, bệnh mạch vành, suy thận mạn, viêm gan cấp, xơ gan
- Tiền sử : dãn vỡ TMTQ
- Shock lúc nhập viện
- Nôn máu tươi hay sonde dạ dày ra máu tươi, đi cầu máu đỏ tươi.
- Ure và Creatinin tăng , men gan tăng.
2.2. Chẩn đoán phân biệt
- Chảy máu cam , chảy máu chân răng (Nội soi tai mũi họng kiểm tra)
- Ho ra máu (Nội soi dạ dày tá tràng , lâm sàng có ho ra máu)
- Phân đen sau khi dùng chất sắt , bismuth , cam thảo , hoặc phân đỏ sau dùng Rifampicin: làm xét nghiệm tìm máu trong phân
3. ĐIỀU TRỊ
3.1. Nguyên tắc điều trị
Cần rất khẩn trương, nhất là trong các trường hợp xuất huyết tiêu hóa nặng.
Kết hợp các biện pháp hồi sức với các biện pháp cầm máu và điều trị nguyên nhân: điều trị nội khoa, nội soi can thiệp, phẫu thuật
3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Cấp cứu thì đầu
- Thở oxi mũi 2-6l/p. Đặt NKQ khi có nguy cơ trào vào phổi, hoặc có suy hô hấp hoặc có rối loạn ý thức
- Đặt 2 đường truyền tĩnh mạch chắc chắn, đủ lớn. Đặt catheter TMTT, Đo CVP
- Đặt sonde tiểu theo dõi lượng nước tiểu
- Đặt sonde dạ dày
- Làm các xét nghiệm cơ bản: CTM, Nhóm máu, Đông máu cơ bản
- Ghi điện tim đồ ở người già, người có tiền sử bệnh mạch vành, THA
3.2.2. Điều trị hồi sức thì đầu
- Hồi phục thể tích và chống sốc
- Ưu tiên hàng đầu trong cấp cứu là bù lại lượng dịch mất và tái hồi lại tình trạng huyết động
- Truyền dịch: NaCl 0,9% hoặc Ringer lactat, ở đa số bệnh nhân truyền 1 – 2 lít dịch muối đẳng trương sẽ điều chỉnh được thể tích dịch bị mất
- Truyền dung dịch keo khi đã truyền dung dịch muối đẳng trương tới tổng liều 50ml/kg mà bệnh nhân vẫn còn sốc
- Số lượng và tốc độ truyền phụ thuộc mức độ mất máu, tình trạng tim mạch của bệnh nhân
- Mục đích: bệnh nhân thoát sốc (da ấm, HATĐ > 90, nước tiểu > 30ml/giờ, hết kích thích)
- Lưu ý đối với bệnh nhân XHTH do giãn vỡ TMTQ không nên nâng huyết áp quá cao (HATĐ > 110mmHg) vì có nguy cơ chảy máu tái phát do tăng áp lực tĩnh mạch cửa
-Theo dõi sát mạch, huyết áp, nghe phổi, CVP, ĐTĐ (nếu có) đặc biệt bệnh nhân có bệnh tim mạch
Truyền hồng cầu khối cùng nhóm khi:
- BN đang chảy máu (Nôn máu đỏ tươi, Sonde dạ dày ra máu đỏ tươi).
- Chưa đạt Hemoglobine mục tiêu: Trước hoặc sau khi đã truyền máu
+ Mục tiêu bắt buộc: Hb > 7g/dl
+ Mục tiêu lý tưởng: Hb 10 g/dl: đối với BN có nguy cơ cao + Hb 8,8g/dl đối với BN có nguy cơ thấp.
+ XHTH tiếp tục diễn tiến
3.2.3 Điều trị nội khoa
Do loét dạ dày tá tràng
- Dùng thuốc: PPI: Omeprazole 40mg, Pantoprazole 40mg, Esomeprazole 40mg :
- Liều đầu 80mg TM
- Liều duy trì : 8mg/ giờ Truyền tĩnh mạch qua bơm tiên điện trong 3 ngày
- Có thể kết hợp truyền TM somatostatin (bolus TM 0,25mg, sau đó truyền TM 6mg/24 giờ) nếu có kèm viêm dạ dày tá tràng cấp chảy máu.
Do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản
Lựa chọn một trong các loại thuốc sau:
- Somatostatin (bolus TM 0,25mg, sau đó truyền TM 6mg/24 giờ) hoặc octreotid (bolus TM 100 µg sau đó truyền TM 25 – 50µg/giờ) hoặc
- Terlipressin tiêm TMC 1mg mỗi 4h
+ Duy trì liên tục trong 48h – 5 ngày, Ngừng khi phân vàng hoặc còn chảy máu sau 5 ngày
- Kháng sinh dự phòng nhiễm trùng dịch báng: trong 07 ngày Ưu tiên 1: Ceftriaxone 1g 02 lọ/ngày IV; Ưu tiên 2: Noriloxacin 400mg / CiproFloxacin 500mg: 01v uống/ ngày
- Truyền tiểu cầu khi < 50 T/L
- Truyền huyết tương tươi đông lạnh khi: Có rối loạn đông máu
+ TQ> 20 giây (INR> 1,5)
+ Khi đã truyền 04 đơn vị HC lắng.

- Tiêm Vitamin K khi:
+ BN xơ gan (1 ống TB)
+ Bn đang sử dụng Wafarin (1 ống vitamine K1 tiêm tĩnh mạch chậm)
- Ngưng tất cả thuốc có thể gây rối loạn đông máu: các thuốc chống đông (Heparin, Wafarin, nsaiD).
3.2.4. Điều trị can thiệp thủ thuật
Can thiệp qua nội soi thực quản dạ dày tá tràng:
- Do viêm loét dạ dày tá tràng:
+ Tiêm cầm máu với Adrenaline 1/10.000, Alcol tuyệt đối
+ Kẹp clip
+ Đốt điện cầm máu bằng đầu dò nhiệt
+ Cầm máu bằng phun chất bột (Hemospray)
- Giãn vỡ tĩnh mạch thực quản:
+ Cột thắt TMTQ, Tiêm xơ với Polidocanol 1%, Tiêm keo Histoacryl TM phình vị
+ Chèn Sonde Biakemore: khi tình trạng ói máu ồ ạt không thể can thiệp bằng nội soi
3.2.5 Điều trị ngoại khoa
*XHTH loét dạ dày tá tràng
- Chỉ định phẫu thuật khi:
+ Chảy máu nặng, chảy máu kéo dài, chảy máu tái phát, mà phát hiện bằng nội soi thấy ổ loét vẫn tiếp tục chảy máu .
+ Chảy máu trên bệnh nhân có biến chứng hẹp môn vị, thủng, hoặc ổ loét xác định có khả năng thoái hoá ác tính
+ Chảy máu dai dẳng(cần truyền trên 8 đv máu) hoặc tái phát chảy máu và Hb tụt 2 g/dl
+ Chảy máu ổ loét, khối U, K khó cầm máu bằng can thiệp nội soi hoặc can thiệp thất bại
+ Khó khăn trong tìm máu truyền, nhất ở các bệnh nhân lớn tuổi.
+ Tuổi trên 50 có tiền sử loét dạ dày - tá tràng nhiều năm, điều trị nội khoa nhiều lần không khỏi
- Phương pháp phẫu thuật:
+ Cắt đoạn dạ dày kèm ổ loét chảy máu
+ Cắt hang vị lấy cả ổ loét kèm dây X
+ Mở môn vị khâu cầm máu ổ loét (Có thể thắt động mạch vành vị) rồi tạo hình theo kiểu Mikulicz hoặc Finney kèm theo cắt dây X
+ Khâu cầm máu ổ loét khi tình trạng bệnh nhân nặng không cho phép cắt đoạn dạ dày.
*Xuất huyết tiêu hoá do giãn TMTQ
Khi chảy máu do vỡ tĩnh mạch thực quản mà điều trị nội khoa không kết quả thì có thể áp dụng các phẫu thuật sau:
- Các phẫu thuật làm giảm áp lực tĩnh mạch cửa
+ Các phẫu thuật dẫn lưu máu từ hệ thống cửa sang hệ thống chủ:
- Nối tĩnh mạch cửa với tĩnh mạch chủ: Có thể nối bên - bên, tận - tận, hay tận - bên.
- Nối tĩnh mạch lách với tĩnh mạch thận kiểu ngoại vi hoặc kiểu trung tâm.
- Nối tĩnh mạch mạc treo tràng với tĩnh mạch chủ.
Chỉ định:
- Tăng áp lực tĩnh mạch cửa rõ rệt.
- Có tiền sử chảy máu tiêu hoá, tái phát nhiều lần do tăng áp lực hệ thống cửa
- Có giãn tĩnh mạch thực quản và chức năng gan còn tốt.
+ Các phẫu thuật tạo dính giữa cơ quan của hệ thống cửa và chủ:
- Phẫu thuật Talma: Làm mạc nối lớn dính vào phúc mạc hay ổ thận nhằm tạo ra các nhánh nối giữa các tĩnh mạch mạc nối lớn với tĩnh mạch thượng vị trên.

- Phẫu thuật Nylander và Turunen: Chuyển lách lên cơ hoành qua một đường rạch ở cơ hoành trái.
- Phẫu thuật Halman: Đưa lách vào trong thành bụng.
Chỉ định:
- Không có khả năng nối mạch máu do nguyên nhân về kỹ thuật (sự chuyển chỗ của các mạch máu khó khăn, các mạch máu bị huyết khối hay nhỏ quá…).
- Không có chỉ định nối mạch máu: áp lực tĩnh mạch không cao lắm, không có giãn tĩnh mạch thực quản và dạ dày, không có tiền sử chảy máu…
- Trong những trường hợp chống chỉ định nối mạch máu như rối loạn chức năng gan…
+ Các phẫu thuật làm giảm dòng máu đến tĩnh mạch cửa:
- Cắt lách
- Thắt động mạch lách
- Thắt động mạch gan
- Phẫu thuật Peter – Womack
- Phẫu thuật triệt mạch
+ Các phẫu thuật can thiệp trực tiếp lên tĩnh mạch thực quản bị giãn
- Phẫu thuật Crile: mở dọc thực quản, khâu cầm máu các tĩnh mạch bị giãn
- Phẫu thuật Boerama: khâu thắt 2 đầu tĩnh mạch bị giãn và tiêm Glucoza 60%
+ Các phẫu thuật ngăn cản luồng máu nối tiếp cửa - chủ đi qua thực quản
- Phẫu thuật Tanner: cắt ngang dạ dày, sau đó khâu nối lại. Wangensteen cải tiến cắt đi một phần đáy dạ dày.
- Phẫu thuật Phémister -Humphreys: Cắt 1/3 dưới thực quản và một phần dạ dày dưới tâm vị sau đó đưa ruột lên nối lại.
- Phẫu thuật Moredino: cắt một phần thực quản trên tâm vị và dưới tâm vị rồi ghép một đoạn ruột non có cuống mạch nuôi.
- Phẫu thuật Wosshulte: thắt ngang thực quản trên tâm vị đè lên một dụng cụ đặc biệt gọi là van Wosshulte hoặc ống cải tiến của Nguyễn Khánh Dư.
* Chảy máu đường mật
- Mở ống mật chủ lấy sỏi, dẫn lưu kehr
- Thắt động mạch gan chung hoặc riêng
- Cắt túi mật
- Nút mạch
- Thuyên tắc lỗ rò trên động mạch và đường mật
3.3. Điều trị dự phòng
3.3.1. Chế độ ăn uống, sinh hoạt
- Bổ sung các loại thực phẩm giàu chất xơ cùng với rau củ quả tươi vào khẩu phần ăn hàng ngày.
- Tăng cường bổ sung lượng nước cho cơ thể từ 2 – 2,5 lít nhằm giúp cho hệ tiêu hóa hoạt động tốt hơn
- Tuyệt đối không sử dụng các thức uống có chứa chất kích thích như rượu bia, cà phê, trà đặc. Đồng thời hạn chế dung nạp các loại thức ăn nhanh, thức ăn chứa nhiều dầu mỡ, thực phẩm chế biến sẵn,…
- Duy trì thói quen ăn uống đúng giờ, đủ bữa. Có thể chia nhỏ thức ăn ra 5 – 6 bữa để làm giảm áp lực cho cơ quan tiêu hóa.
- Duy trì lối sống lành mạnh bằng cách ngủ đúng giờ, đủ giấc, cân bằng giữa thời gian làm việc và nghỉ ngơi. Đồng thời rèn luyện thể dục thể thao đều đặn mỗi ngày để nâng cao sức đề kháng cho cơ thể.
3.3.2. XHTH do giãn vỡ TMTQ

- Kết hợp điều trị giảm ALTMC bằng chẹn beta giao cảm không chọn lọc (propranolol, nadolol, carvediol
+ Propranolol dùng khởi đầu 20mg mỗi 12h, liều trung bình 40mg uống 2 lần trong ngày, xơ gan bụng cổ chướng liều tối đa 160mg/ngày, xơ gan không có cổ chướng liều tối đa 320mg/ ngày
+ Nadilol liều 10mg, ngày uống 1 lần
+ Carvediol liều khởi đầu 6.25mg 1 lần/ngày. Liều tối đa 12.5mg/ngày
- Nội soi thắt tĩnh mạch thực quản lại sau 14 - 21 ngày dự phòng nguy cơ chảu máu tái phát cho tới khi không còn khả năng thắt được, sau đó kiểm tra lại sau 3 - 6 tháng
- Bổ sung yếu tố tạo máu: acid folic, vitamin B12, sắt (khi XHTH ổn định)
3.3.3. XHTH do loét dạ dày tá tràng
- Thuốc ức chế tiết acid
Ưu tiên sử dụng ức chế bơm proton (PPI) đường tĩnh mạch liều cao:
+ Liều dùng: 80mg tiêm TM chậm + 8mg/giờ truyền liên tục trong 72 giờ, sau đó chuyển sang dạng uống với liều 40mg/ngày tối thiểu 28 ngày tiếp theo (esomeprazol, pantoprazol, omeprazol).
+ Rabeprazol dùng liều 40mg tiêm TM chậm + 4mg/giờ truyền liên tục trong 72 giờ, sau đó chuyển sang đường uống liều 40mg/ngày tối thiểu 28 ngày tiếp theo.
- Điều trị diệt H.pylori
+ Phác đồ 3 thuốc: Thời gian từ 10 – 14 ngày
- Clarithromycin (500mg/ 2 viên/ ngày) + PPI (chất ức chế bơm proton) (2 lần/ngày)
+ Amocxicillin (2g/ngày)
- Amocxicillin (2g/ngày)+ PPI (chất ức chế bơm proton) (2 lần/ngày) + Metronidazol (500mg/2 viên/ngày)
+ Phác đồ điều trị 4 thuốc: Thời gian từ 10 – 14 ngày
- Tinidazole hay Metronidazole 250mg/4 viên/ngày + Bismuth 120mg/4 viên/ngày + Ranitidin 150mg/2 lần/ ngày hoặc PPI dùng 2 lần/ngày.
- Amocxicillin (2g/ngày) + PPI (2 lần/ ngày) + Metronidazole (500mg/ 2 viên/ ngày)
+ Clarithromycin (500mg/ 2 viên/ ngày).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gastrointestinal bleeding. Section 2, Gastrointestinal disorders. The Merck Manual, page 89- 94.

2. Alan Bakun, MD ; Marc Bardou, MD. Consensus recommendations for managing patiens with Inonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Ann Intern Med, 2003. 139: 843-857.

3. Dennis M. Jensen MD Management of severe ulcer rebleeding N Engl J Med, 1999. Voll 340: 799-801.

4. Ala l. Shahala, MD. Gastroesophageal vericeal hemorrhage. N Engl J Med, 2001. Vol 345, No 9.

5. Eric D. Cibbi, MD Omeprazole to prevent reccurent bleeding after endoscopic treatment of ulcers. N Engl J Mec, 2000. Vol 346: 358-359.

6. Vũ Văn Đính, Nguyễn Thị Dụ, "Xuất huyết tiêu hóa", Xử trí cấp cứu nội khoa, Nhà xuất bản Y học, 1998

7. Nhóm chuyên gia về xuất huyết tiêu hoá, "Khuyến cáo xử trí xuất huyết tiêu hoá trên cấp tinh không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa", Tạp chí khoa học tiêu hoá Việt Nam, 2009, tập IV, số 17

8. Khuyến cáo xử trí xuất huyết tiêu hóa trên cấp tính không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa''. Tạp chí khoa học Tiêu Hóa Việt Nam. Tập IV, số 17, 2009 trang 1178-1192.

9. Đào Văn Long (2012), "Xuất huyết tiêu hóa cao do loét dạ dày tá tràng", bệnh học nội khoa tập 2, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội

UNG THƯ ĐẠI TRÀNG

1. ĐỊNH NGHĨA:

Ung thư đại trực tràng là sự phát triển các tế bào ác tính xuất phát từ thành đại trực tràng. Ung thư đại trực tràng là một bệnh khá phổ biến ở các nước trên thế giới, chiếm hang đầu trong ung thư đường tiêu hóa tại các nước Mỹ và Pháp. Tại Việt Nam, ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ hai trong ung thư đường tiêu hóa sau ung thư dạ dày.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Triệu chứng cơ năng

Rối loạn lưu thông ruột, táo bón hoặc ỉa chảy.

- Đi ngoài ra nhầy máu là triệu chứng hay gặp nhất.
- Đau bụng: u đại tràng phải đau kiểu Koernig, u dại tràng trái đau kiểu tắc ruột, u đại tràng sigma đau hạ vị kèm đi ngoài nhiều lần.
- Biến chứng của u như bán tắc, tắc ruột, thủng u gây viêm phúc mạc: đau bụng, buồn nôn, nôn, bí trung đại tiện, sốt…
- Một số triệu chứng do di căn xa: tự sờ thấy hạch thượng đòn, chướng bụng.
- Thiếu máu: khi bệnh giai đoạn muộn hoặc tình trạng mất máu kéo dài, biểu hiện các dấu hiệu như: hoa mắt chóng mặt, mệt mỏi, gầy sút cân

Triệu chứng thực thể

- Khám bụng: có thể sờ thấy u qua thành bụng hoặc qua thăm khám trực tràng nếu u ở trực tràng, ống hậu môn. Bệnh nhân có thể tự sờ thấy u.
- Khi có biến chứng tắc ruột hoặc viêm phúc mạc do thủng u có thể có các triệu chứng sau: Bụng chướng, quai ruột nổi, dấu hiệu rắn bò, phản ứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc…
- Khám toàn thân để phát hiện di căn gan, hạch ngoại vi, dịch cổ trướng, di căn buồng trứng ở phụ nữ, giúp đánh giá mức độ tiến triển bệnh.

Triệu chứng toàn thân

- Hạch thượng đòn (thường gặp bên trái)
- Thiếu máu
- Gầy sút: người bệnh có thể gầy sút 5-10kg trong vòng 2-4 tháng.
- Suy nhược: bệnh tiến triển lâu làm suy mòn.
- Khi u đại tràng có biến chứng: tắc ruột hoặc viêm phúc mạc có triệu chứng nhiễm trùng: môi khô lưỡi bẩn thở hôi. Khi U đại tràng vỡ, thủng gây viêm phúc mạc để muộn gây tình trạng nhiễm độc và sốc, biểu hiện toàn thân là: môi khô lưỡi bẩn, da lạnh ẩm, có vân tím giai đoạn muộn, tinh thần kích thích hốt hoảng hoặc chậm chạp

2.1.2. Cận lâm sàng

Nội soi: Soi đại trực tràng ống mềm là phương pháp quan trọng để chẩn đoán ung thư đại trực tràng, cho biết vị trí, đặc điểm khối u và bấm sinh thiết.

Chẩn đoán hình ảnh

- Chụp X-quang chụp bụng không chuẩn bị: được chỉ định trong cấp cứu hoặc khi có biến chứng tắc ruột hoặc thủng ruột.
- Chụp cắt lớp vi tính: đánh giá tổn thương u đại trực tràng và di căn xa. Vai trò tương tự như siêu âm nhưng độ nhạy cao hơn.
- Chụp cộng hưởng từ: có thể áp dụng trong chẩn đoán di căn gan và đánh giá tổn thương tại chỗ.

- Siêu âm: được sử dụng đánh giá tổn thương tại gan và toàn bộ ổ bụng, tuy nhiên độ nhạy không bằng chụp cắt lớp vi tính. Siêu âm qua nội trực tràng: là một phương pháp có giá trị để đánh giá mức xâm lấn ung thư trực tràng và di căn hạch mạc treo trực tràng.

Y học hạt nhân

- Chụp hình phóng xạ khối u đặc hiệu (chụp hình miễn dịch phóng xạ-Radioimmunoscintigraphy: RIS). Sử dụng các kháng thể đơn dòng đánh dấu phóng xạ chụp SPECT giúp phát hiện u nguyên phát và tổn thương di căn.
- Chụp hình khối u theo nguyên tắc chuyển hóa (PET, PET/CT, PET/MRI) với F18-FDG phát hiện u nguyên phát, di căn hạch, di căn xa, giúp đánh giáchính xác giai đoạn bệnh, mô phỏng lập kế hoạch xạ trị (với ung thư trực tràng).
- Chụp xạ hình, SPECT xương với Tc99m-MDP giúp phát hiện tổn thương di căn xương
- Chụp xạ hình, SPECT gan với Tc99m-SC giúp phát hiện tổn thương di căn gan.

Xét nghiệm sinh hóa - huyết học

- Xét nghiệm CEA, CA 19-9, phối hợp với các phương pháp khác để theo dõi và chẩn đoán ung thư tái phát, di căn sau điều trị.
- Xét nghiệm huyết học và hóa sinh máu

+ Công thức máu: Số lượng bạch cầu tăng cao, lactate máu, nồng độ D-Dimer cũng tăng và máu có xu hướng nhiễm toan chuyển hóa khi các quai ruột bị hoại tử.

+ Xét nghiệm sinh hoá: Rối loạn điện giải, Men gan, U re, creatinin tăng khi u đại tràng biến chứng gây suy gan, suy thận. Bệnh nhân giai đoạn muộn suy mòn có biểu hiện giảm Albumin máu

+ Đông máu: Rối loạn đông máu khi bệnh giai đoạn muộn

+ Tuỳ thuộc mức độ bệnh lý , và các bệnh lý kèm theo mà có thể làm thêm các xét nghiệm khác để phục vụ chẩn đoán và điều trị

Mô bệnh học

Ung thư đại tràng được phẫu thuật triệt căn, đánh giá giai đoạn mô bệnh học bao gồm:

- Độ mô học
- Giai đoạn T
- Số lượng hạch vét được và số hạch dương tính
- Diện cắt trên, diện cắt dưới và diện cắt xung quanh u
- Sự xâm lấn thần kinh mạch máu
- Sự xâm lấn mạch bạch huyết
- Nhân ung thư mạc treo ngoài hạch
- Đánh giá di căn hạch
- Số lượng hạch vét được tối thiểu 12 hạch để đảm bảo xếp loại giai đoạn chính xác.
- Sinh thiết hạch cửa nhằm phát hiện di căn hạch chính xác hơn nhờ kĩ thuật hóa mô miễn dịch được cân nhắc.
- Đối với bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn II để quyết định điều trị bổ trợ ở giai đoạn này hay không cần xét nghiệm MSI (PCR) hoặc MMR (phương pháp hóa mô miễn dịch). Với những bệnh nhân này nếu dMMR hoặc MSI-H có tiên lượng tốt và không được hưởng lợi khi hóa trị bổ trợ với 5-FU.

Đại thể: Ung thư đại trực tràng có thể có dạng sùi, thâm nhiễm và loét.Về mặt đại thể tùy thuộc vào 3 tính chất: khối u, u sùi, u sùi loét, vòng nhẫn.

Vi thể:

- Những ung thư không phải biểu mô (u lympho không Hodgkin, u carcinoid, ung thư mô liên kết) chiếm khoảng 5% các ung thư mô đại tràng.
- Về mặt mô học 80% trường hợp là ung thư biểu mô tuyến typ Liberkhunier, 10-20% là u dạng nhầy.

- Sự xâm lấn của khối u thông thường là theo chiều sâu của thành đại tràng rồi di căn đến các chuỗi hạch bạch huyết và sau cùng là các cơ quan lân cận, chủ yếu là gan.
- Phân độ trong ung thư đại - trực tràng chủ yếu dựa vào phân độ theo Tổ chức Y tế thế giới và American Joint Committee on Cancer (AJCC).
Mức độ biệt hóa của tế bào ung thư trong ung thư đại trực tràng được phân thành grade 1-4.
- Grade 1: biệt hóa tốt
- Grade 2: biệt hóa trung bình
- Grade 3: biệt hóa kém
- Grade 4: không biệt hóa
Phân tích gene: Đối với ung thư đại tràng di căn, nên được xét nghiệm đột biến gen KRAS, NRAS, MSI và BRAF nhằm mục đích tiên lượng và sử dụng điều trị đích.
- Một số xét nghiệm và cận lâm sàng phục vụ cho mục đích chẩn đoán, tiên lượng và điều trị: Glucose máu, Albumin, Protein…
+ Đối với bệnh nhân cần phẫu thuật: Bổ sung xét nghiệm: xquang tim phổi, HIV, HbsAg, xét nghiệm nhóm máu, xét nghiệm đông máu, xét nghiệm nước tiểu.
+ Các xét nghiệm và chỉ định cận lâm sàng để chẩn đoán bệnh lý phối hợp.
2.2. Chẩn đoán phân biệt
- Bệnh Crohn: Nội soi: tổn thương thường sâu đến tận lớp cơ, có thể từ miệng tới dạ dày, ruột non, đại tràng và hậu môn, loét không kiên tục, loét sâu nham nhở như hình bản 60 đồ xen kẽ niêm mạc lành.
Tổn thương hậu môn có vai trò quan trọng để phân biệt: tổn thương da, hậu môn, ống hậu môn và rò hậu môn.
- Viêm loét đại trực tràng: mô bệnh học là tiêu chuẩn chẩn đoán quan trọng.
Tổn thương chỉ ở lớp niêm mạc, dưới niêm mạc, không tổn thương đến lớp cơ. Biểu mô phủ bong tróc, mất bằng phẳng. Cấu trúc khe tuyến bất thường: ngắn lại, mất song song, chia nhánh, giảm số lượng tế bào hình đài cạn kiệt chất nhày. Tương bào thâm nhập xuống lớp mô đệm. Áp xe khe hốc. Xuất huyết niêm mạc, các mạch máu sung huyết.
- Lao manh tràng: Test lao dương tính, mô bệnh học là tổn thương Lao
- U lympho biểu hiện ở đại trực tràng
- GIST đại trực tràng.
- Một số ung thư khác xâm lấn đại tràng.
- Các khối u lành của đại tràng.
- Ung thư ống hậu môn.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị
Điều trị ung thư đại trực tràng là điều trị đa mô thức. trong đó điều trị ngoại khoa là chủ yếu và quyết định nhất tiên lượng sống của bệnh nhân. Ngoài điều trị ngoại khoa còn kết hợp hoá trị liệu, xạ trị liệu và miễn dịch liệu pháp. Điều trị nội khoa kết hợp trước va sau phẫu thuật, đối với các trường hợp bệnh nặng phải tiến hành hồi sức cho bệnh nhân.
3.2. Điều trị cụ thể
3.2.1. Điều trị nội khoa trước và sau mổ
- Bù nước và điện giải :
- Đặt sonde dạ dày, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch: truyền đạm, Albumin, Huyết tương
- Truyền máu khi có thiếu máu.
- Kháng sinh: Có thể dùng đơn độc hay kết hợp, dùng từ 5-7 ngày nếu không có biến chứng. Nếu có biến chứng có thể phải dùng kéo dài.
- Chuẩn bị đại tràng trước mổ: thụt tháo hoặc dùng thuốc xổ ruột (thuốc nhuận tràng)

: Fortrans hay Fleet phosphosoda...
- Điều trị các bệnh lý phối hợp
- Giảm đau sau mổ : Có thể dùng các nhóm Paracetamol, NSAID hoặc Opioid
- Kiểm tra , theo dõi phát hiện các tai biến và biến chứng sau phẫu thuật: chảy máu, rò tiêu hóa, áp xe tồn dư, tắc ruột...
- Tùy tình trạng cụ thể mà cho các xét nghiệm, chỉ định cận lâm sàng và các phương pháp điều trị phù hợp.

3.2.2. Điều trị ngoại khoa

Nguyên tắc phẫu thuật triệt căn
- Đảm bảo lấy hết tổ chức ung thư: bao gồm lấy rộng u nguyên phát và vét hạch vùng.
- Lập lại lưu thông tiêu hóa

Phẫu thuật polyp ung thư hóa: phụ thuộc vào giai đoạn của ung thư
- Cắt polyp ung thư nội soi đơn thuần: đối với ung thư giai đoạn sớm 0 (TisN0 M0) hoặc 1 (T1N0M0). Tỉ lệ di căn hạch của ung thư giai đoạn T1 từ 0-20%.
- Trong trường hợp độ mô học thấp (G1, G2), không xâm lấn mạch bạch huyết (nguy cơ thấp), nguy cơ di căn hạch < 4%, phẫu thuật cắt rộng rãi sau cắt polyp R0 là không cần thiết.
- Trong các trường hợp nguy cơ cao (độ mô học >G2, xâm lấn tới lớp hạ niêm mạc, xâm lấn tĩnh mạch và mạch bạch huyết, diện cắt < 1mm hoặc các polyp không cuống xâm lấn, phẫu thuật cắt rộng cổ điển được chỉ định thậm chí sau diện cắt tại chỗ âm tính.
- Các khối u giai đoạn > T1N0 cần phẫu thuật cắt đại tràng và vét hạch.
- Các polyp có cuống ung thư hóa xâm nhập giới hạn ở đầu polyp và không có thêm bất cứ yếu tố nguy cơ cao nào có nguy cơ tối thiểu tái phát và do đó cho phép cắt polyp qua nội soi.

Phẫu thuật điều trị ung thư đại tràng theo giai đoạn

a) Giai đoạn sớm - giai đoạn O (TisN0M0), giai đoạn I (T1N0M0) không xâm nhập mạch máu, bạch huyết thần kinh
- Cắt polyp đơn thuần (như trên) hoặc cắt niêm mạc nội soi (Mucosectomy) nếu sm1/2, G1,2; hoặc cắt hình chêm lấy rộng tổn thương.
- Cắt đoạn đại tràng nối ngay nếu cắt rộng tổn thương không chắc chắn đã lấy hết tổn thương hoặc diện cắt (+).

b) Giai đoạn I (T1-2 N0M0) (Dukes A hoặc Dukes cải biên A &1B): Phẫu thuật cắt đại tràng vét hạch điển hình tùy theo vị trí u nguyên phát (kỹ thuật như UT đại tràng giai đoạn II, III dưới đây).

c) Giai đoạn IIA,B (T3N0M0; T4a-bN0M0), III (bất kỳT,N1-2M0): Phẫu thuật cắt đại tràng theo vị trí u nguyên phát (u đại tràng phải, đại tràng góc gan, đại tràng ngang, đại tràng trái (xuống), đại tràng sigma):
- Cắt đại tràng phải: Cắt đại tràng phải khi u ở đại tràng lên (chỉ thắt, cắt nhánh phải của động mạch đại tràng phải trên) hoặc cắt đại tràng phải mở rộng khi u ở đại tràng góc gan (thắt, cắt động mạch đại tràng phải trên); thắt cắt động tĩnh mạch cùng tên mạch "hồi manh đại trùng tràng, đại tràng phải" sát thân động tĩnh mạch mạc treo tràng trên. Lấy tổ chức mỡ và phúc mạc thành cùng thâncác động tĩnh mạch kể trên với đoạn đại tràng cắt bỏ cùng một khối (monoblock). Trước khi giải phóng đại tràng nên thắt đại tràng ngang ở dưới mức định cắt bỏ đề phòng tế bào ung thư di chuyển xuống. Lập lại lưu thông tiêu hóa bằng miệng nối hồi đại tràng tận-tận hoặc tận-bên bằng tay hoặc bằng máy.
- Cắt đại tràng ngang: thắt, cắt động mạch đại tràng phải và trái trên sát nguyên ủy từ động mạch mạc treo tràng trên và dưới. Vét hạch cùng tổ chức mỡ và phúc mạc xung quanh, lấy chúng đi cùng với đại tràng ngang thành một khối.

Phục hồi hoặc tạo hình phúc mạc thành sau. Dẫn lưu chờ miệng nối.
Phẫu thuật không chạm u "no touch" không mang lại ưu thế hơn về sống còn toàn bộ và sống bệnh không tiến triển.
- Cắt đại tràng trái (xuống): thắt, cắt động mạch đại tràng trái giữa và nhánh trái của động mạch đại tràng trái trên. Vét hạch và mỡ xung quanh cùng phúc mạc lấy đi cùng một khối với đại tràng xuống (đại tràng trái).
- Cắt đại tràng sigma: cắt thắt động mạch mạc treo tràng dưới ngay sau chỗ cho nhánh động mạch đại tràng trái trên. Vét mỡ và hạch dọc theo động mạch mạc treo tràng dưới cho đến sát chỗ chia động mạch trực tràng trên (cuống trực tràng trên), lấy cùng đại tràng sigma thành một khối.
- Khoảng cách từ rìa u đến diện cắt 5cm với UT đại tràng thường không có vấn đề nhưng những vị trí đại tràng cố định khi u xâm lấn ra ngoài thành đại tràng khi đó đánh giá Ro là rất cần trọng. Sốhạch vét được trong khi mổ quy định tối thiểu phải là 12 nếu không đánh giá giai đoạn bệnh sau mổ sẽ không chính xác.
d) Giai đoạn IV (T bất kỳ, N bất kỳ, M1).
- Ung thư đại tràng di căn gan
+ Cắt gan là một lựa chọn đối khối di căn có khả năng cắt được
+ Quyết định phẫu thuật cắt nhân di căn cần căn cứ vào vị trí giải phẫu, kích thước nhân di căn cũng như chức năng gan.
+ Chỉ cắt nhân di căn gan khi khối u nguyên phát có thể phẫu thuật triệt căn và không có di căn cơ quan khác. Có thể thực hiện cắt đại tràng, vét hạch và cắt nhân di căn gan cùng thì hoặc thì hai tùy thuộc vào mức độ phức tạp, bệnh kèm theo cũng như khả năng của phẫu thuật viên
+ Trong trường hợp di căn gan mà phần thể tích gan lành còn lại không đảm bảo, có thể cân nhắc nút nhánh tĩnh mạch cửa, gây phì đại phần gan lành để chuẩn bị cho việc cắt tổn thương di căn gan thì 2.
+ Trong một số trường hợp nhân di căn ở vị trí giải phẫu khó, có thể cân nhắc các biện pháp điều trị áp sát: tiêm cồn, áp lạnh, đốt sóng cao tần.
+ Tắc ruột không cắt được u: làm hậu môn nhân tạo hoặc nối tắt.
- Ung thư đại tràng di căn phổi
+ Quyết định phẫu thuật cắt tổn thương di căn cần căn cứ vào vị trí giải phẫu, kích thước tổn thương di căn cũng như chức năng thông khí phổi.
+ Chỉ cắt tổn thương di căn phổi khi khối u nguyên phát có thể phẫu thuật triệt căn và không có di căn cơ quan khác.
+ Trong một số trường hợp nhân di căn ở vị trí giải phẫu khó, có thể cân nhắc các biện pháp điều trị áp át.
- Ung thư đại tràng di căn phổi/gan sau hóa trị
+ Đánh giá khả năng cắt bỏ đối với những người bệnh ung thư đại tràng di căn gan hoặc phổi mà ban đầu không có khả năng cắt khối di căn sau 2 tháng hóa trị. Nếu có khả năng phẫu thuật thì tiến hành như trên.
+ Đối với những trường hợp có khả năng cao phẫu thuật được sau hóa trị, khuyến cáo nên lựa chọn các phác đồ có tỷ lệ đáp ứng cao.
e) Phẫu thuật ung thư đại tràng có biến chứng
- Tắc ruột do ung thư đại tràng
+ Cắt đại tràng triệt căn nối ngay một thì như mổ có chuẩn bị nếu tắc ruột do u đại tràng phải, u đại tràng góc gan (còn chỉ định phẫu thuật triệt căn) đến sớm.
+ Cắt đại tràng triệt căn như mổ có chuẩn bị nhưng theo kỹ thuật Hartmann nếu tắc ruột do ung thư đại tràng trái (kể cả đại tràng xuống và đại tràng sigma). Nhiều tác giả chủ

trương mổ 2 thì: Thì 1 mổ tắc ruột bằng hậu môn nhân tạo kép (kiểu Mickulicz) và thăm dò ổ bụng chuẩn bị cho phẫu thuật thì 2. Thì 2, sau mổ tắc ruột 2 tuần tiến hành mổ ung thư đại tràng trái như mổ có chuẩn bị.
+ Cắt đại tràng làm hậu môn nhân tạo nếu ung thư đại tràng thủng gây viêm phúc mạc toàn thể. Có thể cắt đại tràng vét hạch đồng thời (nếu viêm phúc mạc sớm và toàn thân cho phép) làm hậu môn nhân tạo kép hoặc cắt và vét hạch thì 2 cùng với lập lại lưu thông tiêu hóa (nếu cho phép). Nếu ung thư đại tràng gây thủng chỉ gây áp xe quanh u có thể mổ như ung thư gây tắc ruột (tùy theo vị trí u).
- Ung thư vỡ gây chảy máu: hiếm gặp.
+ Nếu toàn trạng cho phép đồng thời phẫu thuật ung thư đại tràng (như trên) cắt đại tràng cầm máu và vét hạch.
+ Nếu toàn trạng không cho phép mổ cắt u cầm máu có thể làm tắc mạch bằng can thiệp mạch hoặc làm hậu môn nhân tạo và vấn đề cắt u và vét hạch phục hồi lưu thông tiêu hóa có thể làm thì 2.
f) Phẫu thuật điều trị ung thư đại tràng di căn tái phát
- Di căn gan một ổ (sau điều trị cơ bản) ở các vị trí mà phẫu thuật có thể lấy rộng nhưng phải đảm bảo các cơ quan khác không có di căn.
- Di căn phổi một nhân đơn độc và không có di căn ở các cơ quan khác có thể mổ cắt phổi hình chêm, cắt hạ phân thuỳ hoặc phân thuỳ phổi.
3.2.3. Xạ trị ung thư đại tràng
- Xạ trị ít đặt ra đối với ung thư đại tràng
- Xạ trị trong một số trường hợp tổn thương di căn, xạ trị triệu chứng
a) Xạ trị ung thư đại trực tràng di căn gan:
- Xạ trị trong chọn lọc bằng hạt vi cầu phóng xạ (Selective Internal Radiation Therapy: SIRT): bơm hạt vi cầu ResinY-90 chọn lọc vào nhánh động mạch nuôi u. Liều Y-90 1,25±0,38 (GBq); liều hấp thụ trung bình tại u là 264,4±200,2 Gy. Chỉ định trong trường hợp ung thư đại trực tràng đã hoặc chưa phẫu thuật di căn gan không quá 3 ổ, mỗi ổ không quá 3 cm, chức năng gan còn bù, PS ≤ 2, không có di căn khác ngoài gan, Shunt máu gan-phổi<20% với xạ hình Tc99m-MAA.
- Xạ trị định vị thân (SBRT: Stereotactic Body Radiation Therapy): trường hợp u kích thước ≤ 3cm: Liều xạ 14-18Gy/1 lần, chiếu 2 hoặc 3 lần trong 1 tuần.
b) Xạ trị ung thư đại trực tràng di căn phổi: Chỉ định khi di căn ít ổ (1 ổ), không thể mổ được. Liều xạ 45-54Gy với kỹthuật 3D conformal, IMRT hoặc 14- 18Gy/1 lần, chiếu 2 hoặc 3 lần trong 1 tuần với kỹ thuật SBRT.
c) Xạ trị ung thư đại trực tràng di căn xương:
- Mục đích điều trị: chống đau.
- Phương pháp:
Xạ trị chuyển hóa: dùng thuốc phóng xạ Phospho 32 (P-32) liều 1-1,5mCi/10kg cân nặng cơ thể/ 1 lần/đường uống hoặc Samarium 153 (Sr-153) liều 0,6-1,0 mCi/kg cân nặng cơ thể/ truyền tĩnh mạch. Có thể dùng lặp lại sau 3-6 tháng. Chống chỉ định khi suy chức năng thận, giảm sinh tủy tạo máu.
Trường hợp di căn xương ít ổ, ởcác vị trí xương có thể chiếu xạ được có thể xạ ngoài chống đau, liều 17Gy chia 4,25Gy/1 lần chiếu x 4 lần.
d) Xạ trị ung thư đại trực tràng di căn não:
- Xạ phẫu bằng Gamma Knife, Cyber Knife: Chỉ định khi di căn não không quá 3 ổ, mỗi ổ không quá 3 cm. Nếu di căn 1 ổ thì đường kính không quá 5 cm.
- Liều (50%): 16-18Gy.
- Xạ trị 3D conformal toàn não: Chỉ định trong trường hợp di căn não nhiều ổ nhỏ;

Liều 30Gy chia 10 lần, mỗi lần 3 Gy hoặc 40 Gy chia 20 lần, mỗi lần 2 Gy.
Chú ý: xạ trị di căn não cần phối hợp dùng thuốc chống phù não và corticoid.
3.2.4. Điều trị toàn thân ung thư đại tràng
Hóa trị bổ trợ
a) Chỉ định
- Cân nhắc hóa trị bổ trợ cho giai đoạn II (T3N0M0) không có yếu tố nguy cơ cao nếu MSI-L hoặc MSS.
- Chỉ định hóa trị bổ trợ từ giai đoạn II (có các yếu tố nguy cơ cao), III. Các yếu tố nguy cơ cao bao gồm
+ Nhập viện do u gây tắc hoặc thủng
+ Số hạch lấy được < 12 hạch
+ Diện cắt dương tính
+ Ung thư kém biệt hóa
+ U xâm lấn mạch máu, bạch huyết hoặc thần kinh ngoại biên, mô bệnh học là loại ung thư kém biệt hóa.
b) Phác đồ
- Phác đồ FOLFOX có kết quả tốt hơn so với 5Fu/leucovorrin đối với bệnh giai đoạn III.
- Phác đồhóa trị thường sử dụng là một trong các phác đồ sau đây:
+ FUFA (Mayor Clinic)
+ Capecitabin
+ FOLFOX4
+ FOLFOX6
+ FOLFOX7
+ mFOLFOX6
+ CapeOX
FOLFOX và CapeOX là các phác đồ được ưa chuộng
Nếu thể trạng bệnh nhân rất yếu có thể dùng phác đồ Capecitabine đơn thuần.
d) Thời điểm và liệu trình
- Hóa trị bổ trợ nên được bắt đầu càng sớm càng tốt, từ tuần thứ 3 đến tuần 12 sau mổ. Nếu điều trị bị trì hoãn trên 12 tuần, việc điều trị nên căn cứ dựa trên cá thể với ước lượng tương đối lợi ích thu được so với độc tính khi điều trị.
- Bệnh nhân phẫu thuật nội soi, điều trị bổ trợ thậm chí có thể tiến hành sớm hơn.
- Hóa trị bổ trợ nên được duy trì trong vòng 6 tháng.
Hóa trị kết hợp điều trị đích
a) Chỉ định: cho ung thư đại tràng di căn có hoặc không có khả năng cắt bỏ triệt căn, cho thấy cải thiện thời gian sống thêm khi phối hợp với hóa trị
b) Phác đồ thường sử dụng:
- FOLFIRI hoặc FOLFOX hoặc CapeOX ± Bevacizumab
- FOLFIRI hoặc FOLFOX ± Panitumumab hoặc Cetuximab
c) Các thuốc điều trị đích:
- Bevacizumab.
- Cetuximab: chỉ định với ung thư đại tràng có KRAS, NRAS không đột biến.
- Panitumumab: tương tự cetuximab với đích là EGFR.
Hóa trị và điều trị đích giai đoạn tái phát, di căn:
- Tham khảo lược đồ điều trị toàn thân ung thư đại trực tràng di căn bảng số 3.
- Định hướng lựa chọn phác đồ hóa trị giai đoạn di căn phụ thuộc thể trạng bệnh nhân, xét nghiệm đột biến gen KRAS, NRAS, BRAF, điều kiện kinh tế.
- Xét nghiệm đột biến gen: Nếu xét nghiệm đột biến gen KRAS không đột biến thì xét

nghiệm thêm đột biến gen NRAS. Xét nghiệm đột biến gen BRAF có giá trị tiên lượng, nếu BRAF (+): tiên lượng xấu hơn, cần lựa chọn phác đồ hóa trị mạnh hơn (ví dụ FOLFOXIRI).

a) Khuyến cáo về thứ tự điều trị trong ung thư đại trực tràng di căn.

Điều trị bước 1: được khuyến cáo nên kết hợp hóa trị và điều trị đích (tác nhân sinh học) tương ứng, trong đó, các điều trị đích kết hợp bao gồm:

- Thuốc ức chế sinh mạch VEGF (bevacizumab).

+ Có thể sử dụng kết hợp với FOLFOX, CAPOX, FOLFIRI.

+ Kết hợp với phác đồ FOLFOXIRI được sử dụng trong một số trường hợp cần đạt được mục tiêu co nhỏ khối u. Phác đồ này cũng được chứng minh có lợi ích trên nhóm bệnh nhân BRAF đột biến.

+ Trên bệnh nhân khó có thể điều trị tích cực, có thể sử dụng fl uoro- pyrymidine (FP) kết hợp bevacizumab.

- Liệu pháp kháng thể kháng EGFR nên được sử dụng:

+ Kết hợp với FOLFIRI/FOLFOX trên bệnh nhân có RAS hoang dã và có tổn thương ung thư ở vị trí bên trái.

+ Liệu pháp kháng EGFR không được sử dụng kết hợp với phác đồ nền tảng Capecitabine hoặc 5-FU dạng viên vì chưa có đủ dữ liệu.

+ Trên bệnh nhân có RAS hoang dã, sử dụng bước 1 với kháng EGFR được chứng minh là đạt được tỷ lệ đáp ứng tốt hơn so với thuốc ức chế sinh mạch thông qua thử nghiệm pha III (CALGB 80405). Tùy vào mục tiêu điều trị,nếu cần đạt co nhỏ khối u thì cetuximab là một lựa chọn thích hợp hơn trong điều trị bước 1 so với bevacizumab. Cải thiện lợi ích sống còn OS giữa hai nhóm tác nhân sinh học trên cho kết quả khác nhau giữa 2 thử nghiệm FIRE-3 và CALGB.

Điều trị duy trì:

- Bệnh nhân được sử dụng FOLFOX/CAPOX hoặc FOLFIRI bước 1 (có thể kết hợp bevacizumab), được cân nhắc sử dụng điều trị duy trì sau 6 chu kì CAPOX hoặc 8 chu kì FOLFOX.

- Điều trị duy trì tối ưu nhất là kết hợp fluoropyrimydine với bevacizumab. Bevacizumab không được khuyến cáo dùng đơn trị trong điều trị duy trì.

- Bệnh nhân sử dụng bước 1 với FOLFOXIRI (có thể cùng với bevacizumab) cân nhắc sử dụng điều trị duy trì bằng phác đồ fluoru-pyrimidine + bevacizumab.

- Bệnh nhân sử dụng đơn trị liệu với fluorupyrimidine (kết hợp bevacizumab) trong bước 1 có thể tiếp tục sử dụng phác đồ này trong điều trị duy trì. Cần thảo luận kĩ với bệnh nhân trước khi điều trị.

Bước 2:

- Bệnh nhân đã sử dụng phác đồ có oxaliplatin ở bước 1, bước 2 nên sử dụng phác đồ có Irinotecan và ngược lại.

- Bệnh nhân trước đó chưa sử dụng bevacizumab, có thể cân nhắc sử dụng bước 2 với thuốc kháng sinh mạch (bevacizumab hoặc a flibercept).

- A fl ibercept chỉ được sử dụng kết hợp với FOLFIRI trong bước 2 trên bệnh nhân thất bại với điều trị bước 1 bằng phác đồ oxaliplatin

- Bệnh nhân tiến triển nhanh với bước 1 bằng liệu pháp có kết hợp bevacizumab, cân nhắc sử dụng bước 2 tiếp tục với phác đồ kết hợp bevacizumab, a flibercept hoặc ramucirumab (chỉ kết hợp FOLFIRI).

- Bệnh nhân RAS hoang dã, trước đó chưa sử dụng kháng EGFR (cetuximab), sử dụng bước 2 bằng phác đồ hóa trị kết hợp với kháng EGFR được ưu tiên lựa chọn

- Bệnh nhân trước đó đã sử dụng phác đồ FOLFOXIRI ± bevacizumab ở bước 1, có

thể sử dụng Regorafenib hoặc Tri fl uridine/tipiracil trong bước 2.
Bước 3:
- Trên bệnh nhân RAS hoang dã, nếu trước đó chưa sử dụng kháng EGFR (cetuximab hoặc panitumumab), bước 3 có thể được điều trị với kháng EGFR.
+ Kháng EGFR có thể sử dụng đơn trị liệu.
+ Kết hợp kháng EGFR với Irinotecan có hiệu quả hơn sử dụng kháng EGFR đơn trị liệu (trên bệnh nhân đã thất bại với Irinotecan trước đó)
+ Không có bằng chứng rõ ràng về lợi ích của việc sử dụng lại kháng EGFR cũng như dùng thay phiên các loại thuốc kháng EGFR sau khi đã thất bại với một loại thuốc kháng EGFR trước đó.
- Regorafenib hoặc Tri fl uridine/tipiracil là một lựa chọn trong bước 3 trên bệnh nhân đã được điều trị trước đó hoặc không phù hợp với phác đồ fl uoropyrimidine, oxaliplatin, irrinotecan, bevacizumab và cetuximab (trên bệnh nhân RAS hoang dã).
+ Regorafenib và Tri fl uridine/tipiracil được khuyến cáo sử dụng trên bệnh nhân bất kể tình trạng RAS, BRAF.
+ Tri fl uridine/tipiracil có thể được sử dụng sau Regorafenib vì có dữ liệu trong thử nghiệm RECOURSE trên bệnh nhân thất bại với Regorafenib có lợi ích với Tri fl uridine/tipiracil.
+ Regorafenib được chứng minh có lợi ích kéo dài sống còn không phụ thuộc tình trạng RAS, giảm nguy cơ tử vong ngay cả trên nhóm bệnh nhân chưa được dùng điều trị đích trước đó.
- Liệu pháp miễn dịch với Pembrolizumab hoặc Nivolumab chỉ được sử dụng trên bệnh nhân có MSI-H hoặc dMMR
Bước 4:
- Regorafenib hoặc Tri fl uridine/tipiracil được chỉ định cho bệnh nhân trước đó đã điều trị với fl uoropyrimidines, oxaliplatin, irinotecan, bevacizumab, cetuximab, panitumumab.
b) Điều trị phối hợp:
- Điều trị huyết khối tĩnh mạch sâu: dùng thuốc chống đông heparin trọng lượng phân tử thấp Enoxaparin 40 mg/ngày/ tiêm dưới da, duy trì bằng thuốc kháng vitamin K (Acenocoumarol) uống 1 mg/ngày, bảo đảm chỉ số INR nằm trong giới hạn 2-3, điều trị kéo dài có thể suốt đời.
- Di căn xương: điều trị phối hợp các thuốc chống hủy xương (pamidronate 90mg hoặc acid zoledronic 4mg, truyền tĩnh mạch 21-28 ngày/lần) hoặc xạ trị giảm đau (xem phần xạ trị)
- Di căn não: tùy vào kích thước, số lượng, vị trí tổn thương di căn não mà có thể phối hợp thêm với phẫu thuật hoặc xạ trị (xem phần xạ trị)
- Di căn gan: tùy vào kích thước, số lượng, vị trí tổn thương di căn gan mà có thể phối hợp thêm với phẫu thuật, nút mạch hóa chất (TACE), đốt sóng cao tần (RFA), (MWA) vi sóng, xạ trị trong chọn lọc với hạt vi cầu phóng xạ Y-90 (SIRT), tiêm cồn, đốt u bằng vi sóng, xạ trị định vị thân (SBRT).
- Di căn phổi: tùy vào kích thước, số lượng, vị trí tổn thương di căn phổi mà có thể phối hợp thêm với phẫu thuật, đốt u bằng vi sóng, xạ trị định vị thân (SBRT).
- Tràn dịch màng phổi, màng bụng: có thể phối hợp với chọc tháo dịch màng phổi, màng bụng, bơm hóa chất vào khoang màng phổi, màng bụng (5FU hoặc Cisplatin)
- Điều trị giảm đau, tâm lý liệu pháp hỗ trợ
c) Một số phác đồ hóa trị ung thư đại trực tràng:
- Phác đồ FOLFOX4:
+ Oxaliplatin: 85 mg/m2, truyền tĩnh mạch, ngày 1
+ Leucovorin: 200 mg/m2, truyền tĩnh mạch, ngày 1, 2

+ 5 FU: 400 mg/m2, tiêm tĩnh mạch, ngày 1, 2
+ 5 FU: 600 mg/m2, truyền tĩnh mạch trong 22 giờ, ngày 1,2
Nhắc lại sau mỗi 2 tuần.
- Phác đồ FOLFOX6:
+ Oxaliplatin: 100 mg/m2, truyền tĩnh mạch, ngày 1
+ Leucovorin: 200mg/m2, truyền tĩnh mạch, ngày 1,2
+ 5 FU: 400mg/m2, tiêm tĩnh mạch, ngày 1, 2
+ 5 FU: 600 mg/m2, truyền tĩnh mạch trong 22 giờ, ngày 1, 2
Nhắc lại sau mỗi 2 tuần.
- Phác đồ mFOLFOX6:
+ Oxaliplatin: 85 mg/m2, truyền tĩnh mạch, ngày 1
+ Leucovorin: 350mg/m2, truyền tĩnh mạch, ngày 1
+ 5 FU: 400mg/m2, tiêm tĩnh mạch ngày 1, sau đó 5 FU: 2,4g/m2 truyền tĩnh mạch trong 46 giờ liên tục.
Nhắc lại sau mỗi 2 tuần.
- Phác đồ FOLFOX7
+ Oxaliplatin: 130 mg/m2, truyền tĩnh mạch, ngày 1
+ Leucovorin: 400mg/m2, truyền tĩnh mạch, ngày 1
+ 5 FU: 2,4g/m2, truyền tĩnh mạch trong 46 giờ liên tục.
Nhắc lại sau mỗi 2 tuần.
- Phác đồ FOLFIRI:
+ Irinotecan: 180 mg/ m2, truyền tĩnh mạch, ngày 1
+ Leucovorin: 200 mg/m2, truyền tĩnh mạch, ngày 1, 2
+ 5 FU: 400 mg/m2, tiêm tĩnh mạch chậm, ngày 1,2
+ 5 FU: 600 mg/m2, truyền tĩnh mạch, ngày 1, 2
Nhắc lại sau mỗi 2 tuần.
- Phác đồ FOLFOXIRI:
+ Irinotecan: 165 mg/m2, truyền tĩnh mạch, ngày 1
+ Oxaliplatin: 85 mg/m2, truyền tĩnh mạch, ngày 1
+ Leucovorin 200 mg/m2, truyền tĩnh mạch, ngày 1
+ 5 FU: 3200mg/m2, truyền tĩnh mạch trong 48 giờ
Lặp lại sau mỗi 02 tuần.
- Phác đồ XELOX:
+ Oxaliplatin: 130 mg/m2, truyền tĩnh mạch, ngày 1
+ Capecitabine: 1000mg/m2 uống, 2 lần/ngày x 14 ngày.
Chu kỳ 3 tuần.
- Phác đồ XELIRI:
+ Irinotecan: 240-250 mg/m2, truyền tĩnh mạch trong 90 phút, ngày 1
+ Capecitabine: 1000mg/m2 uống, 2 lần/ngày x 14 ngày.
Chu kỳ 3 tuần
Hoặc
+ Irinotecan: 175 mg/m2, truyền tĩnh mạch trong 30 phút, ngày 1
+ Capecitabine: 1000mg/m2 uống, 2 lần/ngày x 7 ngày.
Chu kỳ 2 tuần
- Phác đồ Capecitabine: Capecitabine: 1250mg/m2 uống, 2 lần/ngày x 14 ngày.
Chu kỳ 3 tuần.
- Phác đồ TS 1 đơn thuần: TS 1 60-80 mg/m2, uống ngày 1-14, chu kỳ 3 tuần (21 ngày) hoặc TS 1: 60-80 mg/m2, uống ngày 1-28, chu kỳ 6 tuần (42 ngày).

- Phác đồ UFT:
UFT (Tegafur+Uracil): 100 mg /m2, uống/lần x 3 lần/ngày, ngày 1-28
Folinic acid: 30 mg/m2, uống/lần x 3 lần/ngày, ngày 1-28
Chu kỳ 5 tuần.
Hoặc: UFT (Tegafur+Uracil): 100-125 mg /m2, uống/lần x 3 lần/ngày, ngày 1- 14, chu kỳ 21 ngày.
- Phác đồ FuFa của Mayo Clinic:
Leucovorin: 20 mg/m2/ngày, truyền tĩnh mạch, ngày 1-5
5 FU: 425 mg/m2/ngày, truyền tĩnh mạch, ngày 1-5.
- Phác đồ ILF:
Irinotecan: 125 mg/ m2, truyền tĩnh mạch ngày 1
Leucovorin: 20 mg/m2, truyền tĩnh mạch ngày 1
5 FU: 500 mg/m2, truyền tĩnh mạch ngày 1
Dùng hàng tuần x 4 tuần, nghỉ 2 tuần sau đó nhắc lại.
- Phác đồ Irinotecan đơn thuần:
Irinotecan: 350 mg/m2, truyền tĩnh mạch trong 30 phút, ngày 1. Chu kỳ 21 ngày.
Hoặc
Irinotecan: 125 mg/m2, truyền tĩnh mạch trong 90 phút, hàng tuần, trong 4 tuần, chu kỳ 6 tuần.
- Phác đồ Oxaliplatin đơn thuần:
Oxaliplatin: 130 mg/m2 truyền tĩnh mạch trong 2 giờ, ngày 1. Chu kỳ 21 ngày.
- Phác đồ 5 FU đơn thuần:
5 FU: 3500 mg/m2 truyền tĩnh mạch trong 48 giờ, hàng tuần (ngày 1, 8, 15, 22...).
- Phác đồ IRINOX:
Irinotecan: 180 mg/m2, truyền tĩnh mạch trong 90 phút, ngày 1.
Oxaliplatin: 85 mg/m2 truyền tĩnh mạch trong 2 giờ, ngày 1.
Chu kỳ 14 ngày.
- Tri fluridine/tipiracil: 35mg/m2, tối đa 80mg/lần, uống 2 lần/ngày, ngày 1-5, 8- 12, chu kỳ 28 ngày.
d) Các thuốc điều trị đích trong ung thư đại tràng - trực tràng:
- Bevacizumab:
+ Bevacizumab được chỉ định cho ung thư đại trực tràng di căn hoặc điều trị duy trì ung thư đại trực tràng di căn sau khi đạt ổn định bệnh.
+ Liều dùng thông thường 5-15 mg/kg, truyền tĩnh mạch từng đợt, phối hợp với các phác đồ hóa trị 14-21 ngày/lần.
- Cetuximab:
+ Cetuximab chỉ định dùng cho bệnh nhân ung thư đại trực tràng di căn không có đột biến KRAS, NRAS [RAS (-)].
+ Liều dùng 400mg/m2 ngày 1 sau đó 250 mg/m2 hàng tuần, truyền tĩnh mạch hoặc 500/m2, mỗi 2 tuần, phối hợp với các phác đồ hóa trị.
- Panitumumab:
+ Panitumumab được chỉ định cho các bệnh nhân ung thư đại trực tràng di căn không có đột biến gen KRAS, NRAS [RAS (-)].
+ Liều dùng: 6mg/kg, truyền tĩnh mạch trong 60-90 phút, mỗi hai tuần hoặc 2,5mg/ kg, truyền tĩnh mạch hàng tuần, phối hợp với các phác đồ hóa trị
- Regorafenib:
+ Chỉ định sau khi bệnh nhân đã thất bại với phác đồ fl uoropyrimidin, Oxaliplatin, Irrinotecan, Bevacizumab hoặc Cetuximab (RAS không đột biến)

+ Liều dùng: regorafenib 40mg x 4 viên /ngày, uống một lần/ngày, uống từ ngày 1-21, chu kỳ 28 ngày, có thể điều chỉnh liều tùy thuộc bệnh nhân.
- Ziv-a fl ibercept
+ Chỉ định Ziv-a fl ibercept trong điều trị kết hợp với hóa trị phác đồ FOLFIRI cho bệnh nhân ung thư đại trực tràng di căn kháng hoặc đã tiến triển với các phác đồ có chứa oxaliplatin.
+ Liều lượng: 4mg/kg truyền tĩnh mạch > 1 giờ mỗi 2 tuần.
- Ramucimumab:
+ Chỉ định trong UTĐTT di căn đã thất bại với hóa trị có bevacizumab, oxaliplatin, fl uorouracil. Ramucirumab chỉ định dùng phối hợp với hóa trị phác đồ FOLFIRI.
+ Liều lượng 8mg/kg truyền tĩnh mạch > 1 giờ mỗi 2 tuần.
e) Điều trị miễn dịch: Hai thuốc đã được đưa vào NCCN guideline của Mỹ trong bệnh ung thư đại trực tràng là Pembrolizumab, Nivolumab chỉ được sử dụng trong trường hợp ung thư đại trực tràng di căn đã thất bại với hóa trị trước đó có chỉ số mất ổn định vi vệ tinh cao (high MSI-microsatellite instability) hoặc thay đổi 1 trong các gen sửa chữa bắt cặp sai (dMMR- mismatch repair de fi cient). Pembrolizumab và Nivolumab là hai thuốc nhắm đích PD-1 (Programmed cell death protein 1 receptor) trên bề mặt tế bào u. Nivolumab B khóa thụ thể PD-1 (blocking PD-1), Pembrolizumab ngăn chặn PD1 gắn với PDL1, PDL2 các thuốc này giúp kích hoạt hệ thống miễn dịch cơ thể chống lại tế bào ung thư từ đó khối u thu nhỏ hoặc phát triển chậm lại. Tuy nhiên các nghiên cứu điều trị ung thư đại trực tràng giai đoạn muộn mới ở thử nghiệm lâm sàng pha II với số lượng bệnh nhân còn ít.
- Pembrolizumab 200 mg hoặc 2mg/kg truyền tĩnh mạch >30 phút mỗi 3 tuần cho đến khi bệnh tiến triển hoặc độc tính không chấp nhận được.
- Nivolumab 240 mg hoặc 3mg/kg truyền tĩnh mạch > 60 phút mỗi 2 tuần cho đến khi bệnh tiến triển hoặc độc tính không chấp nhận được. TLTK số 1
3.3. Phòng bệnh
- Kiểm tra đại trực tràng thường xuyên:
- Duy trì thói quen ăn uống lành mạnh:
+ Tránh ăn nhiều thịt, dầu mỡ, thức ăn chiên nướng
+ Hạn chế thức uống có cồn, thuốc lá
+ Ăn nhiều chất xơ (rau xanh, trái cây)
- Thường xuyên tập thể dục
- Theo dõi, tái khám
+ Khám lâm sàng 3-6 tháng/lần trong 2 năm đầu, 6 tháng/lần trong 3 năm tiếp theo.
+ Xét nghiệm CEA 3-6 tháng/lần trong 2 năm đầu, 6 tháng/lần trong 3-5 năm.
+ CT ngực/bụng/tiểu khung 3-6 tháng/lần trong 2 năm đầu, 6-12 tháng/lần đến 5 năm.
+ Chụp PET/CT: khi nghi ngờ tái phát hoặc di căn với CEA tăng mà các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh không phát hiện tổn thương.
+ Nội soi đại trực tràng trong năm đầu nếu chưa được thực hiện ở lần thăm khám ban đầu để chẩn đoán (VD do có tắc ruột), sau đó 3- 5năm/lần cho đến năm 75 tuổi.
+ Nội soi đại trực tràng sau 1 năm:
Nếu u tuyến tiến triển, lặp lại sau 1 năm
Nếu u tuyến không tiến triển, lặp lại sau 3 năm, sau đó 5 năm/lần

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bệnh học ngoại khoa sau đại học NXBQĐND - HN 2002 tập 1, 2
2. Bách khoa thư bệnh học NXBYH – HN 2003 tập 1, 2, 3
3. Bệnh học ngoại khoa bụng NXBQĐND - HN 1997

4. Quyết định 2549/QĐ-BYT ngày 19/4/2018 của Bộ trưởng Bộ Y Tế về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư đại trực tràng.
5. Bài giảng Bệnh học ngoại khoa NXBYH – HN 2013.
6. Cấp cứu ngoại khoa NXB Giáo dục Việt Nam tập 2.

UNG THƯ TRỰC TRÀNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Ung thư đại trực tràng là sự phát triển các tế bào ác tính xuất phát từ thành đại trực tràng. Ung thư đại trực tràng là một bệnh khá phổ biến ở các nước trên thế giới, chiếm hang đầu trong ung thư đường tiêu hóa tại các nước Mỹ và Pháp. Tại Việt Nam, ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ hai trong ung thư đường tiêu hóa sau ung thư dạ dày.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Triệu chứng cơ năng

Rối loạn lưu thông ruột, táo bón hoặc ỉa chảy.

- Đi ngoài ra nhầy máu là triệu chứng hay gặp nhất.
- Đau bụng: đau tức vùng hạ vị và hậu môn, nhất là khi đi đại tiện.
- Biến chứng của u như bán tắc, tắc ruột, thủng u gây viêm phúc mạc: đau bụng, buồn nôn, nôn, bí trung đại tiện, sốt…
- Một số triệu chứng do di căn xa: tự sờ thấy hạch thượng đòn, chướng bụng.
- Thiếu máu: khi bệnh giai đoạn muộn hoặc tình trạng mất máu kéo dài, biểu hiện các dấu hiệu như: hoa mắt chóng mặt, mệt mỏi, gầy sút cân

Triệu chứng thực thể

- Khám bụng: có thể sờ thấy u qua thành bụng hoặc qua thăm khám trực tràng nếu u ở trực tràng, ống hậu môn. Bệnh nhân có thể tự sờ thấy u.
- Khi có biến chứng tắc ruột hoặc viêm phúc mạc do thủng u có thể có các triệu chứng sau: Bụng chướng, quai ruột nổi, dấu hiệu rắn bò, phản ứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc…
- Khám toàn thân để phát hiện di căn gan, hạch ngoại vi, dịch cổ trướng, di căn buồng trứng ở phụ nữ, giúp đánh giá mức độ tiến triển bệnh.

-Thăm trực tràng có thể sờ thấy u trực tràng thấp và u trực tràng giữa

Triệu chứng toàn thân

- Hạch thượng đòn (thường gặp bên trái)
- Thiếu máu
- Gầy sút: người bệnh có thể gầy sút 5-10kg trong vòng 2-4 tháng.
- Suy nhược: bệnh tiến triển lâu làm suy mòn.
- Khi u đại tràng có biến chứng: tắc ruột hoặc viêm phúc mạc có triệu chứng nhiễm trùng: môi khô lưỡi bẩn thở hôi. Khi U đại tràng vỡ, thủng gây viêm phúc mạc để muộn gây tình trạng nhiễm độc và sốc, biểu hiện toàn thân là: môi khô lưỡi bẩn, da lạnh ẩm, có vân tím giai đoạn muộn, tinh thần kích thích hốt hoảng hoặc chậm chạp

2.1.2. Cận lâm sàng

Nội soi: Soi đại trực tràng ống mềm là phương pháp quan trọng để chẩn đoán ung thư đại trực tràng, cho biết vị trí, đặc điểm khối u và bấm sinh thiết.

Chẩn đoán hình ảnh

- Chụp X-quang chụp bụng không chuẩn bị: được chỉ định trong cấp cứu hoặc khi có biến chứng tắc ruột hoặc thủng ruột.
- Chụp cắt lớp vi tính: đánh giá tổn thương u trực tràng và di căn xa. Vai trò tương tự như siêu âm nhưng độ nhạy cao hơn.
- Chụp cộng hưởng từ: có thể áp dụng đánh giá tổn thương tại chỗ, mức độ xâm lấn các tạng xung quanh cũng như di căn hạch và di căn xa.

- Siêu âm: được sử dụng đánh giá tổn thương tại gan và toàn bộ ổ bụng, tuy nhiên độ nhạy không bằng chụp cắt lớp vi tính. Siêu âm qua nội trực tràng: là một phương pháp có giá trị để đánh giá mức xâm lấn ung thư trực tràng và di căn hạch mạc treo trực tràng.

Y học hạt nhân

- Chụp hình phóng xạ khối u đặc hiệu (chụp hình miễn dịch phóng xạ-Radioimmunoscintigraphy: RIS). Sử dụng các kháng thể đơn dòng đánh dấu phóng xạ chụp SPECT giúp phát hiện u nguyên phát và tổn thương di căn.
- Chụp hình khối u theo nguyên tắc chuyển hóa (PET, PET/CT, PET/MRI) với F18-FDG phát hiện u nguyên phát, di căn hạch, di căn xa, giúp đánh giáchính xác giai đoạn bệnh, mô phỏng lập kế hoạch xạ trị (với ung thư trực tràng).
- Chụp xạ hình, SPECT xương với Tc99m-MDP giúp phát hiện tổn thương di căn xương
- Chụp xạ hình, SPECT gan với Tc99m-SC giúp phát hiện tổn thương di căn gan.

Xét nghiệm sinh hóa - huyết học

- Xét nghiệm CEA, CA 19-9, phối hợp với các phương pháp khác để theo dõi và chẩn đoán ung thư tái phát, di căn sau điều trị.
- Xét nghiệm huyết học và hóa sinh máu

+ Công thức máu: Số lượng bạch cầu tăng cao, lactate máu, nồng độ D-Dimer cũng tăng và máu có xu hướng nhiễm toan chuyển hóa khi các quai ruột bị hoại tử.

+ Xét nghiệm sinh hoá: Rối loạn điện giải, Men gan, U re, creatinin tăng khi u đại tràng biến chứng gây suy gan, suy thận. Bệnh nhân giai đoạn muộn suy mòn có biểu hiện giảm Albumin máu

+ Đông máu: Rối loạn đông máu khi bệnh giai đoạn muộn

+ Tuỳ thuộc mức độ bệnh lý , và các bệnh lý kèm theo mà có thể làm thêm các xét nghiệm khác để phục vụ chẩn đoán và điều trị

Mô bệnh học

Ung thư đại tràng được phẫu thuật triệt căn, đánh giá giai đoạn mô bệnh học bao gồm:

- Độ mô học
- Giai đoạn T
- Số lượng hạch vét được và số hạch dương tính
- Diện cắt trên, diện cắt dưới và diện cắt xung quanh u
- Sự xâm lấn thần kinh mạch máu
- Sự xâm lấn mạch bạch huyết
- Nhân ung thư mạc treo ngoài hạch
- Đánh giá di căn hạch
- Số lượng hạch vét được tối thiểu 12 hạch để đảm bảo xếp loại giai đoạn chính xác.
- Sinh thiết hạch cửa nhằm phát hiện di căn hạch chính xác hơn nhờ kĩ thuật hóa mô miễn dịch được cân nhắc.
- Đối với bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn II để quyết định điều trị bổ trợ ở giai đoạn này hay không cần xét nghiệm MSI (PCR) hoặc MMR (phương pháp hóa mô miễn dịch). Với những bệnh nhân này nếu dMMR hoặc MSI-H có tiên lượng tốt và không được hưởng lợi khi hóa trị bổ trợ với 5-FU.

Đại thể: Ung thư đại trực tràng có thể có dạng sùi, thâm nhiễm và loét.Về mặt đại thể tùy thuộc vào 3 tính chất: khối u, u sùi, u sùi loét, vòng nhẫn.

Vi thể:

- Những ung thư không phải biểu mô (u lympho không Hodgkin, u carcinoid, ung thư mô liên kết) chiếm khoảng 5% các ung thư mô đại tràng.
- Về mặt mô học 80% trường hợp là ung thư biểu mô tuyến typ Liberkhunier, 10-20% là u dạng nhầy.

- Sự xâm lấn của khối u thông thường là theo chiều sâu của thành đại tràng rồi di căn đến các chuỗi hạch bạch huyết và sau cùng là các cơ quan lân cận, chủ yếu là gan.
- Phân độ trong ung thư đại - trực tràng chủ yếu dựa vào phân độ theo Tổ chức Y tế thế giới và American Joint Committee on Cancer (AJCC).
Mức độ biệt hóa của tế bào ung thư trong ung thư đại trực tràng được phân thành grade 1-4.
- Grade 1: biệt hóa tốt
- Grade 2: biệt hóa trung bình
- Grade 3: biệt hóa kém
- Grade 4: không biệt hóa
Phân tích gene: Đối với ung thư đại tràng di căn, nên được xét nghiệm đột biến gen KRAS, NRAS, MSI và BRAF nhằm mục đích tiên lượng và sử dụng điều trị đích.
- Một số xét nghiệm và cận lâm sàng phục vụ cho mục đích chẩn đoán, tiên lượng và điều trị: Glucose máu, Albumin, Protein…
+ Đối với bệnh nhân cần phẫu thuật: Bổ sung xét nghiệm: xquang tim phổi, HIV, HbsAg, xét nghiệm nhóm máu, xét nghiệm đông máu, xét nghiệm nước tiểu.
+ Các xét nghiệm và chỉ định cận lâm sàng để chẩn đoán bệnh lý phối hợp.
2.2. Chẩn đoán phân biệt
- Bệnh Crohn: Nội soi: tổn thương thường sâu đến tận lớp cơ, có thể từ miệng tới dạ dày, ruột non, đại tràng và hậu môn, loét không kiên tục, loét sâu nham nhở như hình bản đồ xen kẽ niêm mạc lành.
Tổn thương hậu môn có vai trò quan trọng để phân biệt: tổn thương da, hậu môn, ống hậu môn và rò hậu môn.
- Viêm loét đại trực tràng: mô bệnh học là tiêu chuẩn chẩn đoán quan trọng.
Tổn thương chỉ ở lớp niêm mạc, dưới niêm mạc, không tổn thương đến lớp cơ. Biểu mô phủ bong tróc, mất bằng phẳng. Cấu trúc khe tuyến bất thường: ngắn lại, mất song song, chia nhánh, giảm số lượng tế bào hình đài cạn kiệt chất nhày. Tương bào thâm nhập xuống lớp mô đệm. Áp xe khe hốc. Xuất huyết niêm mạc, các mạch máu sung huyết.
- Tổn thương lao : Test lao dương tính, mô bệnh học là tổn thương Lao
- U lympho biểu hiện ở đại trực tràng
- GIST đại trực tràng.
- Một số ung thư khác xâm lấn đại tràng.
- Các khối u lành của đại tràng.
- Ung thư ống hậu môn.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị
Điều trị ung thư đại trực tràng là điều trị đa mô thức. trong đó điều trị ngoại khoa là chủ yếu và quyết định nhất tiên lượng sống của bệnh nhân. Ngoài điều trị ngoại khoa còn kết hợp hoá trị liệu, xạ trị liệu và miễn dịch liệu pháp. Điều trị nội khoa kết hợp trước va sau phẫu thuật, đối với các trường hợp bệnh nặng phải tiến hành hồi sức cho bệnh nhân.
3.2. Điều trị cụ thể
3.2.1. Điều trị nội khoa trước và sau mổ
- Bù nước và điện giải :
- Đặt sonde dạ dày, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch: truyền đạm, Albumin, Huyết tương
- Truyền máu khi có thiếu máu.
- Kháng sinh: Có thể dùng đơn độc hay kết hợp, dùng từ 5-7 ngày nếu không có biến chứng. Nếu có biến chứng có thể phải dùng kéo dài.
- Chuẩn bị đại tràng trước mổ: thụt tháo hoặc dùng thuốc xổ ruột (thuốc nhuận tràng)

: Fortrans hay Fleet phosphosoda...
- Điều trị các bệnh lý phối hợp
- Giảm đau sau mổ : Có thể dùng các nhóm Paracetamol, NSAID hoặc Opioid
- Kiểm tra , theo dõi phát hiện các tai biến và biến chứng sau phẫu thuật: chảy máu, rò tiêu hóa, áp xe tồn dư, tắc ruột...
- Tùy tình trạng cụ thể mà cho các xét nghiệm, chỉ định cận lâm sàng và các phương pháp điều trị phù hợp.

3.2.2. Điều trị ngoại khoa

Nguyên tắc phẫu thuật triệt căn
- Đảm bảo lấy hết tổ chức ung thư: bao gồm lấy rộng u nguyên phát và vét hạch vùng.
- Lập lại lưu thông tiêu hóa

Kỹ thuật

Trong phẫu thuật ung thư trực tràng, chọn lựa phương pháp mổ phụ thuộc vào mức độ lan rộng và vị trí của khối u.
- U ở giai đoạn rất sớm (cT1sm1/2) nên được cắt rộng tại chỗ qua lớp cơ niêm thông qua nội soi đường hậu môn.
- Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME) chỉ định khi u ở trực tràng giữa và thấp.
- Cắt một phần mạc treo trực tràng là đủ khi phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng cao.
- Cắt cụt trực tràng qua đường bụng - tầng sinh môn (phẫu thuật Miles) chỉ định khi khối u xâm lấn cơ thắt hoặc ở vị trí rất thấp không thể bảo tồn được cơ thắt.
- Phẫu thuật nội soi cho kết quả tương đương về ung thư học so với phẫu thuật mổ mở một số trung tâm phẫu thuật nội soi có kinh nghiệm.

Thời điểm phẫu thuật
- Với xạ trị ngắn ngày, phẫu thuật nên được tiến hành sau xạ 2-4 ngày
- Với hóa xạ tiền phẫu, phẫu thuật nên được tiến hành sau 4-8 tuần.
- Với người bệnh trên 80 tuổi hoặc PS 3-4, phẫu thuật trì hoãn sau xạ ngắn ngày 8 tuần.

Mức độ phẫu thuật rộng rãi trong trường hợp đáp ứng toàn bộ sau xạ hoặc hóa xạ trị tiền phẫu, TME là kỹ thuật chuẩn mực.

Phẫu thuật bảo tồn cơ thắt
- Mục tiêu của phẫu thuật trực tràng là cố gắng bảo tồn cơ thắt tối đa. Với diện cắt dưới cách u 1cm, cơ thắt thường được bảo tồn. Hóa xạ tiền phẫu hoặc xạ trị tiền phẫu với thời gian dài có thể giúp giảm kích thước u, nhưng đối với u kích thước lớn, sau điều trị tiền phẫu, u đáp ứng tốt, có nên phẫu thuật bảo tồn cơ thắt hay không vẫn là câu hỏi chưa được trả lời thỏa đáng. Phương pháp phẫu thuật này chỉ được tiến hành ở một số trung tâm phẫu thuật có kinh nghiệm.
- Phẫu thuật có vai trò quan trọng trong điều trị ung thư ở cả giai đoạn sớm và giai đoạn muộn. Ở giai đoạn rất sớm, sớm phẫu thuật có vai trò đơn trị liệu (cT1N0M0, pT1,2N0M0) ở những giai đoạn muộn hơn phẫu thuật là thành tố quan trọng trong các mô thức phối hợp đa mô thức điều trị ung thư trực tràng.

Phẫu thuật theo các giai đoạn trên lâm sàng
- Phẫu thuật ung thư trực tràng giai đoạn rất sớm: Cắt u qua hậu môn (TEM): ung thư trực tràng giai đoạn rất sớm (cT1N0M0 hay cT1sm1/2) với G1,2. Người bệnh có nguy cơ phẫu thuật cao, nguy cơ gây mê hồi sức cao có thể làm TEM hoặc xạ áp xát khi G3,4 hay cT1sm2.
- Phẫu thuật ung thư trực tràng sớm; cắt đoạn trực tràng vét hạch (TME với ung thư trực tràng thấp và trung bình) chỉ định cho: cT1N0M0 (với sm2 hoặc G3,4; có xâm lấn mạch máu, bạch huyết, thần kinh); cT2N0M0.
- Phẫu thuật ung thư trực tràng M0

+ cT3N0M0 ung thư trực tràng thấp và trung bình sau hóa xạ trị đồng thời hoặc xạ trị ngắn ngày (5x5Gy).
+ cT4N0M0 ung thư ở trực tràng cao có chỉđịnh phẫu thuật ngay hoặc sau hóa xạ trị đồng thời/xạ trị ngắn ngày như với cT3N0M0. U ở trực tràng cao chỉ cần cắt một phần mạc treo trực tràng.
Diện cắt cực dưới phải cách cực dưới khối u >2cm. TME phải đảm bảo thanh mạc trực tràng phần trong phúc mạc không bị rách, vỏ bọc mạc treo trực tràng thành bên và mặt sau phải nguyên vẹn. Số hạch cạnh trực tràng và trong mạc treo đếm được tối thiểu 12 hạch. Trong mọi trường hợp (pN+), diện cắt (+) đều phải được hóa-xạ bổ trợ. Trong khi mổ, nghi ngờ diện cắt nên làm sinh thiết tức thì nếu diện cắt (+) nên cắt tiếp cho đến khi (-) để đạt R0.
Cắt cụt trực tràng đường bụng và tầng sinh môn (phẫu thuật Miles): T3,4N(bất kỳ) M0, T(bất kỳ)N(+)M0 với ung thư trực tràng thấp, khi rìa khối u chỉ cách mép hậu môn < 4cm. TME cố gắng bảo tồn thần kinh sinh dục và lấy rộng tổ chức phần mềm đáy chậu quanh khối u, có thể xạ trị tiền phẫu để đảm bảo R0.
- Phẫu thuật ung thư trực tràng M1
+Nếu có khả năng phẫu thuật ngay: tiến hành phẫu thuật (điều trị tùy vị trí tổn thương u tái phát và mức độ xâm lấn. Nếu tái phát tại chỗ: có thể phẫu thuật cắt đoạn đại tràng, trực tràng hoặc phối hợp với hóa trị, xạ trị trước mổ.
+ Cắt trực tràng vét hạch (TME) cắt nhân di căn nếu mổ được ngay: T1,2N0M1 (phổi/gan) sau đó hóa xạ trị bổ trợ; T3,4N(+)M1 (gan/phổi) có thể mổ được, hóa trị bổ trợ trước phẫu thuật cắt trực tràng +TME sau đó hóa xạ trị bổ trợ. + Nếu không có khả năng phẫu thuật ngay nhưng có tiềm năng phẫu thuật sau hóa trị: tiến hành hóa trị, sau 3 đợt đánh giá lại và xét phẫu thuật.
+ Nếu không còn khả năng phẫu thuật (di căn nhiều ổ, nhiều tạng): tiến hành hóa trị.
Những bệnh nhân UTĐTT giai đoạn muộn, không còn chỉ định điều trị triệt căn, sử dụng hóa trị để điều trị triệu chứng chống đau, chống chèn ép nhằm cải thiện thêm chất lượng sống cho người bệnh. Trong một số trườnghợp khối u lan rộng gây thủng, vỡ, tắc ruột... cần phẫu thuật để điều trị triệu chứng như nối tắt, làm hậu môn nhân tạo...
Phẫu thuật triệu chứng ung thư trực tràng
- Khi khối u xâm lấn rộng vùng tiểu khung, đáy chậu xâm lấn các bộ phận trong tiểu khung như bàng quang, niệu quản, âm đạo, tiền liệt tuyến hoặc di căn nhiều cơ quan, vị trí vị trí khi chẩn đoán phẫu thuật được chỉ như một biện chăm sóc giảm nhẹ tích cực. Phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo kiểu Mickulizc đại tràng sigma và các phẫu thuật chăm sóc giảm nhẹ khác.
3.2.3. Xạ trị ung thư trực tràng
Xạ trị tiền phẫu:
- Liều và phương thức xạ trị: có thể áp dụng 1 trong 2 cách
+ Xạ trị trong thời gian ngắn (SCPRT: short course preoperative radiotherapy): Xạ 25Gy chia 5 lần trong 1 tuần, mỗi lần 5Gy sau đó phẫu thuật trong vòng 1-2 tuần. Xạ trị ngắn ngày như trên thường chỉ áp dụng cho xạ trị trước mô với ung thư trực tràng trung bình T3b hoặc ung thư trực tràng thấp T2.
+ Xạ dài ngày, trải liều (Long course): Xạ 45Gy chia 25 lần, 5 lần trong 1 tuần, mỗi lần 1,8Gy phẫu thuật sau 4-8 tuần. Sau xạ 12 tuần tổ chức bị xơ hóa sẽ gây khó khăn cho phẫu thuật.
- Thể tích xạ trị:
+ Thể tích xạ trị bao gồm u nguyên phát, mạc treo trực tràng, vùng trước xương cùng

và hạch lân cận (hạch mạc treo trực tràng, hạch trước xương cùng, hạch chậu trong và hạch chậu ngoài khi u T4 xâm lấn bàng quang hoặc cơ quan sinh dục).
+ Trường chiếu: giới hạn trên ngang mức L5/S1; giới hạn dưới cách bờ dưới u 3-5cm với ung thư trực tràng thấp, trung bình mặt bên: 1 cm ngoài xương chậu; mặt trước: 2 cm trước mỏm nhô xương cùng bao gồm cả thành trước âm đạo; mặt sau: 1 cm sau xương cùng.
Xạ trị hậu phẫu (Xạ trị bổ trợ):
- Liều và phương thức xạ trị kết hợp:
Áp dụng phương thức hóa xạ trị trải liều dài ngày.
Liều xạ: Tổng liều 45-54 Gy
Pha 1: 45 Gy chia 25 lần / mỗi lần 1,8Gy/ trong 5 tuần/mỗi tuần tia 5 lần
Pha 2 (cân nhắc): tia thêm 5,4-9,0 Gy chia 3-5 lần/ mỗi lần 1,8 Gy.
Chú ý: sau phẫu thuật ruột non xuống thấp trong tiểu khung, cần lưu ý tránh biến chứng viêm, hoại tử ruột do tia xạ. Liều tối đa với ruột non là 45 Gy.
- Thể tích xạ trị: Nền u, hạch vùng, vùng trước xương cùng và bất kỳ tổ chức u tồn dư nào sau mổ:
- Trường chiếu: Giới hạn trên ngang mức L5/S1; giới hạn dưới: dưới lỗ bịt 3cm hoặc thấp hơn nếu có thể để bảo đảm diện cắt nằm trong trường chiếu; mặt bên: 1 cm ngoài xương chậu; mặt trước: 2 cm trước mỏm nhô xương cùng bao gồm cả thành trước âm đạo ở nữ; mặt sau 1 cm sau xương cùng.
- Ưu điểm chính của điều trị bổ trợ sau mổ so với điều trị trước mổ là người bệnh được chẩn đoán giai đoạn chính xác, từ đó lựa chọn người bệnh điều trị bổ trợ rất chính xác. Tuy nhiên, nhược điểm là tăng tác dụng phụ của xạ trị trên ruột non, đáy chậu sau phẫu thuật Miles và hiệu quả của xạ trị giảm hơn do có nhiều vùng sau mổ xơ hóa không được tưới máu tốt.
- Do hóa xạ tiền phẫu hiệu quả hơn và ít độc tính cấp và lâu dài nên hóa xạ sau mổ (sử dụng 5-FU) thay vì hóa xạ tiền phẫu không còn được chỉ định rộng rãi.
- Bệnh nhân không được điều trị hóa xạ tiền phẫu thì sau phẫu thuật Miles nên được xạ trị sớm giúp kéo dài DFS tốt hơn.
- Đối với u pT1 có yếu tố tiên lượng xấu (diện cắt dương tính, ung thư kém biệt hóa hoặc xâm lấn bạch huyết) hoặc u pT2 mà chỉ cắt rộng u có nguy cơ tái phát tại chỗ cao, sau đó không thể thực hiện phẫu thuật triệt căn, hóa xạ bổ trợ được xem xét chỉ định.
Xạ trị tổn thương di căn:
Tham khảo phần xạ trị tổn thương di căn ung thư đại tràng trang 16,17.
Xạ trị tạm thời, giảm nhẹ ung thư trực tràng:
- Chỉ định: Ung thư trực tràng không mổ được hoặc tái phát tại chỗ.
- Liều và phương thức xạ trị:
Áp dụng phương thức hóa xạ trị trải liều dài ngày.
Liều xạ: tổng liều cần cao hơn 54 Gy nếu kỹ thuật cho phép.
Pha 1: 45 Gy chia 25 lần / mỗi lần 1,8Gy/ trong 5 tuần/mỗi tuần tia 5 lần
Pha 2 (cân nhắc): tia thêm 5,4-14,4 Gy chia 3-8 lần / mỗi lần 1,8 Gy.
- Thể tích xạ trị:
U trực tràng hoặc nền u, hạch vùng, tổ chức vùng trước xương cùng và u tái phát tại chỗ sau mổ.
Trường chiếu có thể thu nhỏ hơn xạ trị trước mổ nhằm tránh tối đa các tác dụng không mong muốn.
3.2.4. Điều trị toàn thân ung thư trực tràng
Hóa xạ trị

- Hóa xạ trị phối hợp được chỉ định trước phẫu thuật ở những bệnh nhân ung thư trực tràng thấp, trung bình giai đoạn T3, T4, có hoặc không có di căn hạch (N-/+).
- Xạ trị tiền phẫu: Tham khảo mục Xạ trị 3.2.1 phần ung thư trực tràng
- Hóa trị tiền phẫu:
+ Các phác đồ hay sử dụng đều có 5 FU để làm tăng tính nhạy cảm của tế bào ung thư với xạ trị. Các phác đồ điều trị hóa trị trước mô đang được áp dụng trên thế giới:
• 5FU 325-350mg/m2 + Leucovorin 20mg/m2 truyền tĩnh mạch nhanh ngày 1-5, tuần 1 và tuần 5
• 5FU 400mg/m2 + Leucovorin 100mg/m2 truyền tĩnh mạch nhanh ngày 1,2,11,12,21,22
• 5FU 1000mg/m2 truyền tĩnh mạch ngày 1-5, tuần 1 và tuần 5
• 5FU 250mg/m2 truyền tĩnh mạch ngày 1-14 và 22-35 và Oxaliplatin 50mg/m2 truyền tĩnh mạch ngày 1, 8, 22, 29
• 5FU 225mg/m2 truyền tĩnh mạch 5 ngày/tuần vào các ngày xạ trị
• Capecitabine 800-825mg/m2 uống 2 lần/ngày, 5 đến 7 ngày/tuần, kết hợp với xạ trị
• UFT (300-350mg/m2/ngày) và Leucovorin 22,5-90mg/ngày uống, 5 đến 7 ngày/ tuần, kết hợp với xạ trị.
+ Capecitabine có thể được lựa chọn thay thế 5FU bởi sự tiện lợi và hiệu quả được chứng minh tương đương.
+ Phác đồ hóa xạ trị được áp dụng tại một số bệnh viện: Xạ trị 45Gy + capecitabine 850mg/m2 da / uống 2 lần /ngày, mỗi tuần uống 5 ngày x 5 tuần
Hóa xạ trị bổ trợ - sau phẫu thuật
- Bệnh nhân có chỉ định hóa xạ tiền phẫu mà không được điều trị trước phẫu thuật nên được điều trị hóa xạ bổ trợ và hóa trị trong trường hợp.
+ Diện cắt dương tính
+ Biến chứng thủng đại tràng
+ Nguy cơ tái phát tại chỗ cao (≥ pT3b và/hoặc N+)
- Điều trị bổ trợ nên kéo dài 6 tháng với phác đồ có capecitabine/5-FU kết hợp với xạ trị. Xạ đơn thuần bổ trợ sau mổ không được áp dụng.
- Xạ trị hậu phẫu: Tham khảo phần xạ trị hậu phẫu (mục 4.2.3.2. Xạ trị hậu phẫu, phần 4.2. Điều trị ung thư trực tràng).
- Hóa trị bổ trợ
+ Trái ngược với ung thư đại tràng, dữ liệu từ các thử nghiệm lâm sàng trong ung thư trực tràng chứng minh vai trò hóa trị bổ trợ sau xạ trị tiền phẫu hoặc hóa xạ tiền phẫu và phẫu thuật còn hạn chế do số lượng người bệnh chưa đủ lớn và kết quả còn nhiều tranh cãi
+ Hóa trị bổ trợ được chỉ định cho UTĐTT giai đoạn II, III có yếu tố nguy cơ cao: tắc ruột, thủng, vỡ u, số lượng hạch vét được < 12 hạch, diện cắt dương tính, u xâm lấn mạch máu, bạch huyết hoặc thần kinh ngoại biên, mô bệnh học là loại ung thư kém biệt hóa.
+ Phác đồ điều trị bổ trợ: phác đồ FOLFOX4 12 chu kỳ (14 ngày) hoặc 6 chu kỳ (28 ngày) hoặc phác đồ XELOX 6 chu kỳ, nếu thể trạng bệnh nhân rất yếu có thể dùng phác đồ Capecitabine đơn thuần.
+ Nhóm người bệnh sau không cần điều trị bổ trợ:
Giai đoạn II có yếu tố nguy cơ thấp (UTTT cao pT3N0 sau phẫu thuật TME vét được trên 12 hạch và diện cắt hoàn toàn âm tính).
Nhóm người bệnh không đáp ứng với hóa xạ tiền phẫu.
+ Với người bệnh cao tuổi: người bệnh cao tuổi hoặc thể trạng kém, nên cân nhắc giảm liều
Thời điểm cần hóa trị bổ trợ (khi nào cần hóa trị): Hóa trị bổ trợ nên được điều trị

càng sớm càng tốt, sau mổ từ 4 tới 8 tuần. Không nên hóa trị khi chưa hồi phục sau phẫu thuật hoặc đang có biến chứng hậu phẫu.
Thời gian hóa trị: Tổng thời gian điều trị nên kéo dài từ 5,5 - 6 tháng bao gồm cả điều trị tiền phẫu, phẫu thuật, bổ trợ. Nếu người bệnh đã được điều trị hóa xạ tiền phẫu, hóa trị bổ trợ nên kéo dài từ 4 - 4,5 tháng. Nếu người bệnh chưa điều trị tiền phẫu, điều trị bổ trợ nên kéo dài từ 5,5 - 6 tháng.
Hóa trị và điều trị đích giai đoạn tái phát di căn: Tham khảo "Lược đồ điều trị ung thư đại - trực tràng di căn không còn chỉ định phẫu thuật" - Sơ đồ số 3 trang 10, 11 và phần "Hóa trị và điều trị đích giai đoạn tái phát, di căn" trang 17 đến 24 của điều trị ung thư đại tràng trong tài liệu này
3.3. Phòng bệnh
- Kiểm tra đại trực tràng thường xuyên:
- Duy trì thói quen ăn uống lành mạnh:
+ Tránh ăn nhiều thịt, dầu mỡ, thức ăn chiên nướng
+ Hạn chế thức uống có cồn, thuốc lá
+ Ăn nhiều chất xơ (rau xanh, trái cây)
- Thường xuyên tập thể dục
- Theo dõi, tái khám
+ Khám lâm sàng 3-6 tháng/lần trong 2 năm đầu, 6 tháng/lần trong 3 năm tiếp theo.
+ Xét nghiệm CEA 3-6 tháng/lần trong 2 năm đầu, 6 tháng/lần trong 3-5 năm.
+ CT ngực/bụng/tiểu khung 3-6 tháng/lần trong 2 năm đầu, 6-12 tháng/lần đến 5 năm.
+ Chụp PET/CT: khi nghi ngờ tái phát hoặc di căn với CEA tăng mà các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh không phát hiện tổn thương.
+ Nội soi đại trực tràng trong năm đầu nếu chưa được thực hiện ở lần thăm khám ban đầu để chẩn đoán (VD do có tắc ruột), sau đó 3- 5năm/lần cho đến năm 75 tuổi.
+ Nội soi đại trực tràng sau 1 năm:
Nếu u tuyến tiến triển, lặp lại sau 1 năm
Nếu u tuyến không tiến triển, lặp lại sau 3 năm, sau đó 5 năm/lần

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bệnh học ngoại khoa sau đại học NXBQĐND - HN 2002 tập 1, 2
2. Bách khoa thư bệnh học NXBYH – HN 2003 tập 1, 2, 3
3. Bệnh học ngoại khoa bụng NXBQĐND - HN 1997
4. Quyết định 2549/QĐ-BYT ngày 19/4/2018 của Bộ trưởng Bộ Y Tế về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư đại trực tràng.
5. Bài giảng Bệnh học ngoại khoa NXBYH – HN 2013.
6. Cấp cứu ngoại khoa NXB Giáo dục Việt Nam tập 2.

VIÊM TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG

1. ĐỊNH NGHĨA

-Túi thừa đại tràng là sự nhô ra dạng túi, là hậu quả của sự thoát vị của niêm mạc và lớp dưới niêm mạc qua điểm yếu của lớp cơ đại tràng

-Yếu tố nguy cơ:

+ Aspirin, Corticoid, kháng viêm không steroid làm tăng nguy cơ viêm túi thừa

+ Các yếu tố khác: Béo phì, lười vận động, hút thuốc lá, rượu bia, lớn tuổi

Nguyên nhân: Sự thay đổi trương lực của thành đại tràng, nhu động của thành đại tràng, chế độ ăn ít chất xơ gây tăng áp lực trong lòng đại tràng và làm yếu cơ đại tràng

2.CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Toàn thân

- Đa số bệnh nhân vào viện trong tình trạng tỉnh táo, da, niêm mạc hồng, không có bất thường mạch, huyết áp, bệnh nhân có thể sốt nhẹ
- Một số trường hợp bệnh nhân vào viện trong tình trạng nhiễm trùng nặng khi túi thừa thủng gây viêm phúc mạc toàn thể, bệnh nhân mệt, có hội chứng nhiễm trùng rõ (môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi), bệnh nhân có thể sốc nhiễm trùng nhiễm độc (Mạch nhanh, thở nhanh nông, Mạch nhanh, HA hạ …)

Cơ năng

- Đau đột ngột ở vùng bụng dưới bên trái, đau bụng có thể nhẹ lúc đầu và diễn tiến nặng hơn trong vài ngày
- Bí trung đại tiện khi có viêm phúc mạc toàn thể
- Thay đổi thói quen đi đại tiện, thường đi ngoài phân lỏng hoặc táo bón
- Chán ăn, buồn nôn và nôn ói
- Sốt, thậm chí sốt cao, rét run
- Trướng bụng, đầy hơi
- Chảy máu từ trực tràng (ít gặp)
- Đau rát khi đi tiểu
- Khí hư bất thường

Thực thể

- Khám bụng:

+ Bụng có thể chướng nhẹ, vừa, chướng căng khi bệnh nhân đến muộn

+ Phản ứng thành bụng đôi khi khu trú tại vùng tổn thương túi thừa, có thể khắp bụng khi viêm phúc mạc toàn thể

+ Có thể có cảm ứng phúc mạc

- Thăm trực tràng: Có thể có máu trường hợp chảy máu túi thừa

2.1.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm ổ bụng: Xác định có dịch, khí tự do ổ bụng, tình trạng dày thành đại tràng, viêm nhiễm, áp xe quanh đại tràng, các bệnh lý đi kèm
- Xquang bụng KCB: Có thể thấy hình ảnh liềm hơi dưới vòm hoành
- Chụp CLVT ổ bụng: Có thể thấy được hình ảnh túi thừa, hình ảnh túi thừa viêm hay các ổ áp xe, viêm phúc mạc do biến chứng thủng túi thừa, Xác định ung thư đường tiêu hóa
- Chụp MRI ổ bụng: Hữu dụng trong xác định viêm túi thừa đại tràng phải, các bệnh nhân trẻ tuổi hoặc mang thai

- Xét nghiệm sinh hóa - huyết học
Xét nghiệm huyết học và hóa sinh máu
+ Công thức máu: Số lượng bạch cầu tăng cao,
+ Xét nghiệm sinh hoá: Rối loạn điện giải, Men gan, U re, creatinin tăng khi viêm túi thừa biến chứng thủng gây viêm phúc mạc nhiễm độc gây suy gan, suy thận. Bệnh nhân giai đoạn muộn suy mòn có biểu hiện giảm Albumin máu
+ Đông máu: Rối loạn đông máu khi bệnh giai đoạn muộn
+ Tuỳ thuộc mức độ bệnh lý , và các bệnh lý kèm theo mà có thể làm thêm các xét nghiệm khác để phục vụ chẩn đoán và điều trị
2.2. Chẩn đoán phân biệt
- Hội chứng ruột kích thích
- Viêm dạ dày ruột
- Viêm túi mật cấp
- Tắc ruột
- Viêm ruột thừa cấp
- Ung thư đại tràng
- Bệnh lý tiết niệu và phụ khoa …

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị
Chủ yếu điều trị nội khoa: Nhịn ăn, truyền dịch, kháng sinh
Điều trị ngoại khoa: Khi điều trị nội thất bại hoặc có biến chứng viêm phúc mạc, tắc ruột, rò tiêu hóa
3.2. Điều trị cụ thể
3.2.1. Điều trị nội khoa
Điều trị ngoại trú
- Chỉ định: Có miễn dịch tốt, không có dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân, không có biến chứng, không có bệnh lý nền kèm theo
- Điều trị: Có thể dùng hoặc không kháng sinh đường uống (7 ngày)
Điều trị nội trú
- Chỉ định:
+ Viêm túi thừa không có biến chứng
+ Không cải thiện/ có triệu chứng xấu khi điều trị ngoại trú
+ Không thể uống, nôn ói nhiều
+ Có kèm suy giảm miễn dịch
+ Có các triệu chứng nặng
- Viêm túi thừa không có biến chứng tái phát
- Viêm túi thừa có biến chứng (Áp xe, mưng mủ, VRM, rò tiêu hóa, chíp hẹp lòng ruột)
Điều trị
- Điều trị nội khoa trong 24-48h
- Bệnh nhân nhịn ăn, nuôi dưỡng hoàn toàn đường tĩnh mạch
- Sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch
- Có thể sử dụng thuốc giảm đau, thuốc ngủ, không sử dụng thuốc nhóm Morphin vì có thể làm tăng co thắt cơ vòng và giảm nhu động ruột.
- Đánh giá điều trị sau 24-48h, nếu bệnh nhân giảm đau bụng, giảm sốt, Dấu hiệu nhiễm trùng giảm. chuyển sử dụng kháng sinh đường uống liều tương đương và chế độ ăn từ lỏng đến đặc. Nếu bệnh nhân tình trạng nhiễm trùng không giảm hoặc tăng lên, lâm sang bệnh nhân đau nhiều, khám bụng có phản ứng có thể đổi kháng sinh, cân nhắc phẫu thuật cấp cứu (Theo dõi sát).

Lựa chọn kháng sinh trong viêm túi thừa đại tràng
- Kháng sinh đường uống
+ Metronidazol kết hợp Fluroquinolon Hoặc Trimethoprim – Sufamethoxazole
+ Amoxicillin – Clavulanate
- Kháng sinh đường tĩnh mạch
+ Metronidazol hoặc Clindamycin kết hợp với Aminiglycoside hoặc Fluroquinolon hoặc Cefalosporin thế hệ III
+ Cefalosporin thế hệ II
+ Betalactam + Ức chế betalactamase
3.2.2. Điều trị ngoại khoa
Chỉ định mổ cấp cứu:
- Điều trị nội khoa thất bại (Sau 3 ngày)
- Viêm phúc mạc
Chỉ định mổ kế hoạch:
- Viêm túi thừa kèm suy giảm miễn dịch hoặc tái phát > 2 lần
- Viêm túi thừa gây biến chứng hẹp lòng ruột, rò tiêu hóa
Phương pháp:
Mổ cấp cứu cắt nốiđại tràng có hay không hậu môn nhân tạo, hay phẫu thuật Hartmann tùy theo tình trạng lâm sàng của bệnh nhân và các bệnh kèm theo.
Phẫu thuật Hartmann khi có viêm phúc mạc toàn thể ở BN nặng, nhiều bệnh kèm Ở bệnh nhân lâm sàng ổn định, không có bệnh kèm thì vẫn có thể thực hiện cắt nối thì đầu có hay không hậu môn nhân tạo bảo vệ
3.3. Điều trị dự phòng
Chế độ ăn uống, sinh hoạt: Ăn nhiều chất xơ, ngưng hút thuốc và ngưng uống rượu bia, uống nhiều nước, tập thể dục, giảm cân, xử dụng mesalamin và lactobacillus casei giảm nguy cơ tái phát viêm túi thừa đại tràng.
Theo dõi :
+ Soi đại tràng toàn bộ sau điều trị nội khoa 4-6 tuần
+ Bệnh nhân trên 50 tuổi nên tầm soát ung thư đại trực tràng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lý Minh Tùng (2011), "Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh và kết quả phẫu thuật viêm túi thừa đại tràng", Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Dược Tp HCM.
2. The American Journal of Gastroenterology practice guidelines: diagnosisand management of diverticular disease of the colon in adults 1999.
3. World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines: Diverticular Disease 2007.
4. H.Nail,Feza Rezi(2010)Colonic Divertcular Disease.
5. Thaid Wilkin, MD, Katherine Embry, MD, and Ruth Geogrem MD, Geogia Regents University, Augusta, Geogia (2013May) Dianogsis and Management of Acute Diverculitis.

CHẤN THƯƠNG BỤNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Chấn thương bụng kín hay gọi là chạm thương bụng bao gồm cả những tổn thương về bụng, tổn thương có thể chỉ ở ngoài thành bụng nhưng có thể tổn thương các tạng đặc trong ổ bụng (như gan, lách, tụy...) hoặc tạng rỗng (dạ dày, ruột, bàng quang hoặc các thương tổn phối hợp khác).

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Hỏi bệnh

Nếu nạn nhân còn tỉnh táo trả lời chính xác các câu hỏi và gợi ý của thầy thuốc thì có thuận lợi cho việc thăm khám thực thể.

Nếu nạn nhân bị hôn mê thì hỏi người nhà hoặc người đưa bệnh nhân vào viện:

- Hoàn cảnh bị tai nạn:
- Giờ bị tai nạn.
- Cơ chế gây chấn thương: Cơ chế trực tiếp hay gián tiếp.

Các triệu chứng xảy ra sau khi bị tai nạn:

- Đau bụng: Là triệu chứng thường xuyên gặp, vị trí đau nhiều nhất.
- Nôn: Tính chất của chất nôn (có máu hay không).
- Tiểu tiện: Đái máu hay nước tiểu trong.

Khám thực thể

Khám toàn thân:

- Tình trạng sốc mất máu: Khi bị tổn thương tạng đặc hoặc mạch máu lớn trong ổ phúc mạc sẽ gây hội chứng chảy máu trong cấp tính, lượng máu mất thường nhiều và ảnh hưởng đến toàn thân sớm: Da xanh nhợt, niêm mạc mắt trắng nhợt, hốt hoảng, vã mồ hôi, đầu chi lạnh, sống mũi lạnh, cánh mũi phập phồng và bệnh nhân kêu khát nước.
- Khám thực thể: Phải khám toàn diện (bao gồm khám toàn thân và khám tại chỗ):

+ Nhìn: Tìm vị trí thương tổn do chấn thương gây nên như xây xát, tụ máu, bầm giập cơ, rách da và cơ... nhịp thở bụng.

+ Sờ nắn: Tìm điểm đau khu trú vùng chấn thương hay bị đau khắp bụng, tìm dấu hiệu phản ứng thành bụng hoặc co cứng tự nhiên của thành bụng.

+ Gõ: Gõ vùng gan để tìm dấu hiệu có tiếng vang bất thường (mất vùng đục trước gan). Gõ hai hố chậu để tìm dấu hiệu đọng dịch tự do vùng thấp của bụng (gõ nghe tiếng đục).

+ Thăm khám trực tràng, âm đạo: Tìm dấu hiệu của túi cùng Douglas, túi cùng căng phồng đau.

- Khám phối hợp các tạng khác: Là động tác vô cùng quan trọng không được bỏ sót một cơ quan nào.

+ Khám lồng ngực-hô hấp: Tìm tổn thương thành ngực có gãy xương sườn hay không. Tìm dấu hiệu của tràn máu, tràn khí khoang màng phổi: nếu có tổn thương phối hợp mà phát hiện chậm bệnh nhân sẽ nhanh chóng bị tử vong.

+ Khám cơ quan khác: Khám cơ quan sinh dục, tiết niệu, khám sọ não và tứ chi để tìm các thương tổn phối hợp.

- Thủ thuật thăm dò: Chọc ổ bụng để hút ra máu bầm khi có các triệu chứng lâm sàng gợi ý có chảy máu trong, dễ hút và máu không đông, đây là thủ thuật nên làm sớm và đúng kỹ thuật sẽ cho ta chẩn đoán sớm nhất. Trong trường hợp chọc hút ổ bụng không ra dịch,

không ra máu; nếu bệnh nhân không bị sốc, huyết động ít dao động thì nên làm thủ thuật chọc rửa ổ bụng để giúp chẩn đoán.
2.1.2.Cận lâm sàng
a. Xét nghiệm máu
Số lượng hồng cầu, huyết sắc tố và hematocrit.
Số lượng bạch cầu, bạch cầu đa nhân trung tính.
Nhóm máu (A, B, O).
b.Siêu âm bụng: Là xét nghiệm tương đối tin tưởng nhưng chỉ nên áp dụng cho những bệnh nhân nghi ngờ mà toàn thân không bị choáng. Trong trường hợp bệnh nhân choáng thì có thể siêu âm tại chỗ để phát hiện các thương tổn nhất là tạng đặc (gan, lách, lượng dịch trong ổ phúc mạc, hơi tự do...).
c. X quang bụng đứng không chuẩn bị: Tìm hơi tự do, dịch tự do trong ổ bụng (tìm liềm hơi dưới cơ hoành; tìm hình ảnh mờ vùng thấp trên phim X quang), xác định bóng gan-bóng lách mục đích chẩn đoán thương tổn dưới bao gan, bao lách.
d. Chụp cắt lớp vi tính: Là phương tiện chẩn đoán hình ảnh rất có giá trị trong chẩn đoán tạng thương tổn, đặc biệt là trong thương tổn tạng đặc.
e. Chọc dò ổ bụng:
Solomon là người đầu tiên thực hiện năm 1016. Đến nay, mặc dù có nhiều phương tiện hiện đại song thủ thuật vẫn còn giá trị vì đơn giản, dễ thực hiện ở bất cứ hoàn cảnh nào và nhiều khi giúp chúng ta chẩn đoán chính xác nếu kết quả dương tính.
Để hạn chế thiếu sót khi có âm tính giả (vì lượng máu trong ổ bụng dưới 200 ml, máu đông hoặc kim không đúng hướng nên không rút được máu) chúng ta phải chọc dò đúng vị trí (thường hai hố chậu).
f. Chọc rửa ổ bụng:
Phương pháp do Root đề xuất năm 1965 và được nhiều trung tâm hồi sức cấp cứu áp dụng. Đặc biệt ở nạn nhân có tổn thương kết hợp: shock nặng, hôn mê, chọc rửa ổ bụng có máu là chỉ định mổ kiểm tra, cầm máu để tạo điều kiện cho chống shock có hiệu quả..
g. Nội soi ổ bụng để chẩn đoán cũng là phương pháp có giá trị nhưng chưa được sử dụng nhiều ở nước ta.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1 Nguyên tắc
- Chống shock tích cực trong đó truyền máu là chính để bồi phụ lượng máu mất.
- Nhanh chóng phẫu thuật để cầm máu khi có chảy máu trong.
- Xử trí viêm phúc mạc khi thủng tạng rỗng.

3.2. Điều trị cụ thể
3.2.1 .Điều trị nội khoa: Theo dõi
Chỉ định theo dõi đối với nạn nhân không bị choáng, không có hội chứng mất máu cấp; không có dấu hiệu vỡ tạng rỗng (tức là nạn nhân chưa có chỉ định mổ tức thì).
Theo dõi toàn thân: Mạch, huyết áp, nhiệt độ, tâm - thần kinh (quan trọng nhất là mạch).
Theo dõi bụng: Tình trạng bụng (mềm hay phản ứng), đau toàn bụng.
Thăm trực tràng.
Theo dõi cận lâm sàng:
Công thức máu, hematocrit, huyết sắc tố, bạch cầu, hồng cầu.
Chụp X quang bụng đứng nhiều lần hoặc chụp X quang bụng tư thế nằm nghiêng (Mondor).
Siêu âm nhiều lần và so sánh lần sau với lần trước
3.2.2. Điều trị phẫu thuật
Chỉ định phẫu thuật trong trường hợp vỡ tạng đặc (tràn máu ổ bụng lượng nhiều), vỡ tạng rỗng, vỡ tạng đặc diều trị bảo tồn không có kết quả.

- Phương pháp vô cảm: Gây mê toàn thân.
- Chọn đường mổ: Đường trắng giữa trên dưới rốn.
Thăm dò tổn thương: Tỷ mỷ, nhiều lần tránh bỏ sót tổn thương.
- Xử trí tổn thương:
Trường hợp trong ổ bụng có máu đỏ tươi phẫu thuật viên phải dùng tay thăm dò gan lách để cầm máu tạm thời giảm lượng máu chảy ra giúp cho hồi sức có hiệu quả nhanh hơn. Sau đó lấy máu trong ổ bụng ra để có thể cho phép truyền trả lại cho nạn nhân sau khi thăm dò kỹ lưỡng không bị tổn thương tạng rỗng và đường mật lớn.
a. Tổn thương gan mật
- Vỡ gan, đường vỡ nông đơn giản hoặc nhiều đường vỡ sâu phức tạp
- Vỡ + dập nát gan các mức độ khác nhau
- Tụ máu dưới vỏ Glisson hoặc tụ máu trung tâm. Loại này dễ dẫn tới vỡ gan thì hại nhất là trẻ em
- Vỡ túi mật
- Đứt đường mật ngoài gan
- Chảy máu đường mật do chấn thương
- Rách tĩnh mạch trên gan
Thái độ xử trí:
Đối với gan phải bảo tồn tối đa, chỉ cắt lọc hoặc cắt một phần gan khi bị dập nát nhiều ít có khả năng hồi phục. Xử trí tổn thương gan trước hết là cầm máu. Có một số biện pháp sau:
- Tìm buộc các mạch máu và mật quản bị đứt
- Khâu cầm máu bằng chỉ Catgut và kim tròn vòng lớn, thường khâu kiểu chữ U hoặc móc xích - Khâu + nhét mạc nối lớn tăng cường
- Khâu + dùng chất liệu đặt tại chỗ để cầm máu: Spongen, Surgical
- Mạng lưới chất dẻo bọc toàn bộ diện tổn thương. Quá trình thực hiện cầm máu ở gan có lúc phải tạm thời thắt cuống gan (không quá 12 phút); có lúc phải cắt dây chằng tròn, dây chằng liền để hạ thấp gan nhưng chú ý không kéo gan thô bạo.
- Nhét gạc vào vùng chảy máu và khâu ép gan vào cơ hoành cũng là một biện pháp song chỉ là giải pháp tình thế.
Tổn thương đường mật:
- Vỡ túi mật: cắt bỏ hoặc khâu phục hồi có dẫn lưu túi mật.
- Với đường mật ngoài gan: khâu phục hồi lưu thông và dẫn lưu Kèhr
b. Tổn thương lách
Vỡ lách là tổn thương hay gặp nhất.
Phân loại vỡ lách:
- Vỡ hoàn toàn: có thể 1 hay nhiều đường
- Vỡ trong bao: đó là những khối máu tụ trong bao một thời gian sau sẽ vỡ thì
- Đứt rời lách (rất nặng)
Hướng xử trí:
- Cắt lách: đây là phương pháp thông dụng
- Khâu bao bảo tồn lách: Chỉ thực hiện khi tổn thương nhỏ ở vị trí khâu thuận lợi như: vỡ cực dưới, bờ lách. Trong vết thương lách tỷ lệ khâu bảo tồn có cao hơn trong vỡ chấn thương.
- Cắt một phần lách: Những thập kỷ gần đây, cắt một phần lách được các tác giả trong và ngoài nước chú ý vì nhận biết lách có nhiều chức năng quan trọng trong cơ thể nhất là vai trò miễn dịch. Cũng chính vì vậy trong những trường hợp phải cắt lách, nhiều phẫu thuật viên thực hiện cấy lách với hy vọng vẫn giữ được một phần chức năng của nó. Tuy

vậy, vấn đề an toàn tính mạng nạn nhân là trên hết.
Do vậy:
- Chỉ thực hiện khi tổn thương không lớn lắm ở cực dưới
- Khâu cầm máu tốt
- Bọc mặt cắt bằng mạc nối lớn có cuống (như chiếc khăn trùm lên mặt cắt)
Gần đây một số tác giả đã dùng lưới chất dẻo hoặc màng lưới albumin bọc gói lách để cầm máu.
c. Tổn thương tụy
* Chiếm từ 1-3% trong chấn thương và vết thương bụng. Đây là tổn thương rất nặng vì:
- Tụy ở sâu, lực chấn thương rất mạnh mới gây được thương tổn cho tụy
- Hoại tử lan rộng do dịch tụy chảy ra vùng tổn thương ngày một nhiều
- Tắc mạch máu tụy
* Trong phẫu thuật chấn thương tụy tùy theo mức độ và vị trí tổn thương, ta có thể áp dụng các phương pháp sau:
- Cầm máu và khâu phục hồi chỗ tổn thương (tổn thương nhẹ)
- Cắt đuôi và thân tụy. Phải chú ý:
+ Cầm máu tốt
+ Khâu buộc chắc ống tụy
+ Cố gắng bọc mặt cắt tụy bằng mạc nối lớn
- Cắt lá tụy: đây là phẫu thuật rất lớn, phức tạp nhưng buộc phẫu thuật viên thực hiện vì dập nát đầu tụy, vỡ cả lá tràng thậm chí đứt rời cả ống mật chủ.
- Để hạn chế các biến chứng phức tạp sau mổ như: viêm phúc mạc lan tràn, viêm tụy cấp, rò tụy..., chúng ta cần phải:
+ Đặt dẫn lưu tốt, quấn mạc nối lớn quanh ống dẫn lưu, có lúc phải chèn cả Mèche và rút hết ở ngày thứ 10 sau mổ.
+ Phong bế Novocaine + kháng sinh quanh tụy
+ Cho thuốc giảm tiết dịch tụy: Tracilol, Sandostasine, Stinlamine
+ Các biện pháp hồi sức, chống shock chống nhiễm độc sau mổ
e. Vỡ tá tràng
Là tổn thương rất nặng, khó chẩn đoán trước mổ, dễ bỏ sót trong mổ và tỷ lệ tử vong cao.
Xử lý khi tá tràng vỡ: Có nhiều khó khăn vì chỉ khâu đơn thuần không bảo đảm, do vậy cần khâu phục hồi tá tràng kèm theo một thủ thuật để giảm áp lực hạn chế xí bục đường khâu. Một số phương pháp được lựa chọn:
- Khâu + nối vị tràng
- Khâu + dẫn lưu dạ dày
- Khâu + cắt dạ dày
Các phẫu thuật trên có tác giả còn kết hợp dẫn lưu túi mật.
f. Mạch máu mạc treo ruột :
Khâu nối phục hồi lưu thông.
Cắt đoạn ruột hoại tử tương ứng mạch máu bị tổn thương.
g. Bàng quang:
Khâu phục hồi và dẫn lưu.
h. Tạng rỗng:
i.Dạ dày: Khâu kín tổn thương.
k. Ruột non: Khâu lỗ thủng, cắt xén và khâu lỗ thủng, cắt đoạn ruột non và nối ruột phục hồi lưu thông tiêu hóa.
l.Ruột già: Đưa tổn thương ra ngoài làm hậu môn nhân tạo. Khâu kín tổn thương và làm hậu môn nhân tạo đoạn đại tràng phía trên tổn thương.

m.Trực tràng: Tổn thương trong phúc mạc ít gặp

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh học ngoại khoa sau đại học nhà xuất bản quân đội nhân dân – Hà nội 2002 tập 1,
2. Ngoại khoa sách – bổ túc sau đại học Đại học y Hà nội 1984
3. Chuyên khoa ngoại – Nhà xuất bản y học – Hà nội 1985
4. Tai biến và biến chứng phẫu thuật Học viện quân y 1988
5. Bệnh học ngoại khoa Nhà xuất bản Y học – Hà nội 1985 tập 1, 2 phần bụng. 1986 phần
6. tụy lách 1991
7. Bách khoa thư bệnh học Nhà xuất bản Y học – Hà nội 2003 tập 1, 2, 3
8. Bệnh học ngoại khoa tập I Nhà xuất bản Y học – Hà nội
9. Maingot sAbdominal operations. T1, T2 – Appleton & Lange, A. Simon&
10. Schuter company, Printed in the United State of America 1997
11. David Sabiton; Textbbook of Su rgery, the bilogical basis of mordem sugical practice, T1, T2 Sauders Companny, Printed in the United State of America 199

VẾT THƯƠNG THẤU BỤNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Vết thương thấu bụng là thương tổn hoặc trực tiếp vào thành bụng xuyên thấu từ ngoài da đến thủng lớp phúc mạc, hoặc gián tiếp đi từ các vùng khác như vết thương ngực-bụng (thủng cơ hoành); vết thương chọc thủng tầng sinh môn xuyên thấu vào phúc mạc, thậm chí vết thương từ phía lưng xuyên ra trước gây thủng phúc mạc... Các tạng bên trong hoặc là bị thương tổn hoặc là không bị thương tổn.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Bệnh nhân xanh tái, vã mồ hôi, vật vã, bất an, đầu chi và sống mũi lạnh, dấu bấm móng tay (–), mạch nhanh nhỏ 140 lần/phút. Huyết áp động mạch tụt.

Quan sát và định hướng vết thương nhằm đoán trước tổn thương thuộc vùng liên quan đến các tạng như:

Vết thương hạ sườn phải (nghĩ đến tổn thương gan).

Vết thương hạ sườn trái (nghĩ đến tổn thương lách).

Vết thương mạng sườn phải (nghĩ đến thương tổn đại tràng lên).

Vết thương mạng sườn trái (nghĩ đến thương tổn đại tràng xuống).

Vết thương hạ vị (thương tổn bàng quang, tử cung).

Tuy nhiên trên đây là các ví dụ đối với vết thương thẳng trục cơ thể, ngoài ra các vết thương xuyên chéo thương tổn bên trong ổ bụng thường là nhiều tạng.

Xác định kích thước vết thương, số lượng vết thương.

Khám bụng tìm dấu hiệu phản ứng thành bụng, co cứng thành bụng tự nhiên.

Các triệu chứng khác: Nôn ra máu, ỉa ra máu, đái máu giúp chúng ta nghĩ đến các tạng tương ứng bị tổn thương.

Trường hợp bệnh nhân tới muộn hơn: Cần chú ý 2 hội chứng:

- Hội chứng mất máu cấp tính

Toàn thân: Bệnh nhân bị sốc, rối loạn huyết động học.

Xét nghiệm: Số lượng hồng cầu giảm.

- Hội chứng viêm phúc mạc

Toàn thân: tổng trạng nhiễm trùng, nhiễm độc, sốt, mạch nhanh, vẻ mặt nhiễm trùng, khám bụng trướng có phản ứng phúc mạc, thăm trực tràng- túi cùng đau.

Xét nghiệm: Số lượng bạch cầu tăng cao, tỷ lệ bạch cầu trung tính tăng rõ.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Các nguyên tắc chung

Vấn đề đánh giá và thăm dò vết thương là bước đầu giúp cho thầy thuốc có phương pháp xử lý đúng đắn.

Chọn thời gian mổ: Phải mổ sớm, càng sớm càng tốt, đối với bệnh nhân bị sốc mất máu vừa tiến hành hồi sức vừa phẫu thuật. Mục đích chính là cầm máu, khi thương tổn chảy máu được loại trừ sẽ giúp cho hồi sức đáp ứng nhanh và hiệu quả.

Tuyệt đối không do dự, chờ hồi sức khá lên mới đem mổ thì sẽ bị thất bại, bệnh nhân sẽ không phục hồi mà sốc ngày càng nặng thêm.

Đối với bệnh nhân được chẩn đoán thương tổn tạng rỗng có thể mổ chậm lại, tuy vậy phải mổ trước 6 giờ kể từ khi bị tai nạn, nếu để chậm quá tình trạng viêm phúc mạc nặng lên sẽ gây nhiễm độc, việc hồi sức sau mổ sẽ gặp khó khăn hơn.

Chọn đường mổ: Phải chọn đường mổ thích hợp, rộng rãi để thăm dò hết các tổn

thương bên trong.
3.2. Điều trị cụ thể
- Lách:
Tùy theo thương tổn cụ thể để chọn cách xử trí:
Giập nát, đứt cuống lách: cắt lách.
Rách cạn, gọn: Khâu cầm máu bảo tồn lách.
- Gan:
Tùy theo thương tổn cụ thể để chọn cách xử trí.
Các đường rách gọn độ I, II, III có thể khâu cầm máu 2 mép thương tổn.
Các đường rách phức tạp hay giập nhu mô một phần thì cắt gan không điển hình.
- Tụy:
Nhét gạc cầm máu.
Cắt một phần tụy.
Nếu đứt ống tụy chính (Wirsung) phải khâu phục hồi.
Khâu phục hồi lưu thông máu động mạch mạc treo.
Cắt bỏ phần ruột tương ứng bị thiếu máu.
- Dạ dày:
Khâu vết thương.
- Ruột non: Tùy tổn thương cụ thể để xử trí
Khâu lỗ thủng.
Cắt xén và khâu lỗ thủng.
Cắt đoạn ruột non, khâu nối phục hồi lưu thông tiêu hóa.
- .Ruột già: Đưa tổn thương ra ngoài làm hậu môn nhân tạo. Khâu kín tổn thương và làm hậu môn nhân tạo đoạn đại tràng phía trên tổn thương.
- Trực tràng: Tổn thương trong phúc mạc ít gặp
- Mạch máu mạc treo ruột :
Khâu nối phục hồi lưu thông.
Cắt đoạn ruột hoại tử tương ứng mạch máu bị tổn thương.
- Bàng quang:
Khâu phục hồi và dẫn lưu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bệnh học ngoại khoa sau đại học nhà xuất bản quân đội nhân dân – Hà nội 2002 tập 1,2
2. Tai biến và biến chứng phẫu thuật Học viện quân y 1988
3. Bệnh học ngoại khoa Nhà xuất bản Y học – Hà nội 1985 tập 1, 2 phần bụng. 1986 phần tụy lách 1991
4. Bách khoa thư bệnh học Nhà xuất bản Y học – Hà nội 2003 tập 1, 2, 3
5. Bệnh học ngoại khoa sau đại học tập I Nhà xuất bản Y học – Hà nội 2006
6. Maingot sAbdominal operations. T1, T2 – Appleton & Lange, A. Simon & Schuter company, Printed in the United State of America 1997
7. David Sabiton; Textbbook of Surgery, the bilogical basis of mordem sugical practice, T1, T2 Sauders Companny, Printed in the United State of America 1997

BƯỚU GIÁP

1. ĐỊNH NGHĨA

Là sự phì đại tổ chức tuyến giáp có tính chất lành tính hoặc ác tính từng phần hay toàn bộ tuyến giáp

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

* Về lâm sàng

Cơ năng:

Đa số các bướu nhân tuyến giáp không có triệu chứng, và nhiều trường hợp được phát hiện tình cờ bởi người thân trong gia đình hoặc thầy thuốc khi đi khám các bệnh khác hay khám kiểm tra sức khỏe. Nhiều bệnh nhân (BN) ung thư tuyến giáp có những đặc điểm giống như bướu lành tính, nhất là khi nhân nhỏ.

Các triệu chứng cần hỏi khác là u tuyến giáp to nhanh, nói khàn, nuốt khó, đau hoặc bị chèn ép vùng cổ; các triệu chứng của cường giáp hoặc suy giáp. Dấu hiệu chèn ép thường chỉ xuất hiện ở những BN lứa tuổi trung niên hoặc người già có bướu đa nhân trong thời gian dài, còn ung thư tuyến giáp thể biệt hóa (nhú, nang) lại hiếm khi gây triệu chứng chèn ép.

Thực thể:

Khám có thể thấy nhân tuyến giáp mềm hoặc cứng, nhỏ (khư trú) hoặc to (lan tỏa), di động hoặc cố định, và đau hoặc không đau. Nếu sờ thấy nhân cứng, mới xuất hiện thì có thể là nang tuyến giáp chảy máu hoặc viêm tuyến giáp bán cấp. Kết quả khám lâm sang có thể không chính xác vì phụ thuộc kỹ năng người khám và vị trí nhân giáp. Các nhân có đường kính < 1cm rất khó sờ thấy trừ khi nó nằm ở phía trước, các nhân lớn thì dễ sờ thấy trừ khi nó nằm sâu trong tuyến. Tính chung thì trên 50% các nhân không sờ thấy trên lâm sàng [6]. Khám lâm sàng cần lưu ý các dấu hiệu gợi ý ung thư như có hạch cổ, nhân cứng, ít di động, nhân to > 4cm hoặc nhân to nhanh, các dấu hiệu xâm lấn tại chỗ (nuốt khó, khàn tiếng, đau vùng cổ) . Hội tuyến giáp Mỹ (ATA) nhận định nguy cơ bị ung thư tuyến giáp của các nhân < 1cm cũng cao như các nhân lớn và bướu đa nhân cũng có nguy cơ bị ung thư ngang bằng với bướu đơn nhân. Bảng 1 liệt kê các dấu hiệu gợi ý ung thư tuyến giáp.

Bảng 1: Các dấu hiệu gợi ý chẩn đoán ung thư tuyến giáp ở BN có bướu nhân

Nghi ngờ cao	Nghi ngờ trung bình
Tiền sử gia đình bị ung thư tuyến giáp thể tủy hoặc MEN	Tuổi < 20 hoặc > 70
Nhân rất rắn hoặc cứng	Nam giới
Nhân dính vào tổ chức xung quanh, ít di động	Tiền sử bị tia xạ vùng đầu, cổ
Liệt dây thanh	Nhân có đường kính > 4cm hoặc một phần là nang.
Có hạch cổ	Có triệu chứng chèn ép, gây khó nuốt, nói khàn, khó thở và ho
Có dấu hiệu di căn xa	

* Cận lâm sàng

Vì khám lâm sàng khó xác định chính xác các đặc tính của nhân tuyến giáp, đồng thời cũng có sự khác biệt giữa các thầy thuốc về kỹ năng thăm khám và chẩn đoán lâm sàng nên ngày càng nhiều người chỉ định các thăm dò, nhất là chẩn đoán hình ảnh như một xét nghiệm thường quy.

- Xét nghiệm sinh hóa

Đo nồng độ TSH và FT4, tính chung chỉ có dưới 1% BN có TSH bất thường. Nếu TSH tăng thì làm thêm xét nghiệm kháng thể antithyroperoxidase (Anti-TPO) để xác định viêm tuyến giáp Hashimoto. Trong trường hợp này vẫn cần chọc hút tế bào kim nhỏ để loại trừ BN có cả ung thư tuyến giáp, bao gồm u lympho (chiếm 5% ung thư tuyến giáp nhưng rất hay đi kèm viêm tuyến giáp Hashimoto). Tuy nhiên cần nhớ là đa số các BN ung thư tuyến giáp là bình giáp.

Nếu BN có tiền sử gia đình bị ung thư tuyến giáp thể tủy, hoặc đa u tuyến nội tiết týp 2 (MEN 2) thì cần đo thêm nồng độ calcitonin, nếu tăng > 100 pg/ml thì gợi ý ung thư thể tủy [6]. Ngoài ra trước khi phẫu thuật còn cần thăm dò bệnh lý cường cận giáp tiên phát và/hoặc pheochromocytoma. Không nên đo calcitonin thường quy vì tỷ lệ ung thư tuyến giáp thể tủy chỉ là 1/250 trường hợp bướu nhân tuyến giáp.

- Siêu âm tuyến giáp và vùng cổ

Siêu âm độ phân giải cao có giá trị phát hiện chính xác các nhân không sờ được trên lâm sàng, xác định là bướu đơn nhân (đa số) hay đa nhân, đo kích thước các nhân và thể tích bướu giáp, phân biệt các nang đơn thuần có nguy cơ bị ung thư rất thấp với các nhân đặc và nhân hỗn hợp có nguy cơ bị ung thư tuyến giáp cao hơn. Siêu âm còn có tác dụng hỗ trợ chẩn đoán (hướng dẫn chọc hút tế bào) cũng như điều trị (hút dịch, tiêm cồn hoặc điều trị laser), theo dõi hiệu quả điều trị. Sử dụng siêu âm có thể làm giảm tỷ lệ kết quả chọc hút tế bào không xác định từ 15% xuống dưới 4%.

Siêu âm có giá trị lớn trong phát hiện các đặc điểm của ung thư giáp như nhân giảm âm, calci hóa nhỏ (microcalcifi cation), bờ không đều, nhân hình tròn đều hoặc cao, tăng sinh mạch máu trong nhân, đặc biệt là các bằng chứng xâm lấn cuả khối u hoặc hạch lympho vùng cổ. Tuy nhiên siêu âm không thực sự tin cậy trong chẩn đoán phân biệt tổn thương lành tính với tổn thương ác tính. Vì thế siêu âm được chỉ định cho tất cả các BN có bướu nhân tuyến giáp nhưng không nên sử dụng như là một xét nghiệm sàng lọc cho cộng đồng.

- Xạ hình tuyến giáp

Thường được chỉ định khi BN có TSH thấp. Xạ hình có thể bằng I-123, I-131 hoặc Tc-99m, trong đó Iode phóng xạ được bắt và hữu cơ hóa nên được ưa dùng hơn vì có khoảng 3-8% nhân giáp là bắt Tc-99m nhưng lại không bắt Iode và một số nhân này là ác tính. Lưu ý là xạ hình không cho phép đánh giá chính xác kích thước nhân. Kết quả xạ hình có thể là 1 trong 3 dạng: nhân nóng (tăng bắt chất phóng xạ, gặp ở 10% bướu nhân đặc), hầu hết là lành tính; nhân lạnh (giảm bắt chất 105 phóng xạ) có nguy cơ ác tính cao (5-15%) do các tế bào ung thư bắt Iode kém hơn các tế bào bình thường, và nhân ấm (bắt tương đương mô xung quanh). Do đó với những BN có TSH thấp, xạ hình là nhân nóng thì có thể không cần chọc hút tế bào nữa.

Xạ hình cũng được chỉ định để xác định liệu bướu đơn nhân trên lâm sàng có thực sự là bướu đơn nhân hay là đa nhân, và chẩn đoán trường hợp bướu sau xương ức. Ở những vùng bị thiếu Iode, thăm dò xạ hình tuyến giáp được chỉ định cho cả những trường hợp TSH bình thường vì có thể có nhân tự chủ nhưng tốc độ tổng hợp hormone giáp bị giảm do thiếu Iode. Không nên làm xạ hình sau khi chụp CT có tiêm thuốc cản quang có chứa Iode vì khi đó tuyến giáp thường giảm bắt Iode phóng xạ.

- Các thăm dò khác

Chụp CT scanner và cộng hưởng từ (MRI) : chụp để đánh giá chính xác mức độ lan tỏa

cũng như mức độ chèn ép khí quản.
Kỹ thuật PETđánh giá chuyển hóa glucose sử dụng fl udeoxyglucose (Fluorodeoxyglucose) F18 có thể phân biệt được nhân lành với nhân ác tính nhưng nó bị hạn chế bởi kỹ thuật và giá thành, và nó cũng không thể thay thế được chọc hút tế bào.
- Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ
Đây là kỹ thuật đơn giản, nhưng rất giá trị vì nó có thể cung cấp các thông tin trực tiếp và đặc hiệu về một nhân tuyến giáp. Theo hướng dẫn của Hội các thầy thuốc nội tiết lâm sàng Mỹ (AACE) thì đây là phương pháp "được tin tưởng là hiệu quả nhất hiện nay trong phân biệt các nhân giáp lành tính và ác tính" với độ chính xác lên tới 95%, nếu người chọc có kinh nghiệm và người đọc có trình độ. Tuy nhiên Việt Nam, xét nghiệm này không được làm thường quy nên dẫn tới tình trạng hoặc là bỏ sót ung thư hoặc lạm dụng điều trị phẫu thuật do người bệnh quá lo sợ.
Theo các nghiên cứu, kỹ thuật này có tỷ lệ âm tính giả là 1-11%, tỷ lệ dương tính giả là 1-8%, độ nhạy là 68-98%, và độ đặc hiệu là 72-100%. Rất hiếm khi xảy ra các biến chứng và nếu có thì chỉ là cảm giác khó chịu tại chỗ chọc.
Chọc hút bằng kim nhỏ, sử dụng kim cỡ 25 hoặc 27 gắn với bơm tiêm 10 hoặc 20ml, thông thường chọc hút 2-4 lần, chỉ hút khi đầu kim đã nằm ở trong nhân. Tỷ lệ thành công cao hơn nếu được trợ giúp bởi siêu âm, đặc biệt là với các nhân to > 4cm , hoặc nhỏ < 1cm, nhân nằm ở phía sau, nhân hỗn hợp (nang chiếm hơn 50%) cần lấy được tổn thương ở phần đặc vì nguy cơ ác tính của các nhân này là tương đương với nhân đặc. Nếu BN có hạch cổ thì cần phải chọc hút tế bào hạch luôn. Mức độ chính xác phụ thuộc vào việc có chọc được vào vùng nghi ngờ hay không.
Kết quả: có 4 dạng
+ Ác tính (dương tính): Chiếm khoảng 4-5%. Có 4 thể là ung thư thể nhú, ung thư thể nang, ung thư thể tủy và ung thư thể không biệt hóa.
+ Lành tính (âm tính): Chiếm khoảng 69-74% với các dạng như bướu keo, viêm tuyến giáp Hashimoto, viêm tuyến giáp bán cấp, nang tuyến giáp.
+ Nghi ngờ (không xác định): Quá sản nang, quá sản tế bào Hurthle, và các kết quả khác nghi ngờ (nhưng không khẳng định) ung thư.
+ Không xác định: Hoặc chỉ thấy tế bào bọt (Foam cell), hoặc chỉ thấy dịch nang, hoặc có quá ít tế bào, hoặc quá nhiều hồng cầu hoặc làm khô quá mạnh. Những trường hợp này nên chọc hút tế bào lại dưới hướng dẫn của siêu âm.
Trường hợp bướu đa nhân, siêu âm giúp xác định nhân nào cần được chọc hút, ví dụ nhân đặc giảm âm, có calci hóa nhỏ và tăng sinh mạch máu trong nhân. Nếu không thì nên chọc hút nhân to nhất. Các trường hợp bướu hỗn hợp thường là lành tính nhưng vẫn cần xét nghiệm tế bào vì một số rất ít trường hợp ung thư thể nhú có thể là dạng nang.
Ngoại trừ nhuộm miễn dịch (huỳnh quang) calcitonin trong ung thư tuyến giáp thể tủy thì không có xét nghiệm hóa mô miễn dịch hoặc phân tử nào có thể phân biệt được nhân lành tính với nhân ác tính.
- Xét nghiệm để đánh giá tổng trạng người bệnh trước điều trị phẫu thuật và vấn đề hồi sức:
Công thức máu, Đông máu, Nhóm máu, Rh, HIV, HBsAg. Xét nghiệm chức năng gan - thận - tụy (Định lượng SGOT, SGPT, Urê, Creatinin, Glucose, Bilirubine, Amylase). Xét nghiệm điện giải đồ (Na+, K+, Ca2+, CL-). Xét nghiệm đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước và sau mổ (Albumin máu, Protein máu toàn phần). Xét nghiệm nước tiểu, phân.
- Các xét nghiệm và cận lâm sàng phục vụ chẩnđoán vàđiều trị bệnh lý kèm theo, cũng như theo dõi trước, trong và sau phẫu thuật.
2.2. Chẩn đoán phân biệt

-Viêm tuyến giáp bán cấp.
-Viêm tuyến giáp cấp, áp xe vùng tuyến giáp.

3. ĐIỀU TRỊ BƯỚU NHÂN TUYẾN GIÁP

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị nội khoa khi : các bướu giáp lành tính, không có nguy cơ ung thư, chưa có các biểu hiện chèn ép do khối u, chưa gây bất tiện, ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.
- Điều trị ngoại khoa khi: bướu lành tính gây ra các phiền toái, ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống, tính thẩm mỹ của bệnh nhân, bướu có nguy cơ ác tính cao, bướu ác tính

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị nội khoa

* Điều trị nội bằng Thyroxine

Chỉ định điều trị ức chế bằng Thyroxine : có thể chỉ định cho các BN sống ở vùng thiếu iode, BN trẻ có nhân tuyến giáp nhỏ, BN được chẩn đoán bướu keo (trên tế bào học) với điều kiện không phải là nhân tự chủ vàđã loại trừ ác tính, những BN sau mổ nhân giáp và có tiền sử bị chiếu xạ điều trị trứng cá hoặc tuyến ức to lúc còn nhỏ. Trong nhóm này, tỷ lệ tái phát nhân giáp thấp hơn 5 lần nếu được điều trị thyroxin sau mổ.

Nhiều tác giả gợi ý nênđiều trị thyroxine với liềuđủđể đưa TSH xuống thấp < 0,3 mU/l trong thời gian từ 6-12 tháng nhằm ngăn ngừa sự phát triển của các nhân lành tính,và nếu sau 12 tháng có giảm kích thước nhân trên siêu âm thì có thể kéo dài thời gian dùng thuốc. Điều trị ức chế Thyroxine có nguy cơ gây rung nhĩ, và giảm mật độ xương. Một nguy cơ khác là nhân phát triển trở lại sau khi ngừng điều trị. Thyroxine không có tác dụng lên sự tái phát của các nang tuyến giáp sau khi chọc hút. Chống chỉ định điều trị thyroxine cho BN bướu nhân trên 60 tuổi, có bệnh mạch vành, rối loạn nhịp tim, TSH thấp, BN có bướu nhân to hoặc bướu nhân đã được chẩn đoán từ lâu.

* Điều trị Iode phóng xạ

Điều trị Iode phóng xạ được lựa chọn cho những BN có bướu nhân hoạt động, kèm hoặc không kèm theo cường giáp. Chống chỉ định ở BN là phụ nữ có thai hoặc cho con bú.

Kết quả: Với liều I-131 là 100Gy, tỷ lệ khỏi bệnh (xạ hình tuyến giáp và TSH về bình thường) là 75% các trường hợp, còn thể tích tuyến giáp giảm trung bình 40%, kết quả này không phụ thuộc chức năng tuyến giáp trước điều trị. Các trường hợp bướu nhân tự chủ có tính đề kháng nên liều xạ thường cao hơn so với bướu lan toả. Tác dụng phụ chủ yếu là suy giáp, gặp ở khoảng 10% BN trong vòng 5 năm sau điều trị, tỷ lệ này tăng lên theo thời gian. Nguy cơ bị suy giáp không liên quan đến liều điều trị nhưng cao hơn ở BN có kháng thể peroxidase. Đa phần các nhân không biến mất sauđiều trị Iode phóng xạ nhưng có thể trở nên rắn chắc hơn và cho kết quả tế bào học bất thường do chịu ảnh hưởng của Iode phóng xạ. Cần kiểm tra chức năng tuyến giáp thường xuyên trong những năm sauđiều trị để phát hiện sớm suy giáp. Nếu thấy các nhân phát triển to lên sau điều trị Iode phóng xạ thì phải chọc hút tế bào ngay.

* Tiêm cồn qua da

Một số nghiên cứu nêu tác dụng của tiêm cồn qua da dưới hướng dẫn của siêu âm để điều trị các bướu nhân đặc hoặc u hỗn hợp hoặc u nang (hiệu quả hơn). Cơ chế tác dụng có thể do gây hoại tử coagulative và gây tắc các mạch máu nhỏ. Nhìn chung thì hiệu quả của phương pháp này tốt hơn so với điều trị ức chế bằng Thyroxine. Điều kiện là kết quả tế bào lành tính, không phải là nhân tự chủ, và thầy thuốc có kinh nghiệm và kỹ năng tốt. Tác dụng phụ chính là đau.

Với các u nang, tỷ lệ tái phát sau chọc hút là khá cao. Tiêm cồn sau chọc hút dịch có thể

ngăn ngừa tái phát dịch và làm giảm trên 50% thể tích nhân ở khoảng 90% số BN, trong đó hiệu quả thường lớn nhất với mũi tiêm đầu tiên. Kết quả kém hơn với trường hợp bướu đa nhân.

* Điều trị quang đông bằng laser

3.2.2. Điều trị ngoại khoa

Chỉ định chính là ung thư hoặc nghi ngờ ung thư tuyến giáp trên lâm sàng hoặc kết quả tế bào học. Chỉ định khác là bướu nhân gây ra các triệu chứng chèn ép hoặc ảnh hưởngđến thẩm mỹ; bướu nhân nóng kèm theo các triệu chứng cường giáp cũng có thể cần phẫu thuật .

- Trường hợp bướu giáp lành tính: bóc bướu tuyến giáp đơn thuần, cắt bán phần thùy tuyến giáp, cắt một thùy tuyến giáp, cắt một thùy kèm lấy nhân tuyến còn lại, cắt toàn bộ tuyến giáp
- Ung thư tuyến giáp: có thể lựa chọn các phương pháp: cắt toàn bộ 1 thùy tuyến giáp, cắt toàn bộ tuyến giáp, cắt toàn bộ tuyến giáp kèm theo nạo vét hạch cổ 1 bên, cắt toàn bộ tuyến giáp kèm nạo vét hạch cổ 2 bên,

Nếu kết quả tế bào học là không xác định thì cũng nên phẫu thuật, đặc biệt khi xạ hình cho kết quả là nhân lạnh.

- Điều trị nội khoa sau mổ kết hợp:

Nhịn ăn , truyền dịch, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch

Kháng sinh, giảm đau , chống viêm. Điều chỉnh các rối loạn khác.

- Xử trí cấp cứu:

Chảy máu sau mổ	theo dõi, mổ cấp cứu
Khó thở, suy hô hấp	theo dõi, hồi sức, mở khí quản…
Dò bạch huyết	theo dõi, chuyển mổ đóng dò bạch huyết
Hạ can xi máu	bổ sung can xi, theo dõi
Nhiễm trùng	kháng sinh
các triệu chứng khác…	xử trí phù hợp tình hình thực tế

- Điều kiện xuất viện: bệnh nhân tỉnh táo hoàn toàn, các triệu chứng theo dõi sau mổ ổn định hoàn toàn

3.3. Điều trị dự phòng

Tái khám sau 1 tháng phẫu thuật. hay khi có bất kỳ triệu chứng bất thường khác: khó thở, sốt, đau tức vùng cổ, đau vết mổ, tiết dịch nhiều, khàn tiếng, tê tay chân

và chọc hút tế bào kim nhỏ nếu thấy nhân to lên hoặc có các dấu hiệu nghi ngờ khác).

Nhân giáp lành tính

Thường phát triển chậm, có thể tiến triển thành bướu đa nhân.

Theo dõi tốc độ phát triển: siêu âm lại mỗi 3 -6 tháng, chọc hút lại nếu to nhanh hay nghi ngờ trên siêu âm. Nếu siêu âmổnđịnh xét giãn nhịp theo dõi, chọc tế bào kim nhỏ lại sau 12 tháng.

Theo dõi tái phát sau phẫu thuật.

Theo dõi phát hiện dấu hiệu cường hoặc suy giáp để chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Nhân giáp ở trẻ em và phụ nữ có thai: theo dõi tại tuyến chuyên khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. BS Bạch Minh (2007), Bệnh bướu cổ và các bệnh liên quan đến tuyến giáp trạng, Nhà xuất bản Y học.

2. Trần Viết Thắng(2014), Tiếp cận và chẩn đoán bướu giáp nhân. Tạp chí Thời sự Y

học 8/2014, 19-22.
3. Quyết định số 5204/QĐ-BYT ngày 18/12/2004 của Bộ trưởng Bộ Y tế Về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh bằng Y học hạt nhân" .
4. Ylagan LR, Farkas T, Dehner LP (2004). Fine needle aspiration of the thyroid: a cytohistologic correlation and study of discrepant cases. Thyroid 14:35–41.
5. McCoy KL, Jabbour N, Ogilvie JB, Ohori NP, Carty SE, Yim JH (2007). The incidence of cancer and rate of false-negative cytology in thyroid nodules greater than or equal to 4 cm in size. Surgery 142:837–844.
6. Bennedbaek FN, Hegedüs L. Treatment of recurrent thyroid cysts with ethanol: a randomized double-blind controlled trial. J Clin Endocrinol Metab. 2003;88(12):5773.
7. Frates MC, Benson CB, Charboneau JW và cs. (2005) Management of thyroid nodules detected at US: society of radiologists in ultrasound consensus conference statement. Radiology 237:794–800

PHẦN 2: NGOẠI TỔNG HỢP

UNG THƯ TẾ BÀO GAN NGUYÊN PHÁT

1. ĐỊNH NGHĨA

Ung thư tế bào gan nguyên phát (ung thư gan nguyên phát - HCC) là ung thư xuất phát từ tế bào gan. Ung thư gan nguyên phát là loại tổn thương hay gặp nhất trong các loại u gan, nằm trong sáu loại ung thư phổ biến nhất trên thế giới và nằm trong ba loại ung thư phổ biến nhất Việt Nam. Ung thư gan nguyên phát đứng hàng thứ ba trong các nguyên nhân gây tử vong liên quan đến ung thư trên toàn thế giới.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Lâm sàng

2.1.1. Tiền sử: có các yếu tố nguy cơ như viêm gan B, viêm gan C, xơ gan, uống nhiều rượu bia, nhiễm độc tố a fl atoxin, dioxin, …

2.1.2. Triệu chứng lâm sàng: mơ hồ, rất ít triệu chứng đặc hiệu, tuỳ giai đoạn bệnh

- Mệt mỏi, chán ăn, gầy sụt cân, có thể có sốt nhẹ.
- Cảm giác tức nặng, đau nhẹ vùng HSP, thượng vị.
- Hội chứng u – cận u: cơn hạ đường huyết, tăng hồng cầu (da đỏ tím, nhiều tia máu củng mạc), …
- Khám lâm sàng có thể phát hiện gan to.
- Các triệu chứng xơ gan:

+ Hội chứng suy tế bào gan: vàng da, sạm da, sao mạch, lòng bàn tay son, xuất huyết dưới da – niêm mạc, rối loạn nội tiết.

+ Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa: cổ trướng, tuần hoàn bàng hệ, lách to, giãn vỡ tĩnh mạch thực quản gây xuất huyết tiêu hoá.

- Các triệu chứng di căn:

+ Di căn phổi: đau tức ngực, ho máu.

+ Di căn xương: đau nhức các ống xương, cột sống.

+ Di căn mạch máu: huyết khối TMC.

2.2 Cận lâm sàng

- Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

+ Công thức máu, chức năng đông máu toàn bộ, đường huyết.

+ Sinh hóa máu: ALT, AST, Bilirubin TP, TT, Albumin, Ure, Creatinin máu, điện giải đồ, Ca2+.

+ Các xét nghiệm miễn dịch về virus viêm gan B, C: HBsAg, AntiHCV

+ Chỉ dấu sinh học của UTBMTBG: AFP, AFP-L3, PIVKA II (DCP).

+ Các chỉ dấu ung thư khác (nếu cần): CEA, CA 19.9, PSA, CA 12.5, …

+ X quang phổi thẳng, Nội soi dạ dày, đại tràng.

+ Siêu âm Doppler mạch máu gan.

+ CT scan bụng có cản quang (và MRI bụng có tương phản từ nếu cần)

- Các xét nghiệm khác

+ Xạ hình xương bằng máy SPECT, SPECT/CT với 99mTc-MDP để đánh giá tổn thương di căn xương, chẩn đoán giai đoạn bệnh trước điều trị, theo dõi đáp ứng điều trị, đánh giá tái phát và di căn.

+ Xạ hình thận chức năng bằng máy SPECT, SPECT/CT với 99mTc-DTPA để đánh giá chức năng thận trước điều trị và sau điều trị.

+ Xạ hình - SPECT gan với 99mTc-Sulfure Colloid: hình ảnh khối choán chỗ trong gan, áp dụng trong một số trường hợp.

+ Xạ hình gan mật trong một số trường hợp.

2.3 Chẩn đoán xác định

Khi tổn thương ở gan có một trong ba tiêu chuẩn sau:

- Hình ảnh điển hình* của UTBMTBG trên CT scan bụng có cản quang hoặc MRI bụng có tương phản từ + AFP ≥ 400 ng/ml.
- Hình ảnh điển hình* của UTBMTBG trên CT scan bụng có cản quang hoặc MRI bụng có tương phản từ + AFP tăng cao hơn bình thường (nhưng chưa đến 400 ng/ml) + có nhiễm HBV và/hoặc HCV. Có thể làm sinh thiết gan để chẩn đoán xác định nếu bác sĩ lâm sàng thấy cần thiết.

Các trường hợp không đủ các tiêu chuẩn nói trên đều phải làm sinh thiết khối u gan (có thể phải làm nhiều lần) để chẩn đoán xác định. Nếu sinh thiết lại vẫn âm tính thì có thể theo dõi và làm lại các xét nghiệm hình ảnh học và chỉ dấu sinh học mỗi 2 tháng.

- Có bằng chứng giải phẫu bệnh lý là UTBMTBG.

* Hình ảnh điển hình trên CT scan bụng có cản quang hoặc MRI bụng có tương phản từ: (các) khối u bắt thuốc trên thì động mạch gan và thải thuốc (wash-out) trên thì tĩnh mạch cửa hay thì chậm. Nên chụp MRI với chất tương phản từ gan - mật gadoxetate disodium (Gd-EOB-DTPA - gadolinium ethoxybenzyl diethylenetriamine pentaacetic acid) để tăng khả năng chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan.

2.3.1 Chẩn đoán phân biệt

- U máu trong gan
- Các u lành ở gan (adenoma, tăng sinh thể nốt, xơ gan thể nốt, áp xe gan, sán lá gan, vôi hoá nhu mô, …).
- Ung thư đường mật trong gan.
- Di căn các ung thư khác (dạ dày, đại tràng, phổi, vú, …)

2.3.2 Chẩn đoán giai đoạn

Giai đoạn	PS(*)	Tình trạng u	Chức năng gan (Child-Pugh)
0 (rất sớm)	0	01 u đơn độc < 2cm	A
A (sớm)	0	01 u đơn độc < 5cm hoặc 03 u, mỗi u < 3cm	A-B
B (trung gian)	0	U lớn, nhiều u	A-B
C (tiến triển)	1-2	U mọi kích thước, huyết khối TMC hoặc di căn ngoài gan	A-B
D (cuối)	3-4	Bất kỳ	C

** PS (performance status): chỉ số toàn trạng theo ECOG/WHO*

ĐIỀU TRỊ

3.1 Nguyên tắc điều trị

- Điều trị (các) khối UTBMTBG ở giai đoạn còn khả năng điều trị.
- Điều trị bệnh lý nền tảng hay yếu tố nguy cơ (viêm gan siêu vi B hoặc C, xơ gan...).
- Điều trị nội khoa kết hợp chăm sóc giảm nhẹ ở giai đoạn muộn.

3.2 Điều trị đặc hiệu

3.2.1 Phẫu thuật cắt bỏ phần gan mang khối u, chỉ định khi

- Phần gan có khối u dự kiến cắt bỏ được (theo giải phẫu hay không theo giải phẫu).
- Thể tích gan dự kiến còn lại phù hợp với bệnh nhân. Nên đo thể tích gan để góp phần ra chỉ định cắt gan đối với các trường hợp dự kiến cắt ≥ 50% thể tích gan.

- Chức năng gan là Child-Pugh A đến B. Có thể đánh giá chức năng gan dựa trên xét nghiệm thanh lọc Indocyanin green (ICG test) để quyết định mức độ cắt gan.
- Nên xem xét phẫu thuật cắt gan cho các trường hợp có huyết khối tĩnh mạch cửa cùng bên với phần gan định cắt, cũng như các trường hợp có tổn thương di căn ngoài gan (hạch cuống gan, tuyến thượng thận, di căn tại mạc nối lớn, …) có thể lấy bỏ được khi phẫu thuật cắt gan.
- Điểm hoạt động cơ thể (Performance Status - PS) 0-2, không có di căn xa.

3.2.2 Phẫu thuật ghép gan, chỉ định khi:
- Chỉ có 01 u, kích thước khối u ≤ 5cm.
- Số lượng u ≤ 3, mỗi u ≤ 3cm.

3.2.3 Phá huỷ khối u tại chỗ, chỉ định khi:
- Phá hủy khối u tại chỗ (đốt u) nên thực hiện cho các trường hợp UTBMTBG có số lượng u ≤ 3 với kích thước u ≤ 3cm, hoặc có 1 u với kích thước u ≤ 5cm, nhất là khi các trường hợp này không phù hợp để phẫu thuật cắt gan (do vị trí u, do tình trạng bệnh nhân).

Phá hủy khối u tại chỗ (đốt u) cũng được coi là biện pháp thay thế cho phẫu thuật cắt gan trong trường hợp u có kích thước nhỏ ≤ 3cm.
- Phá hủy khối u tại chỗ (đốt u) nên thực hiện cho các khối u dễ tiếp cận dưới hướng dẫn của hình ảnh học (siêu âm, CT scan, MRI). Những trường hợp chỉ định phá hủy khối u kích thước > 5cm cần được hội chẩn.

+ Các phương pháp: đốt sóng cao tần - RFA, microwave - MWA, tiêm cồn vào khối u – PEI

3.2.4 Tắc mạch nuôi u kết hợp diệt tế bào ung thư bằng hoá chất tại chỗ (TACE), chỉ định khi:
- Nút mạch hóa chất thường quy (conventional TransArterial Chemo-Embolization cTACE). Nút mạch sử dụng hạt nhúng hóa chất (Drug-eluting bead TACE - DEB-TACE)
- TACE được chỉ định cho các trường hợp UTBMTBG mà khối u không cắt được, hoặc có nhiều u ở cả hai thùy, chưa có xâm nhập mạch máu và chưa có di căn ngoài gan, trên bệnh nhân có PS 0-2, chức năng gan là Child Pugh A,B. TACE nên được thực hiện chọn lọc hay siêu chọn lọc để tăng hiệu quả, giảm biến chứng và giảm ảnh hưởng đến phần gan lành quanh u
- TACE chọn lọc cũng được chỉ định cho các trường hợp u nhỏ nhưng không thể thực hiện đốt u được do vị trí khó hay do có các bệnh lý đi kèm làm tăng nguy cơ biến chứng.
- Trong một số trường hợp có u đã vỡ hoặc có nguy cơ vỡ mà tình trạng chức năng gan hoặc tình trạng cơ thể không cho phép làm TACE thì có thể làm nút mạch đơn thuần (TransArterial Embolization - TAE) để điều trị tạm thời.
- Đánh giá hiệu quả của TACE cần dựa vào hình ảnh học và sự thay đổi của các chỉ dấu sinh học cũng như của chức năng gan sau TACE.

3.2.5 Xạ trị trong chọn lọc (Selective Internal Radiation Therapy - SIRT)
UTBMTBG không còn khả năng phẫu thuật, hoặc có chống chỉ định phẫu thuật hay bệnh nhân từ chối phẫu thuật.

+ Tổng trạng còn tốt ECOG ≤ 1, chức năng gan còn bù (Child-Pugh A, B)
+ Shunt lưu thông hoạt tính phóng xạ lên phổi < 20% trên xạ hình Tc-99m MAA
+ Chưa từng xạ trị trước đó vào gan

- Chống chỉ định:

+ Có luồng thông động mạch gan-phổi (shunt gan-phổi) lớn (> 20%)
+ Xơ gan mất bù, bệnh não gan
+ Thể trạng quá yếu, dự kiến thời gian sống thêm dưới 3 tháng

3.3 Điều trị làm chậm sự phát triển khối u

- Phương pháp: hoá trị toàn thân, điều trị đích (sorafenib, Levatinib, Regorafenib…).
- Chỉ định:

+ Khối u mọi kích thước, đã quá khả năng điều trị đặc hiệu.

+ PS 1-2, chức năng gan Child-Pugh A-B.

3.4 Điều trị triệu chứng

- Khối u mọi kích thước, đã quá khả năng điều trị đặc hiệu.
- PS > 2, chức năng gan Child-Pugh C.

3.5 Điều trị hỗ trợ

- Điều trị bệnh lý nền tảng, hỗ trợ chức năng gan, dùng thuốc kháng virus viêm gan khi có chỉ định.
- Điều trị giảm đau, nâng cao thể trạng.

3.6 Theo dõi và tái khámvv

Tuỳ phương pháp điều trị, hiệu quả điều trị, diễn biến bệnh mà hẹn tái khám hàng tháng, mỗi hai tháng, mỗi ba tháng hay mỗi sáu tháng.

3.7 Phòng bệnh

- Tiêm phòng đầy đủ Vaccine phòng bệnh viêm gan B
- Sàng lọc ung thư tế bào gan định kỳ mỗi 03-06 tháng ở các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ: xơ gan, nhiễm viêm gan B/C.
- Tuyên truyền, giáo dục cộng đồng phòng tránh lây nhiễm viêm gan B/C.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. QĐ 3129/QĐ-BYT ngày 17/07/2020 của BYT, ban hành hướ ng dẫ n chẩ n đoá n và điề u trị ung thư tế bà o gan nguyê n phá t

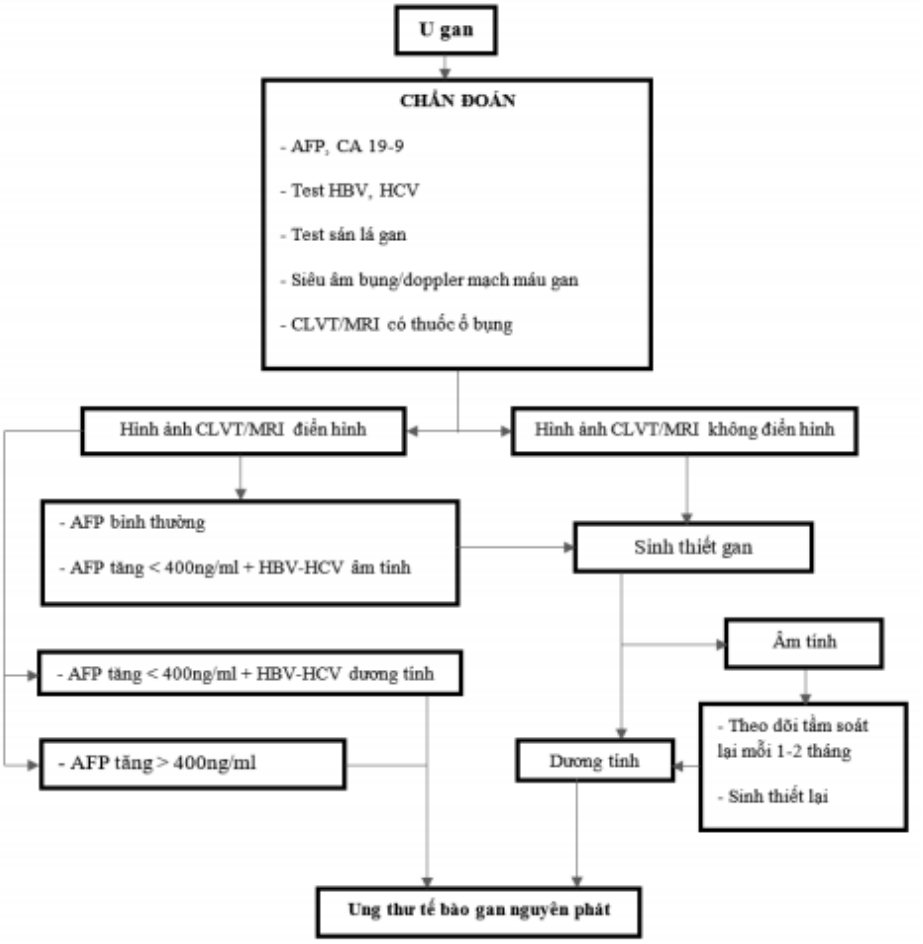
2. QĐ 4420/QĐ-BYT ngày 17/8/2016 của BYT, ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa, chuyên ngành gan mật.

3. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa – bệnh viện Bạch Mai

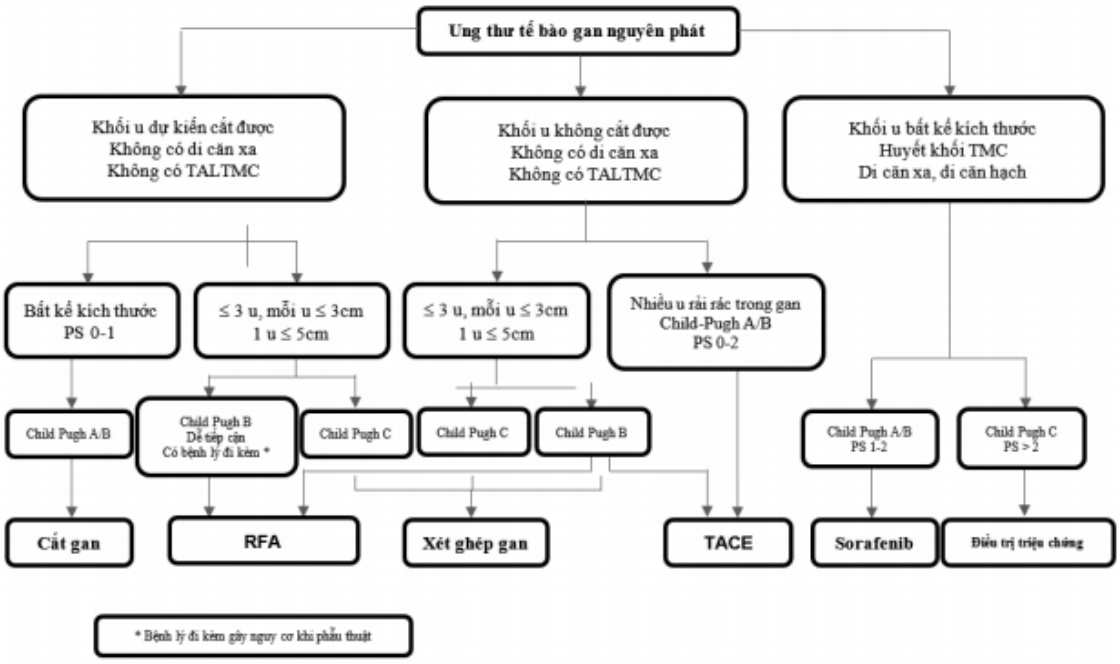
4. Phác đồ điều trị phần ngoại khoa – bệnh viện Chợ Rẫy

5. Eddie K Abdalla, Keith E Stuart, Overview of treatment approaches for hepatocellular carcinoma, https://www.uptodate.com- Update Apr 14, 2020.

PHỤ LỤC 4: QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN U GAN



PHỤ LỤC 5: ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TẾ BÀO GAN NGUYÊN PHÁT



ÁP XE GAN

1. ĐỊNH NGHĨA

Áp xe gan là bệnh lý hình thành ổ mủ trong nhu mô gan do nhiễm vi khuẩn, nấm hoặc ký sinh trùng. Ở Việt Nam thường gặp áp xe gan do amip. Nhiễm trùng có thể vào gan qua đường mật, tĩnh mạch gan hoặc tĩnh mạch cửa, do một nhiễm trùng liền kề lan rộng hoặc do chấn thương. Có thể có một hoặc nhiều ổ áp xe.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng:

- Tam chứng Fontan: sốt, đau hạ sườn phải, gan to và đau
- Khó thở, đau tức ngực
- Phù toàn thân

2.1.2. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: biểu hiện tình trạng nhiễm trùng BC tăng, Pro-calcitonin tăng nhạy hơn bạch cầu, CRP tăng, máu lắng tăng.
- Xét nghiệm sinh hóa máu: SGOT, SGPT có thể tăng do hủy hoại một phần tế bào gan; Bilirubin toàn phần và bilirubin trực tiếp tăng trong trường hợp áp xe gan đường mật; Albumin, Protein TP giảm do tình trạng suy kiệt; Glucose máu có thể tăng do tình trạng nhiễm trùng toàn thân; Ure, Creatinin tăng trong trường hợp nhiễm khuẩn nặng, nhiễm khuẩn huyết; Amylase có thể tăng do tình trạng nhiễm trùng; điện giải đồ, calci rối loạn trong trường hợp nhiễm trùng nặng, bệnh nhân ăn uống kém.
- Cấy máu 2 vị trí: cần được tiến hành sớm, có thể ngay khi bệnh nhân nhập viện, nếu nghi ngờ nhiễm khuẩn huyết.
- Siêu âm ổ bụng.
- Chụp CLVT ổ bụng có tiêm thuốc cản quang/MRI có đối quang từ
- Xquang ngực: cơ hoành bị đẩy lên cao, di động kém, thường gặp hình ảnh tràn dịch màng phổi phải, viêm phổi phải.
- Xét nghiệm phân, cấy phân tìm ấu trùng amip.
- Chọc hút mủ ổ áp xe: Dựa vào màu sắc, tính chất, làm một số test vi sinh có thể chẩn đoán nguyên nhân của ổ áp xe

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Ung thư gan, ung thư đường mật: Dựa vào hình ảnh trên phim chụp CLVT/ MRI ổ bụng. Ung thư biểu mô tế bào gan thường có AFP tăng, xét nghiệm test viêm gan: HBsAg, anti HCV dương tính. Ung thư đường mật thường có CA 199 tăng. Chẩn đoán xác định dựa vào sinh thiết gan dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc CLVT.
- Viêm túi mật: hình ảnh trên siêu âm, CLVT/MRI: túi mật căng to hoặc teo, thành túi mật dày, có thể thấy sỏi túi mật.
- Nhiễm trùng đường mật: bệnh nhân có bệnh sỏi đường mật phối hợp hoặc có can thiệp đường mật từ trước, nay đau bụng hạ sườn phải, sốt; trên chẩn đoán hình ảnh thấy khí trong đường mật.

2.3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Test amip
- Test sán lá gan, Toxocara, giun lươn, sán chó mèo.
- Cấy mủ ổ áp xe: qua chọc hút hoặc dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn của siêu âm/ CLVT ổ bụng.

3. ĐIỀU TRỊ

Chủ yếu là điều trị nội khoa: dùng thuốc kết hợp với chọc hút mủ dưới sự hướng dẫn của siêu âm. Điều trị ngoại khoa chỉ trong trường hợp đặc biệt khi có biến chứng.

3.1. Điều trị nội khoa

- Truyền dịch, truyền dinh dưỡng nâng cao thể trạng bệnh nhân
- Điều chỉnh rối loạn điện giải
- Truyền albumin khi albumin máu giảm, truyền huyết tương tươi đông lạnh khi bệnh nhân có suy kiệt, tràn dịch đa màng.
- Kháng sinh: Thường dùng kháng sinh phổ rộng, phối hợp nhiều nhóm kháng sinh, điều trị ít nhất 2 tuần. Có thể xem xét đổi nhóm kháng sinh nếu tình trạng bệnh nhân không cải thiện sau điều trị.
- Giảm đau, hạ sốt: có thể phối hợp nhiều nhóm khác nhau.
- Thuốc ức chế bơm Proton: dự phòng loét dạ dày, tá tràng do stress.
- Điều trị nguyên nhân: Thuốc diệt amip, thuốc diệt sán, Kháng sinh theo kháng sinh đồ cấy máu và cấy mủ áp xe gan.
- Chọc, hút, dẫn lưu mủ ổ áp xe gan dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc chụp CLVT ổ bụng. Lấy dịch ổ áp xe làm xét nghiệm nuôi cấy tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

3.2. Điều trị ngoại khoa

3.2.1. Chỉ định

- Ổ áp xe vỡ vào ổ bụng, khoang màng phổi, màng ngoài tim
- Kết hợp đồng thời các bệnh lý trong ổ bụng cần can thiệp ngoại khoa.

3.2.2. Phẫu thuật

- Mở bụng dẫn lưu ổ áp xe, lau rửa, dẫn lưu ổ bụng
- Cắt thùy/ phân thùy gan tổn thương
- Kết hợp dẫn lưu khoang màng phổi, màng ngoài tim, trung thất.

3.2.3. Điều trị sau phẫu thuật

- Tiếp tục điều trị như phần điều trị nội khoa
- Theo dõi vết mổ, dẫn lưu. Có thể xét nghiệm nuôi cấy mủ vết mổ nếu nhiễm trùng vết mổ, xét nghiệm nuôi cấy, tế bào học dịch dẫn lưu nếu cần.

3.3. Dự phòng

- Tẩy giun, sán định kỳ mỗi 06 tháng
- Ăn chín uống sôi
- Hướng dẫn kiểm tra test sàng lọc cho người nhà

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa" – Bệnh viện Bạch Mai

2. "Các xét nghiệm hóa sinh thường quy sử dụng trong thực hành lâm sàng", Nhà xuất bản Y học, 2013.

3. Quyết định 4068/QĐ-BYT ngày 29/07/2016 của BYT, Ban hành hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám, chữa bệnh.

4. QĐ 4420/QĐ-BYT ngày 17/8/2016 của BYT, ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa, chuyên ngành gan mật.

5. Kasper DL, Zaleznik DF. Intraabdominal infections and abscesses. In: Kasper DL, Fauci AS, Longo DL, Braunwald E, Hauser SL, Jameson JL, editors. Harrison's Principles of Internal Medicine (16th ed). Nueva York: MGraw-Hill Medical Publishing Division, 2005: 749-754

6. Fazili T, Sharngoe C, Endy T, Kiska D, Javaid W, Polhemus M. Klebsiella pneumoniae Liver Abscess: An Emerging Disease. Am J Med Sci. 2016;351:297–304

VIÊM TÚI MẬT

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm túi mật cấp là tình trạng viêm cấp tính ở túi mật, thường là do sỏi túi mật, ngoài ra còn có nguyên nhân khác (thiếu máu, rối loạn vận động, tổn thương trực tiếp hóa chất, vi trùng, động vật đơn bào, ký sinh trùng, bệnh collagen, và phản ứng dị ứng).

Yếu tố thuận lợi cho sự hình thành sỏi túi mật:

- Giới nữ
- Sinh đẻ nhiều lần
- Tình trạng béo phì
- Tuổi từ 40 trở lên
- Ngoài ra còn có các yếu tố khác như: thuốc tránh thai có chưa Estrogen, người bị bệnh Crohn, bị cắt mất nhiều hồi tràng, khiếm khuyết bẩm sinh về chuyển hóa mỡ…

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Lâm sàng

Chỉ 30% bệnh nhân sỏi túi mật có triệu chứng đau, 70% còn lại không có triệu chứng gì (sỏi câm).

Triệu chứng lâm sàng trong viêm túi mật do sỏi có thể bao gồm:

- Giai đoạn 1 (Túi mật căng to)

+ Đau bụng vùng thượng vị quặn từng cơn

+ Nôn (không bớt đau)

- Giai đoạn 2 (Viêm túi mật mủ)

+ Đau bụng khu trú HSP (đau liên tục), có thể đau sau lưng hoặc đau ở vai P.

+ Toàn thân: sốt, tăng bạch cầu

+ Khám: Murphy (+)

- Giai đoạn 3 (Túi mật hoại tử)

+ Toàn thân: dấu hiệu nhiễm độ, sốt cao, tăng bạch cầu

+ Có phản ứng thành bụng, co cứng thành bụng, phản ứng dội

- Giai đoạn 4 (Thủng túi mật)

+ Trung bình thời gian thủng túi mật 48-72h, sớm hơn với bệnh nhân ĐTĐ, bệnh tạo keo, viêm tắc động mạch v.v…

2.2. Cận lâm sàng

2.2.1 Xét nghiệm:

- Bạch cầu tăng, CRP tăng
- Amylase máu tăng ít
- Bilirubin huyết thanh có thể tăng < 60mmol/l do hội chứng Mirrizzi, >60mmol/l thường do sỏi ống mật chủ.
- Xét nghiệm Albumin, protein, điện giải đồ, canxi huyết thanh đánh giá tình trạng của bệnh nhân.
- Xét nghiệm Ure, Creatinin máu đánh giá chức năng thận trước phẫu thuật.
- Xét nghiệm đông máu đánh giá tình trạng rối loạn đông máu nếu có.
- Cấy máu: dương tính nếu có nhiễm khuẩn huyết

2.2.2 Chẩn đoán hình ảnh:

- Siêu âm: độ nhạy sỏi mật ngoài gan 95.9%, thành túi mật dày > 3mm, đường kính ngang túi mật > 4cm, đường kính dọc > 8cm.
- X Quang bụng không chuẩn bị: 10 – 15% thấy sỏi (phân biệt sỏi thận). Có thể thấy mực nước hơi trong túi mật.

- CT Scan: là một chẩn đoán có giá trị cao, nhưng không phải XN đầu tay
- MRI: giá trị chẩn đoán cao, xác định vị trí giải phẫu, mật độ, cấu trúc sỏi, độ nhạy 96.5%, độ đặc hiệu 97.7%
- Chụp nhấp nháy: HIDA scan - sử dụng HIDA (acid HydroxyImino Diacetic) có gắn đồng vị phóng xạ. Ngoài ra HIDA scan còn đánh giá vận động của túi mật, hẹp đường mật bẩm sinh, rò mật, ung thư đường mật, thải ghép sau ghép gan.

2.2.3 Tiêu chuẩn chẩn đoán

(Tokyo Guidelines 2006)

1. Dấu hiệu viêm túi mật khu trú: Đau ¼ bụng trên P, Murphy (+)
2. Dấu hiệu toàn thân: Sốt, tăng CRP, tăng bạch cầu.
3. Hình ảnh học của viêm túi mật
4. Chẩn đoán: 01 dấu hiệu A, và dấu hiệu B (dấu hiệu tích cực)
5. Hình ảnh học của viêm túi mật khẳng định chẩn đoán khi lâm sàng nghi ngờ.

2.2.4 Phân loại theo cấp độ (Theo TOKYO guideline 2013)

* Cấp I (VTM NHẸ)
- Tình trạng viêm túi mật cấp tính nhưng không có thay đổi chức năng các cơ quan.
- Không có các triệu chứng của viêm túi mật cấp II, cấp III

* Cấp II (VTM TRUNG BÌNH) (Viêm túi mật cấp tính kèm với bất kỳ dấu hiệu nào dưới đây).
- Thời gian xuất hiện triệu chứng > 72h
- Sờ được khối mass ở ¼ bụng trên bên P
- Viêm phúc mạc khu trú do túi mật hoại tử, apxe túi mật - Bạch cầu tăng > 18.000/ml

* Cấp III (VTM NẶNG) (Viêm túi mật cấp tính kèm với bất kỳ dấu hiệu nào dưới đây).
- Rối loạn chức năng tim mạch (hạ HA cần điều trị với dopamine ≥5mcg/kg/phút hoặc liều bất kỳ Dobutamine
- Rối loạn chức năng thần kinh (giảm mức độ ý thức)
- Rối loạn chức năng hô hấp (tỷ lệ PaO2/FiO2 < 300)
- Rối loạn chức năng thận (thiểu niệu, creatinin > 2mg/dl) - Rối loạn chức năng gan (PT INR > 1.5)
- Rối loạn huyết học (tiểu cầu giảm < 100.000/mm3)

2.3. Chẩn đoán phân biệt
- Viêm loét dạ dày tá tràng
- Bệnh động mạch vành
- Viêm tụy cấp
- Viêm ruột thừa
- Cơn đau quặn thận Phải
- Viêm phần phụ

2.4. Biến chứng

2.4.1 Viêm túi mật cấp

Hoại tử túi mật:
- Đám quánh túi mật
- Thấm mật phúc mạc
- Viêm phúc mạc mật

Viêm đường mật:

Do sỏi túi mật rơi vào ống mật chủ (OMC) hoặc chèn ép OMC (hội chứng Mirizzi) gây tắc nghẽn và nhiễm trùng đường mật chính

2.4.2 Viêm túi mật mạn

- Viêm tụy cấp do sỏi túi mật
Tỉ lệ thay đổi từ 5-57%
- Rò túi mật – tá tràng
Có thể gây tắc ruột do sỏi túi mật qua lỗ rò rơi xuống ruột non

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị
- Phẫu thuật cắt bỏ túi mật sớm ưu tiên phẫu thuật cắt túi mật nội soi khi đạt đủ điều kiện
- Phẫu thuật theo đúng quy trình kỹ thuật, phẫu thuật điều trị tối ưu cho từng loại mức độ nghiêm trọng của viêm túi mật cấp tính được yêu cầu
- Điều trị các bệnh lý phối hợp
- Dùng thuốc theo phác đồ.
- Kiểm soát dự phòng tai biến

3.2. Điều trị đặc hiệu

3.2.1 Nội khoa

* Mức độ nhẹ và mức độ vừa:
- Nhịn ăn, đặt sonde mũi – dạ dày
- Truyền dịch đường tĩnh mạch
- Dùng thuốc ức chế phó giao cảm (như Atropin, Propanthelin) để ức chế thần kinh X (giảm tiết acid, giảm co thắt cơ vòng Oddi và co bóp túi mật).
- Theo dõi công thức máu mỗi 6 giờ, theo dõi nhiệt độ mỗi 2 giờ, theo dõi khám bụng mỗi 2 -3 giờ.
- Nếu bệnh nhân qua cơn đau cũng nên sắp xếp mổ chương trình sớm.

* Mức độ vừa không đáp ứng và mức độ nặng:
- Mức độ nhẹ và mức độ vừa đáp ứng.
- Bổ sung các xét nghiệm để đánh giá các bệnh lý đi kèm.
- Dùng kháng sinh phổ rộng bằng đường toàn thân để hạn chế nhiễm trùng nhất là các bệnh nhân già trên 70 tuổi, bệnh nhân có tiểu đường…(Cephalosporin thế hệ 3, Beta lactam + Metronidazol).

* Uống thuốc tan sỏi

Sử dụng UDCA (ursodeoxycholic acid) và CDCA (chenodeoxycholic acid) là các acid mật, áp dụng cho sỏi cholesterol

3.2.2 Ngoại khoa

3.2.2.1 Nguyên tắc điều trị phẫu thuật

+ Nếu bệnh nhân già yếu, suy kiệt nặng, đến muộn, nhiễm độc nặng, có bệnh mạn tính như tiểu đường, lao phổi, bệnh tim mạch…và nếu túi mật không viêm nặng lắm thì dẫn lưu túi mật.
+ Nếu bệnh nhân trẻ, thể trạng tốt, mổ sớm trước 48 giờ và túi mật viêm nặng (nung mủ hay hoại tử) thì nên cắt túi mật.
- Thời gian để chuyển mổ nội soi sang mổ hở cắt túi mật:
+ Khi phẫu thuật nội soi gặp khó khăn (tùy theo khả năng của phẫu thuật viên nội soi), bác sĩ phẫu thuật không ngần ngại chuyển sang mổ mở. (Không phải là bất lợi cho bệnh nhân mà là ngăn chặn tai biến và biến chứng khi phẫu thuật nội soi cắt túi mật khó khăn).
- Thời gian để mổ cắt túi mật sau mở dẫn lưu túi mật ra da:
+ Thực hiện vài ngày sau khi dẫn lưu túi mật ra da
+ Tình trạng bệnh nhân cải thiện sau dẫn lưu
+ Không có biến chứng của dẫn lưu: tụ máu, áp xe, viêm phúc mạc mật, tràn dịch màng phổi …

3.2.2.2 Cắt túi mật nội soi

- Chỉ định:
+ Sỏi túi mật đơn thuần có hoặc không có triệu chứng lâm sàng
+ BN không có chống chỉ định với phẫu thuật nội soi
- Kỹ thuật:
Cắt túi mật nội soi xuôi dòng hay ngược dòng
3.2.2.3 Mổ mở cắt túi mật
Chỉ định:
- BN chống chỉ định với phẫu thuật nội soi
- Phối hợp các tổn thương khác
3.2.3 Tai biến
- Tổn thương đường mật
- Chít hẹp đường mật
- Chảy máu
- Chuyển mổ mở
- Sỏi túi mật rơi vãi trong ổ bụng
- Nhiễm trùng lỗ trocart
- Sót sỏi OMC không triệu chứng
- Ung thư túi mật
3.3 Phòng bệnh
- Ăn chín uống sôi, giảm thiểu thức ăn béo
- Tẩy giun định kỳ 6 tháng
- Hoạt động thể chất đều đặn
- Không giảm cân quá nhanh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định 4068/QĐ-BYT ngày 29/07/2016 của BYT, Ban hành hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám, chữa bệnh.
2. Phác đồ điều trị phần ngoại khoa – bệnh viện Chợ Rẫy
3. Sách "Ngoại khoa lâm sàng Bệnh viện nhân dân Gia Định"
4. Sách "Sỏi đường mật" Nguyễn Đình Hối Nguyễn Mậu Anh, nhà xuất bản Y học 2012
5. Sách "Các xét nghiệm hóa sinh thường quy sử dụng trong thực hành lâm sàng", Nhà xuất bản Y học năm 2013.
6. Yamashita Y, Takada T, Kawarada Y, et al. Surgical treatment of patients with acute cholecystitis: Tokyo Guidelines. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2007;14(1):91-97
7. Tokyo Guidelines 2018 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis. Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences,

DANH MỤC VIẾT TẮT

BN: bệnh nhân
VTM: viêm túi mật
OMC: ống mật chủ
PT: phẫu thuật
XN: xét nghiệm
CT (Computed Tomography Scan – CT Scan): chụp cắt lớp vi tính
MRI (Magnetic Resonance Imaging): chụp cộng hưởng từ

SỎI MẬT CHUNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Sỏi mật bao gồm sỏi túi mật, sỏi ống mật chủ, sỏi đường mật trong gan (sỏi trong gan)
- Phân loại theo vị trí:
+ Sỏi túi mật
+ Sỏi ống mật chủ (sỏi hiện diện trong ống mật chủ, bên dưới ngã ba ống gan)
+ Sỏi trong gan (sỏi hiện diện bên trên ngã ba ống gan)
+ Sỏi kết hợp (BN có cả sỏi trong gan, sỏi túi mật và sỏi ống mật chủ)

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Triệu chứng lâm sàng

Trường hợp sỏi nhỏ: có thể không có triệu chứng điển hình.

2.1.1. Bệnh sử
- Đau bụng: điển hình là cơn đau quặn gan. Đau hạ sườn phải xuyên ra sau lưng và lên vai phải. Cơn đau khởi phát và kết thúc thường đột ngột.
- Sốt: Khi nhiễm trùng đường mật sẽ sốt cao, rét run. Nhiễm khuẩn nặng với viêm mủ đường mật rất dễ dàng dẫn đến nhiễm khuẩn huyết.
- Vàng da: khi sỏi ống mật chủ gây cản trở lưu thông mật

Các triệu chứng đau, sốt, vàng da (Tam chứng Charcot) thường tái diễn từng đợt.
- Ngứa; nước tiểu vàng, sẫm màu do có sắc tố mật
- Các triệu chứng khác: mệt mỏi, chán ăn, gầy sút cân, …

2.1.2. Khám lâm sàng
- Da, niêm mạc vàng
- Gan to do ứ mật
- Túi mật to do ứ mật
- Triệu chứng khác: vết trầy xước da do gãi ngứa, mạch chậm do tăng acid mật trong máu kích thích nhân của dây thần kinh X.

2.2. Cận lâm sàng
- Xét nghiệm máu: số lượng bạch cầu, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao; bilirubin toàn phần và trực tiếp tăng; ALT, AST, GGT, CRP, BUN, Creatinin, cholesterol và các thành phần của lipid máu có thể tăng.

Xét nghiệm nước tiểu thấy Ure, muối mật và sắc tố mật tăng
- Siêu âm ổ bụng: dấu hiệu trực tiếp của sỏi mật như hình ảnh sỏi với bóng lưng cản âm, vị trí, kích thước, số lượng sỏi. Dấu hiệu gián tiếp của tắc mật do sỏi như kích thước ống mật chủ, túi mật, thành túi mật, gan, …
- X-quang bụng không chuẩn bị: có thể thấy hình cản quang của sỏi mật vôi hoá.
- Chụp đường mật tuỵ ngược dòng qua nội soi (ERCP)
- Chụp cắt lớp vi tính (CT-scan): Thấy được sỏi và kích thước của ống mật chủ. Có giá trị trong chẩn đoán và đánh giá được các tạng lân cận và liên quan, đặc biệt là tuỵ.
- Chụp cộng hưởng từ đường mật (MRCP): có thể khảo sát dòng chảy. Có thể dựng lại hình ảnh toàn thể đường mật.
- Chụp đường mật qua da (PTC)
- Nội soi đường mật qua da

2.3. Chẩn đoán xác định
- Lâm sàng: tam chứng Charcot (đau bụng, sốt, vàng da), nước tiểu vàng.
- Cận lâm sàng: bilirubin máu tăng (trực tiếp > gián tiếp), siêu âm và CT-scan bụng thấy đường mật giãn, có hình ảnh sỏi trong đường mật.

2.4. Chẩn đoán phân biệt: nguyên nhân của hội chứng vàng da tắc mật không do sỏi, vàng da tại gan, vàng da trước gan.
2.5. Chẩn đoán biến chứng
- Thấm mật phúc mạc;
- Viêm phúc mạc mật;
- Viêm mủ đường mật và abces đường mật;
- Chảy máu đường mật;
- Abces túi mật, đám quánh túi mật;
- Viêm tuỵ cấp;
- Hội chứng gan thận, viêm thận cấp;
- Sỏi mật gây tắc mật, tái diễn nhiều lần, diễn biến đến xơ gan

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Điều trị nội khoa
- Hồi sức, truyền dịch, giảm tiết, nâng cao thể trạng
- Kháng sinh: phối hợp nhóm cephalosporin thế hệ II,III và nhóm Imidazol . Trường hợp nặng có thể dùng imipenem và quinolon.
- Vitamin K đối với những trường hợp có tắc mật.
- Giảm đau, giãn cơ, kháng histamin

3.2. Phẫu thuật
- Nội soi mật tuỵ ngược dòng (ERCP), mở cơ vòng lấy sỏi.
- Phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi, với nhiều kỹ thuật dẫn lưu: dẫn lưu ống chữ T (dẫn lưu Kehr), dẫn lưu kiểu Vol-kehr (dẫn lưu ống mật chủ qua cơ Oddi và thành tá tràng), dẫn lưu ống mật hạ phân thuỳ trong gan qua nhu mô gan ra da, dẫn lưu trong qua miệng nối mật- ruột (nối ống mật chủ với đường tiêu hoá).
- Tán sỏi nội soi trong mổ đối với những trường hợp có sỏi trong gan kết hợp nhằm tăng khả năng lấy hết sỏi.
- Tán sỏi nội soi qua đường hầm Kehr với những trường hợp còn sót sỏi đường mật sau mổ.

3. 3. Dự phòng
- Ăn chín uống sôi
- Tẩy giun định kỳ 6 tháng
- Hoạt động thể chất đều đặn
- Không giảm cân quá nhanh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Lưu đồ xử trí sỏi mật



1. Quyết định 4068/QĐ-BYT ngày 29/07/2016 của BYT, Ban hành hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám, chữa bệnh.
2. Phác đồ điều trị phần ngoại khoa – bệnh viện Chợ Rẫy
3. "Ngoại khoa lâm sàng", Bệnh viện nhân dân Gia Định
4. "Sỏi đường mật", Nguyễn Đình Hối, Nguyễn Mậu Anh, nhà xuất bản Y học 2012
5. "Các xét nghiệm hóa sinh thường quy sử dụng trong thực hành lâm sàng", Nhà xuất bản Y học 2013
6. Takada T, Kawarada Y, et al. Background: Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2007;14(1):1-10
7. Alemi, Farzad; Seiser, Natalie; Ayloo, Subhashini (2019). Gallstone Disease. Surgical Clinics of North America, 99(2), 231–244
8. Tokyo Guidelines 2018 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis. Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences,

DANH MỤC VIẾT TẮT

BN: bệnh nhân
OMC: ống mật chủ
PT: phẫu thuật
CT (Computed Tomography Scan – CT Scan): chụp cắt lớp vi tính
MRI (Magnetic Resonance Imaging): chụp cộng hưởng từ
ERCP (Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography): nội soi mật tụy ngược dòng
MRCP (Magnetic Resonance Cholangiopancreatography): cộng hưởng từ mật tụy
PTC (Percutaneous hepatic cholangiogram) chụp đường mật qua da xuyên gan

VIÊM TỤY CẤP

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tụy cấp (VTC) là 1 quá trình viêm cấp tính của tụy, bệnh cảnh lâm sàng khá đa dạng. biểu hiện ở nhiều mức độ khác nhau : mức độ nhẹ chỉ cần nằm viện ngắn ngày, ít biến chứng, mức độ nặng, diễn biến phức tạp, nhiều biến chứng, tỉ lệ tử vong cao 20-50% trong bệnh cảnh suy đa tạng, nhiễm trùng.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

- Cơ năng : đau bụng trên rốn lan ra sau lưng, đau có thể xuất hiện đột ngột sau bữa ăn thịnh soạn, buồn nôn, nôn, ỉa lỏng, bí trung đại tiện…
- Toàn thân: có thể có triệu chứng sốc do giảm khối lượng tuần hoàn trong viêm tụy cấp thể nặng; biểu hiện nhiễm khuẩn trong viêm tụy cấp bội nhiễm.
- Thực thể : bụng trướng, điểm sườn lưng đau, phản ứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc, cổ trướng, bầm tím dưới da, khối căng tức rốn, tràn dịch màng phổi, vàng da, tăng áp lực ổ bụng…

2.2. Cận lâm sàng

- Amylase máu tăng > 3 lần bình thường (tăng sau 1-2 giờ đau, tăng cao sau 24h và bình thường sau 2-3 ngày)
- Lipase tăng có giá trị chẩn đoán hơn là tăng amylase máu
- LDH tăng có ý nghĩa tiên lượng
- Glucose máu tăng, Bilirubin toàn phần và trực tiếp có thể tăng, Ure, creatinin có thể tăng, SGOT, SGPT tăng, albumin, protein TP giảm, Canxi máu giảm, rối loạn điện giải trong trường hợp nặng.
- Triglycerid, cholesterol tăng là một trong những nguyên nhân gây viêm tụy cấp.
- Công thức máu: BC tăng, trung tính tăng, Hct tăng do máu cô đặc, giảm khi có xuất huyết.
- Rối loạn đông máu ở những bệnh nhân nặng
- Xquang ổ bụng : bụng nhiều hơi, các quai ruột gần tụy giãn, tràn dịch màng phổi
- Siêu âm ổ bụng : thể phù, thể hoại tử, thăm dò tắc nghẽn đường mật, ống tụy
- Siêu âm khoang màng phổi: có thể có tràn dịch màng phổi.
- Chụp cắt lớp vi tính/ cộng hưởng từ ổ bụng : đây là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán
- ERCP (chụp mật tụy ngược dòng)
- Siêu âm nội soi (EUS)phát hiện VTC do sỏi

2.3. Chẩn đoán mức độ nặng

Dựa vào 1 trong các thang điểm sau :

2.3.1. Thang điểm APACHE II ≥ 8 điểm là nặng

2.3.2. Theo thang điểm Ranson : > 3 yếu tố là nặng

Khi mới nhập viện Trong vòng 48h

Tuổi > 55 HCT giảm > 10%

BC > 16000 Ure > 1,8mmol/l

LDH > 350U/l Calci < 1,9mmol/l

AST >250U/l PaO2 < 60mmHg

Glucose > 11mmol/l Mất nước > 6000ml

ALTMTT giảm trên 4mmHg

2.3.3. Theo IMRIE

Dựa vào những đánh giá khi vào viện gồm 8 yếu tố :

- BC > 15000

- Calci máu < 2mmol/l
- Glucose máu > 10mmol/l
- Albumin < 32g/l
- PaO2 < 60mmHg
- ATS/ALT > 200U/l

Nếu có > 3/8 yếu tố là nặng

2.3.4. Dựa vào chẩn đoán hình ảnh Balthazar Score (CT Score)

Mức độ viêm tụy :

A. Tụy bình thường 0

B. VTC thể phù 1

C. Viêm quanh tụy 2

D. 1 ổ dịch quanh tụy 3

E. > 2 ổ dịch quanh tụy 4

Tổng số điểm = điểm do viêm + điểm do hoại tử

1-2 điểm : không có biến chứng nặng

Mức độ hoại tử :

Không hoại tử 0

Hoại tử 1/3 tụy 2

Hoại tử 1/3- 1/2 4

Hoại tử > 1/2 6

3-6 biến chứng không rõ

> 7-10 nặng, tử vong cao

2.4. Chẩn đoán biến chứng

- Tại chỗ:

+ Ổ tụ dịch, hoại tử và nhiễm khuẩn tụy .

+ Nang giả tụy : 4 tuần sau VTC.

+ áp xe tụy, rò ống tụy vào trong ổ bụng.

+ Tổn thương mạch máu, chảy máu.

- Toàn thân:

+ Suy hô hấp, suy thận, trụy tim mạch.

+ Xuất huyết tiêu hóa.

+ ADS.

+ CIVD

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Điều trị chung

- Nhịn ăn : bệnh nhân không ăn uống cho tới khi triệu chứng giảm đau giảm, có trung tiện trở lại.
- Đặt ống thông dạ dày hút dịch, lưu sonde cho đến khi bệnh nhân đỡ nôn, giảm trướng bụng.
- Chăm sóc theo dõi chặt các chỉ số sống, độ bão hòa oxy…
- Nuôi dưỡng theo đường tĩnh mạch
- Giảm đau có thể dùng cả Morphin và phối hợp nhiều nhóm giảm đau
- Kiểm soát các rối loạn chuyển hóa: Glucose máu, calci máu, mỡ máu…
- Kháng sinh : VTC nhẹ không có chỉ định dùng kháng sinh, tuy nhiên VTC nặng phải dùng kháng sinh.
- Các thuốc làm giảm tiết acid dịch vị
- CT, MRI, EUS xác định nguyên nhân do sỏi mật, biến chứng tại chỗ đẻ có thể tiến hành làm ERCP giải quyết nguyên nhân gây VTC cấp cứu.

3.2. Điều trị viêm tụy cấp thể nặng
3.2.1. Các biện pháp hồi sức tích cực
3.2.1.1. Hồi sức hô hấp
- Chỉ định khi bệnh nhân có suy hô hấp trên lâm sàng và xét nghiệm khi máu, Xquang phổi.
- Phương thức : thở oxy kính, mặt nạ, thở không xâm nhập, nếu nặng có tổn thương phổi, ARDS thì thở máy theo ARDS Net
3.2.1.2. Hồi sức tuần hoàn
- Bệnh nhân được đặt ống thông TMTT
- Bù dịch muối đẳng trương, dịch cao phân tử, albumin human, plasma tươi đảm bảo ALTMTT 10-15cm nước
- Thuốc vận mạch, trợ tim khi đã bù đủ dịch: noradrenalin, dopamine, dobutamin
3.2.1.3. Bồi phụ điện giải, thăng bằng toan kiềm
3.2.1.4. Giảm tiết dịch tụy: Stilamin, Sandostatin
- Giảm tiết acid dịch vị.
3.2.1.5. Giảm đau: NSAID, Opiat
3.2.1.6. Kháng sinh
- Cấy máu, cấy nước tiểu, dịch màng phổi,dịch ổ bụng và tổ chức tụy hoại tử
- Kháng sinh theo phác đồ khuyến cáo : cephalosporin thế hệ III hoặc Imipenem + fl ouro quinolon và hoặc kháng sinh có tác dụng với vi khuẩn kị khí (metronidazol, clindamyicin)
3.2.1.7. Nuôi dưỡng
Đường tĩnh mạch giai đoạn đầu (glucid, lipid, acid amin) đảm bảo 40-60 calo/kg cân nặng, cho ăn đường miệng sớm ngay sau khi giảm đau và không có triệu chứng tắc ruột và số lượng tăng dần.
3.2.1.8. Các biện pháp làm giảm áp lực ổ bụng thông thường
Hút dịch dạ dày, thụt hậu môn
3.2.1.9. Dẫn lưu dịch ổ bụng, ổ dịch quanh tụy
Dẫn lưu bằng ống thông nhỏ kích thước 12-16F dưới hướng dẫn của siêu âm hay CT.
3.2.2. Lọc máu liên tục (CVVH)
- Chỉ định
Chỉ định sớm ngay sau khi nhập viện được đánh giá là VTC nặng với mục đích loại bỏ các cytokine và kết hợp điều trị triệu chứng.
- Chống chỉ định
+ Suy tim nặng, HA tụt (HATT <= 60mmHg) không khắc phục được
+ Chảy máu nặng – chống chỉ định mang tính chất tương đối.
3.2.3. Theo dõi
- Lâm sàng
- Áp lực ổ bụng mỗi 8h
- Diễn biến suy tạng theo thang điểm SOFA
- Các biến chứng của VTC
- Các biến chứng của lọc máu liên tục
3.3. Chỉ định điều trị ngoại khoa
Viêm tụy cấp do sỏi mật, sỏi ống tụy, áp xe tụy, ổ hoại tử nhiễm trùng, nang giả tụy > 6cm và kéo dài > 6 tuần hoặc có triệu chứng chèn ép tạng lân cận.
3.3.1. Điều trị viêm tụy cấp hoại tử nhiễm khuẩn
- Chọc hút ổ hoại tử dưới sự hướng dẫn của siêu âm hoặc CT: lấy bệnh phẩm nhuộm Gram và nuôi cấy. Sau khi có kết quả định danh vi khuẩn và làm kháng sinh đồ, điều chỉnh kháng sinh theo kết quả kháng sinh đồ.
- Xử trí ổ hoại tử nhiễm khuẩn : phẫu thuật lấy ổ hoại tử + dẫn lưu hoặc đặt dẫn lưu ổ

hoại tử qua da dưới sự hướng dẫn của siêu âm, cắt lớp vi tính ổ bụng.
3.3.2. Điều trị viêm tụy cấp có ổ hoại tử vô khuẩn
- Thời điểm 2- 3 tuần đầu.
- Các biện pháp: phẫu thuật, dẫn lưu qua da, dẫn lưu qua nội soi, nếu trường hợp có dò ống tụy cần phẫu thuật hoặc qua nội soi can thiệp.
3.3.3. Điều trị theo nguyên nhân
- Định hướng được nguyên nhân viêm tụy cấp giúp cho bác sĩ có 1 phác đồ điều trị tốt và phòng tránh được tái phát.
- Viêm tụy cấp do sỏi, giun ống mật chủ: ERCP tiến hành sớm mở cơ oddi, lấy sỏi, phẫu thuật nếu ERCP thất bại.
- Trường hợp nghi ngờ viêm tụy cấp do giun chui ống mật chủ cho bệnh nhân tẩy giun đũa sớm bằng thuốc Fugacar, Zentel… kết hợp nội soi dạ dày tá tràng can thiệp gắp giun.
3.4 Dự phòng
- Hạn chế uống rượu, bia.
- Phát hiện và điều trị sỏi mật, sỏi tụy.
- Người bệnh tăng triglyceride cần điều trị thường xuyên và kiểm soát chế độ ăn hợp lí.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định 4068/QĐ-BYT ngày 29/07/2016 của BYT, Ban hành hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám, chữa bệnh.
2. QĐ 5250/QĐ-BYT ngày 28/12/2012 của BYT, ban hành hướ ng dẫ n chẩ n đoá n và điề u trị viêm tụy cấp
3. QĐ 4420/QĐ-BYT ngày 17/8/2016 của BYT, ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa, chuyên ngành gan mật.
4. "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa" – bệnh viện Bạch Mai
5. "Các xét nghiệm hóa sinh thường quy sử dụng trong thực hành lâm sàng", Nhà xuất bản Y học, 2013.
6. Balthazar EJ. Acute pancreatitis: assessment of severity with clinical and CT evaluation. Radiology. 2002;223(3):603–13
7. Casillas J, Sleeman D, Ahualli J, Ruiz-Cordero R, Echenique A. Acute Pancreatitis (AP). Multidisciplinary Teaching Atlas of the Pancreas. 2015;681-749.
8. Takada T, Kawarada Y, Hirata K, et al. JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: cutting-edge information. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2006;13:2–6
9. Japanese guidelines for the management of acute pancreatitis: Japanese Guidelines 2015
10. Garg, Rajat; Rustagi, Tarun (2018). Management of Hypertriglyceridemia Induced Acute Pancreatitis. BioMed Research International, 2018(), 1–12.
11. James, Theodore W.; Crockett, Seth D. (2018). Management of acute pancreatitis in the fi rst 72 hours. Current Opinion in Gastroenterology, 2018 ; 34(5): 330–335

DANH MỤC VIẾT TẮT

BN: bệnh nhân
VTC: viêm tụy cấp
OMC: ống mật chủ
TMTT: tĩnh mạch trung tâm
TALTMC: tăng áp lực tĩnh mạch cửa
CT (Computed Tomography Scan – CT Scan): chụp cắt lớp vi tính
MRI (Magnetic Resonance Imaging): chụp cộng hưởng từ
ERCP (Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography): nội soi mật tụy ngược dòng
TMTT: tĩnh mạch trung tâm

TALTMC: tăng áp lực tĩnh mạch cửa

CHẤN THƯƠNG GAN

1. ĐỊNH NGHĨA

Chấn thương gan là hình thái lâm sàng thường gặp trong chấn thương bụng kín ở nước ta cũng như trên thế giới và chỉ đứng hàng thứ 2 sau chấn thương lách với tỉ lệ 15-20%.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

2.1.1.1. Triệu chứng cơ năng

Bệnh nhân kêu đau bụng, chướng bụng hoặc thở mạnh thấy đau tức bụng.

2.1.1.2. Triệu chứng thực thể

- Toàn thân: hội chứng mất máu cấp (mạch nhanh, huyết áp tụt, da niêm nhợt, vật vã …).
- Bụng chướng, bí trung đại tiện, sờ có cảm ứng phúc mạc hoặc phản ứng thành bụng.
- Gõ đục vùng thấp, túi cùng Douglas căng đau.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm: công thức máu (có thể làm nhiều lần), nhóm máu, đông máu toàn bộ, xét nghiệm sinh hóa máu (chức năng gan, thận, amylase, …).
- Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm bụng (có thể làm nhiều lần), Xquang bụng không chuẩn bị, CTscanner bụng có cản quang.

Phân độ chấn thương gan: (Phân độ tổn thương theo AAST)

Độ	*Tổn thương*		
	Tụ máu	*Đường vỡ, nhu mô*	*Mạch máu*
I	Dưới bao: < 10% diện tích bề mặt.	Sâu < 1cm.	
II	Dưới bao: 10 – 50% diện tích bề mặt. Trong nhu mô: kích thước <10cm.	Sâu: 1 – 3cm. Dài: < 10cm.	
III	Dưới bao: > 50% diện tích bề mặt. Trong nhu mô: kích thước >10cm. Vỡ khối tụ máu.	Sâu: > 3cm.	
IV		Vỡ 25 – 75% thùy, hay vỡ 1 – 3 hạ phân thùy.	
V		Vỡ > 75% thùy, hay vỡ > 3 hạ phân thùy.	Tổn thương tĩnh mạch chủ sau gan hoặc tĩnh mạch trên gan.
VI	Đứt cuống gan.		

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Thái độ xử trí ban đầu

3.1.1. Hồi sức

- Bất động.
- Giảm đau.
- Lấy đường truyền: truyền ngay Natriclorid 0,9% ± khối hồng cầu và huyết tương tươi.

3.1.2. Xác định mức độ chảy máu

- Mất máu tối cấp: dựa vào khám lâm sàng và các yếu tố tiên lượng

+ Huyết động thay đổi kèm theo rối loạn các cơ quan khác: da, niêm mạc nhợt nhiều;

mạch nhanh nhỏ, khó bắt, huyết áp không đo được; bệnh nhân kích thích vật vã hoặc hôn mê.
+ Bụng nhiều dịch máu: dựa vào khám lâm sàng và siêu âm tại giường.
+ Không có các tổn thương chảy máu nhiều bên ngoài.
+ Yếu tố tiên lượng: thời gian chấn thương dẫn đến thay đổi huyết động càng ngắn -> càng nặng
Xử trí: chỉ định mổ cấp cứu ngay kết hợp hồi sức tích cực.
- Tình trạng mất máu cấp:
Đánh giá tình trạng huyết động trong quá trình hồi sức

Độ	Tình trạng huyết động
1	Không giảm huyết áp
2	Huyết áp giảm nhưng đáp ứng tốt với truyền ≤ 2000ml Natriclorid 0,9%
3	Huyết áp giảm nhưng đáp ứng tốt với dịch truyền > 2000ml Natriclorid 0,9% + 500ml KHC
4	Huyết áp giảm không đáp ứng với truyền dịch và máu

Dựa vào mức độ thay đổi huyết động kết hợp với các kết quả cận lâm sàng (CTscanner, siêu âm, công thức máu, …) nếu có để đưa ra chỉ định điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật.
3.2. Điều trị bảo tồn không mổ
3.2.1. Tiêu chuẩn: Khi đảm bảo toàn bộ các tiêu chuẩn sau:
- Tổn thương gan độ I-II-III-IV
- Huyế t động ổ n đị nh từ đầu hoặc sau hồi phục thể tích tuần hoàn.
- Khối lượng máu truyề n (nếu có) í t hơ n 4 đơ n vị /24h.
- Khô ng có tổn thương phối hợp khác trong ổ bụng cần phải phẫu thuật.
3.2.2. Chấn thương gan độ I-II: có thể theo dõi tại bệnh phòng
- Lâm sàng:
+ Huyết động: 24h đầu: lấy mạch, huyết áp 60 phút/lần, những ngày sau khoảng cách đo phụ thuộc lâm sàng (ghi phiếu theo dõi)
+ Tình trạng bụng: diễn biến đau, chướng bụng, dấu hiệu thành bụng
+ Nhiệt độ: thường quy
+ Vàng da, niêm mạc
+ Diễn biến của các tổn thương phối hợp
- Cận lâm sàng:
+ Công thức máu: khi vào, những lần sau phụ thuộc lâm sàng
+ Sinh hóa máu: chức năng gan – thận khi vào và sau đó 2 ngày/lần hoặc nhiều hơn tùy thuộc chế độ điều trị, diễn biến lâm sàng.
+ Siêu âm, CLVT: khi vào, những lần sau phụ thuộc diễn biến lâm sàng
- Điều trị:
+ Kháng sinh dự phòng, acid tranexamic
+ Truyền hồng cầu khối, huyết tương tươi cùng nhóm khi có tình trạng mất máu cấp dựa vào lâm sàng và thay đổi của xét nghiệm công thức máu.
+ Bồi phụ dịch, điện giải, dinh dưỡng tĩnh mạch, hỗ trợ chức năng gan.
+ Giảm đau: morphine, paracetamol, NSAID,...
+ Bất động tuyệt đối tối thiểu 2 ngày, nghỉ tại giường 3 – 5 ngày
+ Thời gian nằm viện: từ 5 - 7 ngày, thay đổi phụ thuộc lâm sàng.
3.2.3. Chấn thương độ III trở lên: theo dõi sát tại phòng hồi sức, phòng cấp cứu 24-72h:

huyết động mỗi 30 phút/lần, xét nghiệm kiểm tra hồng cầu, hematocrit khi vào, sau hồi sức ban đầu, sau truyền máu, khi lâm sàng có dấu hiệu thiếu máu, điều trị tương tự độ I-II
Khi ổn định, có thể theo dõi tại bệnh phòng tương tự độ I-II
3.3. Điều trị ngoại khoa
3.3.1. Chỉ định: Khi có một trong những tiêu chuẩn sau:
- Hội chứng tràn máu phúc mạc tối cấp (thường gặp vỡ gan độ V-VI).
- Điều trị bảo tồn thất bại:
+ Huyết động không ổn định (mạch > 100 lần/phút, huyết áp tụt-kẹt < 90/60 mmHg) mặc dù đã được hồi sức tích cực (truyền máu ≤ 4 đơn vị hồng cầu khối/24h).
+ Viêm phúc mạc mật.
- Tổn thương gan kèm tổn thương tạng khác cần phẫu thuật.
3.3.2. Phương pháp: chèn gạc cầm máu, khâu gan, hoặc cắt gan theo thương tổn...
3.3.3. Điều trị phối hợp: hồi sức tích cực, truyền khối hồng cầu, huyết tương tươi đông lạnh trước/trong/sau mổ, dinh dưỡng tĩnh mạch, bù dịch và điện giải, kháng sinh phổ rộng, giảm đau,…
3.4. Điều trị bằng can thiệp nội mạch
Đối với những bệnh nhân chấn thương gan có hình ảnh CT Scanner có hình ảnh thoát thuốc cản quang ở thì động mạch có thể can thiệp nội mạch cấp cứu.
3.5. Tiêu chuẩn ra viện
3.5.1. Điều trị bảo tồn/can thiệp nội mạch:
- Lâm sàng: đỡ đau, không sốt, không vàng da vàng mắt, huyết động ổn định, ăn uống được, bụng mềm xẹp
- Cận lâm sàng:
+ Xét nghiệm công thức máu bình thường; men gan, bilirubin trở về bình thường
+ Siêu âm: tổn thương tiến triển tốt, dịch hóa
+ CLVT: với những trường hợp CT nặng – có thoát thuốc cản quang đã được nút mạch: tổn thương tiến triển tốt, dịch hóa, không còn thoát thuốc.
3.5.2. Điều trị phẫu thuật
- Lâm sàng: đỡ đau, không sốt, không vàng da vàng mắt, huyết động ổn định, ăn uống được, bụng mềm xẹp, vết mổ khô.
- Không có hoặc đã được điều trị ổn định các biến chứng sau mổ (suy gan, chảy máu, rò mật, nhiễm trùng vết mổ, áp xe tồn dư, …)
- Cận lâm sàng:
+ Xét nghiệm: công thức máu bình thường; men gan, bilirubin trở về bình thường.
+ Siêu âm, CLVT: gan sau mổ và tổn thương tiến triển tốt, không có các biến chứng tụ dịch, áp xe tồn dư, …
* Theo dõi sau ra viện
- Nghỉ học, làm việc 2 tuần.
- Không chơi thể thao, lao động nặng 3 tháng
- Khám lại sau: lần 1 sau 1 tháng, lần 2 sau 3 tháng
- Khám lại ngay nếu có biểu hiện biến chứng: đau, sốt, vàng da, ...
3.6. Tái khám
- Nhóm bệnh nhân điều trị bảo tồn: tái khám sau 2 tuần – 1 tháng kiểm tra lại công thức máu, sinh hoá máu chức năng gan, thận…, siêu âm bụng , chụp phim CT Scanner để phát hiện sớm áp xe gan sau chấn thương, dò mật, chít hẹp đường mật, …
- Nhóm bệnh nhân điều trị phẫu thuật: Tái khám sau 1 tháng kiểm tra lại công thức máu, sinh hoá máu chức năng gan, thận…, siêu âm bụng , chụp phim CT Scanner nhằm phát hiện áp xe dưới hoành hoặc tụ máu, tụ mật trong khoang bụng, chít hẹp đường mật,

… tái khám lần 2 sau 3 tháng..

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị phần nội khoa – bệnh viện Chợ Rẫy

2. Phác đồ điều trị phần ngoại khoa – bệnh viện Chợ Rẫy

3. Sách "Các xét nghiệm hóa sinh thường quy sử dụng trong thực hành lâm sàng", Nhà xuất bản Y học năm 2013.

4. "Chẩn đoán và xử trí chấn thương bụng kín" – Diagnosis and management of blunt abdominal trauma – của J.J.Davis và cs.

5. "WSES classi fi cation and guidelines for liver trauma". Coccolini, F., Catena, F., Moore, E.E. et al. World J Emerg Surg 11, 50 (2016)

CHẤN THƯƠNG LÁCH

1. ĐỊNH NGHĨA

Chấn thương lách là hình thái tổn thương gặp nhiều nhất trong chấn thương bụng kín ở nước ta cũng như trên thế giới. Vai trò miễn dịch của lách đã được chứng minh trên thực nghiệm, do đó điều trị bảo tồn nhu mô lách trong chấn thương là một yêu cầu quan trọng.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

2.1.1.1. Triệu chứng cơ năng

Bệnh nhân kêu đau bụng, chướng bụng hoặc thở mạnh thấy đau tức bụng.

2.1.1.2. Triệu chứng thực thể

- Toàn thân: hội chứng mất máu cấp (mạch nhanh, huyết áp tụt, da niêm nhợt, vật vã …).
- Bụng chướng, bí trung đại tiện, sờ có cảm ứng phúc mạc hoặc phản ứng thành bụng.
- Gõ đục vùng thấp, túi cùng Douglas căng đau.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm: công thức máu (có thể làm nhiều lần), nhóm máu, đông máu toàn bộ, xét nghiệm sinh hóa máu (chức năng gan, thận, amylase, …), HIV, HBsAg.
- Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm bụng (có thể làm nhiều lần), Xquang bụng không chuẩn bị, CTscanner bụng có cản quang.

Phân độ chấn thương lách: (Phân độ tổn thương theo AAST)

PHÂN ĐỘ	TỔN THƯƠNG
I	- Tụ máu dưới vỏ không lớn hơn 10% diện tích bề mặt. - Vết rách vỏ và nhu mô nhỏ hơn 1 cm chiều sâu.
II	- Tụ máu dưới vỏ 10-50% diện tích bề mặt. - Có tụ máu trong nhu mô lách, kích thước. - Vết rách nhu mô sâu 1-3 cm.
III	- Tụ máu dưới vỏ trên 50% diện tích bề mặt, hoặc là khối máu tụ dưới vỏ hay máu tụ nhu mô vỡ và đang lan tỏa. - Tụ máu trong nhu mô lách kích thước ≥ 5 cm hoặc đang lan tỏa. - Vết rách sâu hơn 3 cm vào nhu mô.
IV	- Bất kỳ tổn thương nào trong trường hợp chấn thương một mạch máu lách hoặc chảy máu tích cực giới hạn trong vỏ lách. - Vết rách gây tổn thương các mạch máu phân thùy hoặc rốn lách, 25% lách bị thiếu máu nuôi.
V	- Vỡ nát lách hoàn toàn. - Bất kỳ tổn thương nào trong trường hợp chấn thương mạch máu lách với chảy máu tích cực ra ngoài lách vào phúc mạc

154

ĐIỀU TRỊ

3.1. Thái độ xử trí ban đầu

3.1.1. Hồi sức

- Bất động.

- Giảm đau.
- Lấy đường truyền: truyền ngay Natriclorid 0,9% ± khối hồng cầu và huyết tương tươi.

3.1.2. Xác định mức độ chảy máu

- Mất máu tối cấp: dựa vào khám lâm sàng và các yếu tố tiên lượng

+ Huyết động thay đổi kèm theo rối loạn các cơ quan khác: da, niêm mạc nhợt nhiều; mạch nhanh nhỏ, khó bắt, huyết áp không đo được; bệnh nhân kích thích vật vã hoặc hôn mê.

+ Bụng nhiều dịch máu: dựa vào khám lâm sàng và siêu âm tại giường.

+ Không có các tổn thương chảy máu nhiều bên ngoài.

+ Yếu tố tiên lượng: thời gian chấn thương dẫn đến thay đổi huyết động càng ngắn -> càng nặng

Xử trí: chỉ định mổ cấp cứu ngay kết hợp hồi sức tích cực.

- Tình trạng mất máu cấp:

Đánh giá tình trạng huyết động trong quá trình hồi sức

Độ	Tình trạng huyết động
1	Không giảm huyết áp
2	Huyết áp giảm nhưng đáp ứng tốt với truyền ≤ 2000ml Natriclorid 0,9%
3	Huyết áp giảm nhưng đáp ứng tốt với dịch truyền > 2000ml Natriclorid 0,9% + 500ml khối hồng cầu
4	Huyết áp giảm không đáp ứng với truyền dịch và máu

Dựa vào mức độ thay đổi huyết động kết hợp với các kết quả cận lâm sàng (CTscanner, siêu âm, công thức máu, …) nếu có để đưa ra chỉ định điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật.

3.2. Điều trị bảo tồn không mổ

3.2.1. Tiêu chuẩn

Khi đảm bảo toàn bộ các tiêu chuẩn sau:

- Không phải lách bệnh lý.
- Tổn thương lách độ I-II-III-IV.
- Huyế t động ổ n đị nh từ đầu hoặc sau hồi phục thể tích tuần hoàn.
- Khối lượng máu truyề n (nếu có) í t hơ n 4 đơ n vị /24h, trẻ em < 20ml/kg/48.
- Khô ng có tổn thương phối hợp khác trong ổ bụng cần phải phẫu thuật.

3.2.2. Chấn thương lách độ I-II: có thể theo dõi tại bệnh phòng

- Lâm sàng:

+ Huyết động: 24h đầu: lấy mạch, huyết áp 60 phút/lần, những ngày sau khoảng cách đo phụ thuộc lâm sàng (ghi phiếu theo dõi)

+ Tình trạng bụng: diễn biến đau, chướng bụng, dấu hiệu thành bụng

+ Nhiệt độ: thường quy

+ Diễn biến của các tổn thương phối hợp

- Cận lâm sàng:

+ Công thức máu: khi vào, những lần sau phụ thuộc lâm sàng

+ Sinh hóa máu: chức năng gan – thận khi vào và sau đó 2 ngày/lần hoặc nhiều hơn tùy thuộc chế độ điều trị, diễn biến lâm sàng.

+ Siêu âm, CLVT: khi vào, những lần sau phụ thuộc diễn biến lâm sàng

- Điều trị:

+ Kháng sinh dự phòng, transamine

+ Truyền hồng cầu khối, huyết tương tươi cùng nhóm khi có tình trạng mất máu cấp dựa vào lâm sàng và thay đổi của xét nghiệm công thức máu.
+ Bồi phụ dịch, điện giải, dinh dưỡng tĩnh mạch.
+ Giảm đau: morphine, paracetamol, NSAID
+ Bất động tuyệt đối tối thiểu 2 ngày, nghỉ tại giường 3 – 5 ngày
+ Thời gian nằm viện: từ 5 - 7 ngày, thay đổi phụ thuộc lâm sàng.

3.2.3. Chấn thương độ III trở lên

Theo dõi sát tại phòng hồi sức, phòng cấp cứu 24-72h: huyết động mỗi 30 phút/lần, xét nghiệm kiểm tra hồng cầu, hematocrit khi vào, sau hồi sức ban đầu, sau truyền máu, khi lâm sàng có dấu hiệu thiếu máu, điều trị tương tự độ I-II

Khi ổn định, có thể theo dõi tại bệnh phòng tương tự độ I-II

3.3. Điều trị ngoại khoa

3.3.1. Chỉ định: Khi có một trong những tiêu chuẩn sau:

- Hội chứng tràn máu phúc mạc tối cấp (thường gặp vỡ lách độ IV-V).
- Điều trị bảo tồn thất bại: huyết động không ổn định (mạch > 100 lần/phút, huyết áp tụt-kẹt < 90/60 mmHg) mặc dù đã được hồi sức tích cực (thường gặp trong vỡ lách độ IV), hoặc do chảy máu thứ phát thì 2.
- Tổn thương lách kèm tổn thương tạng khác cần phẫu thuật.

3.3.2. Phương pháp: cầm máu nhu mô lách (khâu/đốt điện), cắt lách bán phần, cắt lách toàn bộ, đặt túi lưới, ghép lách tự thân, …

3.3.3. Điều trị phối hợp: hồi sức tích cực, truyền khối hồng cầu, huyết tương tươi đông lạnh trước/trong/sau mổ, dinh dưỡng tĩnh mạch, bù dịch và điện giải, kháng sinh phổ rộng, giảm đau,…

3.4. Điều trị bằng can thiệp nội mạch

Đối với những bệnh nhân chấn thương lách có hình ảnh CT Scanner có hình ảnh thoát thuốc cản quang ở thì động mạch có thể can thiệp nội mạch cấp cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị phần nội khoa – bệnh viện Chợ Rẫy
2. Phác đồ điều trị phần ngoại khoa – bệnh viện Chợ Rẫy
3. Sách "Các xét nghiệm hóa sinh thường quy sử dụng trong thực hành lâm sàng", Nhà xuất bản Y học năm 2013.
4. "Chẩn đoán và xử trí chấn thương bụng kín" – Diagnosis and management of blunt abdominal trauma – của J.J.Davis và cs.
5. "Splenic trauma: WSES classi fi cation and guidelines for adult and pediatric patients". Coccolini, F., Montori, G., Catena, F. et al. World J Emerg Surg 12, 40 (2017)

PHẦN 3: TIM MẠCH LỒNG NGỰC

ÁP XE PHỔI

1. ĐỊNH NGHĨA:

Áp xe phổi là ổ mủ trong nhu mô phổi do viêm nhiễm hoại tử cấp tính không phải lao, sau khi ộc mủ tạo thành hang. Áp xe phổi có thể có một hoặc nhiều ổ. Khi điều trị nội khoa quá 6 tuần thất bại thì gọi là áp xe phổi mạn tính.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng

- Sốt: 38.5°C-39°C hoặc cao hơn, có thể kèm rét run hoặc không.
- Đau ngực: bên tổn thương, có thể có đau bụng ở những bệnh nhân áp xe phổi thùy dưới.
- Ho: khạc đàm mủ, đàm thường có mùi hôi hoặc thối, có thể khác đàm mủ số lượng nhiều (ộc mủ), đôi khi có thể khạc đàm mủ lẫn máu hoặc thậm chí ho máu nhiều, nhưng có khi chỉ ho khan.
- Khó thở: có thể có biểu hiện suy hô hấp, thở nhanh, tím môi, đầu chi, PaO2 giảm, SaO2 giảm.
- Khám phổi: có thể nghe ran ngáy, ran nổ, ran ẩm, có khi có hội chứng hang hội chứng đông đặc.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu: thường thấy số lượng bạch cầu tăng > 10.000/mm3.
- Đông máu.
- Nhóm máu ABO, Rh.
- Xét nghiệm miễn dịch: HIV, HbsAg.
- Sinh hóa máu: creatinin, GOT, GPT, Điện giải đồ có thể có rối loạn.
- Tốc độ máu lắng tăng.
- Nước tiểu.
- Cấy máu tìm vi khuẩn: trong trường hợp sốt > 38.5oC và làm kháng sinh đồ.
- Nhuộm soi trực tiếp và nuôi cấy vi khuẩn từ đàm, dịch rửa phế quản hoặc mủ ổ áp xe. Làm kháng sinh đồ nếu thấy vi khuẩn mọc.
- Giải phẫu bệnh: Chẩn đoán nguyên nhân, chẩn đoán phân biệt tổn thương.
- X-quang lồng ngực: hình hang thường có thành tương đối đều với mức khí dịch. Có thể có một hay nhiều ổ áp xe, một bên hoặc hai bên. Cần chụp phim X-quang lồng ngực nghiêng, có khi phải chụp CT scanner lồng ngực để xác định chính xác vị trí ổ áp xe giúp chọn lựa phương pháp dẫn lưu phù hợp.
- Siêu âm màng phổi: Giúp chẩn đoán và phát hiện tràn dịch trong khoang màng phổi.
- Siêu âm ổ bụng: Đánh giá các cơ quan, tìm phát hiện các ổ áp xe nguyên phát.
- Chụp CT Scan ngực có tiêm thuốc cản quang: Giúp xác định và chẩn đoán tổn thương.
- Nội soi phế quản: để hút mủ ở phế quản dẫn lưu ổ áp xe. Giúp phát hiện các tổn thương gây tắc nghẽn phế quản và gắp bỏ dị vật phế quản nếu có.
- Điện tim.

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

2.2.1.Ung thư phổi áp xe hóa.

- Bệnh nhân thường > 45 tuổi, tiền sử nghiện thuốc lá, thuốc lào.
- Bên cạnh triệu chứng áp xe phổi, có thể thấy các triệu chứng khác như nuốt nghẹn , khàn tiếng, ngón tay dùi trống, phù áo khoát, đau các khớp,
- X-quang lồng ngực thấy hang có thành dày, thường lệch tâm, xung quanh có các tua gai, ít khi có hình ảnh mức khí dịch.

- Soi phế quản và sinh thiết có thể chẩn đoán xác định được.
2.2.2. Kén khí bội nhiễm.
- Biểu hiện lâm sàng giống áp xe phổi.
- X-quang lồng ngực: hình hang thành mỏng < 1mm, có mức khí dịch và sau khi điều trị như một áp xe phổi thì kén khí vẫn còn tồn tại.
2.2.3. Giãn phế quản hình túi cục bộ.
- Tiền sử ho, khạc đàm hoặc có khi ho máu kéo dài nhiều năm.
- Nghe phổi: có ran ẩm, ran nổ tồn tại lâu.
- X-quang lồng ngực: có nhiều ổ sáng xen kẽ với vùng mờ không đều.
- CT scanner lồng ngực lớp mỏng, độ phân giải cao (HRCT) không bơm cản quang giúp chẩn đoán xác định.
2.2.4. Lao phổi tạo hang.
- Lao phổi thường tiến triển từ từ với tổng trạng gầy sút, suy sụp, sốt chiều, ho khạc đàm hoặc máu.
- Có tiếp xúc vơi người mắc lao.
- Tìm thấy trực khuẩn kháng cồn, kháng acid (AFB) trong đàm (lấy 3 mẫu đàm liên tục trong 3 buổi sáng).
- Phản ứng Mantoux với Tuberculin trong nhiều trường hợp dương tính mạnh.
- Tốc độ máu lắng tăng.
- X-quang lồng ngực: trên nền tổn thương thâm nhiễm hoặc xơ hóa có một hoặc nhiều hang, thường khu trú ở đỉnh phổi.

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1..Nguyên tắc/ mục tiêu điều trị:
- Giải quyết tình trạng nhiễm khuẩn.
- Điều trị triệt để áp xe.
- Dự phòng suy kiệt, suy dinh dưỡng.
3.2. Điều trị cụ thể:
Điều trị nội khoa
* Điều trị kháng sinh:
- Nguyên tắc dùng kháng sinh:
+ Dùng kháng sinh sớm, theo kháng sinh đồ.
+ Phối hợp từ 2 kháng sinh, theo dường tĩnh mạch hoặc tiêm bắp, nếu đàm có mùi thối dùng kháng sinh chống vi khuẩn kỵ khí: Metronidazol 500 mg x 2 lần/ngày truyền tĩnh mạch chia sáng, tối.
+ Liều cao ngay từ đầu.
+ Sử dụng thuốc ngay sau khi lấy được bệnh phẩm chẩn đoán vi sinh.
+ Thay đổi kháng sinh dựa theo diễn tiến lâm sàng và kháng sinh đồ nếu có.
+ Thời gian dùng kháng sinh ít nhất 4 tuần (có thể kéo dài đến 6 tuần tùy theo lâm sàng và X-quang phổi).
- Các loại kháng sinh có thể dùng như sau:
+ Penicinin G 10-50 triệu đơn vị tùy theo tình trạng và cân nặng của bệnh nhân, pha truyền tĩnh mạch chia 3-4 lần/ngày, kết hợp với 1 kháng sinh nhóm Aminoglycoside.
+ Gentamycin 3-5 mg/kg/ngày tiêm bắp 1 lần.
+ Amikacin 15 mg/kg/ngày tiêm bắp 1 lần hoặc pha truyền tĩnh mạch trong 250 mL dung dịch NaCL 0.9%.
+ Nếu nghi vi khuẩn tiết Betalactamase thì thay Penicinin G bằng Amoxicinin-Acid Clavulanic hoặc Ampicinin-Sulbactam liều dùng 3-6 gr/ngày.
+ Nếu nghi ngờ áp xe phổi do vi khuẩn Gram âm thì dùng Cephalosporin thế hệ

3 như Cefotaxim 3-6 gr/ngày, Ceftazidim 3-6 gr/ngày, kết hợp với kháng sinh nhóm Aminoglycoside với liều tương tự như đã nêu ở trên.
+ Nếu nghi ngờ áp xe phổi do vi khuẩn yếm khí thì kết hợp nhóm Betalactam-Clavulanic với Metronidazol liều 1-1.5 gr/ngày, truyền tĩnh mạch 2-3 lần/ngày hoặc Penicillin G 10-50 triệu đơn vị kết hợp với Metronidazol liều 1-1.5 gr/ngày, truyền tĩnh mạch 2-3 lần/ngày hoặc Penicillin G 10-50 triệu đơn vị kết hợp với Clindamycin 1.8 gr/ngày truyền tĩnh mạch.
+ Nếu nghi ngờ áp xe phổi do tụ cầu: Oxacillin 6-12 gr/ngày hoặc Vancomycin 1-2 gr/ngày, kết hợp với Amikacin nếu nghi do tụ cầu kháng thuốc.
+ Nếu áp xe phổi do amíp thì dùng Metronidazol 1.5 gr/ngày, truyền tĩnh mạch 3 lần/ ngày kết hợp với kháng sinh khác.
+ Chú ý xét nghiệm Créatinin máu 2 lần trong một tuần đối với bệnh nhân có sử dụng thuốc nhóm Aminoglycoside.
Điều trị can thiệp: Thủ thuật.
- Dẫn lưu tư thế, vỗ rung lồng ngực: dựa vào phim chụp X-quang lồng ngực thẳng và nghiêng hoặc chụp CT scanner lồng ngực, chọn tư thế bệnh nhân sao cho ổ áp xe được dẫn lưu tốt nhất, lúc đầu trong thời gian ngắn vài phút, sau kéo dài thời gian tùy thuộc vào khả năng chịu đựng của bệnh nhân có thể đến 15-20 phú/lần. Vỗ rung dẫn lưu tư thế mỗi ngày 2-3 lần.
- Có thể dùng nội soi phế quản ống mềm để hút mủ ở phế quản dẫn lưu ổ áp xe. Soi phế quản ống mềm còn giúp phát hiện các tổn thương gây tắc nghẽn phế quản và gắp bỏ dị vật phế quản nếu có.
- Chọc dẫn lưu mủ qua thành ngực áp dụng đối với những ổ áp xe phổi ở ngoại vi, ổ áp xe thông với phế quản, ổ áp xe ở sát thành ngực hoặc dính với màng phổi. Sử dụng ống thông 7-14F, đặt vào ổ áp xe để hút dẫn lưu mủ qua hệ thống hút liên tục.
Các điều trị khác:
- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng cho bệnh nhân.
- Đảm bảo bồi hoàn đủ nước, điện giải, thăng bằng kiềm toan.
- Giảm đau, hạ sốt.
Điều trị ngoại khoa
- Mổ cắt phân thùy phổi hoặc thùy phổi hoặc cả một bên phổi tùy theo mức độ lan rộng với tổng trạng bệnh nhân và chức năng hô hấp trong giới hạn cho phép (FEV1 > 1 lít so với giá trị lý thuyết).
- Ổ áp xe lớn > 10 cm.
- Áp xe phổi mạn tính, điều trị nội khoa không hiệu quả.
- Ho ra máu tái phát hoặc ho máu nặng đe dọa tính mạng.
- Áp xe phổi kết hợp với giãn phế khu trú nặng.
- Có biến chứng dò phế quản - khoang màng phổi.
3.2. Điều trị dự phòng:
- Vệ sinh răng miệng, mũi, họng.
- Điều trị tốt các nhiễm khuẩn răng, hàm, mặt, tai mũi họng. Thận trọng khi tiến hành các thủ thuật ở các vùng này để tránh các mảnh tổ chức rơi vào khí quản.
- Khi cho bệnh nhân ăn bằng ống thông dạ dày phải theo dõi chặt chẽ, tránh không để sặc thức ăn.
- Phòng ngừa các dị vật rơi vào đường thở

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. PGS.TS.Ngô Quý Châu "Bệnh hô hấp, " nhà xuất bản giáo dục việt nam", năm 2012.
2. Rebecca M. Baron, John G. Bartlett : Bronchiectasis and Lung Abscess, Harrisons_ Principles_of_Internal_Medicine_18th_Edition, 2012

3. Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 của Bộ Y tế

CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN

1. ĐỊNH NGHĨA

Là chấn thương của thành ngực hoặc các tạng trong lồng ngực mà không có sự thông thương của khoang màng phổi với môi trường bên ngoài.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

+ Đau ngực, khó thở, ho máu…
+ Hội chứng suy hô hấp: thở nhanh nông, da tím tái, SpO2 giảm…
+ Hội chứng shock mất máu: mạch nhanh, huyết áp tụt.
+ Hội chứng chèn ép tim cấp: Huyết áp tụt kẹt.
+ Tràn khí dưới da, lồng ngực di động bất thường.
+ Hội chứng tràn dịch màng phổi.

2.1.2. Cận lâm sàng:

+ Xquang ngực: có hình ảnh tràn máu, tràn khí màng phổi, gãy xương, dập phổi, trung thất rộng…
+ Siêu âm màng phổi, màng tim: tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng ngoài tim…
+ Siêu âm ổ bụng: đánh giá tổn thương ổ bụng kèm theo.
+ Siêu âm Doppler tim khi nghi ngờ có tổn thương cấu trúc trong tim.
+ CT Scan ngực : Khi siêu âm nghi ngờ tổn thương tim, tổn thương mạch máu lớn, Xquang nghi thoát vị hoành, đụng dập nhu mô phổi nhiều….
+ CT Scan ổ bụng: khi siêu âm ổ bụng có nghi ngờ.
+ Nội soi khí phế quản: khi nghi ngờ tổn thương khí phế quản hoặc đông đặc phổi do dị vật, máu cục…
+ Chụp thực quản cản quang: khi nghi ngờ tổn thương thực quản.
+ Điện tim đồ.
+ Khí máu.
+ Công thức máu: Thiếu máu.
+ Đông máu.
+ Nhóm máu ABO, Rh
+ Xét nghiệm miễn dịch: HIV, HbsAG
+ Sinh hóa máu: glucose,GOT, GPT, creatinin, điện giải đồ, CK, CKMB…

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị: cần đánh giá toàn diện, khẩn trương tránh bỏ sót đa chấn thương để
có thái độ cấp cứu kịp thời.

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1 Sơ cứu ban đầu: theo nguyên tắc ABCD.

3.2.2. Hồi sức ban đầu:

- Thở oxy hoặc đặt nội khí quản khi có suy hô hấp, hôn mê.
- Truyền dịch, máu khi có hội chứng sốt mất máu…

3.2.3. Điều trị nội khoa:

+ Giảm đau, cố định bằng đai.
+ Đảm bảo thông khí thích hợp: thở oxy, thở máy.

3.2.4. Điều trị can thiệp: Chỉ định dẫn lưu màng phổi:

+ Tràn khí màng phổi, tràn máu màng phổi lượng trung bình – nhiều.

+ Tràn khí màng phổi áp lực.
+ Tràn khí màng phổi cần thở máy.
3.2.5. Chỉ định ngoại khoa:
+ Chỉ định mở ngực cấp cứu:
- Dẫn lưu ngực ra máu nhiều hơn 1.500 ml hoặc dẫn lưu ra máu > 200 - 300 ml/giờ/ 3h liên tiếp.
- Dẫn lưu ra máu > 1500 ml/ 24h.
- Sốc mất máu (không kể trường hợp đa thương).
- Chèn ép tim.
- Tổn thương khí phế quản, thực quản.
- Vỡ cơ hoành.
+ Chỉ định mở ngực trì hoãn: sau 24 h.
- Tổn thương khí phế quản bị bỏ sót.
- Tổn thương trong tim.
- Máu đông màng phổi.
- Mủ màng phổi sau chấn thương.
3.3. Điều trị dự phòng:
- Sau mổ cần chụp Xquang phổi, công thức máu sớm trong 24h. Rút dẫn lưu sớm sau 48 – 72h tránh nhiễm trùng khoang màng phổi.
- Những trường hợp chấn thương ngực kín đơn thuần do ngã cao, tai nạn giao thông chưa có biến chứng cần theo dõi khoảng 5 – 7 ngày, chụp lại Xquang 2 ngày/ lần hoặc chụp lại ngay khi lâm sàng có bất thường hoặc và chụp cắt lớp vi tính lồng ngực khi nghi ngờ.
- Những trường hợp đã có dẫn lưu màng phổi cần tái khám sau khoảng 2 tuần để tránh bị tái phát hoặc tiến triển thành ổ cặn màng phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị Bệnh viện Chợ Rẫy – 2018.
2. Phạm Thọ Tuấn Anh (2005), " Chẩn đoán và điều trị chấn thương ngực".
3. Nguyễn Hữu Ước, (2009), Bài giảng sau đại học, Đại học Y Hà Nội, bài (Chấn thương lồng ngực).
4. Nguyễn Công Minh (2005), " Chấn thương khí phế quản", Chấn thương ngực, Giáo trình đại học. NXB Y học.
5. Nguyễn Công Minh(2005), " Lượng giá mức độ nặng của nạn nhân bằng các chỉ số chấn thương" , Chấn thương ngực. NXB Y học.

PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Phình động mạch chủ bụng là khi đường kính động mạch chủ lớn hơn 1,5 lần đường kính động mạch chủ phía trên nó được coi là lành. Phình động mạch chủ (ĐMC) bụng là đoạn ĐMC dưới cơ hoành (trong ổ bụng) bị phình.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

– Không triệu chứng hoặc phát hiện tình cờ

– Đau bụng hoặc thắt lưng. Đau chân. Nôn ra máu hoặc đi ngoài phân đen…

– Khối giữa bụng đập theo nhịp tim, giản nỡ, nghe có thể có tiếng thổi tâm thu

2.1.2. Cận lâm sàng:

+ X-quang ngực thẳng

+ ECG, siêu âm tim đánh giá thiếu máu cơ tim

+ Chức năng hô hấp

+ Nhóm máu

+ Công thức máu toàn bộ

+ Chức năng đông máu cầm máu toàn bộ

+ HbsAg, HIV

+ Xét nghiệm đánh giá chức năng gan, thận

+Điện giải đồ

+ Xét nghiệm rối loạn mỡ máu

+ Xét nghiệm nước tiểu

+ Siêu âm mạch máu ổ bụng

+ Siêu âm mạch cảnh và mạch chi dưới hai bên

+ CLVT (cắt lớp vi tính) đa dãy động mạch chủ - chậu

+ CLVT đa dãy mạch vành hoặc chụp DSA mạch vành (bệnh nhân trên 60 tuổi hoặc nếu nghi ngờ có bệnh lý mạch vành)

2.2. Chẩn Đoán Phân Biệt: MSCT Động mạch chủ bụng.

2.3. Biến Chứng:

– Doạ vỡ, vỡ phình

– Tắc mạch: tắc động mạch thận, động mạch mạc treo, động mạch chậu, động mạch đùi, động mạch khoeo.

– Dò vào đường tiêu hóa: nôn hoặc đi ngoài ra máu lượng nhiều.

– Nhiễm trùng khối phình: đau bụng, sốt, Bạch Cầu tăng. Siêu âm, Cắt lớp vi tính có dịch bao quanh túi phình, giữa thành mạch.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Mục tiêu diều trị

- Ổn định túi phình, phòng ngừa vỡ và phát hiện sớm các biến chứng kèm theo

- Nguyên tắc: tùy theo kích thước khối phình sẽ có chế độ điều trị thích hợp, theo dõi định kỳ hoặc phẫu thuật, can thiệp.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Nội khoa: khối phình nhỏ (đk < 4,5cm).

– Aspirin 80 – 100 mg/ngày + Doxicillin 100 mg/ngày.

– Điều trị cao Huyết áp, rối loạn chuyển hoá lipid nếu có.

– Theo dõi (Siêu âm) mỗi 6 tháng.

3.2.2. Điều trị can thiệp: Can thiệp nội mạch, đặt stent Graft vào khối phình
3.2.2. Ngoại khoa
- Chỉ định:
+ Đường kính túi phình > 4.5cm, và hoặc trong túi phồng có huyết khối bám thành, bóc tách thành động mạch.
+ Phình hình túi.
+ Phình có biến chứng: dọa vỡ, vỡ, chèn ép tạn lân cận, kèm tắc mạch ngoại vi
– Chống chỉ định tương đối:
+ Nhồi máu cơ tim < 6 tháng, suy tim nặng, đau thắt ngực nặng.
+ Suy thận nặng, suy hô hấp nặng (COPD nặng…).
+ Suy giảm trí tuệ nặng.
+ Triển vọng sống < 2năm (ung thư…).
+ Nhiều bệnh phối hợp: tiểu đường, loạn nhịp tim, lao phổi, viêm gan, xơ gan …
+ Quá yếu.
- Kỹ thuật mổ:
+ Mục đích; loại bỏ khối phồng và các biến chứng của nó, sửa chữa thương tổn phối hợp và tái lập tuần hoàn động mạch chủ.
+ Chuẩn bị trước mổ: Công Thức Máu toàn bộ, nhóm máu, đông máu, máu đông, máu chảy,nước tiểu, HbsAg, HIV, chức năng gan, thận, điện giải đồ, bilant mỡ máu (cholesterol, triglycerit, LDL-C, HDL-C, đường máu, XQ ngực thẳng, điện tâm đồ), VDRL (<50 tuổi, phình dạng túi). Siêu âm Doppler tim và mạch cảnh, mạch chi dưới, MSCTA dựng hình ĐMC bụng và 2 chân. MSCTA dựng hình ĐM vành (Bệnh nhân>60 tuổi, nghi ngờ có bệnh mạch vành) … hoặc chụp DSA mạch vành. Chuẩn bị ổ bụng như mổ tiêu hoá (vệ sinh, ăn nhẹ, an thần hôm trước, nhịn ăn, thụt tháo ngày trước mổ). Kháng sinh dự phòng.
+ Đường mổ: trong phúc mạc, mở bụng trên dưới rốn, khống chế hai đầu trên dưới khối phồng, mở dọc túi phồng, lấy huyết khối, khâu các động mạch thắt lưng, ghép mạch nhân tạo, đóng lại vỏ túi phồng.
- Biến chứng sớm sau mổ:
+ Chảy máu: mổ lại cầm máu
+ Tắc mạch:mổ lấy huyết khối hoặc làm lại cầu nối
+ Suy thận, tim, hô hấp: phối hợp điều trị nội khoa
+ Nhiễm trùng mạch ghép: mổ lại lấy bỏ mạch ghép + cầu nối ngoài giải phẫu.
- Điều trị và theo dõi sau mổ:
Chăm sóc bệnh nhân như phẫu thuật ổ bụng, kháng sinh, giảm đau, chống đông.
3.3. Điều trị dự phòng
Tái khám sau ra viện 1 tháng, 3 tháng và mỗi 6 tháng: khám lâm sàng mạch máu, siêu âm Doppler mạch chủ bụng nhân tạo + mạch máu chi dưới, MSCT động mạch chủ bụng sau mổ 6 tháng.
Sơ đồ chẩn đoán và điều trị phình Động mạch chủ bụng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên ngành phẫu thuật tim mạch – lồng ngực, Bộ y tế 2018
2. Phác đồ điều trị bệnh viện Bình dân
3. Courtney M. Townsend, JR., MD (2012): Section XII Vascular, Chapter 62 The Aorta, Abdominal aortic aneurysm - Sabiston Textbook Of Surgery -19th Ed. P.1697-1710.
4. Henry Haimovici (2004): Part VII Aortic and Peripheral Aneurysms, Chapter 59 Abdominal aortic aneurysm - Vascular Surgery. P.703-736.

5. Rutherford (2008): Abdominal aortic aneurysm - Vascular Surgery. P.294-310.
6. Văn Tần và CS (2012); Biến chứng tử vong và theo dõi sau mổ phình động mạch chủ bụng tại Bệnh viện Bình dân; Tạp chí Ngoại Khoa số 1-2-2/2012; Tổng hội Y Học Việt Nam; Tr 204-212.

SUY GIÃN TĨNH MẠCH NÔNG CHI DƯỚI

1. ĐỊNH NGHĨA

Suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới mạn tính là tình trạng tĩnh mạch nông dãn, chạy quanh co, thấy rõ dưới da của chi dưới và có dòng chảy trào ngược.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Cơ năng

- Đau tức 1 hoặc 2 chân, nhất là bắp chân, giảm khi kê cao chân
- Chuột rút về đêm
- Nặng và mỏi chân thường xuất hiện về cuối ngày, nhiều khi sau đứng lâu, giảm hoặc mất đi sau một đêm ngủ dậy
- Tê bì hoặc dị cảm giống kiến bò

Thực thể

- Xuất hiện ngay dưới da nhiều Tĩnh mạch nhỏ, có khi tập trung lại tạo thành mạng lưới rải rác ở vùng dùi và cẳng chân
- Chi dưới nổi các búi tĩnh mạch dãn to, chạy ngoằn ngoèo nhìn thấy rõ dưới da, thường thấy ở mặt trong gối, trong và sau cẳng chân
- Vết loét trên da đã lành hoặc đang tiến triển
- Phù mắt cá trong, đôi khi phù cẳng bàn chân, phù nhiều về chiều và giảm hoặc mất sau khi ngủ dậy
- Sờ các tĩnh mạch thấy tĩnh mạch xơ cứng.

Phân độ: Theo C.E.A.P (Clinique-Etiologie-Anatomie-Physiopathologie)

+ Độ 0: chỉ có triệu chứng cơ năng
+ Độ 1: Dãn mao mạch, tĩnh mạch dạng lưới
+ Độ 2: Dãn rõ các tĩnh mạch dưới da (tĩnh mạch hiển)
+ Độ 3: Phù nhưng không thay đổi màu sắc da
+ Độ 4: Da xạm, chàm, xơ mỡ bì.
+ Độ 5: Như độ 4 kèm loét đã lành.
+ Độ 6: Như độ 4 kèm loét đang tiến triển

2.1.2. Cận lâm sàng

+ X-quang ngực thẳng
+ ECG(điện tim), siêu âm tim ở bệnh nhân trên 60 tuổi, nghi ngờ mắc bệnh lý van tim
+ Xét nghiệm nhóm máu
+ Công thức máu toàn bộ
+ Chức năng đông máu cầm máu toàn bộ
+ HbsAg, HIV
+ Xét nghiệm đánh giá chức năng gan, thận, đường máu
+Điện giải đồ
+ Xét nghiệm nước tiểu
+ Siêu âm Doppler mạch máu chi dưới đánh giá: Dòng phụt ngược ở tĩnh mạch hiển, tĩnh mạch sâu hay tĩnh mạch xuyên, tình trạng van, huyết khối. Đo đường kính tĩnh mạch đùi, tĩnh mạch hiển để chẩn đoán

2.2. Chẩn đoán phân biệt

+ Với nguyên nhân bẩm sinh: bệnh xuất hiện ngay từ lúc mới sinh. Dãn Tĩnh mạch tập trung ở đầu chi, rồi theo thời gian lan dần lên gốc chi.

+ Giai đoạn có phù:
- Phù do suy Tĩnh mạch ít khi phù nhiều, thường là phù mắt cá chân trong, xuất hiện vào cuối ngày và mất đi sau 1 đêm ngủ dậy.
- Phù do thiểu dưỡng, suy tim, suy thận...: thường phù nhiều, có khi thường kèm phù ở những nơi khác như mi mắt, mặt, chi trên, bìu ở nam và môi lớn ở nữ. Ngoài ra, còn những biểu hiện của bệnh nguyên nhân: suy tim, suy thận...
- Chân to do phù mỡ, phù chân voi do nhiễm giun, phù do huyết khối Tĩnh mạch sâu.
+ Chẩn đoán phân biệt với thay đổi da trong viêm mạch tự miễn: bệnh gặp ở giới trẻ, những vết sạm da quanh các nút động mạch rải rác khắp chi.
+ Với giai đoạn có loét:
- Loét trong viêm tắc Động mạch mạn tính do xơ vữa hoặc tiểu đường thường ở đầu chi, loét do suy TM thường ở mặt trong cẳng chân.
- Loét trong dò động - tĩnh mạch thường ở bất kì vị trí nào có tổn thương da dưới chỗ dò.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc và mục tiêu điều trị
- Điều trị dòng máu phụt ngược trong lòng tĩnh mạch sâu, tĩnh mạch nông và tĩnh mạch xuyên.
- Điều trị búi tĩnh mạch giãn tại chỗ.
- Điều trị chăm sóc bệnh nhân loét tĩnh mạch.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị nội khoa và bảo tồn

Chỉ định: Phân độ C0, C1, C2
- Thay đổi lối sống: hoạt động thể chất, giảm béo phì. Tránh bó chặt ở bắp chân, nằm ngủ kê cao chân. Tập đi bộ để tăng cường hồi lưu tĩnh mạch từ hệ nông vào sâu, xoa bóp cơ bắp chân…
- Băng ép chân bằng băng thun hoặc mang tất đàn hồi.
- Thuốc: dùng các thuốc trợ tĩnh mạch như Da fl on, Routin C, Veinamitol,…sử dụng để làm giảm phù chân và cải thiện một số triệu chứng như loét, nặng tức.., thường dùng liệu trình khoảng 3 tháng và lập lại khi tái xuất hiện triệu chứng.

3.2.2. Điều trị ngoại khoa

Chỉ định: Từ C2 trở lên, điều trị nội khoa không kết quả
- Phẫu thuật stripping chỉ định cho mọi trường hợp cần bỏ đi tĩnh mạch hiển lớn hoặc tĩnh mạch hiển bé.
- Phẫu thuật stripping rút bỏ tĩnh mạch hiển lớn từ vị trí đổ vào tĩnh mạch đùi cho tới mắt cá trong cổ chân. Thắt các nhánh bên gần chỗ đổ vào tĩnh mạch đùi để giảm tái phát.
- Phẫu thuật Muller: Cắt bỏ các búi tĩnh mạch giãn tại những vị trí mà phẫu thuật stripping không lấy hết (Phlébectomie).
- Băng ép sau mổ để giảm biến chứng tụ máu vết mổ.
- Biến chứng thường gặp: chảy máu, tụ máu vết mổ, huyết khối tĩnh mạch sâu, nhiễm trùng vết mổ, tổn thương thần kinh hiển.

3.2.3.Điều trị can thiệp
- Điều trị nhiệt nội tĩnh mạch (Laser, tần số radio) là điều trị lựa chọn cho suy tĩnh mạch hiển và các nhánh. Chống chỉ định điều trị nhiệt nội tĩnh mạch: không sờ thấy mạch ở bàn chân, bệnh nhân bất động, tình trạng sức khỏe chung kém, huyết khối tĩnh mạch sâu, có thai, tĩnh mạch hiển xoắn vặn không thể đưa catheter vào nội tĩnh mạch.

3.3. . Tái khám và theo dõi
- Tái khám sau 1 tháng can thiệp hay phẫu thuật
- Điều trị thuốc trợ tĩnh mạch ít nhất 6 tháng.

- Hướng dẫn tập vận động, trách tư thế xấu ảnh hưởng đến tĩnh mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên ngành phẫu thuật tim mạch – lồng ngực, Bộ y tế 2018

2. Chẩn đoán và điều trị suy tĩnh mạch chi dưới, Cập nhật phác đồ điều trị, phác đồ 69 – 2019, Ban biên soạn phác đồ điều trị viện tim TP. HCM

3. Rutherford RB, et al. Revision of CEAP classi fi cation for chronic venous disorders: consensus statement. J Vasc Surg 2004; 40: 1248-52.

4. Almeida JI. RFA versus laser versus chemical schlerotherapy for endoablation of the saphenous vein. Vasc 2005; 13: S16.

5. Gloviczki P, Comerota Aj, Dalsing MC et al . The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. Journal of Vascular Surgery 2011.

6. American College of Phlebology Guidelines for The Treatment of Superfi cial VenousDisease of The Lower Leg 2017.

TĂNG TIẾT MỒ HÔI TAY

1. ĐỊNH NGHĨA:
Tăng tiết mồ hôi tay là tình trạng đổ mồ hôi nhiều hơn so với sinh lý cơ thể trong điều kiện nhiệt độ bình thường. Có khoảng 1% dân số bị tăng tiết mồ hôi tay.
2. CHẨN ĐOÁN:
2.1 Chẩn đoán xác định:
Lâm sàng:
Ra mồ hôi ở bàn tay làm ảnh hưởng đến công việc và sinh hoạt hằng ngày.
Bảng 1: Phân độ tăng tiết mồ hôi
Cận lâm sàng
- Công thức máu.
- Đông máu.
- Nhóm máu ABO, Rh.
- Xét nghiệm miễn dịch: HIV, HbsAg.
- Sinh hóa máu: creatinin, GOT, GPT, Điện giải đồ.
- Nước tiểu.
- X-quang lồng ngực: Phát hiện bất thường chống chỉ định phẫu thuật.
- Siêu âm ổ bụng: Đánh giá các cơ quan, tìm phát hiện các ổ áp xe nguyên phát.
- Điện tim.
3. ĐIỀU TRỊ:
3.1. Nguyên tắc/ mục tiêu điều trị:
- Làm giảm, hết tăng tiết mồ hôi ở hai tay.
- Tăng chất lượng cuộc sống.
3.2. Điều trị cụ thể:
- Điều trị nội khoa
+ Ức chế anticholinergic, propanolol, thuốc ức chế thụ thể alpha 2, nhóm mở kênh Clo, ức chế kênh Calci, NSAIDS.
- Điều trị tại chỗ: sử dụng muối nhôm, liệu pháp ion hóa. Nhược điểm phương pháp này là kích thích da thái quá, khiến da khô và tróc. Không sử dụng được trong điều trị tăng tiết mồ hôi nách.
- Điều trị can thiệp (thủ thuật)
+ Tiêm Botulinum toxic A xuyên da, tại chỗ tiếp giáp " thần kinh cơ": giúp giảm tăng tiết trong 6-8 tháng, nhưng phải tiêm 2-3 lần mỗi năm, nhiều tai biến, đắt tiền và đau nhức nên ngày nay người ta chọn phẫu thuật nội soi, hiệu quả và ít biến chứng hơn
+ Thủ thuật tiêm nước sôi, huyết thanh nóng, cồn 90 độ cho kết quả không cao, nhiều tai biến
- Điều trị ngoại khoa
+ Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt hạch giao cảm N3 là phương phát đang được ứng dụng hiện nay. Thời gian cho phẫu thuật này tương đối nhanh và khả năng phục hồi sau mổ ngắn. Người bệnh có thể xuất viện sau khoảng 2 ngày điều trị.
+ Chỉ định phẫu thuật: từ độ 1 trở lên, triệu chứng xảy ra trong vòng 6 tháng và có kèm các yếu tố:
Xảy ra nhiều hơn hai lần trong ngày
Ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày, gây tâm lý lo lắng
Có yếu tố gia đình kèm theo
Không xảy ra khi ngủ

Bệnh nhân >16 tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Ngọc Bích (2008): Kết Quả Điều Trị Bệnh Ra Mồ Hôi Tay, Nách, Mặt Bằng Nội Soi Lồng Ngực. Tạp Chí Y Học TPHCM. Trang 45-51.

2. Văn Tần (2005): Tiến Bộ Trong Phẫu Thuật Điều Trị Bàn Tay Ướt Do Mồ Hôi Qua NSLN. Tạp Chí Y Học TPHCM. Trang 10-16.

3. Huỳnh Quang Khánh, Nguyễn Văn Khôi (2016), " Phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị tăng tiết mồ hôi tay", Phẫu thuật nội soi lồng ngực, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.155-166.

4. Nguyễn Công Minh (2014), " Phẫu thuật nội soi cắt hạch giao cảm ngực trong điều trị bệnh tăng tiết mồ hôi tay và nách", Cập nhật điều trị các bệnh lồng ngực trung thất mạch máu, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.314-331

5. Gossot D (2009): Early Complications Of Thoracic Endoscopic Sympathectomy. P 34-36.

6. Herbst F (2010): Endoscopic Thoracic Sympathectomy For PH Of Upper Limb. P.11-15.

7. Sabiston & Spencer(2010): Plate 70 Hyperhirisis - Surgical Of The Chest - 8th Ed. P101-104.

TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI

1. ĐỊNH NGHĨA:
Tràn dịch màng phổi (TDMP) là tình trạng xuất hiện dịch trong khoang màng phổi nhiều hơn mức bình thường (khoảng 10 ml).
2. CHẨN ĐOÁN:
2.1. Chẩn đoán xác định:
2.1.1. Lâm sàng
- Khó thở.
- Đau ngực (đau nhói, tăng khi hít sâu).
- Hội chứng 3 giảm (Âm phế bào giảm, rung thanh giảm, gõ đục).
2.1.2. Cận lâm sàng
- Công thức máu.; Đông máu.
- Nhóm máu ABO, Rh.
- Xét nghiệm miễn dịch: HIV, HbsAg.
- Sinh hóa máu: creatinin, GOT, GPT, Điện giải đồ có thể có rối loạn.
- Nước tiểu.
- Nhuộm soi trực tiếp và nuôi cấy vi khuẩn từ dịch màng phổi. Làm kháng sinh đồ nếu thấy vi khuẩn mọc.
- Xét nghiệm sinh hoá, miễn dịch dịch màng phổi: PCR lao, Protein C, Protein, Glucose, Clo.
- Xét nghiệm tìm tế bào dịch màng phổi.
- Giải phẫu bệnh màng phổi: Chẩn đoán nguyên nhân, chẩn đoán phân biệt tổn thương.
- Hình ảnh phim X-quang phổi: TDMP số lượng ít chỉ thấy góc sườn hoành tù, sớm nhất là góc sườn hoành phía sau trên phim nghiêng. TDMP trung bình thấy hình mờ đậm, đồng đều, ở 1/3 dưới phế trường, có thể thấy đường cong mà phía lõm quay lên trên (đường cong Damoiseau). TDMP nhiều: mờ đều quá 1/2 phổi, đẩy tim sang bên đối diện.
- Siêu âm màng phổi: Giúp chẩn đoán và phát hiện tràn dịch, vị trí tràn dịch trong khoang màng phổi.
- Siêu âm ổ bụng: Đánh giá dịch ổ bingj trong tràn dịch đa màng.
- Chụp CT Scan ngực: Giúp xác định và chẩn đoán tổn thương.
- Nội soi phế quản: Giúp phát hiện các tổn thương gây tắc nghẽn phế quản và gắp bỏ dị vật phế quản nếu có.
- Chọc dò màng phổi có dịch: là tiêu chuẩn vàng.
- Điện tim.
Bảng: Phân biệt tràn dịch màng phổi dịch thấm và dịch tiết
Lưu ý: bệnh nhân được chẩn đoán tràn dịch màng phổi dịch tiết khi có ít nhất 1 tiêu chuẩn phù hợp với dịch tiết.
2.2. Chẩn đoán phân biệt:
*Dịch thấm:
- Hội chứng thận hư, suy thận mạn.
- Xơ gan cổ trướng.
- Suy tim trái không hồi phục.
- Thẩm phân phúc mạc.
- Suy giáp.
- Hội chứng Demon-Meigs.

- Suy dinh dưỡng.
*Dịch tiết:
- Do lao.
- Do ung thư.
- Do nhiễm trùng phổi và màng phổi (vi khuẩn, nấm, vi rút ký sinh trùng như a míp, sán lá phổi, sán lá gan lớn).
- Do nghẽn tắc động mạch phổi.
- Do các bệnh hệ thống (lupus, viêm khớp dạng thấp...).
* Tràn dịch màng phổi dịch màu máu: dịch có màu đỏ máu, Hemoglobin dịch màng phổi/hemoglobin máu < 0,5.
Ung thư màng phổi, ung thư di căn tới màng phổi.
Lao màng phổi.
Tràn máu màng phổi: tỷ lệ hemoglobin dịch màng phổi/ hemoglobin máu > 0,5.
- Do chấn thương lồng ngực.
- Ung thư màng phổi, ung thư di căn tới màng phổi.
- Tai biến của các thủ thuật thăm dò màng phổi: chọc dò màng phổi, sinh thiết màng phổi,…
- Vỡ phình tách động mạch chủ ngực.
- Bệnh Rendu Osler.
* Tràn dưỡng chấp màng phổi: Dịch màng phổi trắng như sữa, tái phát rất nhanh. Soi vi thể thấy những giọt mỡ. Mỡ toàn phần của dịch màng phổi 1-4 g/100 ml. Triglycerid dịch màng phổi > 110 mg%.
- Do chấn thương lồng ngực.
- Phẫu thuật lồng ngực gây lỗ dò ống ngực - màng phổi.
- Viêm bạch mạch do lao, giun chỉ.
- Do ung thư hệ lympho hoặc ung thư phế quản di căn.
* Các nguyên nhân TDMP thường gặp trên lâm sàng bao gồm:
- Lao màng phổi.
- Viêm phổi màng phổi.
- Suy tim sung huyết.
- Ung thư.
- Xơ gan.

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc/ mục tiêu điều trị:
- Lấy hết dịch khoang màng phổi trả lại chức năng hô hấp cho bệnh nhân.
- Giải quyết nguyên nhân.
3.2. Điều trị cụ thể:
- Điều trị nội khoa
- Điều trị TDMP dịch thấm:
Điều trị bệnh nguyên phát. Chọc tháo dịch màng phổi trong trường hợp TDMP quá nhiều gây khó thở.
- Điều trị TDMP dịch tiết: Điều trị triệu chứng. TDMP nhiều có suy hô hấp:
+ Thở ôxy.
+ Chọc tháo dần chia làm nhiều lần, mỗi lần ≤ 1 lít.
+ Phục hồi chức năng hô hấp sớm và kéo dài.
- TDMP nhiều, tái phát nhanh do ung thư:
+ Gây dính màng phổi bằng bột talc, povidon iod...
(Không gây dính khi tràn dịch mà phổi không nở được hoàn toàn (như trong xẹp phổi), hay có kèm theo tràn dịch màng ngoài tim.)

* Điều trị căn nguyên:
- Tràn dịch màng phổi do nhiễm khuẩn phổi màng phổi (đọc thêm bài hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tràn mủ màng phổi):
Chọc tháo, mở màng phổi dẫn lưu sớm, kết hợp bơm rửa hàng ngày với natriclorua 0,9%.
Trường hợp tràn mủ màng phổi khu trú, đã vách hóa: cần tiến hành mở màng phổi dưới hướng dẫn của siêu âm màng phổi hoặc chụp cắt lớp vi tính lồng ngực.
Kháng sinh: dùng trong 4 - 6 tuần.
Đường tiêm tĩnh mạch, liều cao, thích hợp với các vi khuẩn gây bệnh trong các trường hợp viêm màng phổi do vi khuẩn, dùng ít nhất 2 kháng sinh.
Lúc đầu khi chưa có kháng sinh đồ nên dùng kháng sinh có tác dụng với vi khuẩn kỵ khí, phế cầu và các trực khuẩn Gram (-): Amoxicilin -Aacid Clavulanic 3-6 g/ngày hoặc Cephalosporin thế hệ 3: 3-6 g/ngày; dùng kết hợp với Gentamycin 3-5 mg/kg/ngày tiêm bắp 1 lần hoặc Amikacin 15 mg/kg/ngày tiêm bắp 1 lần.
Nếu không có điều kiện có thể dùng Penicilin liều cao (20-50 triệu đơn vị/ngày tuỳ theo cân nặng).
Nếu dị ứng với Penicilin thì dùng Clindamycin.
Thay đổi thuốc theo diễn biến lâm sàng và kết quả kháng sinh đồ.
Điều trị các bệnh toàn thân, các ổ nhiễm trùng nguyên phát.
- Điều trị tràn dịch màng phổi do lao:
(Theo phác đồ điều trị lao màng phổi)
- Phục hồi chức năng: Tập thở, thổi bóng, tập các động tác làm giãn nở lồng ngực bên bị bệnh sớm và kéo dài.
- Điều trị TDMP do các căn nguyên khác: Tuỳ theo căn nguyên.
+ Trong tràn dưỡng chấp màng phổi: ngoài trường hợp can thiệp ngoại khoa được thì việc điều trị chủ yếu là chế độ ăn hạn chế lipid.
- Điều trị ngoại khoa
Nội soi khoang màng phổi để phá bỏ các vách ngăn bóc dính màng phổi.
Phẫu thuật bóc màng phổi, ổ cặn màng phổi trong trường hợp viêm dày màng phổi sau một tháng điều trị nội khoa tích cực không giải quyết được.
Cắt bỏ u nang buồng trứng trong hội chứng Demon-Meigs.
Lấy dị vật như mảnh đạn nằm cạnh màng phổi.
Thắt ống ngực trong trường hợp tràn dưỡng chấp màng phổi do vỡ, tắc ống ngực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bordow, Ries et al: Manual of clinicalproblem inpulmonary medicine 2001, 72-74
2. Fraser and Pore ’s Diagnosis of diseases of the chest 1999 Vol 1 382-385.
3. Jacque Wallach Interpretation of diagnostic test 128- 142
4. Bộ Y Tế (2015), hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp.

TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI

1. ĐỊNH NGHĨA:
Là sự hiện diện của khí trong khoang màng phổi.
2. CHẨN ĐOÁN:
2.1. Chẩn đoán xác định:
2.1.1. Lâm sàng:
- Đau ngực,
- Khó thở,
- Tam chứng Galliard 2 giảm 1 tăng: giảm âm phế bào, giảm rung thanh, gõ vang.
2.1.2. Cận lâm sàng:
- Xquang phổi thẳng, nghiêng : Khoảng tăng sáng vô mạch.
- CT ngực: có tràn khí màng phổi, đồng thờicó kén khí cùng bên và sàng lọc kén khí đối bên.
- Công thức máu: có thiếu máu khi chảy máu do đứt dây chằng đỉnh phổi, Bạch cầu tăng khi có viêm phổi, hoặc nhiễm trùng khoang màng phổi.
- Nhóm máu ABO, Rh.
- Đông máu.
- Xét nghiệm miễn dịch: HIV, HbsAg.
- Sinh hóa máu: creatinin, GOT, GPT, Điện giải đồ.
- Điện tim đồ: khi có đau ngực, khó thở.
3. ĐIỀU TRỊ:
3.1. Nguyên tắc điều trị:
Chỉ định phẫu thuật dẫn lưu màng phổi tối thiểu là chủ yếu.
3.2.Điều trị cụ thể:
+ Cấp cứu ban đầu:
- Thở oxy khi có khó thở nhiều.
- Mở màng phổi tối thiểu tại chỗ khi có chẩn đoán tràn khí màng phổi áp lực gây suy hô hấp cấp.
+ Điều trị hồi sức thì đầu: nếu có suy hô hấp mà nghi ngờ tràn khí màng phổi áp lực thì cần mở dẫn lưu màng phổi áp lực tại chỗ trước khi đặt nội khí quản.
+ Điều trị nội khoa:
- Bảo tồn theo dõi khi tràn khí màng phổi lượng ít và khi có triệu chứng lâm sàng mức độ nhẹ.
- Thở oxy liệu pháp.
- Kháng sinh.
- Giảm đau.
+ Điều trị can thiệp: Đặt catheter dẫn lưu màng phổi khi tràn khí màng phổi lượng ít và lâm sàng khó thở mức độ nhẹ.
+ Điều trị ngoại khoa:
- Dẫn lưu màng phổi hút liên tục khi tràn khí màng phổi lượng trung bình trở lên, kèm lâm sàng khó thở mức độ vừa trở lên.
- Mổ khâu lỗ thủng nhu mô, phế quản, cắt kén khí với trường hợp tràn khí màng phổi tái phát và hoặc trên CT có kén khí phổi.
3.3. Điều trị dự phòng:
- Gây dính màng phổi hạn chế nguy cơ tái phát.
- Điều trị phối hợp: Kháng sinh (dùng nhóm Cephalosporin thế hệ 3, Quinolon...),

giảm đau, Oxy, các thuốc phối hợp bệnh lý khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO.

1. Phác đồ điều trị Bệnh viện Chợ Rẫy 2018.

2. PGS. TS Nguyễn Hoài Nam(2015) "Điều trị tràn khí màng phổi bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực". Nhà xuất bản Y học.

3. Nguyễn Công Minh(2010) " Điều trị ngoại khoa bệnh lý phổi – màng phổi". Nhà xuất bản Y học.

4. PGS.TS.Ngô Quý Châu (2012, Bệnh hô hấp, " Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam"

5. Nguyễn Thế Hiệp (2002), Bài giảng bệnh học và điều trị ngoại khoa, nhà xuất bản Y học.

UNG THƯ PHỔI NGUYÊN PHÁT

1. ĐỊNH NGHĨA:

Ung thư phổi nguyên phát là kết quả của sự phân chia và phát triển bất thường của những tế bào trong mô phổi, hoặc trong đường hô hấp dẫn đến phổi. Quá trình tế bào phân chia nhanh chóng, tuy nhiên, không chết đi, dẫn tới sự tích tụ của khối u.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

+ Triệu chứng tại phổi:

- Ho, ho ra máu.
- Nhiễm trùng hô hấp.
- Đau ngực, khó thở.

+ Triệu chứng lan tỏa, di căn:

- Khàn giọng, hội chứng chép tĩnh mạch chủ trên, khó thở do tràn dịch màng phổi, màng tim ; khó nuốt, hội chứng Horner.

+ Triệu chứng của di căn ngoài ngực: gan, não, thượng thận, xương, thận…

2.2.2.Cận lâm sàng:

- Công thức máu: có thể có thiếu máu. Hoặc BC tăng khi có bội nhiễm trong u.
- Đông máu.
- Nhóm máu ABO, Rh.
- Xét nghiệm miễn dịch: HIV, HbsAg.
- Sinh hóa máu: creatinin, GOT, GPT, Điện giải đồ.
- Xquang phổi thẳng và nghiêng: Cho biết vị trí u, xâm lấn màng phổi, tràn dịch màng phổi, liệt hoành, xẹp phổi, đông đặc phổi, hủy xương đòn, hạch lớn trung thất.
- Điện tim đồ: cần thiết vì bệnh nhân thường có đau ngực kèm theo.
- Chụp cắt lớp vi tính (CT scanner) có tiêm thuốc cản quang : cho biết đặc điểm u, liên quan và xâm lấn cấu trúc xung quanh, di căn hạch.
- CT scanner sọ não và ổ bụng… giúp tìm các tổn thương di căn xa…
- Chụp MRI: có giá trị trong u phổi xâm lấn cột sống, ống sống…
- PET (positron emission tomography): đánh giá di căn toàn thân.
- Xạ hình xương: đánh giá di căn xương.

-Sinh thiết u qua thành ngực dưới hướng dẫn của CT scanner và xét nghiệm mô bệnh học thường quy.

- Nội soi phế quản: chẩn đoán, phân giai đoạn bệnh. Kết hợp sinh thiết u xuyên phế quản khi có chỉ định, kèm xét nghiệm nuôi cấy vi khuẩn, AFB, tế bào học, vi nấm nhuộm soi...
- Sinh thiết hạch thượng đòn: sinh thiết bằng kim nhỏ và mổ bóc lấy trọn hạch.
- Nội soi lồng ngực: Chẩn đoán và cắt nốt phổi đơn độc có làm sinh thiết lạnh tức thì; đánh giá hạch trung thất, tràn dịch màng phổi.
- Mở ngực chẩn đoán: mở ngực làm sinh thiết tức thì làm chẩn đoán, phân giai đoán bệnh và điều trị.
- Chất chỉ thị ung thư (Tumor Marker): CYFRA 21.1, CEA...

PHÂN GIAI ĐOẠN TNM

- Giai đoạn 0: Tis N0 M0
- Giai đoạn IA: T1N0M0
- Giai đoạn IB: T2N0M0
- Giai đoạn IIA: T1N1M0

- Giai đoạn IIB: T2N1M0, T3N0M0
- Giai đoạn IIIA: T3N1M0, T1-3N2M0
- Giai đoạn IIIB: T4N0-2M0; bất kỳ T, N3M0.
- Giai đoạn IV : bất kỳ T, N, M1.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

Chỉ định điều trị tùy thuộc tùy theo type tế bào học và giai đoạn TNM. Trong đó phẫu thuật cắt thùy phổi được chỉ định cho u phổi nguyên phát không tế bào nhỏ ở giai đoạn I đến IIIA.

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1 .Chỉ định phẫu thuật:

- Phẫu thuật cắt thùy phổi kèm nạo vét hạch. Hóa trị bổ xung sau mổ với giai đoạn I, II, IIIA.
- Giai đoạn IIIB: xạ hay hóa trị. Chỉ định mổ trong một số trường hợp sau:

+ Tổn thương carina: Phẫu thuật cắt lá phổi, tạo hình khí quản, nối với phế quản đối bên.
+ Nhiều u trên 1 thùy phổi: Phẫu thuật cắt thùy phổi.
+Xâm lấn các cơ quan lân cận: phẫu thuật trong một số trường hợp chọn lọc.

- M1: u di căn đơn độc:

+Não: phẫu thuật cả u não và phổi nếu u có thể cắt được.
+Tuyến thượng thận: phẫu thuật cắt 2 u nếu được.
+ Các vị trí khác: nếu u di căn cắt được và tổng trạng bệnh nhân cho phép thì nên phẫu thuật.

3.2.2. Điều trị nội khoa:

- Hóa chất, xạ trị với typ ung thư phổi tế bào nhỏ.
- Điều trị triệu chứng với ung thư phổi giai đoạn III B, IV và hoặc thể trạng già yếu không cho phép phẫu thuật, hóa trị, xạ trị.

3.3. Điều trị dự phòng:

- Với các khối u kích thước dưới 3 cm, có thể phẫu thuật nội soi cắt u làm xét nghiệm tức thì. Nếu u ác thì chuyển cắt thùy.
- Sau mổ bệnh nhân được theo dõi mỗi tháng trong 6 tháng đầu, sau đó 3 tháng/ lần trong 2 năm; sau đó mỗi 1 năm: đánh giá lâm sàng, hình ảnh học và các chất chỉ thị ung thư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 4825/ QĐ – BYT, ngày 6/8/2018 về việc ban hành tài liệu chuyên môn " Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ".
2. Phác đồ điều trị ung thư phổi – Bệnh viện Chợ Rẫy 2018.
3. PGS.TS.Ngô Quý Châu "Ung thư phổi" nhà xuất bản Y học", năm 2008.
4. Nguyễn Công Minh(2010) " Điều trị ngoại khoa bệnh lý phổi – màng phổi". Nhà xuất bản Y học.
5. Nguyễn Công Minh(2008), " Kết hợp điều trị đa mô thức trong điều trị ung thư phổi không phải tế bào nhỏ tại bệnh viện Chợ Rẫy".

VẾT THƯƠNG NGỰC HỞ

1. ĐỊNH NGHĨA:
Vết thương ngực là các tổn thương lồng ngực trong đó có mất sự liên tục của da và thành ngực.
2. CHẨN ĐOÁN:
2.1. Chẩn đoán xác định:
2.1.1. Lâm sàng:
-Cơ năng: đau ngực, khó thở, ho ra máu...
- Thực thể:
+ Vết thương ngực kín: Miệng vết thương thường nhỏ, có thể sờ thấy dấu hiệu "lép bép" do tràn khí dưới da quanh vết thương và vùng ngực, cổ.
+ Vết thương ngực mở: Tại chỗ vết thương thấy có tiếng phì phò và sùi bọt máu theo nhịp thở của bệnh nhân.
+ Vết thương ngực van: Tại chỗ vết thương có thể thấy tiếng rít của khí trời lọt vào khoang màng phổi trong thì thở vào gây khó thở nặng, vật vã, tím tái, huyết áp hạ, nhịp tim nhanh, tĩnh mạch cổ nổi, tràn khí dưới da…
+ Vết thương tim-màng tim: Thường tương ứng với vùng đục của tim, có hội chứng mất máu cấp hoặc hội chứng chèn ép tim cấp (tam chứng Beck).
+ Vết thương ngực-bụng: Vị trí vết thương thường từ dưới liên sườn V trở xuống. Lâm sàng: đau bụng, xuất huyết trong ổ bụng, viêm phúc mạc, thoát vị tạng ở bụng lên ngực gây rối loạn hô hấp và tuần hoàn nặng.
2.1.2. Cận lâm sàng:
- Chụp X.quang lồ ngngực thẳng: tràn máu, tràn khí màng phổi, trung thất bị đẩy lệch, tràn khí trung thất….
- Siêu âm màng tim, màng phổi.
- Siêu âm Doppler tim khi nghi ngờ vết thương tim.
- Điện tim đồ.
- Khí máu.
- Công thức máu.
- Đông máu.
- Nhóm máu ABO, Rh
- Xét nghiệm miễn dịch: HIV, HbsAG
- Sinh hóa máu: glucose, GOT, GPT, creatinin, điện giải đồ, CK, CKMB…
- Chụp CLVT lồng ngực khi Xquang, siêu âm chẩn đoán chưa chắc chắn tình trạng tràn máu, tràn khí màng phổi hay khi nghi ngờ vết thương tim.
2.2 . Chẩn đoán phân biệt:
- Siêu âm ổ bụng, chụp CLVT ổ bụng khi nghi ngờ vết thương ngực bụng.
3. ĐIỀU TRỊ:
3.1. Nguyên tắc điều trị:
Phải nhanh chóng khám xác định các triệu chứng quan trọng để đánh giá ngay mức độ sốc, suy tuần hoàn và suy hô hấp cấp để có thái độ xử trí kịp thời.
3.2. Điều trị cụ thể:
- Cấp cứu ban đầu:
+Cấp cứu tại chỗ: Bằng mọi cách (dùng ngón tay, đệm gạc... hay các vật dụng tại chỗ khác) bịt kín ngay lỗ vết thương thành ngực để biến vết thương ngực mở thành vết thương ngực kín.

+ Nếu bệnh nhân có suy hô hấp do tràn khí màng phổi có van qua vết thương: Phải giảm áp ngay khoang màng phổi bằng cắm một kim to (tốt nhất là kim có van thoát khí ra theo một chiều) vào khoang màng phổi qua khe liên sườn 2 trên đường giữa đòn. Đồng thời nếu là tràn khí do van ngoài thì phải tìm cách bịt kín ngay lỗ van đó lại để biến nó thành
vết thương ngực kín.
+ Giảm đau: Toàn thân và tại chỗ.
- Điều trị hồi sức thì đầu:
+ Cấp cứu chống sốc, chống suy hô hấp và suy tuần hoàn nếu có: tụt huyết áp, chỉ số sốc > 1.
- Điều trị nội khoa:
+ Kháng sinh, nâng đỡ toàn trạng...dự phòng các biến chứng viêm phổi-phế quản và đặc biệt là biến chứng viêm mủ màng phổi.
- Điều trị thủ thuật:
+ Vết thương thành ngực nhỏ: Thường chỉ cần sát trùng tốt, băng vô khuẩn, không cần phải cắt lọc.
+ Vết thương rộng, có nhiều tổ chức giập nát: Phải mổ cắt lọc vết thương (tránh làm rách màng phổi khi cắt lọc), cầm máu, lấy hết dị vật nếu có, khâu lại phần mềm (không nên khâu kín da).
- Điều trị ngoại khoa:
+ Phẫu thuật dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi: xquang, siêu âm, CLVT có tràn dịch, tràn khí khoang màng phổi đơn thuần.
+Chỉ định mở ngực:
+ Tràn máu màng phổi tái diễn nhanh do tổn thương mạch máu của phổi hay thành ngực không tự cầm lại được. Mở ngực để cầm máu.
+ Máu màng phổi đông: Chỉ định mổ cấp cứu có chuẩn bị. Mở ngực để lấy máu màng phổi đông nhằm tránh biến chứng mủ màng phổi.
-Hiệ n nay phẫ u thuậ t nội soi lồ ng ngự c đượ c chỉ đị nh cho cá c trườ ng hợ p nà y.
- Những tình huống khác:
+ Vết thương tim: Hồi sức chống sốc, truyền máu, dịch tích cực. Chọc hút màng tim : khi có triệu chứng chèn ép tim.Mở ngực khâu vết thương tim: Chỉ định khi vết thương tim có chả y máu trong nặng.
+ Vết thương ngực-bụng: Thường chỉ định mở ổ bụng để xử trí cơ bản các tổn thương cơ quan ổ bụng, đồng thời khâu lại lỗ thủng cơ hoành. Nếu các tổn thương các cơ quan trong lồng ngực nặng thì mới có chỉ định mở ngực xử trí kết hợp.
3.3. Điều trị dự phòng:
- Sau mổ cần chụp Xquang phổi, công thức máu sớm trong 24h. Rút dẫn lưu màng phổi trong vòng 48 – 72 h tránh nhiễm trùng khoang màng phổi.
- Những trường hợp vết thương thành ngực chưa có biến chứng tràn máu, khí màng phổi cần theo dõi khoảng 5 – 7 ngày, chụp lại Xquang 2 ngày/ lần hoặc chụp lại ngay khi lâm sàng có bất thường hoặc và chụp cắt lớp vi tính lồng ngực khi nghi ngờ.
- Những trường hợp đã có dẫn lưu màng phổi cần tái khám sau khoảng 2 tuần để tránh bị tái phát hoặc tiến triển thành ổ cặn màng phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO.

1. Phác đồ điều trị Bệnh viện Chợ Rẫy 2018.
2. Nguyễn Hữu Ước, (2020), Bài giảng sau đại học, Đại học Y Hà Nội, Chấn thương lồng ngực.
3. Trần Minh Đức, (2015), Giáo trình sau đại học, Học viện Quân Y 103, Chấn

thương ngực và vết thương ngực.
4. Phan Thanh Lương (2012), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực trong chẩn đoán và điều trị chấn thương ngực, Luận án tiến sỹ Y học, Học viện Quân Y.
5. Nguyễn Ngọc Bích và cs (2010), Kết quả áp dụng phẫu thuật nội soi trong chấn thương ngực tại bện viện Bạch Mai, Y học lâm sàng.

VIÊM TẮC ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI

1. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh động mạch chi dưới mạn tính là tình trạng bệnh lý của động mạch chủ và các động mạch chi dưới trong đó lòng động mạch bị hẹp gây giảm tưới máu cơ và các bộ phận liên quan (da, thần kinh) phía hạ lưu. Thiếu máu cơ sẽ dẫn đến chuyển hóa yếm khí, tăng acid lactic gây ra đau, lúc đầu xuất hiện khi gắng sức, về sau, đau cả khi nghỉ ngơi, kèm theo là các biểu hiện thiếu máu cục bộ như loạn dưỡng, loét, hoại tử. Nguyên nhân chính do xơ vữa động mạch.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

- Cơ năng

+ Đau cách hồi chi dưới

Là cảm giác đau rút cơ, xuất hiện khi gắng sức, sau khi đi được một quãng đường nhất định, giảm và hết đau khi dừng lại, và tái xuất hiện trở lại với cùng một mức gắng sức, ở cùng một khoảng cách đi.

+ Đau chi dưới khi nằm

+ Thiếu máu cấp chi dưới: Nguyên nhân do huyết khối gây tắc đột ngột mộtđộng mạch chi dưới bệnh lý, có thể là biến chứng bong, lóc tách hay thuyên tắc của mảng xơ vữa, hoặc do phình động mạch chủ gây ra thuyên tắc...

+ Tình trạng loạn dưỡng: Teo cơ, rụng lông, móng dày, loét, hoại tử đầu chi.

- Thực thể

+ Nhìn: Giai đoạn đầu thấy da xanh tái, về sau xuất hiện loạn dưỡng da như da khô, có thể có các ổ loét, thậm chí hoại tử các ngón chân

+ Sờ: Bắt động mạch chi dưới, so sánh cả hai bên.

+ Nghe dọc đường đi động mạch

- Đo áp lực động mạch ở đầu chi:ABI (ankle – brachial index), là tỉ lệ giữa huyết áp tâm thu đo được ở cổ chân, và huyết áp tâm thu cánh tay.

- Giá trị Ý nghĩa

> 1,3 Động mạch cứng, vôi hóa

0,9 - 1,3 Bình thường

0,75 - 0,9: Bệnh động mạch chi dưới mức độ nhẹ (không triệu chứng)

0,4 - 0,75: Bệnh động mạch chi dưới mức độ vừa (đau cách hồi)

< 0,4 Bệnh động mạch chi dưới mức độ nặng

- Đánh giá mức độ thiếu máu: Phân loại của Leriche và Fontaine

Dựa vào triệu chứng lâm sàng, bệnh chia làm 4 giai đoạn:

+ Giai đoạn I: Trên lâm sàng có mất mạch của một hoặc một số động mạch chi dưới, nhưng chưa có dấu hiệu cơ năng

+ Giai đoạn II: Đau cách hồi khi gắng sức:

- IIA: đau xuất hiện với khoảng cách đi trên 150m

- IIB: đau xuất hiện khi đi được dưới 150m.

+ Giai đoạn III: Đau liên tục kể cả khi nằm, buộc phải ngồi thõng chân.

+ Giai đoạn IV: Có rối loạn dinh dưỡng trên da, hoại tử đầu chi.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Công Thức Máu toàn bộ, Đông máu toàn bộ, Nhóm máu

- HbsAg, HIV

- Sinh Hóa Máu: Glucose, creatinin, Ure, điện giải đồ, AST, ALT, bilan Lipid máu (Cholesterol, triglycerit, LDL-C, HDL-C)
- XQ tim phổi, điện tâm đồ
- Siêu âm doppler mạch máu chi dưới, Siêu âm doppler mạch cảnh, Siêu âm Doppler tim
- Chụp MSCT động mạch chi dưới
- Chụp MRI động mạch chi dưới khi bệnh nhân có suy thận nặng, chống chỉ định chụp MSCT mạch máu
- Chụp mạch vành khi có nghi ngờ thiếu máu cơ tim, hoặc có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Đau cách hồi nguyên nhân thần kinh
- Đau cách hồi do viêm tủy, hội chứng đuôi ngựa, xơ tủy rải rác: bệnh nhân thường bị yếu, hoặc cứng chi dưới khi đi lại. Mạch chi dưới bình thường.
- Đau trong hội chứng ống tủy hẹp: đau xuất hiện khi đi, nhưng triệu chứng rõ hơn là dị cảm kiểu kiến bò ở hai chân kèm theo giảm phản xạ gân xương. Bệnh nhân thấy đỡ khi ngồi, người cúi ra phía trước.
- Đau cách hồi của thần kinh hông lớn
- Đau cách hồi nguyên nhân xương, khớp - Gặp trong thoái hóa khớp, viêm khớp, … Đau xuất hiện ngay khi bắt đầu đi, bệnh nhân phải đi khập khiễng.
- Đau cách hồi nguyên nhân mạch máu khác
- Đau cách hồi nguyên nhân tĩnh mạch, sau khi bị huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới (hội chứng hậu huyết khối).
- Hiện tượng "ăn cắp máu" động mạch trong rò động – tĩnh mạch chi dưới.
- Hội chứng "ổ"; xơ hóa động mạch chậu ngoài ở vận động viên xe đạp, …

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Dự phòng các biến cố tim mạch và tai biến mạch máu do thuyên tắc.
- Làm chậm tiến triển và ổn định tình trạng bệnh.
- Cải thiện triệu chứng cơ năng để nâng cao chất lượng cuộc sống.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị nội khoa

Kiểm soát các yếu tố nguy cơ

- Thuốc lá: bỏ thuốc lá là chỉ định bắt buộc.
- Điều trị tăng huyết áp nếu có: chú ý là chẹn bêta giao cảm chỉ chống chỉ định trong trường hợp bệnh ở giai đoạn III, IV (theo phân loại Leriche - Fontain).
- Điều trị đái tháo đường nếu có, kiểm soát tốt đường huyết.
- Điều trị rối loạn lipid máu nếu có.
- Dự phòng biến chứng loét và các tổn thương do chấn thương hay lạnh:

+ Sử dụng tất chân.
+ Điều trị sớm và tích cực các tổn thương, phòng nhiễm khuẩn.
+ Tránh môi trường lạnh.
+ Tránh dùng thuốc gây co mạch.

Chế độ luyện tập

Bệnh nhân được khuyến cáo đi bộ từ 2-3km/ngày, tối thiểu 30 phút/ngày nhằm làm tăng hiệu quả hoạt động của cơ (tăng tưới máu), và tăng khả năng tạo thành các mạch máu bàng hệ.

Thuốc điều trị

- Thuốc chống ngưng tập tiểu cầu: là điều trị cơ bản.

+ Aspirin 75mg/ngày hoặc + Plavix (clopidogrel) 75mg/ngày nếu có chống chỉ định với aspirin.
- Thuốc chống đông nhóm heparin trọng lượng phân tử thấp và heparin thường: chỉ được chỉ định trong trường hợp ngay sau điều trị tái lưu thông mạch máu (phẫu thuật hoặc can thiệp), trong thời gian ngắn.
- Thuốc cải thiện tuần hoàn động mạch: chỉ dùng trong thời gian nhất định, giúp cải thiện triệu chứng:
+ Naftidrofuril (Praxilene): 300-400mg/ngày hoặc
+ Pentoxyphillyn (Torental): 400-1200mg/ngày hoặc
+ Cilostazol (Pletaal): 200 mg/ngày, chống chỉ định trong suy tim nặng.
3.2.2. Can thiệp động mạch qua da
- Chỉ định: hẹp khít động mạch chậu, động mạch đùi, thậm chí động mạch khoeo. Nhưng kết quả tốt nhất là những tổn thương tại vị trí động mạch chậu.
3.2.3. Điều trị ngoại khoa
- Phẫu thuật lấy bỏ mảng xơ vữa trong lòng động mạch, sau đó có thể dùng một miếng vá tĩnh mạch hoặc mạch nhân tạo mở rộng lòng động mạch tại vị trí bóc bỏ mảng xơ vữa.
- Phẫu thuật bắc cầu nối động mạch: sử dụng cầu nối bằng tĩnh mạch hiển hoặc đoạn mạch nhân tạo.
- Cắt cụt chi: chỉ định trong bệnh lý động mạch chi dưới giai đoạn nặng có hoại tử đầu chi, hoặc kết quả can thiệp và/hoặc phẫu thuật thất bại.
3.3. Điều trị dự phòng
- Đo chỉ số Huyết áp tâm thu tối đa cẳng chân – cánh tay (chỉ số ABI): 1 lần/năm.
- Siêu âm Doppler động mạch chi dưới: 1 – 2 lần/năm.
- Bilan tim mạch: điện tâm đồ, siêu âm Doppler tim được thực hiện khi bắt đầu điều trị.Theo dõi định kỳ theo chỉ định chuyên khoa.
- Theo dõi hàng năm: đường máu, lipid máu, protein niệu, độ thanh thải creatinin, microalbumin niệu, HbA1C ở bệnh nhân đái tháo đường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch, Nhà xuất bản y học 2017
2. Quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên ngành phẫu thuật tim mạch – lồng ngực, Bộ y tế 2018
3.Cập nhật khuyến cáo 2015 của Hội Tim Mạch Việt Nam về chẩn đoán và điều trị bệnh động mạch chi dưới
4.Creager M.A. libby P. Peripheral Artery Disease. In Bonow GO et al: Braunwald's heart disease-A Textbook of cardovascular medicine, 9th, 2012,1338-1358
5.Mohler. ER: Clinical features, diagnosis, and natural history of lower extremity peripheral artery disease. Uptodate 9-2013
6.Gornik.HL: Medical Treatment of Peripheral Artery Disease. In Creager M.A et al: Vascular Medicine- A Companion to Braunwald's Heart Disease. 2nd. 2013: 242- 258.

PHẦN 4: CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH

GÃY ĐẦU DƯỚI HAI XƯƠNG CẲNG TAY

1. ĐỊNH NGHĨA:
Gãy đầu dưới hai xương cẳng tay sự mất liên tục được tính từ điểm nối giữa hành xương và thân xương đầu xa xương quay (khoảng 4cm từ mỏm trâm quay trở lên). Đầu dưới xương trụ tính từ cổ đầu xa xương trụ trở xuống
2. CHẨN ĐOÁN:
2.1 Chẩn đoán xác định:
2.1.1. Lâm sàng:
- Đau, sưng, bầm tím vùng cổ tay
- Biến dạng cổ tay
- Hạn chế sấp ngửa cẳng tay
- Đau chói vùng xương gãy
- Lạo xạo xương gãy
2.1.2. Cận lâm sàng:
- XQ cổ tay thẳng nghiêng
- Chụp CT dựng hình 3D nếu gãy có phạm khớp
- Chụp X quang tim phổi
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đai tháo đuòng
- SGOT - SGPT
- Điện giải đồ
- Creatinin
- Điện tim
2.2. Chẩn đoán phân biệt:
- Gãy Poutocolle
- Gãy Galayzi
- Gãy trật khối xương cổ tay
Dựa vào chụp X – quang để chẩn đoán phân biệt
3. ĐIỀU TRỊ:
3.1 Nguyên tắc điều trị:
- Phục hồi giải phẫu và chức năng cẳng bàn tay hoàn chỉnh
- Cố định vững chắc, đúng kỹ thuật.
- Tập vận động chủ động + vật lý trị liệu, Phục hồi chức năng sau mổ.
- Theo dõi và phòng ngừa, điều trị các biến chứng
3.2. Điều trị cụ thể:
3.2.1. Cấp cứu thì đầu :
- Giảm đau tại chỗ hoặc toàn thân .
- Nẹp cố định cẳng bàn tay(dùng 2 nẹp: một ở phía trước cẳng tay, một ở phía sau cẳng tay. Treo tay ở tư thế cơ năng(riêng với gãy mỏm khuỷu nẹp cánh cẳng bàn tay tư thế duỗi).
3.2.2.Điều trị nội khoa
- Chỉ định:
+ Bệnh nhân gãy ít hoặc không di lệch:
+ Bệnh nhân lớn tuổi, nhiều bệnh nội khoa,...
+ Phương pháp: bó bột hoặc nẹp bột cánh bàn tay
- Thuốc sử dụng
+ Acetaminophen

+ Kháng viêm Alphachymotrypsin:
+ Canxi, Vitamin D
- Theo dõi
Sưng, tê, lạnh, tím các đầu ngón tay
- Điều trị can thiệp(thủ thuật)
Bệnh nhân gãy ít di lệch hoặc không di lệch, lớn tuổi, nhiều bệnh nội khoa bằng bó bột cánh bàn tay khuỷu 900 trong 6-8 tuần
3.2.3. Điều trị ngoại khoa Phẫu thuật:
- Chỉ định
+ Gãy hở
+ Gãy có biến chứng mạch máu thần kinh
+ Gãy xương người trưởng thành di lệch nhiều
+ Chậm liền xương, khớp giả
+ Điều trị bảo tồn thất bại
- Chống chỉ định: Đang giai đoạn bệnh mạn tính chưa ổn định
- Phẫu thuật
+ Bộ dụng cụ phẫu thuật cẳng tay
+ Nẹp vít AO hoặc nẹp khoá đầu dưới xương quay các cỡ, đinh Kirschner các loại, đinh răng, chỉ thép...
- Theo dõi
- Mạch, nhiệt độ, huyết áp
- Sưng, đau sau mổ
- Chảy máu vết mổ
- Vận động các ngón tay
- Bắt mạch quay, dấu bấm móng, màu sắc da vùng mổ và đoạn xa
- Thuốc sau phẫu thuật
+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,…..
+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,…
+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol…
+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase…
+ Canxi, Vitamine C, D3, …
+ Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
• Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
• Metronidazole 500mg/100ml,…
Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
- Chế độ sinh hoạt:
+ Những việc nên làm: Nằm nghỉ ngơi, kê cao chi phẫu thuật
+ Những việc không nên làm: Nâng vật nặng; tránh hút thuốc lá, uống rượu, bia.
+ Sau ba tháng, các hoạt động sinh hoạt cá nhân có thể trở về như bình thường.
- Chế độ dinh dưỡng:
+ Ăn thức ăn nhẹ, nhiều rau và trái cây hoặc uống sữa, tránh ăn thức ăn quá cứng và dai.
+ Không ăn các chất gây kích thích trong tháng đầu sau phẫu thuật.
- Tái khám:
+ Tái khám theo định kỳ:1 tuần, 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng sau mổ.
+ Tái khám ngay nếu có dấu hiệu:
• Đau mà không đỡ sau khi dùng thuốc.
• Sưng nề vết mổ.

• Chảy dịch vết mổ.
- Tháo dụng cụ: đinh sau 1 năm, nẹp vít sau 2 năm.
3.3. Điều trị dự phòng:
- Cần giáo dục học sinh trong các trường phổ thông cơ sở nguyên nhân gây gãy xương để hạn chế các tai nạn xảy ra trong sinh hoạt và trong học đường.
- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng trong gãy xương
- Thăm khám các dấu hiệu của bàn tay: mạch và cảm giác các đàu ngón tay
- Đặt nẹp cẳng bàn tay sau chấn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng bệnh học ngoại khoa đại học Y Hà Nội 2013.
2. Trần Đình Chiến (2006), "Gãy xương cẳng tay", Bệnh học chấn thương chỉnh hình, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội, tr. 59
3. Nguyễn Đức Phúc, Gãy xương cẳng tay, Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình – NXB Y học, 268
4. QTCM chẩn đoán, điều trị và chăm sóc người bệnh Gãy kín 1.3 giữa hai xương cẳng tay ở người lớn (2016), Hướng dẫn Biên soạn Quy trình chuyên môn và Quy trình chuyên môn của 26 bệnh thường gặp, Ban hành kèm theo Quyết định số 4068/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế
5. Sách chấn thương chỉnh hình nhà xuất bản y học 2020
6. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018
7. Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình 2017
8. Kỹ yếu chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh lần thứ 24 năm 2017

BONG NƠI BÁM DÂY CHẰNG CHÉO KHỚP GỐI

1. ĐINH NGHĨA:

Dây chằng chéo khớp gối gồm có dây chằng chéo trước (DCCT) và dây chằng chéo sau (DCCS), đầu trên bám vào gian lồi cầu đầu dưới xương đùi, đầu dưới bám vào vùng gai chày của đầu trên xương chày.

Bong nơi bám DCCT hoặc DCCS vùng lồi cầu đùi được điều trị theo phác đồ tái tạo DCCT hoặc DCCS, bong nơi bám cùng gai chày được gọi là bong nơi bám DCCT hoặc DCCS, có mã ICD: S82.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng

- Giai đoạn cấp tính

+ Đau khớp gối: đau ngay sau bị chấn thương, đau tăng lê khi khớp gối vận động, không thể chống chân chịu sức nặng được

+ Giới hạn tầm vận động khớp gối: thường do đau gây nên

+ Sưng nề và tụ máu trong khớp:

+ Khớp gối bên bị chấn thương sưng to hơn bên lành

+ Dấu hiệu bập bềnh xương bánh chè

+ Sờ thấy bao khớp căng phồng

+ Chọc hút dịch khớp ra máu

+ Có thể bị bầm tím bên trong hoặc bên ngoài nếu kèm tổn thương dây chằng bên

- Giai đoạn muộn

+ Teo cơ đùi

+ Lỏng khớp gối (thăm khám test ngăn kéo, test Lachmann)

+ Hạn chế duỗi gối do kẹt mảnh gãy

2.1.2. Cận lâm sàng:

- Xquang thường quy: chụp hai tư thế thẳng và nghiêng

- Xquang động khớp gối: chụp tư thế nghiêng gối gập 900, chụp một lần lúc khớp gối trung tính và chụp một lần trong khi làm dấu ngăn kéo trước, sau đó đo và đánh giá sự trượt ra trước của mâm chày, qua đó đánh giá độ lỏng ra trước của khớp gối. Phương pháp chụp Xquang này còn thực hiện sau mổ để đánh giá sự hồi phục của khớp gối.

- Chụp CT Scan: phát hiện những trường hợp gãy mảnh nhỏ hoặc gãy độ I mà Xquang thường khó thấy được.

- Chụp MRI: rất cần thiết trong chấn thương khớp gối, ngoài việc phát hiện mảnh gãy, MRI còn phát hiện những tổn thương phần mềm kết hợp như: đứt DCCT, đứt DCCS, rách sụn chêm, tổn thương dây chằng bên,...

- Xét nghiệm CTM – Đông máu

- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đai tháo đuòng

- SGOT - SGPT

- Creatinin

- Điện giải đồ

- Điện tim

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Đứt dây chằng chéo gối

- Tổn thương mâm chày

3. ĐIỀU TRỊ:
3.1. Nguyên tắc điều trị:
- Phục hồi giải phẫu và chức năng khớp gối
- Cố định vững chắc để bệnh nhân tập vận động sớm
3.2. Điều trị cụ thể:
3.2.1 Sơ cứu:
Đặt nẹp ôm gối để cố định tạm thời
3.2.2. Điều trị nội khoa:
- Chỉ định
+ Gãy độ I ít di lệch
+ Bệnh nội khoa đi kèm chống chỉ định phẫu thuật
+ Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật
- Phương pháp:
+ Bó bột đùi bàn chân, bột đùi cổ chân (bột ống)
+ Nẹp/giày chức năng đùi – bàn chân
+ Thuốc giảm đau, NSAIDs
- Tập vật lý trị liệu sau mổ:
+ 6 tuần đầu sau mổ: giữ bột, tập đi nạng, chống chân đau.
+ 6-12 tuần: bỏ bột, chuyển sang dùng nẹp/giày chức năng cẳng – bàn chân. Tập vận động khớp gối, tập đi nạng chống chân đau.
+ Sau 12 tuần: bỏ nẹp, bỏ nạng, tập vận động tăng dần.
- Thuốc sử dụng
+ Thuốc giảm đau:
• Acetaminophen (Panadol, Eff eralgan,...)500mg
• Acetaminophen 500mg + Codein Phosphate 30mg (Eff eralgan Codein)
• Acetaminophen 325mg + Tramadol 27.5mg (Ultracet)
+ Thuốc NSAIDs:
• Diclofenac: viên nén 25-50-75mg, ống tiêm 75mg/2ml, gel để xoa ngoài 10mg/g
• Meloxicam (Mobic) 7.5mg
+ Piroxicam (Brexin) 20mg
• Celecoxib: 100-200mg (Celebrex 200mg)
• Etoricoxib (Arcoxia) 60-90-120mg
+ Nabumetone 500mg
Loxoprofen 60mg, uống ngày 2-3 lần
+ Thuốc giảm sưng:
• Chymotrypsin (Alpha Choay)
• Aescin 40mg
+ Thuốc giãn cơ:
• Merphenesin (Decontractyl 500mg)
• Methrocarbamol (Maxophine 750mg)
+ Thuốc hỗ trợ dạ dày:
• PPI20mg (Omeprazole,...), uống 1 viên*1-2 lần/ngày
• Anti H2 (Ranitidine,...), uống 1 viên*1-2 lần/ngày
+ Thuốc nâng đỡ tổng trạng:
• Calci D0.6g, 1 viên *2 lần/ngày
• Calcitriol 0.25mcg, 1 viên *2 lần/ngày
• Vitamin C 0.5g, 1 viên*2 lần/ngày
• Alendronat 70mg 1 viên/tuần

- Theo dõi
Dấu hiệu cần theo dõi
+ Đau sự lành vết thương
+ Tầm vận động của khớp gối
+ Sự lành xương
Thời gian theo dõi từ 6-12 tháng
- Tái khám
+ Thời điểm tái khám: mỗi 1-4 tuần tùy tình trạng bệnh nhân
+ Cận lâm sàng
• Xét nghiệm hình ảnh học (Xquang, MRI, CT Scan,...)
• Xét nghiệm sinh hóa
3.2.3. Điều trị ngoại khoa:
- Chỉ định
Gãy độ II, III, IV
Thất bại với điều trị bảo tồn
- Phương pháp điều trị
- Nội soi cố định mảnh gãy
+ Trước mổ: kháng sinh dự phòng tiêm TM: Cephalosporin thé hệ 2,3,4; Amoxicillin Trihydrate + Clavulanate Potassium; Ampicillin + Sulbactam; Clindamycin,...
+ Trong mổ:
+ Dàn máy nội soi
+ 2, 3 đinh Kirschner 2.4
+ Mũi khoan 2.5, 3.2
+ Lưỡi bào nội soi (Shaver)
+ Dụng cụ cắt tỉa dưới nội soi: Punch, kéo,...
+ 1,2 vít xốp 4.0 hoặc vít vỏ 4.5 (có thể kèm lông đền)
+ Chỉ Vicryl số 1, số 0, 1.0 hoặc chỉ PDS số 0 (2-5)
+ Chỉ Nylon 2.0, 3.0
+ 10 gạc nhỏ, 5 gạc lớn
+ Lưỡi dao mổ, dao đốt điện, dây hút + máy hút dịch + Bình dẫn lưu kín
- Thuốc sau phẫu thuật
+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,…..
+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,…
+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol…
+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase…
+ Canxi, Vitamine C, D3, …
*Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
• Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
• Metronidazole 500mg/100ml,…
*Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
- Theo dõi
Dấu hiệu cần theo dõi
+ Sinh hiệu
+ Đau
+ Diễn tiến vết mổ
+ Hình ảnh Xquang sau mổ
+ Tình trạng của bột, nẹp/giày chức năng

- Tập vật lý trị liệu:
+ Kê cao chân đau trong 5 ngày đầu sau mổ.
+ Giữ bột/nẹp, tập đi nạng, không chống chân đau vào ngày hậu phẫu thứ 2-3.
+ Thời gian theo dõi: 3-7 ngày
- Tái khám:
Thời điểm tái khám: 7-14 ngày sau khi xuất viện.
3.2. Điều trị dự phòng:
- Hạn chế va cham tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động, hay tai nạn giao thông
- Thường xuyên vận động tránh thoái hóa khớp gối sớm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Chương, Trương Trí Hữu (2008), " Nội soi đính lại nơi bám chày dây chằng chéo trước", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 66-73.
2. Daren L. Johnson, MD., Thomas C. Durbin, MD. (2018), "Physical – Sparing Tibial Eminence Fracture Fixation with Headless Compression Screws", Journal of Orthopedic, volume 35, pp. 604-608.
3. David Christopher Kieser, David Gwynne-Jone, Stephen Dreyer (2011), "Displaced tibial intercondylar eminence fracture", The Journal of Orthopeadic Surgery, pp.292-296.
4. Một số kỹ thuật cơ bản trong chấn thương chỉnh hình
5. Sách chấn thương chỉnh hình nhà xuất bản y học 2020
6. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018
7. Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình 2017
8. Kỹ yếu chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh lần thứ 24 năm 2017

BỎNG

1. ĐẠI CƯƠNG:

Bỏng là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp. Trong đó, 80% là bỏng nhẹ (diện tích dưới 20%) chỉ cần chăm sóc tại chỗ và chống bội nhiễm, 20% là bỏng nặng tỷ lệ tử vong cao hoặc để lại di chứng nặng nề.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Tác nhân gây bỏng:

- Bỏng do nhiệt
+ Nhiệt lạnh
+ Nhiệt nóng
+ Nhiệt khô
+ Nhiệt ướt
- Bỏng do hoá chất
+ Do Base
+ Do acide
- Bỏng điện
- Bỏng do bức xạ

2.2. Vị trí bị bỏng:

Lưu ý các vị trí đặc biệt như đầu- mặt - cổ, lồng ngực, bàn tay, tầng sinh môn...

2.3. Diện tích vết bỏng:

Trẻ lớn hoặc người lớn tính theo quy tắc 1,3,6,9 của Lê Thế Trung hoặc theo công thức " con số 9" của Wallace.

Trẻ em tính theo bảng tính diện tích các vùng theo tuổi của Luckmann J. và Sorensen K.

2.4. Độ sâu tổn thương bỏng:

Tổn thương bỏng được chia làm 5 độ theo Lê Thế Trung.

- Độ I: Tổn thương lớp nông biểu bì. Da ửng đỏ
- Độ II: Tổn thương hết lớp thượng bì, chớm vào lớp trung bì. Trên da có nhiều phỏng nước. Khi phỏng nước vỡ hoặc trợt da để lại nền màu hồng
- Độ III: Tổn thương đến lớp trung bì, ngoài các nang lông là độ III nông, trong các nang lông là độ III sâu. Hoại tử không hoàn toàn. Khô hoặc ướt
- Độ IV: Tổn thương bỏng toàn bộ lớp da, các tổ chức của da đều bị hủy hoại
- Độ V: Tổn thương toàn bộ lớp da và các bộ phận khác dưới da như cân, gân, cơ, xương khớp, mạch máu, thần kinh và nội tạng.

2.5. Giai đoạn:

Một trường bỏng từ mức độ trung bình thường trở lên thường trải qua 4 giai đoạn bệnh lý.

- Sốc bỏng
- Nhiễm trùng, nhiễm độc .
- Suy mòn và biến chứng
- Hồi phục

2.6. Phân loại:

- Bỏng nặng:
+ > 20% độ II hay > 10% độ III hay > 5% độ IV hay bỏng độ V ;
+ Tất cả các trường hợp Bỏng ở sơ sinh (dù diện tích bao nhiêu);
+ Bỏng ở trẻ nhũ nhi > 5%,
+ Bỏng có biến chứng nặng (sốc, nhiễm trùng huyết, XHTH...)
+ Bỏng đường hô hấp hay có ngộ độc khí từ đám cháy.

- Bỏng trung bình:
+ 10 - 20% độ II hay 5 - 10% độ III hay 2 -5% độ IV;
+ Các trường hợp bỏng có nguy cơ để lại sẹo xấu, ảnh hưởng thẩm mỹ, chức năng (tùy vị trí bỏng).
- Bỏng nhẹ: chỉ có nguy cơ nhiễm trùng nhẹ (< 10% độ II hoặc < 2% độ III).

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Sơ cứu:
- Loại trừ ngay tác nhân gây bỏng
- Dùng các loại dịch, thuốc để rửa, trung hoà tại vết bỏng như: Dùng nước muối sinh lý, hoặc dung dịch Natribicarbonat để rửa bỏng axit...
- Cho uống nước, tốt nhất là oresol (ORS)
- Dùng thuốc giảm đau
- Cắt lọc băng bỏng thì đầu

3.2. Điều trị thực thụ:

3.2.1. Bỏng nhẹ:
- Dùng thuốc giảm đau
- Cắt lọc, băng bỏng
- Uống ORS,
- Dùng kháng sinh dự phòng nhiễm trùng.
- Dùng huyết thanh kháng uốn ván

3.2.2. Bỏng trung bình và nặng: Hồi sức tích cực chống sốc bỏng
- Hồi sức: tùy theo tình trạng BN: thở oxy mũi, đặt NKQ, dịch truyền chống sốc theo công thức Evans (1ml điện giải x cân nặng x %S bỏng + 1ml dịch keo x cân nặng x %S bỏng + 2000ml Glucose 5%), sưởi đèn, đặt CVP, đặt thông tiểu để theo dõi. 24h tiếp theo, dịch keo và điện giải bằng 1/2 ngày thứ nhất. Chú ý: Diện tích bỏng trên 50% chỉ tính bằng 50%, tổng lượng dịch không quá 10 lít.

Đối với các trường hợp bỏng trung bình và không có biểu hiện sốc bỏng, áp dụng công thức bù dịch 24h đầu theo Parkland (4ml điện giải x cân nặng x % S bỏng), 24h tiếp theo Ringerlactat: 2ml x kg x %S bỏng, dịch keo: 1ml x kg x %S bỏng, đảm bảo bài niệu 0,5 – 1ml/kg/h.
- Kháng sinh:
+ Bỏng trung bình: Có thể dùng Bactrim uống hay một Cephalosporin thế hệ thứ I (50 - 100 mg/kg/ngày).
+ Bỏng nặng: Kết hợp một Cephalosporin thế hệ thứ III (100 -200 mg/kg/ngày) với Vancomycin.
- Giảm đau: Các trường hợp trung bình dùng Paracetamol (60-75 mg/kg/ngày). Trong các trường hợp bỏng nặng, Morphin (sulfate) được sử dụng với liều 0,1 - 0,15 mg/kg/liều với 4 - 6 liều/24 giờ.
- Phòng ngừa uốn ván: Trong tình hình hiện nay, tất cả các bệnh nhân bị bỏng đều được chích SAT (1500 đơn vị, TDD), dù trước đó đã có chích ngừa hay chưa.
- Phòng ngừa XHTH: Trong các trường hợp bỏng nặng, có chỉ định dùng kháng Histamin H2 như Ranitidin (4-5 mg/kg/ngày, chia làm 3 cữ, nhỏ giọt TM chậm), hay Cimetidin (20 mg/kg/ngày, tiêm TM chậm). Thông dạ dày được đặt để theo dõi và để nuôi ăn qua thông khi có chỉ định.
- Làm các XN CLS để theo dõi:
+ Máu: Hct, CTM, điện giải đồ, sinh hóa - Albumin-creatinin- protid, men gan
+ Chức năng đông máu, khí máu, Hb, HbCO...
+ Nước tiểu: thành phần trong nước tiểu, nếu cần thì thêm tỷ trọng nước tiểu, Na+,

K+, protein, đường, Hb, myoglobin.
+ Cấy dịch vết bỏng trong trường hợp vết phỏng nhiễm, cấy máu khi BN đã điều trị tại nơi khác, nay nhập viện với biểu hiện NTH.
- Xử lý vết bỏng: vết bỏng cần được thay băng, rửa sạch sẽ (khi tổng trạng cho phép), bôi Sulfadiazin bạc và băng kín. Tranh thủ khám và ghi nhận tổn thương của bỏng khi thay băng.
+ Rạch da can thiệp các mảng da cứng cản trở hô hấp, tuần hoàn; mời các chuyên khoa khác khám các tổn thương (mắt, TMH, ngoại TK).
+ Thay băng bỏng: Thay băng hàng ngày, tùy thuộc vào tình trạng nhiễm trùng tại chỗ mà ta có thể dùng: pommade betadin (khi nghi ngờ nhiễm trùng do tụ cầu), hoặc crème Bia fi ne (Trolamine - khi tổn thương mất chất nhiều) hoặc sử dụng màng sinh học collagene
(khi tổn thương sạch, không nhiễm trùng, không nhiều dịch tiết) để che phủ vết bỏng.
+ Phẫu thuật cắt lọc hoại tử - ghép da (đối với các bỏng sâu): Thực hiện từ ngày thứ 3 sau bỏng.
3.3. Điều trị biến chứng:
- Nhiễm trùng
Nhiễm trùng huyết: khi đã có kết quả cấy vi trùng, điều trị theo kháng sinh đồ. Nếu tình trạng nhiễm trùng tăng lên thì tùy vào lâm sàng: nếu nghĩ do Staphylocoque (đốm da beo, khuyết phỏng, hình ảnh X-quang phổi.) ta dùng thêm Vancomycin hay Rifamycin; nếu nghĩ do Gr(-), ta dùng một Cephalosporin III (Cefotaxim 200 mg/kg, hay Ceftriaxon, Ceftazidim...) với một Aminoglycosid (Neltimycine, Amikline...). Nếu nặng hơn, có thể dùng Quinolon thế hệ II (Cipro hay Pe fl oxacin TM) hay Imiprenem.
- Xuất huyết tiêu hoá:
BN được truyền máu hoặc các chế phẩm của máu tùy vào tình trạng xuất huyết và chức năng đông máu. Các biện pháp có thể được áp dụng sau đó như trong một trường hợp XHTH do loét dạ dày - tá tràng: đặt thông dạ dày, rửa dạ dày, nội soi tiêu hóa trên và chích cầm máu, mổ khâu cầm máu. Trong mọi trường hợp đều phải xem lại hiệu quả của việc giảm đau và chống nhiễm trùng. Nhịn ăn đường miệng hoàn toàn cho đến khi dịch dạ dày trong trở lại.
- Cao HA:
Dùng thuốc hạ áp (giảm đau tốt cũng làm hạ áp một phần)
- Suy dinh dưỡng (suy mòn)
Giảm thể trọng, thiếu máu: Truyền máu khi Hct < 25%. Trong XHTH, truyền khi Hct < 30%. Kết hợp với một chế độ dinh dưỡng tốt để tạo máu: Nuôi dưỡng theo chế độ cao đạm, đủ thành phần dinh dưỡng, kết hợp nuôi dưỡng đường miệng và đường tĩnh mạch, bằng cách mời chuyên gia dinh dưỡng hội chẩn phối hợp để có phác đồ nuôi dưỡng hợp lý.
- Sẹo xấu, mất thẩm mỹ, mất chức năng: phẫu thuật phối hợp với vật lý trị liệu can thiệp (sau tai nạn ít nhất 6 tháng hoặc 1 năm).
3.4. Điều trị hỗ trợ:
- Dinh dưỡng: Trong bỏng có hiện tượng tăng chuyển hóa, đòi hỏi phải được nuôi ăn sớm với chế độ ăn giàu dinh dưỡng - Mời CK Dinh Dưỡng phối hợp.
- Vật lý trị liệu
- Phục hồi chức năng: được quan tâm ngay từ ngày đầu (dù có thể BN có sốc) để tránh các biến chứng viêm phổi, teo cơ, cứng khớp do nằm lâu và tránh biến chứng sẹo bỏng xấu, gây mất chức năng.
3.5. Săn sóc và theo dõi:

3.5.1 Giai đoạn cấp (sốc) :
• Thử Hct mỗi 8 giờ đối với BN bỏng nặng.
• Theo dõi tri giác, M, HA, nhịp thở, SaO2, thông dạ dày (nếu có XHTH), lượng nước tiểu/giờ. Công thức bù dịch chỉ có giá trị hướng dẫn, chính sinh hiệu BN có giá trị quyết định lượng và tốc độ dịch truyền.
• Sau 24 giờ, kiểm tra lại các chỉ số sinh hóa (ion đồ, dự trữ kiềm).
3.5.2. Giai đoạn II và giai đoạn suy mòn:
Sinh hiệu, tình trạng vết bỏng, tình trạng nhiễm trùng, tình trạng thiếu máu, tình trạng dinh dưỡng... được theo dõi mỗi ngày.
• Cân nặng, xét nghiệm CTM, diện giải đồ, protid máu, albumin máu tuần 01 lần.
• Chăm sóc và thay cathéter TM, thông dạ dày, thông tiểu theo hạn.
• Cấy mủ kiểm tra khi kháng sinh không đáp ứng.
3.5.3. Sau khi xuất viện:
Tái khám sau 1-2 tuần và 6 tháng - 1 năm sau, cùng với vật lý trị liệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Giáo trình bỏng. Bộ môn Bỏng – HVQY, 2006
2. Bỏng (chuyên khảo sau đại học), Lê Thế Trung. 1991
3. Bỏng những kiến thức chuyên ngành, Lê Thế Trung. Nhà xuất bản y học. 2003
4. Total Burn Care, Herndon, W.B Saunder, 2002
5. Burn Surgery, Achauer and Sood, W.B Saunder, 2006
6. Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình 2017
7. Kỹ yếu chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh lần thứ 24 năm 2017
8. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018

GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI

1. ĐỊNH NGHĨA:
- Gãy cổ xương đùi là loại gãy nằm ở giữa chỏm và khối mấu động
+ Gãy dưới chỏm và xuyên cổ : hoàn toàn nằm trong bao khớp
+ Gãy cổ mấu chuyển (nền cổ) : một phần nằm ở ngoài bao khớp
- Đây là loại gãy trong bao khớp.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:
- Hạn chế vận động khớp háng.
- Đau vùng bẹn, đau tam giác Scarpa
- Chi ngắn, bàn chân xoay ngoài, mấu chuyển lớn di chuyển lên cao so với đường Nelaton – Roser
- Gõ dồn gót đau khớp hang bên gãy
- Đo chiều dài tương đối ngắn, chiều dài tuyệt đối bình thường

2.1.2. Cận lâm sàng:
- X-Quang: hai bình diện trước – sau,
- X-Quang tim phổi
- CT tái tạo 3 chiều.
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đai tháo đuòng
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim
- Creatinin
- Đo độ loãng xương BN > 60 tuổi

2.2. Chẩn đoán phân biệt:
- Gãy liên mấu chuyển xương đùi
- Gãy đầu trên xương đùi
- Trật khớp háng
- Gãy khung chậu

Chụp phim X-quang để chẩn đoán xác định

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc:
- Tùy theo tuổi, tình trạng toàn thân, tại chỗ, mức độ di lệch… có chỉ định điều trị cho phù hợp với từng giai đoạn bệnh.
- Phục hồi về giải phẫu và chức năng.
- Tập vận động sớm.

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Cấp cứu thì đầu:
- Bất động: Chúng ta có thể thực hiện 1 trong các phương pháp bất động như; Bó bột chống xoay, nẹp vải chống xoay với chân dang 150, gối gấp 100. Nẹp gỗ với tư thế 3 thanh.
- Giảm đau toàn thân.
- Bù dịch, khối lượng tuần hoàn, chống Shock cho người bệnh (nếu có)

3.2.2. Điều trị nội khoa:

- Chỉ định
+ Gãy cổ xương đùi mức độ I, II theo Garden, mức I theo Pauwels.
+ Bệnh nhân đang giai đoạn Shock.
+ Có vết thương phần mềm vùng phẫu thuật.
+ Có các bệnh lý mạn tính toàn thân (tiểu đường, huyết áp, nhiêm khuẩn…) giai đoạn chưa ổn định.
+ Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa chống chỉ định phẫu thuật
- Phương pháp
+ Nội khoa
• Thuốc giảm đau, truyền dịch, chống phù nề.
• Thuốc nâng cao thể trạng, chống loãng xương, kích thích liền xương.
• Thuốc chống thuyên tắc mạch (nếu cần)
• Khi có bệnh nội khoa phối hợp thì điều trị các thuốc phù hợp với từng bệnh: Tăng huyết áp, tiểu đường…
+ Thủ thuật
• Bó bột hoặc đeo nẹp chống xoay.
• Xuyên đinh kéo liên tục
3.2.3. Điều trị phẫu thuật:
- Phẫu thuật kết xương
+ Chỉ định
• Gãy cổ xương đùi mức độ II, theo phân độ của Garden, mức độ II, III theo Pauwels.
• Tuổi < 60
+ Chống chỉ định
* Tuyệt đối
• Gãy cổ xương đùi mức độ IV theo phân độ của Garden, mức độ III theo Pauwels
• Khớp giả, tiêu chỏm sau gãy xương
* Trì hoãn
• Mắc bệnh nội khoa giai đoạn chưa ổn định
• Bệnh nhân trong giai đoạn Shock chấn thương.
• Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật
+ Phương pháp
• Gãy cổ xương đùi mới, người trẻ :
• Kết hợp xương ngoài bao khớp, dưới màn tăng sáng (C.Arm) .
• Đặt 2- 3 vít xốp rỗng.
- Phẫu thuật thay khớp háng
+ Chỉ định
• Gãy cổ xương đùi mức độ III, IV theo phân độ của Garden, mức độ II, III theo Pauwels.
• Chậm liền xương, khớp giả, tiêu cổ xương đùi.
• Gãy cổ xương đùi người lớn tuổi.
+ Chống chỉ định
• Gãy mới cổ xương đùi mức độ I,II theo phân độ của Garden, mức độ III theo Pauwels.
+ Chống chỉ định tương đối
• Giai đoạn Shock chấn thương.
• Đang mắc các bệnh nội khoa giai đoạn chưa ổn định
• Đang có vết thương phần mềm vùng phẫu thuật
+ Phương pháp
+ Tùy theo tuổi, chất lượng xương, tình trạng toàn thân của bệnh nhân mà quyết định thay khớp toàn phần hay bán phần.

• Thay khớp háng bán phần có xi măng, hoặc không xi măng với bệnh nhân tuổi cao.
• Người có chất lượng xương tốt thay khớp háng bán phần không xi măng.
• Người bệnh có loãng xương: Thay khớp háng bán phần có xi măng.
• Người trẻ chất lượng xương tốt thay khớp háng toàn phần không xi măng
- Thuốc sau phẫu thuật
+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,…..
+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,…
+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol…
+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase…
+ Canxi, Vitamine C, D3, …
* Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
• Cipro fl oxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
• Metronidazole 500mg/100ml,…
* Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ.
3.2.4. Chế độ dinh dưỡng và điều trị phục hồi chức năng:
- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng phù hợp, chế độ ăn đảm bảo năng lượng, giàu chất xơ, dễ tiêu hóa. Đối với BN có kèm theo bệnh nội khoa cần có chế độ ăn riêng cần có sợ tư vấn của chuyên khoa dinh dưỡng.
- Tập vận động sớm chống biến chứng có thể xẩy ra: loét, thuyên tắc mạch, cứng khớp…
- Kiểm tra thường xuyên bằng chẩn đoán hình ảnh và các xét nghiệm cần thiết.
3.3. Điều trị dự phòng:
- Theo dõi lành vết mổ. tái khám 2 tuần, 4 tuần, 8 tuần, 12 tuần sau mổ.
- Thời gian lành xương 6-10 tháng.
- Xương gãy dễ di lệch thứ phát: cần tái khám đều đặn.
- Xương lành có thể hoại tử chỏm sau đó vài năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bài giảng bệnh học ngoại khoa trường ĐH Y Hà Nội. Nhà xuất bản y học 2006, tr 104-109
2. Trần Đình Chiến – Nguyễn Ngọc Thảo, "Gãy cổ xương đùi", Bệnh học chấn thương chỉnh hình, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội, tr. 94
3. Nguyễn Đức Phúc. Gãy cổ xương đùi , Giáo trình ngoại đại cương , Phần Chấn thương chỉnh hình. Nhà xuất bản Y học 2000, Tập 3,tr 60-70
4. Christopher Tzioupis, Peter V.Zannoudis and David A. MacDonald. Intracapsular fracture of hip. Practical procedure in Orthopeadic Trauma Surgery. Cambridge University
Press, 2006,pp. Tr 167- 176
5. Edward Rainier G.Santos and Marc Swiontkowski. Femoral neck fracture: open reduction and internal fi xation. Master Technique in Orthopeadic Surgery: Fracture, 2nd. Lippincott William and Wilkins, 2006, pp. 207-232.
6. Marc Swiontkowski (2008). Femoral neck fracture. Skeleton trauma 4nd edition, pp.150-165.
7. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018
8. Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình 2017

GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG CHÀY (GÃY Pilon)

1. ĐỊNH NGHĨA:

Gãy Pilon (*) là một chấn thương nghiêm trọng liên quan đến xương lớn ở chi dưới (xương chày), mà đường gãy sẽ đi vào diện khớp cổ chân. Tình trạng này thường xảy ra sau khi chịu lực va đập mạnh, như rơi từ độ cao xuống hoặc bị tai nạn giao thông.

(*) Pilon là từ tiếng Pháp có nghĩa là chày, một dụng cụ dùng để nghiền hoặc giã

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Các biến dạng, dị dạng dễ nhận thấy.
- Tình trạng da (rách hay lành)
- Mức độ xương nhô ra ngoài (nếu có).
- Đánh giá độ sưng và bầm tím.
- Cảm giác bất ổn, đau.
- Đánh giá sức mạnh cơ bắp.

2.1.2. Cận lâm sàng:

- Chụp MRI tủy cổ nếu nghi nghờ tổn thương chèn ép rể tủy cổ
- Điện cơ chi trên
- Chụp đầu dưới xương quay nếu có gãy cương quay củ
- Chụp X – quang tim phổi nếu bệnh nhân > 60 tuổi
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đai tháo đuòng
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim

Khảo sát X-quang không chuẩn bị thường được sử dụng để chẩn đoán tổn thương. Phương pháp này giúp xác định các vị trí gãy xương ở chi dưới kéo dài đến cổ chân. Chụp cắt lớp vi tính (CT Scan) cũng thường được chỉ định bổ sung để giúp hiển thị chính xác kiểu gãy xương đồng thời giúp bác sĩ phẫu thuật biết rõ về tính chất của chỗ gãy xương, thường rất khác nhau giữa bệnh nhân này và bệnh nhân khác.

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Gãy thân 2 xương cẳng chân
- Gãy đầu trên xương chày

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc, mục tiêu điều trị:

- Nắn chỉnh lại giải phẫu của xương
- Phục hồi lại chức năng vận động của chân

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Cấp cứu thì đầu:

Sau khi khám, chẩn đoán sơ bộ và đánh giá sơ bộ tình trạng toàn thân (mạch, huyết áp, thở…), tại chỗ tiến hành sơ cứu;

- Chống Shock chấn thương;.

+ Giảm đau toàn thân.

+ Bồi phụ khối lượng tuần hoàn

+ Bất động tạm thời

- Giảm đau toàn thân; Dùng các thuốc giảm đau thông thương như Morphin 10mg (Không dùng cho người già > 60 tuổi và trẻ em < 15 tuổi), Paracetamol…
- Truyền dịch: Truyền dịch mặn, Ringer lactac, dịch keo thay thế máu

3.2.2. Điều trị nội khoa:

Thỉnh thoảng, bệnh nhân có thể được điều trị không phẫu thuật do chỗ gãy không di lệch hoặc do chống chỉ định phẫu thuật (nguy cơ cao). Phương pháp điều trị này đòi hỏi bệnh nhân không đi lại trong một thời gian dài (10 đến 12 tuần) để giúp liền xương. Bệnh nhân thường phải mang nẹp, bó bột và sử dụng nạng trong suốt thời gian này.

3.2.2 Điều trị ngoại khoa:

Hầu hết bệnh nhân bị gãy Pilon đều được điều trị bằng phẫu thuật. Phẫu thuật thường được thực hiện khi đã giảm sưng tấy. Điều này có nghĩa là phẫu thuật sẽ được thực hiện trong vài ngày hoặc thậm chí là vài tuần sau chấn thương ban đầu. Trong thời gian này, cần nâng cao bàn chân và đôi khi sẽ dùng khung cố định ngoài để giúp cố định các mô mềm, đây là phần cơ thể thường bị tổn thương đáng kể sau loại chấn thương này.

Phẫu thuật có thể khá phức tạp. Về cơ bản, phẫu thuật sẽ bao gồm cố định lại các mảnh xương đã gãy về đúng vị trí. Điều đặc biệt quan trọng là xương tạo nên phần trên cùng của khớp cổ chân (trần chày) phải được đưa về càng gần vị trí (cấu trúc) bình thường càng tốt.

Phẫu thuật này được thực hiện qua một số vết rạch da. Chỗ gãy xương sẽ được cố định chắc chắn bằng nẹp và nít sau khi cố định tạm thời bằng dây dẫn. Thỉnh thoảng, các xương nhỏ nằm trong khớp cổ chân (xương mác), cũng bị gãy và cần cố định lại.

Sau phẫu thuật, bệnh nhân được yêu cầu không đi lại cho đến khi liền xương, thường từ 10 đến 12 tuần hoặc có thể lâu hơn. Trong thời gian này, bệnh nhân sẽ sử dụng nạng, xe đẩy hỗ trợ đầu gối (knee walker), xe lăn để di chuyển.

- Thuốc sau phẫu thuật

+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,…..
+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,…
+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol…
+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase…
+ Canxi, Vitamine C, D3, …

* Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:

• Cipro fl oxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
• Metronidazole 500mg/100ml,…

*Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ

- Chăm sóc, theo dõi sau phẫu thuật

+ Sau mổ bệnh nhân nằm gác chân cao.
+ Thay băng thì đầu 24 giờ sau mổ.
+ Rút dẫn lưu trong 48 giờ.
+ Cắt chỉ sau phẫu thuật > 10 ngày
+ Thường xuyên theo dõi xương bằng XQ và các xét nghiệm CLS cần thiết khác.
+ Tập vận động thụ động và vận động sớm các khớp tránh teo cơ.
+ Tùy theo vị trí gãy, phương tiện kết xương, độ vững của kết xương cho bệnh nhân tỳ sớm hay muộn:

- Chế độ dinh dưỡng

+ Ăn đảm bảo đủ chất theo chế độ ăn bệnh lý.

3.3. Điều trị dự phòng

Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ và bất động gãy xương tốt các trường hợp gãy

xương để hạn chế các biến chứng trong gãy xương.
Đối với các tuyến y tế cơ sở cần chẩn đoán sớm, xử lý đúng và chuyển lên tuyến y tế chuyên khoa điều trị sớm để giảm thiểu các biến chứng do gãy 2 xương cẳng chân.
Nắn chỉnh tạm thời đặt nẹp bột cẳng bàn chân để tránh di lệch ổ gãy, tránh tổn thương mạch máu thần kinh và sốc chấn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phùng Ngọc Hòa. Gãy hai xương cẳng chân. Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập 1. Nhà xuất bản y học, 2016.
2. Nguyễn Đức Phúc. Gãy hai xương cẳng chân. Chấn thương chỉnh hình. Nhà xuất bản y học.
3. Phác đồ điều trị Bộ y tế 2016. Quy trình chuyên môn phẫu thuật gãy 1/3 giữa 2 xương cẳng chân ở người lớn.
4. Elsevier Saunders. Tibial Fractures. Skeletal trauma. Volume 1.
5. Up to date. Overview of tibial fractures in adults.
6. https://www.orthobullets.com/trauma/1045/tibial-shaft-fractures
7. Một số kỹ thuật cơ bản trong chấn thương chỉnh hình
8. Sách chấn thương chỉnh hình nhà xuất bản y học 2020

GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG ĐÙI

1. ĐỊNH NGHĨA:

- Đầu dưới xương đùi được tính từ điểm trên lồi cầu đùi 5 cm đến hết khớp liên lồi cầu đùi
- Bao gồm các loại gãy sau: Gãy trên lồi cầu, gãy lồi cầu trong hay ngoài, gãy liên lồi cầu. Là loại gãy dễ có biến chứng mạch máu thần kinh.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Sau một chấn thương do tai nạn (TNGT, TNSH, TNLĐ…)
- Triệu chứng toàn thân có thể có dấu hiệu Shock
- Đau xương đùi tương ứng vị trí gãy. Điểm đau chói vùng khớp gối và hai lồi cầu
- Sưng và biến dạng vùng gối và vùng trên xương bành chè.
- Mất cơ năng khớp gối.
- Dồn từ xa lên đau vùng gối
- Xem mạch mu chân và chày sau, biến chứng hay gặp của gãy liên lồi cầu đùi là tổn thương động mạch khoeo nên hết sức chú ý theo dõi vận động và cảm giác cẳng bàn chân, bắt mạch mu chân và chày sau.

2.1.2. Cận lâm sàng:

- X-Quang thẳng nghiêng
- X-Quang tim phổi
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đuòng
- SGOT - SGPT
- Điện giải đồ
- Điện tim
- Creatinin
- Chụp CT Scanner dựng hình với gãy đầu xương, gãy phức tạp, gãy xương bệnh lý đánh giá được tổng thể gãy xương và đưa ra được chỉ định điều trị.
- Siêu âm mạch máu: Đánh giá có tổn thương mạch không
- Chụp DSA: Khi nghi ngờ tổn thương mạch máu mà siêu âm không phát hiện được.

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc điều trị:

- Phục hồi về giải phẫu và chức năng.
- Tập vận động sớm tránh các biến chứng teo cơ cứng khớp

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Sơ cứu:

Sau khi khám, chẩn đoán sơ bộ và đánh giá sơ bộ tình trạng toàn thân (mạch, huyết áp, thở…), tại chỗ tiến hành sơ cứu:

Chống Shock chấn thương: giảm đau toàn thân, bồi phụ khối lượng tuần hoàn, bất động tạm thời:

+ Giảm đau toàn thân: Dùng các thuốc giảm đau thông thường như Morphin 10mg (Không dùng cho người già > 60 tuổi và trẻ em < 15 tuổi), Paracetamol…

+ Nẹp cố định tạm thời Ngực-chậu-lưng chân bằng 3 nẹp gỗ; Nẹp phía ngoài và phía sau từ dưới nách đến bàn chân, nẹp mặt trong từ nếp nằn bẹn đến bàn chân.

+ Truyền dịch: Truyền dịch mặn, Ringer lactac, dịch keo thay thế máu…

+ Làm các xét nghiệm và chụp chiếu X quang.
3.2.2. Điều trị nội khoa:
- Chỉ định
Tùy theo vị trí, hình thái, mức độ gãy, thể trạng bệnh nhân.
+ Gãy vững
+ Trẻ em dưới 6 tuổi.
+ Trẻ em dưới 15 tuổi có thể điều trị bảo tồn được.
+ Người có bệnh mạn tính, già yếu không thể phẫu thuật được.
- Chống chỉ định
+ Gãy hở đầu dưới xương đùi
+ Gãy xương có biến chứng mạch máu, thần kinh
+ Gãy mất vững xương đùi ở trẻ lớn và người lớn.
+ Gãy đầu dưới xương đùi thấu khớp có di lệch
- Phương pháp
+ Bó bột hoặc đeo nẹp
+ Xuyên đinh kéo liên tục.
3.2.3. Điều trị ngoại khoa:
- Chỉ định:
+ Gãy mất vững
+ Gãy thấu khớp
+ Gãy hở.
+ Gãy xương có kèm theo biến chứng.
+ Điều trị bảo tồn thất bại.
+ Thể trạng và các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng đủ điều kiện thực hiện cuộc phẫu thuật.
- Chống chỉ định:
+ Trẻ em < 6 tuổi.
+ Thể trạng không chịu được phẫu thuật.
+ Gãy kín trên bệnh nhân có viêm xương đùi, viêm mủ khớp gối…
- Phương pháp phẫu thuật
+ Kết xương bên trong
+ Gãy đầu dưới xương đùi: Phẫu thuật Nẹp vít, Đinh nội tủy có trốt, nẹp khóa, nẹp ốp lồi cầu đùi, nẹp DCS, Găm đinh Kirschner
- Kết xương bằng khung cố định ngoại vi
Chỉ định:
+ Gãy hở độ III
+ Gãy hở do hỏa khí.
+ Gãy hở độ I,II đến muộn.
+ Gãy kín thân xương đùi trên bệnh nhân có viêm xương đùi.
- Thuốc sau phẫu thuật
+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,…..
+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,…
+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol…
+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase…
+ Canxi, Vitamine C, D3, …
* Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
• Cipro fl oxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
• Metronidazole 500mg/100ml,…

* Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
3.3. Điều trị dự phòng:
- Tuyên truyền giáo dục trong cộng đồng về luật giao thông và an toàn lao động.
- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ và bất động gãy xương tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng trong gãy xương và choáng.
- Đối với tuyến cơ sở cần chẩn đoán sớm, xử lý đúng và chuyển lên tuyến y tế chuyên khoa điều trị sớm đẻ giảm thiểu các biến chứng do gãy thân xương đùi.
- Giáo dục bệnh nhân tập luyện phục hồi chức năng sau điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bài giảng bệnh học ngoại khoa đại học Y Hà Nội 2013.
2. Phác đồ điều trị Bệnh viện Chấ n thương chỉ nh hì nh, Nhi đồng 1, Nhi đồng 2.
3. Phác đồ điều trị chấn thương chỉnh hình của Bộ Y Tế
4. McQueen MM, Gaston P, Court-Brown CM: Hội chứng khoang cấp tính Những ai có nguy cơ? J Bone Joint Surg Br 82 (2):200–203, 2000.
5. Vaidya R, Anderson B, Elbanna A, et al: CT scanogram for limb length discrepancy in comminuted femoral shaft fractures following IM nailing. Injury 43 (7):1176–1181, 2012. doi: 10.1016 / j.injury.2012.03.022. . McQueen MM, Gaston P, Court-Brown CM: Hội chứng khoang cấp tính Những ai có nguy cơ? J Bone Joint Surg Br 82 (2):200–203, 2000.
6. Vaidya R, Anderson B, Elbanna A, et al: CT scanogram for limb length discrepancy in comminuted femoral shaft fractures following IM nailing. Injury 43 (7):1176–1181, 2012. doi: 10.1016 / j.injury.2012.03.022.
7. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018
8. Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình 2017

GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY

1. ĐỊNH NGHĨA:
Đầu dưới xương quay được mô tả là gãy phần tận cùng của xương quay, tính từ phần hành xương đến mặt khớp (khoảng 2 – 2,5 cm), thường ảnh hưởng đến khớp quay - cổ tay và quay - trụ dưới.
2. CHẨN ĐOÁN:
2.1. Chẩn đoán xác định:
2.1.1. Lâm sàng:
- Triệu chứng thay đổi tùy theo mức độ chấn thương, độ di lệch, thời gian từ khi bị chấn thương.
- Cơ năng: Bệnh nhân đến với tình trạng đau, hạn chế hoặc mất cơ năng cổ tay.
- Thực Thể:
+ Nhìn:
• Cổ tay có thể sưng nề, biến dạng rất đa dạng tùy theo mức độ và kiểu di lệch có thể có vết bầm tím.
• Đối với gãy Poute - Colles cổ tay biến dạng gấp góc ra sau, ngoài, điển hình như hình "lưỡi lê" hoặc "lưng dĩa", gãy Barton biến dạng gấp góp ra sau, gãy Smith thì gấp góc ra trước.
• Nhìn nghiêng: Bàn tay lệch gồ ra sau, đầu trung tâm gồ ra trước tạo nên hình lưng dĩa ở trên khớp cổ tay.
+ Sờ:
• Có thể thấy điểm đau chói hoặc có dấu hiệu lạo xạo xương.
• Vận động thụ động bệnh nhân đau tăng.
• Sờ mỏm trâm quay và mỏm trâm trụ so sánh thấy mỏm trâm quay cao hơn hoặc bằng mỏm trâm trụ (bình thường mỏm trâm quay ở thấp hơn mỏm trâm trụ 1 -1,5 cm).
2.1.2. Cận lâm sàng:
- X- quang cổ tay thẳng nghiêng
- Chụp X-quang tim phổi
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đai tháo đuòng
- SGOT - SGPT
- Điện giải đồ
- Creatinin
- Điện tim
- Chụp CT – scanner nếu có nghi ngờ gãy phạm khớp
2.2. Chẩn đoán phân biệt:
- Gãy đầu dưới xương trụ.
- Trật khớp quay trụ dưới.
- Gãy xương khối trụ cốt cổ tay
- Gãy xương thuyền.
Chụp X-quang để chẩn đoán phân biệt
3. ĐIỀU TRỊ:
3.1. Nguyên tắc:
Đối với gãy đầu dưới xương quay cần đảm bảo các yếu tố:
- Nắn chỉnh phục hồi giải phẫu
- Bất động tốt

- Đạt được liền xương
- Phục hồi chức năng cổ bàn tay
Lựa chọn phương pháp điều trị dựa vào các yếu tố:
- Toàn thân: bệnh toàn thân, tuổi, nghề nghiệp, tay thuận hay không thuận.
- Tại chỗ: loại gãy, mức độ di lệch, chất lượng xương, mức độ tổn thương phần mềm.
3.2. Điều trị cụ thể:
3.2.1. Cấp cứu thì đầu:
- Giảm đau tại chỗ hoặc toàn thân.
- Nẹp cố định cẳng bàn tay (dùng 2 nẹp :một ở phía trước cẳng tay, một ở phía sau cẳng tay.Treo tay ở tư thế cơ năng(riêng với gãy mỏm khuỷu nẹp cánh cẳng bàn tay tư thế duỗi).
3.2.2. Điều trị nội khoa: Bó bột
- Chỉ định:
+ Gãy ngoài khớp với di lệch ngắn xương quay < 5cm, gấp góc , 5 độ theo chiều trước sau trên phim nghiêng.
+ Người già loãng xương nặng, hoặc có bệnh lí phối hợp không có khả năng phẫu thuật.
+ Gãy đầu dưới xương quay trên tay mất chức năng như liệt thần kinh…
+ Gãy bong sụn tiếp ở trẻ em.
- Phương pháp:
+ Bệnh nhân được vô cảm
+ Kéo nắn chỉnh kín ổ gãy tốt nhất dưới màng tăng sáng, cần đảm bảo chiều dài xương quay và lực nắn phía mặt trước hoặc sau xương quay để chỉnh di lệch.
+ Bó bột cẳng bàn tay, trong những ngày đầu tay còn nề nên rạch dọc bột. Sau 10 ngày, tay hết sưng nề nên thay bột tròn và nắn chỉnh thêm nếu cần. Thời gian để bột là 4 tuần.
- Theo dõi và chăm sóc sau bột
+ Trong thời gian bó bột bệnh nhân cần tập vận động chủ động hoặc thụ động ngón tay và khuỷu cũng như vai, treo tay cao để hạn chế cứng khớp, teo cơ và phù nề.
+ Sau khi tháo bột có thể tập tăng cường biên độ các khớp và sức mạnh cơ.
3.2.3. Điều trị ngoại khoa:
- Phương pháp nắn kín, cố định kim qua da dưới màn tăng sáng
+ Chỉ định: Gãy ngoài khớp với phần vỏ xương phía sau gãy vững
+ Kỹ thuật:
• Nắn chỉnh ổ gãy xương quay.
• Theo Lambotte: Dùng 2 -3 kim cố định từ mỏm trâm quay chéo qua ổ gãy qua thành xương bên đối diện, vận động sau mổ và chụp kiểm tra đánh giá đảm bảo ổ gãy cố định vững.
• Theo Kapaji: xuyên 2 hoặc 3 kim Kirschner qua ổ gãy sau khi mở đường nhỏ bóc tách bảo vệ thần kinh và mạch máu. Các kim Kirschner tạo thành các chốt chặn ngăn di lệch thứ phát.
- Mổ kết hợp xương cổ tay
+ Chỉ định:
• Nắn chỉnh kín không đạt hoặc di lệch tiến triển
• Gãy di lệch gấp góc trước sau > 5 độ
• Gãy di lệch diện khớp > 2mm
• Ngắn xương quay > 5mm
• Kèm theo gãy xương trụ (trù mỏm trâm trụ).
• Gãy can lệch
+ Phẫu thuật kết hợp xương
• Nẹp vít AO hoặc nẹp khoá đầu dưới xương quay các cỡ, đinh Kirschner các loại,

• Cố định ngoại vi qua khớp cổ tay
• Đối với trường hợp gãy vụn đầu dưới xương quay nhiều mảnh không thể cố định bằng kim hay nẹp vít, cân nhắc việc sử dụng khung cố định ngoài.
• Sau khi đã nắn chỉnh tương đối về chiều dài và tư thế giải phẫu của xương quay, sử dụng khung cố định ngoài với 2 đinh cố định ở xương đốt ngón 2 và 2 đinh ở xương quay, việc cố định này giúp cổ tay được bất động ở tư thế cơ năng.
- Thuốc sau phẫu thuật
+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,…..
+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,…
+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol…
+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase…
+ Canxi, Vitamine C, D3, …
* Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
• Cipro fl oxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
• Metronidazole 500mg/100ml,…
*Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
3.3. Điều trị dự phòng:
- Theo dõi vận động và cảm giác các ngón tay sau bó bột hay phẫu thuật.
- Bệnh nhân tái khám ngay khi ra viện 1 tuần, sau 4-5 tuần ổ gãy mới có can xơ sụn nên chữa vững, phải sau 3-4 tháng can xương vững mới cho bệnh nhân tập chịu lực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Trần Trung Dũng (2020). Chẩn đoán và điều trị gãy xương trật khớp chi trên. Nhà xuất bản y học.
2. Quyên L.N, H.C. Hùng, và V.T. Trực (2011): khảo sát các chỉ số của đàu dưới xương quay và khớp quay trụ dưới trên X quang. Kỷ yếu Hội nghị khoa học lần X Hội phẫu thuật bàn tay TPHCM.
3. Trần Đình Chiến (2006), "Gãy xương cẳng tay", Bệnh học chấn thương chỉnh hình, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội, tr. 64
4. Nguyễn Đức Phúc, Gãy đầu dưới xương quay, Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình – NXB Y học, 286
5. Hoppenff eld, P. Deboer, R. Buckey (2008). Surgical Exposures In Orthopaedic: The Anatomic Appoach, Lippincott Williams & Wilkin.
6. Ducan, S.F.M. and A.J. Weiland (2004). Hand Surgrey, 1e, Lippincott Williams & Wilkin.
7. Kỹ yếu chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh lần thứ 24 năm 2017
8. Một số kỹ thuật cơ bản trong chấn thương chỉnh hình

GÃY ĐẦU TRÊN XƯƠNG CÁNH TAY

1.ĐỊNH NGHĨA:
Gãy đầu trên xương cánh tay là bao gồm gãy chỏm, gãy cổ giải phẫu,gãy cổ phẫu thuật gãy liên mấu động của xương cánh tay
2. CHẨN ĐOÁN:
2.1. Chẩn đoán xác định:
2.1.1 Lâm sàng:
Lâm sàng khó chẩn đoán chính xác loại gãy vì các dấu hiệu gãy xương có thể giống nhau:
- Bệnh nhân đến viện trong tư thế chi trên áp sát thành ngực, tay lành nâng đỡ tay đau. Vùng vai đau, sưng nề
- Dấu bầm tím mặt trong cánh tay và thành ngực, lan xuống vùng hông lưng (bầm tím Hennequin).
- Đau khi vận động
- Có thể sờ thấy tiếng lạo xạo xương
Cần đánh giá cẩn thận tỉ mĩ tình trạng mạch máu, thần kinh. Tổn thương thần kinh nách dễ bị bỏ qua do:
- Đau làm lu mờ triệu chứng tê, mất cảm giác vùng cơ delta .
- Đau làm bệnh nhân từ chối co cơ delta (tét vận động)
- Di lệch xương gãy làm cơ delta mất trương lực
- Với mỗi thể gãy có đặc điểm khác nhau
2.1.2. Cận lâm sàng
- X- Quang vai tư thế thẳng (AP view), tư thế bên (Lateral), tư thế nách (Aixllary View)
- X - Quang phổi thẳng (gãy xương sườn, TDMP…)
- CT Scanner vai tái tạo 3 chiều (Nếu có nghi ngờ tổn thương ổ chảo)
- Xét nghiệm công thức máu – Đông máu
- Glucose với bệnh nhân > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đai tháo đuòng
- Sinh hóa máu(GOT/GPT,Creatinin,Điện giải đồ)
- Điện tim
2.2. Chẩn đoán phân biệt:
- Trật khớp vai:
+ Dấu hiệu nhát rìu vùng vai
+ Cánh tay không khép
+ Dấu hiệu lò xo
- Vỡ xương bả vai:
Cần chụp X-Quang để phân biệt
3. ĐIỀU TRỊ:
3.1. Nguyên tắc và mục tiêu điều trị:
Phục hồi giải phẫu đầu trên xương cánh tay và chức năng của khớp vai và cánh tay
3.2. Điều trị cụ thể:
3.2.1. Sơ cứu:
- Giảm đau, băng bó bất động, di chuyển nhẹ nhàng.
- Chống shock chấn thương
3.2.2: Điều trị nội khoa:
- Chỉ định:
+ Gãy cài gắn không hoặc ít di lệch:
+ Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật

+ Bệnh nhân đang mắc bệnh nội khoa chưa ổn định
+ Dựa theo phân loại của Neer:
• Gập góc cổ thân xương cánh tay <450
• Di lệch các mảnh gãy <1cm
- Phương pháp điều trị:
+ Bấtđộng 1-3 tuần bằng đai vai CT, đai Desault, tập vậnđộng ngón tay, cổ tay, gấp khuỷu
+ Tập vận động khớp vai sau 3,4 tuần
+ Tập vận động có kháng lực sau 3 tháng
3.2.3 Phẫu thuật:
- Chỉ định:
+ Gãy di lệch góc cổ thân xương cánh tay >450, di lệch mảnh gãy >1cm
+ Gãy mấu động lớn di lệch >5cm
+ Gãy di lệch lớn, nắn chỉnh không đạt kết quả, đe doạ tổn thương mạch máu thần kinh.
+ Gãy có phức tạp, có mãnh rời.
+ Gãy hở
+ Gãy xương kết hợp với sai khớp vai.
- Phương pháp:
+ Kết xương nẹp vít : nẹp AO, nẹp khoá
+ Bắt vit xốp.
+ Xuyên đinh Kirschner, néo ép.
+ Thay khớp vai
- Thuốc sau phẫu thuật
+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,…..
+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,…
+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol…
+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase…
+ Canxi, Vitamine C, D3, …
* Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
• Cipro fl oxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
• Metronidazole 500mg/100ml,…
*Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
3.3.Điều trị dự phòng:
- Tuyên truyền và giáo dục trong cộng đồng về luật giao thông và lao động.
- Cần giáo dục học sinh trong các trường phổ thông cơ sở nguyên nhân gây gãy xương để hạn chế các tai nạn xảy ra trong sinh hoạt và trong học đường.
- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng trong gãy xương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị chấn thương chỉnh hình tạp 1 TP Hồ Chí Minh
2. Bài giảng chấn thương chỉnh hình học viện quân y
3. Nguyễn Vĩnh Thống (2014), "Điều trị phẫu thuật gãy đầu trên xương cánh tay bằng nẹp khoá", Hội nghị khoa học thường niên Hội Chấn thương Chỉnh hình lần thứ XXI
4. Nguyễn Anh Dương (2017), "đánh giá kết quả điều trị gãy kín cổ phẫu thuật xương cánh tay bằng nẹp khoá". Luận văn thạc sĩ Y học Học viện Quân y.
5. Campbell's Operative Orthopaedics 2007
6. Rockwood and Green's Fracture in Adult, 6th Edition
7. Sách chấn thương chỉnh hình nhà xuất bản y học 2020

8. Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình 2017

GÃY HAI XƯƠNG CẲNG TAY

1. ĐỊNH NGHĨA:
Gãy hai xương cẳng tay là tình trạng mất sự liên tục của hai xương ở cẳng tay. Thân xương quay được tính từ cổ chỏm quay tới ranh giới giữa hành xương và thân xương. Thân xương trụ được tính từ mỏm vẹt tới cổ đầu xa xương trụ
2. CHẨN ĐOÁN:
2.1. Chẩn đoán xác định:
2.1.1. Lâm sàng:
- Toàn thân: bệnh nhân tay lành đỡ lấy tay đau, thường không có Shock sảy ra.
- Cơ năng: đau tại vị trí gãy, cẳng tay sưng nề, biến dạng rõ, bệnh nhân rất đau và không sấp- ngửa được cẳng tay, sờ có điểm đau chói.
- Thực thể: Cẳng tay như một ống tròn, bầm tím lan rộng tới khuỷ , có thể thấy cử động bất thường, dấu hiệu lạo xạo xương gãy.
- Gãy cành tươi ở trẻ em hoặc gãy ít di lệch ở người lớn
• Triệu chứng lâm sàng nghèo nàn.
• Tại vùng gãy đau chói sưng nề, có bầm tím tới muộn.
2.1.2. Cận lâm sàng:
- X-quang cẳng tay thẳng nghiêng
- X-quang ngực thẳng
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đai tháo đuòng
- SGOT - SGPT
- Điện giải đồ
- Creatinin
- Điện tim
- Chụp CT Scanner dựng hình với gãy đầu xương, gãy phức tạp, gãy xương bệnh lý
2.2.Chẩn đoán phân biệt:
- Gãy xương quay
- Gãy xương trụ
- Gãy Montergia
- Gãy Galeazy
- Gãy Pouteau – colle
Chụp X-quang để chẩn đoán phân biệt
3. ĐIỀU TRỊ:
3.1. Nguyên tắc:
- Nắn chỉnh phục hồi hoàn chỉnh giải phẫu và chức năng cẳng tay
- Cố định vững chắc, đúng kỹ thuật.
- Tập vận động chủ động + vật lý trị liệu, Phục hồi chức năng sau mổ.
- Theo dõi và phòng ngừa, điều trị các biến chứng.
3.2. Điều trị cụ thể:
3.2.1. Cấp cứu thì đầu:
- Giảm đau tại chỗ hoặc toàn thân .
- Nẹp cố định cẳng bàn tay (dùng 2 nẹp :một ở phía trước cẳng tay, một ở phía sau cẳng tay. Treo tay ở tư thế cơ năng (riêng với gãy mỏm khuỷu nẹp cánh cẳng bàn tay tư thế duỗi).
3.2.2. Điều trị nội khoa (bó bột):

- Chỉ định:
+ Gãy 1 hoặc 2 xương cẳng tay vững, di lệch ít.
+ Gãy xương ở trẻ nhỏ.
+ Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân không đủ điều kiện phẫu thuật.
+ Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật.
- Thuốc sử dụng: sau bó bột cho giảm nề, giảm đau và thuốc điều trị tổn thương phối hợp (nếu có)
+ Thuốc giảm đau chứa Paracetamol. Các loại thuốc chứa thành phần Paracetamol giúp xoa dịu nhanh các cơn đau. ...
+ Thuốc giảm đau kháng viêm không chứa Steroid. Uống thuốc giảm đau kháng viêm không chứa Steroid như Indomethacin, Naproxen hay Piroxicam cũng giảm nhẹ cơn đau xương khớp…
+ Kháng viêm Alphachymotripsin
3.2.4. Điều trị ngoại khoa:
- Chỉ định
+ Gãy hở
+ Gãy có biến chứng mạch máu thần kinh
+ Gãy xương người trưởng thành di lệch nhiều
+ Chậm liền xương, khớp giả
+ Điều trị bảo tồn thất bại
- Chống chỉ định.
Đang giai đoạn bệnh mạn tính chưa ổn định
- Phương tiện:
+ Bộ dụng cụ phẫu thuật cẳng tay
+ Nẹp + vít AO, nẹp khóa các loại cho cẳng tay, đinh Kirschner các loại, chỉ thép, khung cố định ngoại vi,...
- Thuốc sau phẫu thuật
+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,…..
+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,…
+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol…
+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase…
+ Canxi, Vitamine C, D3, …
- Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
• Cipro fl oxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
• Metronidazole 500mg/100ml,…
- Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ.
3.3. Điều trị dự phòng:
- Cần giáo dục học sinh trong các trường phổ thông cơ sở nguyên nhân gây gãy xương để hạn chế các tai nạn xảy ra trong sinh hoạt và trong học đường.
- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng
- Đối với các tuyến y tế cơ sở cần chẩn đoán sớm, xử lý đúng và chuyển lên tuyến y tế chuyên khoa điều trị sớm để giảm thiểu các biến chứng do gãy 2 xương cẳng tay gây ra như hội chứng Volkmann, hạn chế vận động cẳng tay.
- Giáo dục cho bệnh nhân tập luyện phục hồi chức năng sau điều trị

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1 . Bài giảng bệnh học ngoại khoa đại học Y Hà Nội 2013.

2 . Trần Đình Chiến (2006), "Gãy xương cẳng tay", Bệnh học chấn thương chỉnh hình, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội, tr. 59
3 . Nguyễn Đức Phúc, Gãy xương cẳng tay, Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình – NXB Y học, 268
4 . https://www.dieutri.vn/benhhocngoai/benh-hoc-ngoai-gay-hai-xuong-cang-tay
5 . kcb.vn. QTCM chẩn đoán điều trị gãy hai xương cẳng tay
6 .http://benhviendktinhquangninh.vn/phac-do-dieu-tri-chan-thuong/gay-xuong vung-cang-tay.1585.html
7 . Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018
8 . Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình 2017

GÃY HỞ HAI XƯƠNG CẲNG CHÂN

1. ĐỊNH NGHĨA:
Gãy hở hai xương cẳng chân là một trường hợp của gãy hai xương cẳng chân mà vị trí gãy nằm trong khoảng từ mắt cá tới mâm chày có ổ gẫy thông với môi trường bên ngoài.
2. CHẨN ĐOÁN:
2.1: Chẩn đoán xác định:
2.1.1: Lâm sàng:
Để chẩn đoán là gãy xương hở, cần tìm các dấu hiệu để chứng minh 2 sự việc sau:
- Có gãy xương và có vết thương.
- Vết thương thông vào ổ gãy.
- Dựa vào các dấu hiệu: Nhìn thấy xương gãy.
- Chẩn đoán xác định gãy xương hở dựa vào tổn thương phần mềm, ổ gãy thông với môi trường bên ngoài.
- Chẩn đoán độ gãy xương hở theo Gustilo:
+ Độ I: Chấn động nhẹ, vết thương nhỏ hơn 1 cm
+ Độ II: Vết thương lớn hơn 1 cm với tổn thương mô nhẹ đến vừa
+ Độ III: Vết thương lớn hơn 1 cm với tổn thương phần mềm nặng
• Độ IIIA: Tổn thương phần mềm tương xứng với vùng xương gãy
• Độ IIIB: Tổn thương phần mềm không tương xứng
• Độ IIIC: Có tổn thương động mạch
2.1.2. Cận lâm sàng:
- X-Quang quy ước: tư thế thẳng tư thế nghiêng
- Siêu âm mạch máu và động mạch đồ: chỉ định khi có nghi ngờ tổn thương động mạch cần phục hồi.
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đai tháo đuòng
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim
- Chụp CT: Xác định múc độ trong tổn thương xương phức tạp
2.2. Chẩn đoán phân biệt:
- Gãy hở thân xương chày
- Chấn thương hở phần mềm cẳng chân
- Gãy hở xương mác.
Chụp X-quang để chẩn đoán phân biệt
3. ĐIỀU TRỊ:
3.1. Nguyên tắc:
Xử trí gãy xương hở 2 xương cẳng chân theo đúng phát đồ điều trị dựa vào các nguyên tắc chính:
+ Cắt lọc vết thương để loại bỏ mô dập nát và các dị vật.
+ Nắn và bất động xương gãy.
+ Dùng kháng sinh hỗ trợ cơ thể chống lại vi trùng.
+ Gãy hở độ I: Điều trị như gãy kín.
+ Gãy hở độ II,III: Mổ cấp cứu xử lý vết thương phần mềm, cố định xương, tốt nhất bằng khung cố định ngoài.

+ Riêng gãy hở IIIc: Ngoài xử lý tốt vết thương phần mềm, quan trọng hơn là xử lý nhanh, sớm tổn thương mạch máu, thần kinh kèm theo.
+ Ngăn ngừa nhiễm trùng.
+ Đạt được sự liền xương.
+ Phục hồi chức năng sớm.
3.2. Điều trị cụ thể:
3.2.1. Cấp cứu thì đầu:
- Đánh giá sinh hiệu và khám tổng quát.
- Săn sóc vết thương:
- Nhanh chóng băng vết thương bằng gạc vô trùng có tẩm dung dịch povido-iodine (Betadin). Nếu vết thương có dính dị vật lớn, có thể dùng kềm vô trùng lấy ra trước khi băng.
+ Lưu ý nếu bệnh nhân chưa được mổ ngay thì cứ mỗi 2 giờ, vết thương cần được tưới rửa bằng nước muối sinh lý (1-2l), sau đó băng lại bằng gạc vô trùng có tẩm Betadine mới.
+ Giữ ẩm vết thương hở giúp tăng độ ẩm bề mặt là một yếu tố quan trọng đề lành vết thương sau này.
- Đặt nẹp bất động chi bị gãy:
+ Nguyên tắc : Bất động ổ gãy qua 2 khớp và giữ thẳng trục chi bị gãy.
+ Có một số trường hợp gãy trật hay trật khớp như cổ chân, gối, khuỷu cần được nắn ngay lập tức tại phòng cấp cứu.
- Tiêm ngừa uốn ván SAT 1500UI(TDD) (Không cần tiêm nếu BN được tiêm VAT >= 3 lần trong 10 năm gần đây).
- Dùng kháng sinh đường tĩnh mạch: Dùng kháng sinh đường tĩnh mạch càng sớm càng tốt. Nếu trì hoãn tiêm kháng sinh sau 3 giờ thì nguy cơ nhiễm trùng tăng cao.
+ Gãy hở độ I, II : Thường dùng kháng sinh phổ rộng như Cephalosprine III 1 -2 g, sau đó thêm 1g mỗi 8 giờ.
+ Đối với vết thương bẩn, có dính đất cát, có nguy cơ nhiễm vi khuẩn kỵ khí như Clostridium, dùng 4-5 triệu UI penicillin mỗi 6 giờ
+ Gãy hở độ III: Dùng thêm Aminoglycoside 3-5mg/kg/ngày chia mỗi 8giờ (thường bắt đầu với Gentamycin)
3.2.2 Điều trị nội khoa:
Gãy hở độ I, vết thương sạch, bệnh nhân đến sớm và gãy xương vững.
3.2.3.Điều trị ngoại khoa:
- Cắt lọc vết thương:
+ Mở rộng vết thương vừa đủ để tưới rửa và cắt lọc.
+ Lấy bỏ các dị vật.
+ Cắt lọc mép da (cắt tiết kiệm để có thể đóng vết thương).
+ Cắt lọc mô mỡ và mô dưới da bị dập.
+ Cắt mở rộng cân giải phóng khoang bên dưới vết thương trong gãy hở độ II trở lên.
+ Cắt bỏ các cơ bị dập nát hay chết(Dựa vào : Màu sắc, còn chảy máu? Còn đáp ứng kích thích?).
+ Bộc lộ và rửa sạch gân và xương.
- Bất động xương gãy:
+ Bó bột và nẹp bột: Một số ít trường hợp gãy hở độ I và độ II. Nên chỉ định hạn chế vì khó chăm sóc vết thương
+ Bất động ngoài : Thường chỉ định trong gãy hở độ III hay trong các trường hợp vết thương dơ, có nguy cơ nhiễm trùng cao
+ Kết hợp xương bên trong: (Gồm đóng đinh nội tủy, nẹp vít, hay xuyên kim) thường chỉ

định trong gãy hở độ I, II và một số trường hợp gãy hở độ III mà vết thương tương đối sạch.
- Đóng vết thương:
+ Che phủ mô quý (xương, mạch máu, thần kinh, gân) bằng cơ, cân, mô dưới da
+ Gãy hở độ I hay II, vết thương sạch có thể đóng da ngay thì đầu nhưng cần lưu ý nguy cơ nhiễm trùng nếu đóng vết thương kín
+ Có thể cắt lọc lại sau 36-48g nếu vết thương phức tạp, dập nát nhiều
+ Gãy hở độ III có thể để hở da hay dùng vạt da che phủ mô quý, khâu da thì hai hay ghép da sau 5 ngày nếu vết thương sạch
- Cắt cụt chi:
+ Cắt cụt chi trong cấp cứu thường được chỉ định trong các trường hợp sau:
+ Gãy hở mức dộ tổn thương phần mềm nặng, có kèm tổn thương mạch máu cần sửa chữa (độ IIIC) mà không thể phục hồi hay thời gian thiếu máu nóng >8g
+ Chi dập nát nặng mà khả năng phục hồi tưới máu kém
+ Đa chấn thương cần cắt cụt chi khẩn cấp để cầm máu, cứu sống bệnh nhân
+ Chi bị tổn thương nặng có thể đe dọa tính mạng ở bệnh nhân có bệnh lý nội khoa mãn tính nặng như tiểu đường…
+ Chỉ số MESS (Mangle Extremity Severity Score): chỉ định cắt cụt khi >=7đ
- Thuốc sau phẫu thuật
+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,…..
+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,…
+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol…
+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase…
+ Canxi, Vitamine C, D3, …
* Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
• Cipro fl oxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
• Metronidazole 500mg/100ml,…
* Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
3.3. Điều trị dự phòng:
- Tuyên truyền và giáo dục trong cộng đồng về luật giao thông và lao động.
- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ và bất động gãy xương tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng trong gãy xương.
- Đối với các tuyến y tế cơ sở cần chẩn đoán sớm, xử lý đúng và chuyển lên tuyến y tế chuyên khoa điều trị sớm để giảm thiểu các biến chứng do gãy 2 xương cẳng chân.
- Giáo dục cho bệnh nhân tập luyện phục hồi chức năng sau điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Phùng Ngọc Hoà. Gãy hai xương cẳng chân. Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập 1. Nhà xuất bản y học, 2006, tr. 116-121
2. Bài giảng bệnh học ngoại khoa trường ĐH Y Hà Nội. Nhà xuất bản y học 2013
3. Phác đồ điều trị Bộ y tế 2016. Quy trình chuyên môn phẫu thuật gãy 1/3 giữa 2 xương cẳng chân ở người lớn.
4. Chales M. Coury-Brown. Fracture of tibial shaft – practical procedure in Orthopeadic Trauma Surgery. Cambridge University Press, 2006,pp, 231-244.
5. Terry Canale and Jame H. Beaty. Fracture of tibia and fi bular Campbells Orthopeadic, Chapter 52, vol 3, 11th edition. Lippincott William and Wilkin, 2008.
6. Michael A. Chapman. Fracture of tibia and fi bular. Operative Orthopeadic, 2nd edition. Lippincott William and wilkins, 1991.

7. Sách chấn thương chỉnh hình nhà xuất bản y học 2020
8. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018

GÃY MÂM CHÀY

1. ĐỊNH NGHĨA

Gãy mâm chày là gãy vùng hành xương của đầu trên xương chày phạm khớp.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Sau chấn thương người bệnh đau, mất vận động gối.
- Biến dạng gối: Gấp góc, vẹo trong hoặc vẹo ngoài.
- Sưng nề, bầm tím vùng gối, tràn dịch khớp gối. Nếu đến muộn có thể có nốt phỏng nước ở cẳng chân.
- Cần tìm các biến chứng:

+ Tổn thương mạch máu: Mạch mu chân và chày sau mất hoặc yếu, màu sắc và nhiệt độ bàn ngón chân, tuần hoàn mao mạch đầu chi kém.

+ Hội chứng khoang: bắp chân nề căng, đau tăng dần kể cả đã bất động, rối loạn cảm giác bàn ngón chân: tê bì, mất cảm giác (dấu hiệu muộn), vận động các ngón kém, đau nhiều khi làm căng cơ (duỗi hoặc gấp ngón thụ động).

+ Tổn thương thần kinh: liệt thần kinh mác chung: mất duỗi chủ động các ngón chân và bàn chân, mất xoay bàn chân ra ngoài.

2.1.2. Cận lâm sàng:

- X-Quang quy ước: tư thế thẳng trước sau, tư thế nghiêng vùng gối cho chẩn đoán gãy mâm chày.
- Chụp gối tư thế xoay trong hay ngoài giúp thấy rõ hơn tổn thương sụn ở mặt trước hay mặt sau của mỗi mâm chày.
- Chụp CT: thấy rõ mức độ gãy nát, gãy lún thường không thấy rõ trên X-quang thường quy. Hình ảnh tái tạo không gian ba chiều càng giúp nhìn thấy rõ hình ảnh giải phẫu đại thể xương gãy.
- Chụp cộng hưởng từ MRI: hình ảnh MRI giúp thấy rõ tổn thương phần mềm: sụn chêm, dây chằng.
- Siêu âm mạch máu và động mạch đồ: chỉ định khi có nghi ngờ tổn thương động mạch cần phục hồi.
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đai tháo đuòng
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Vỡ xương bánh chè
- Vỡ lồi cầu đùi

Dựa vào X-quang để chẩn đoán phân biệt

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Phục hồi giải phẫu và chức năng khớp gối
- Kết hợp xương vững chắc để tập Phục hồi chức năng sớm tránh teo cơ cứng khớp

3.2 Điều trị cụ thể:

3.2.1. Sơ cứu:

Sau khi khám, chẩn đoán sơ bộ và đánh giá sơ bộ tình trạng toàn thân (mạch, huyết áp, thở…), tại chỗ tiến hành sơ cứu;
- Chống Shock chấn thương:
+ Giảm đau toàn thân: Dùng các thuốc giảm đau thông thương như Morphin 10mg (Không dùng cho người già > 60 tuổi và trẻ em < 15 tuổi), Paracetamol…
+ Bồi phụ khối lượng tuần hoàn: Truyền dịch mặn, Ringer lactac, dịch keo thay thế máu…
+ Bất động tạm thời
3.2.2. Điều trị nội khoa
- Điều trị bảo tồn:
+ Chỉ định với những trường hợp gãy mâm chày không di lệch hoặc di lệch ít. Tuy có nhiều quan điểm khác nhau về điều trị bảo tồn gãy mâm chày song nhiều tác giả đồng ý với chỉ định điều trị bảo tồn khi di lệch và lún dưới 5mm, lún từ 5-8mm thì tùy thuộc vào tuổi, yêu cầu về hoạt động của gối mà quyết định thái độ điều trị.
+ Với những trường hợp gãy nhiều mảnh phức tạp, phẫu thuật khó khăn có thể điều trị bảo tồn.
+ Những trường hợp sưng nề, nốt phỏng nhiều nên kê chân cao trên khung (có thể kéo liên tục qua xương gót) chờ khi chân hết nề sẽ bó bột.
+ Gây tê tại chỗ hoặc gây mê. Hút máu tụ trong khớp gối.
+ Kéo nắn thẳng trục, bất động bột đùi cẳng bàn chân rạch dọc.
+ Để phát hiện sớm các biến chứng như: chèn ép bột, hội chứng khoang… cần kê chân cao, theo dõi sát cảm giác đau của người bệnh, vận động và cảm giác cũng như màu sắc, nhiệt độ của ngón chân.
+ Chụp X-Quang kiểm tra lại sau 1 tuần, nếu tốt thay bột sau 02 tuần. Hướng dẫn tập cơ tứ đầu đùi, vận động các ngón chân. Từ tuần thứ 4 cho tập tỳ đè nhẹ (chịu trọng lượng một phần).
+ Thời gian bất động bột: 8-10 tuần.
+ Sau khi tháo bột: tập vận động gối, cổ chân, cơ tứ đầu đùi và tập chịu trọng lực tăng dần.
+ Với những trường hợp gãy từ độ IV trở đi thì thời gian chịu tỳ đè phải muộn hơn và thời gian bất động gối lâu hơn, thường thay ống bột sau 6-8 tuần cho tập vận động cổ chân và tập tì đè tăng dần. Thời gian bất động bột 10-12 tuần.
+ Tái khám hàng tuần ít nhất trong 2 tuần đầu tiên: phát hiện tắc mạch khoeo muộn.
+ Thuốc kháng viêm, giảm đau, chống phù nề, bổ sung calci, vitamin.
3.2.3 Điều trị ngoại khoa
- Chỉ định:
+ Gãy hở.
+ Chèn ép khoang, tổn thương mạch máu thần kinh.
+ Gãy di lệch mặt khớp >5mm.
+ Trục xương di lệch >5 độ, hoặc có di lệch xoay.
- Chống chỉ định: Bệnh nhân đang Shock
- Phương pháp phẫu thuật:
+ Kết xương bên trong: Nẹp AO, nẹp khoá, vít xốp, đinh Kirschner
+ Kết xương bên ngoài: Khung ngoại vi, đinh Kirschner (Nhiễm trùng, Gãy hở III B,C)
- Thuốc sau phẫu thuật
+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,…..
+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,…
+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol…

+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase…
+ Canxi, Vitamine C, D3, …
* Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
• Cipro fl oxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
• Metronidazole 500mg/100ml,…
* Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
3.3. Điều trị dự phòng;
+ Sau mổ bệnh nhân nằm gác chân cao.
+ Thay băng thì đầu 24 giờ sau mổ.
+ Rút dẫn lưu trong 48 giờ.
+ Cắt chỉ sau phẫu thuật > 10 ngày
+ Thường xuyên theo dõi xương bằng XQ và các xét nghiệm CLS cần thiết khác.
+ Tập vận động thụ động và vận động sớm các khớp tránh teo cơ.
+ Tùy theo vị trí gãy, phương tiện kết xương, độ vững của kết xương cho bệnh nhân tỳ sớm hay muộn:
Chế độ dinh dưỡng
+ Ăn đảm bảo đủ chất theo chế độ ăn bệnh lý.
+ Tăng cường chất xơ

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Tài liệu chấn thương chỉnh hình của nhà xuất bản y học 2015
2. Bài giảng chấn thương chỉnh hình của chấn thương chỉnh hình TP Hồ Chí Minh
3. Phạm Đăng Ninh – Vũ Nhất Định, Gãy xương cẳng chân, Bệnh học chấn thương chỉnh hình, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội, tr. 131
4. Nguyễn Đức Phúc, Gãy mâm chày, Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình – NXB Y học, 526
5. Nguyễn Quang Long, 2005, "Chấn thương vùng gối", Bài giảng bệnh học chấn thương chỉnh hình và phục hồi chức năng, trang 106-114
6. Trần Trung Dũng, 2014, http://www.dungbacsy.com/kien-thuc-chuyennganh/www.dungbacsy.com//kien-thuc-chuyen-nganh/phan-loai-vo-mam-chaytheo-schatzker_1-ci164
7. Một số kỹ thuật cơ bản trong chấn thương chỉnh hình
8. Sách chấn thương chỉnh hình nhà xuất bản y học 2020

GÃY MỎM KHUỶU

1. ĐỊNH NGHĨA:
Gãy mỏm khuỷu là gãy xương nội khớp, thường do chấn thương trực tiếp. Thường gây di lệch nhiều do tác động có kéo mạnh của cơ tam đầu cánh tay.
2. CHẨN ĐOÁN:
2.1. Chẩn đoán xác định:
2.1.1. Lâm sàng:
- Hạn chế động tác duỗi khớp khuỷu, không duỗi được cẳng tay hoàn toàn.
- Đau chói mỏm khuỷu.
- Giản cách giữa 2 đầu gãy.
- Di động đoạn trung tâm.
- Đường Hunter thay đổi.
- Tam giác Hunter thay đỗi(đảo ngược).
2.1.2. Cận lâm sàng:
- Chụp X-Quang: Thường chụp tư thế thẳng và nghiêng; xác định được đường gãy, độ di lệch, mảnh rời…
- Đo điện cơ (nếu có tổn thương thần kinh)
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đai tháo đuòng
- SGOT - SGPT
- Điện giải đồ
- Creatinin
- Điện tim
- CT scanner dựng hình trong trường hợp tổn thương phức tạp hoặc hình ảnh x quang không rõ ràng.
2.2. Chẩn đoán phân biệt:
- Gãy trên lồi cầu xương cánh tay
- Gãy đài quay
- Trật khớp khuỷu
- Gãy lồi cầu trong xương cánh tay
- Gãy liên lồi cầu xương cánh tay
Chụp X- quang để chẩn đoán phân biêt
3. ĐIỀU TRỊ:
3.1. Nguyên tắc điều trị:
- Phục hồi giải phẫu và mặt khớp
- Cố định xương vững để tập phục hồi chức năng sớm tránh biến chứng cứng khớp khuỷu.
3.2. Điều trị cụ thể:
3.2.1. Cấp cứu thì đầu:
- Giảm đau tại chỗ hoặc toàn thân .
- Nẹp cố định nẹp cánh cẳng bàn tay tư thế cơ năng
3.2.2. Điều trị nội khoa:
- Chỉ định:
Gãy mỏm khuỷu ít di lệch,giản cách < 2mm.
- Phương pháp:
Bó bột cánh cẳng tay-bàn tay,khuỷu duỗi và để bột 6-8 tuần
- Thuốc sau bó bột

+ Giảm đau:
• Thuốc giảm đau chứa Paracetamol. Các loại thuốc chứa thành phần Paracetamol giúp xoa dịu nhanh các cơn đau. ...
• Thuốc giảm đau kháng viêm không chứa Steroid. Uống thuốc giảm đau kháng viêm không chứa Steroid như Indomethacin, Naproxen hay Piroxicam cũng giảm nhẹ cơn đau xương khớp.
+ Giảm phù nề:
• Alpha choay, chống phù nề trong các trường hợp chấn thương phù nề, sau phẫu thuật…
• Chú ý: theo dõi tránh chèn ép bột, thay bột theo hẹn
3.2.3. Phẫu thuật:
- Phương pháp:
+ Kết xương bằng néo ép số 8
+ Kết hợp xương bằng nẹp khóa, nẹp mắt xích…
+ Bắt vít xốp
- Thuốc sau phẫu thuật
+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,…..
+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,…
+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol…
+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase…
+ Canxi, Vitamine C, D3, …
• Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
• Cipro fl oxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
• Metronidazole 500mg/100ml,…
• Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
3.3. Điều trị dự phòng:
+ Kháng sinh,
+ Giảm đau
+ Giảm phù nề
+ Đeo nẹp hỗ trợ (nẹp bột, nẹp OBBE…)
+ Khám lại theo hẹn
+ Tập phục hồi chức năng sớm
+ Tuyên truyền và giáo dục trong cộng đồng về luật giao thông và lao động.

TÀI LIỆU THAM KHẢOu

1. Trần Đình Chiến (2006), "Gãy xương cẳng tay", Bệnh học chấn thương chỉnh hình, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội, tr. 57-59.
2. Phác đồ điều trị chấn thương chỉnh hình của Bộ Y Tế
3. Sách chấn thương chỉnh hình của nhà xuất bản y học
4. Bài giảng chấn thương chỉnh hình, Bộ môn chấn thương chỉnh hình Đại học y dược TP Hồ Chí Minh
5. Nguyễn Đức Phúc, Chấn thương khuỷu, Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình – NXB Y học, 262
6. Horne G, Sim P (1985), "Nonunion of the radial head", J Trauma, 25 (5), pp. 452-3.
7. Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình 2017
8. Kỹ yếu chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh lần thứ 24 năm 2017

GÃY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

1. ĐỊNH NGHĨA:

Gãy thân xương cánh tay là gãy đoạn từ dưới chỗ bám cơ ngực to đến đoạn trên lồi cầu xương cánh tay (4 khoát ngón tay trên khe khớp khuỷu).

2 CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Sưng, đau, biến dạng cánh tay
- Điểm đau chói cố định tương ứng với vị trí gãy.
- Dấu hiệu lạo xạo xương.
- Cữ động bất thường tại ổ gãy.
- Bất lực vận động: Không nâng và giạng cánh tay được (khi gãy hoàn toàn), có thể vận động cánh tay chút ít (gãy không hoàn toàn).
- Mất cơ năng khớp vai khớp và khớp khuỷu

• Chú ý các tổn thương kèm theo, đặc biệt gãy xương cẳng tay ở trẻ em

• Khám đánh giá tổn thương thần kinh quay: bàn tay rủ, không duỗi được cổ tay và các ngón tay, không dạng được ngón cái, mất cảm giác mu tay của ngón 1,2 và ô mô cái.

2.1.2.Cận lâm sàng:

- Chụp X-Quang Thường chụp tư thế thẳng và nghiêng; xác định được đường gãy, độ di lệch, mảnh rời…
- Đo điện cơ (nếu có tổn thương thần kinh)
- CT Scan trong trường hợp có tổn thương sụn khớp khớp đầu trên hoặc dưới xương cánh tay
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đai tháo đuòng
- SGOT - SGPT
- Điện giải đồ
- Creatinin
- Điện tim

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Gãy cổ phẫu thuật xương cáng tay.
- Gãy trên lồi cầu xương cánh tay

Chẩn đoán dựa vào hình ảnh X-quang

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc và mục tiêu điều trị:

- Phục hồi giải phẫu và chức năng xương cánh tay
- Cố định vững chắc để tập phục hồi chức năng sớm

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Cấp cứu thì đầu:

- Giảm đau tại chỗ hoặc toàn thân .
- Nẹp cố định nẹp cánh cẳng bàn tay tư thế cơ năng

3.2.2. Điều trị nội khoa:

- Chỉ định:

+ Gãy kín ít di lệch hoặc không di lệch,

+ Gãy xương ở trẻ em nắn chỉnh bó bột.

+ Gãy xương người già thể trạng không cho phép phẫu thuật

- Chống chỉ định
+ Gãy hở
+ Biến chứng mạch máu thần kinh.
3.2.3. Điều tri ngoại khoa:
- Chỉ định
+ Gãy hở
+ Gãy có biến chứng mạch máu thần kinh
+ Gãy xương người trưởng thành di lệch nhiều
+ Chậm liền xương, khớp giả
+ Điều trị bảo tồn thất bại
- Chống chỉ định
+ Gãy kín xương trẻ em <15 tuổi đến sớm.
+ Đang giai đoạn bệnh mạn tính chưa ổn định
- Phương pháp phẫu thuật
+ Kết xương nẹp vít AO hoặc nẹp khoá
+ Kết xương định nội tủy.
+ Kết hợp xương khung ngoại vi trong gãy hở độ III, gãy xương có nhiễm trùng.
- Thuốc sau phẫu thuật
+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,…..
+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,…
+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol…
+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase…
+ Canxi, Vitamine C, D3, …
+ Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
• Cipro fl oxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
• Metronidazole 500mg/100ml,…
Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
3.3. Điều trị dự phòng:
- Kháng sinh phổ rộng, kháng viêm, giảm đau, chống phù nề
- Chụp X-Quang kiểm tra
- Bất động sau mổ: đai vai CT, Desault, … 1-3 tuần
- Tập vận động khớp vai có trợ giúp sau 3 tuần
- Tập có kháng lực

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bài giảng bệnh học ngoại khoa đại học Y Hà Nội 2013.
2. Trần Đình Chiến, Nguyễn Ngọc Thảo, Gãy xương cánh tay, Bệnh học Chấn thương chỉnh hình - Học viện Quân y, 41
3. Phác đồ điều trị chấn thương chỉnh hình tập 1 TP Hồ Chí Minh.
4. Nguyễn Đức Phúc, Gãy thân xương cánh tay, Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình – NXB Y học, 253
5. Campbell's Operative Orthopaedics 2012
6. Rockwood and Green's Fracture in Adults, 6th Edition
7. Sách chấn thương chỉnh hình nhà xuất bản y học 2020
8. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018

GÃY THÂN XƯƠNG CHÀY

1. ĐỊNH NGHĨA:
Gãy thân xương chày xảy ra ở phần xương nằm ở dưới khớp gối và trên khớp cổ chân. Gãy thân xương chày có thể đi kèm với các tổn thương khác.
2. CHẨN ĐOÁN:
2.1. Chẩn đoán xác định:
2.1.1. Lâm sàng:
Các triệu chứng thường gặp nhất của gãy thân xương chày bao gồm:
- Đau bất lự vận động , có điểm đau chói
- Không đi đứng được
- Biến dạng chân
- Đầu xương gãy nhô lên dưới da hoặc có thể chọc thủng da
- Đôi khi có thể bị mất cảm giác ở bàn chân
- Sưng nề .Bầm tím
- Cử động bất thường tại vị trí gãy
2.1.2. Cận lâm sàng:
- X- Quang quy ước: tư thế thẳng tư thế nghiêng
- Siêu âm mạch máu và động mạch đồ: chỉ định khi có nghi ngờ tổn thương động mạch cần phục hồi.
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đai tháo đuòng
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim
2.2. Chẩn đoán phân biệt:
- Gãy thân 2 xương cẳng chân
- Gãy đầu trên xương chày
- Gãy đầu dưới xương chày
- Chấn thương phần mềm cẳng chân
Chụp X-quang để chẩn đoán phân biệt
3. ĐIỀU TRỊ:
3.1. Nguyên tắc điều trị:
- Phục hồi tối đa giải phẫu và chức năng
- Tập vận động sớm
3.2. Điều trị cụ thể:
3.2.1 Cấp cứu thì đầu:
Sau khi khám, chẩn đoán sơ bộ và đánh giá sơ bộ tình trạng toàn thân (mạch, huyết áp, thở…), tại chỗ tiến hành sơ cứu;
- Chống Shock chấn thương:
+ Giảm đau toàn thân: Dùng các thuốc giảm đau thông thương như Morphin 10mg (Không dùng cho người già > 60 tuổi và trẻ em < 15 tuổi), Paracetamol…
+ Bồi phụ khối lượng tuần hoàn: Truyền dịch mặn, Ringer lactac, dịch keo thay thế máu…
+ Bất động tạm thời
3.2.2. Điều trị nội khoa:
Bó bột được chỉ định khi:

+ Tình trạng sức khỏe chung không cho phép phẫu thuật.
+ Ít hoạt động, do đó có thể chấp nhận di lệch gập góc và ngắn chi.
+ Gãy kín ít di lệch.
+ Giảm đau, giảm sưng nề
3.2.3.Điều trị ngoại khoa:
- Chỉ định
+ Gãy hở
+ Gãy không vững, gãy di lệch nhiều, gãy nát nhiều mảnh.
+ Điều trị không phẫu thuật thất bại.
- Phẫu thuật kết hợp xương bằng đinh nội tủy
Là quy trình phẫu thuật nắn kín xương gãy dưới màn hình tăng sáng, sau đó đóng đinh xuôi dòng từ lồi củ chày ,chốt vít đầu xa và đầu gần xương gãy.Nếu nắn kín thất bại, rạch da mở ổ gãy, nắn và đóng đinh tương tự như nắn kín.
- Phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít:
+ Chỉ định:
• Gãy nhiều mảnh rời,
• Gãy chéo xoắn.
+ Phương tiện kết xương
• Nẹp AO.
• Nẹp khoá
• Đinh nội tuỷ
- Phẫu thuật kết hợp xương cố định ngoài:
Chỉ định:
+ Gãy hở nặng.
+ Gãy hở nhiễm trùng.
* Điều trị sau phẫu thuật
- Thuốc sau phẫu thuật
+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,…..
+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,…
+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol…
+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase…
+ Canxi, Vitamine C, D3, …
* Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
• Cipro fl oxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
• Metronidazole 500mg/100ml,…
* Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
3.3. Điều trị dự phòng:
- Giáo dục cộng đồng trong tham gia giao thông tránh xảy ra tai nạn dẫn tới chấn thương
- Đối với các tuyến y tế cơ sở cần chẩn đoán sớm, xử lý đúng và chuyển lên tuyến y tế chuyên khoa điều trị sớm để giảm thiểu các biến chứng do gãy xương gây ra
- Bệnh nhân sau phẫu thuật nên tái khám theo đúng hẹn để đánh giá mức độ liền xương

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Phùng Ngọc Hòa. Gãy hai xương cẳng chân. Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập 1. Nhà xuất bản y học, 2016.
2. Nguyễn Đức Phúc, Gãy thân xương chày, Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình – NXB Y học, 530
3. Phạm Đăng Ninh – Vũ Nhất Định, Gãy xương cẳng chân, Bệnh học chấn thương

chỉnh hình, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội, tr. 135
4. Phác đồ điều trị Bộ y tế 2016. Quy trình chuyên môn phẫu thuật gãy 1/3 giữa 2 xương cẳng chân ở người lớn.
5. Elsevier Saunders. Tibial Fractures. Skeletal trauma. Volume 1.
6. Up to date. Overview of tibial fractures in adults.
7. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình Bệnh viện Việt Đức 2018.
8. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018

GÃY THÂN XƯƠNG ĐÙI

1. ĐỊNH NGHĨA

Gãy thân xương đùi là gãy đoạn giới hạn ở dưới khối mấu chuyển đến trên khối lồi cầu xương đùi

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Toàn thân: Có thể có Shock do đau và mất máu. Biểu hiện mặt nhợt nhạt, da xanh tái,vã mồ hôi lạnh, mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt, thở nhanh
- Cơ năng:

+ Bất lực vận động chủ động: không nhấc được gót chân lên khỏi mặt giường, không gấp được khớp gối.

+ Đau chói vùng đùi bên bị gãy

- Thực thể

+ Nhìn biến dạng chi,sưng nề bầm tím

+ Sờ có điểm đau chói

+ Chiều dài chân gãy ngắn hơn so với bên lành

+ Lạo xạo xương và cử động bất thường

2.1.2. Cận lâm sàng:

- X-Quang: Chụp bình diện thẳng- bên xương đùi, tìm các tổn thương kèm theo ở vùng háng và gối, phải luôn chụp đầu trên và dưới xương đùi; chụp khung chậu
- Siêu âm mạch nếu nghi ngờ tổn thương mạch máu
- Xét nghiệm CTM- Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi. BMI >25 và tiền sử đái tháo đường
- SGOT-SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim
- Đo độ loãng xương BN > 60 tuổi

2.1.3. Chẩn đoán phân biệt:

- Gãy liên mấu chuyển xương đùi
- Gãy lồi cầu và liên lồi cầu xương đùi
- Chạm thương phầm mềm ở đùi: đùi sưng to, nề chân vẫn cử động được, x-quang không có gãy xương

Dựa vào hình ảnh X- Quang để chẩn đoán phân biệt

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc điều trị:

- Phục hồi về giải phẫu và chức năng.
- Tập vận động sớm tránh teo cơ cứng khớp

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Sơ cứu:

- Sau khi khám, chẩn đoán sơ bộ và đánh giá sơ bộ tình trạng toàn thân (mạch, huyết áp, thở…), tại chỗ tiến hành sơ cứu;
- Chống Shock chấn thương;.

+ Giảm đau toàn thân.

+ Bồi phụ khối lượng tuần hoàn

+ Giảm đau toàn thân; Dùng các thuốc giảm đau thông thương như Morphin 10mg (Không dùng cho người già > 60 tuổi và trẻ em < 15 tuổi), Paracetamol…
+ Nẹp cố định tạm thời Ngực-chậu-lưng chân bằng 3 nẹp gỗ; Nẹp phía ngoài và phía sau từ dưới nách đến bàn chân, nẹp mặt trong từ nếp nằn bẹn đến bàn chân.
+ Truyền dịch: Truyền dịch mặn, Ringer lactac, dịch keo thay thế máu…
3.2.2. Điều trị nội khoa:
- Chỉ định
Tùy theo vị trí, hình thái, mức độ gãy, thể trạng bệnh nhân.
+ Gãy vững
+ Trẻ em dưới 6 tuổi.
+ Người có bệnh mạn tính, già yếu không thể phẫu thuật được.
- Chống chỉ định
+ Gãy hở xương đùi
+ Gãy xương có biến chứng mạch máu, thần kinh
+ Gãy mất vững xương đùi ở trẻ lớn và người lớn.
- Phương pháp:
+ Bó bột hoặc đeo nẹp
+ Xuyên đinh kéo liên tục.
3.2.3. Điều trị ngoại khoa:
- Chỉ định:
+ Gãy mất vững
+ Gãy hở.
+ Gãy xương có kèm theo biến chứng.
+ Điều trị bảo tồn thất bại.
+ Thể trạng và các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng đủ điều kiện thực hiện cuộc phẫu thuật.
- Chống chỉ định:
+ Trẻ em < 6 tuổi.
+ Thể trạng không chịu được phẫu thuật.
Phương pháp phẫu thuật
- Kết xương bên trong
+ Chỉ định: Trong trường hợp gãy kín xương đùi, gãy hở độ I, II đến sớm, khớp giả xương đùi.
+ Chống chỉ định:
• Gãy hở đến muộn
• Gãy kín trên bệnh nhân có viêm xương đùi
• Gãy 1/3 dưới thân xương đùi: Phẫu thuật Nẹp vít AO, Đinh nội tủy có trốt, nẹp khóa.
- Kết xương bằng khung cố định ngoại vi
+ Chỉ định:
• Gãy hở độ III
• Gãy hở do hỏa khí.
• Gãy hở độ I,II đến muộn.
• Gãy kín thân xương đùi trên bệnh nhân có viêm xương đùi.
- Thuốc sau phẫu thuật
+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,…..
+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,…
+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol…
+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase…

+ Canxi, Vitamine C, D3, …
* Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
• Cipro fl oxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
• Metronidazole 500mg/100ml,…
* Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
+ Truyền dịch; bù nước điện giải, dinh dưỡng nâng cao thể trạng.
+ Truyền máu, Huyết tương, dung dịch thay thế máu.
+ Các loại thuốc chống phù nề, giúp nhaanh liền xương.
+ Thuốc điều trị các bệnh phối hợp theo chuyên khoa (nếu có)
- Chế độ chăm sóc.
+ Sau mổ bệnh nhân nằm gác chân cao, nẹp bất động.
+ Thay băng thì đầu 24 giờ sau mổ.
+ Rút dẫn lưu sau 48 giờ.
+ Cắt chỉ sau phẫu thuật > 10 ngày
+ Thường xuyên theo dõi xương bằng XQ và các xét nghiệm CLS cần thiết khác.
+ Tập vận động thụ động và vận động sớm các khớp tránh teo cơ.
+ Tùy theo vị trí gãy, phương tiện kết xương, độ vững của kết xương cho bệnh nhân tỳ sớm hay muộn:
• Với thân xương tập tỳ sớm sau mổ khoảng 5 tuần.
• Với các gãy đầu xương tập tỳ sau 8 tuần
- Chế độ dinh dưỡng
+ Ăn đảm bảo đủ chất theo chế độ ăn bệnh lý.
+ Tăng cường chất xơ
3.3. Điều trị dự phòng:
- Tuyên truyền giáo dục trong cộng đồng về luật giao thông và an toàn lao động.
- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ và bất động gãy xương tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng trong gãy xương và choáng.
- Đối với tuyến cơ sở cần chẩn đoán sớm, xử lý đúng và chuyển lên tuyến y tế chuyên khoa điều trị sớm đẻ giảm thiểu các biến chứng do gãy thân xương đùi.
- Giáo dục bệnh nhân tập luyện phục hồi chức năng sau điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Phác đồ điều trị bệnh viện Chấn thương chỉnh hình nhi đồng 1,2
2. Gãy thân xương đùi, tài liệu trung tâm chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh
3. Trần Đình Chiến 2002:" Quá trình liền xương và các yếu tố ảnh hưởng đến quá trình lành xương" Bệnh học ngoại khoa sau đị học, tập 2 Học viện quân y Hà Nội
4. Gãy thân xương đùi, và gãy xương chân chi dưới" tài liệu trung tâm chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh, số 5
5. Nguyễn Văn Quang " Gãy thân xương đùi: bài giảng bệnh học chấn thương chỉnh hình và phục hồi chức năng
6. Salminen ST, Pihlajamäki HK, Avikainen VJ, Böstman OM. Population based epidemiologic and morphologic study of femoral shaft fractures. Clin. Orthop. Relat. Res. 2000 Mar
7. Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình 2017
8. Kỹ yếu chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh lần thứ 24 năm 2017

GÃY TRÊN LỒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY

1. ĐỊNH NGHĨA:
Gãy trên lồi cầu xương cánh tay là loại gãy vào khoảng 5cm trên nếp gấp khuỷu, dưới chỗ bám cơ ngửa dài. Đường gãy đi qua hố khuỷu, hố vẹt.
2. CHẨN ĐOÁN:
2.1. Chẩn đoán xác định:
2.1.1. Lâm sàng:
- Sau một chấn thương ngã chống tay bệnh nhân đau nhiều vùng khuỷu, giảm vận động.
- Khuỷu tay sưng nề, biến dạng.
- Có thể thấy bầm tím ở mặt trước khuỷu.
- Sờ ba mốc giải phẫu: mỏm khuỷu, mỏm trên lồi cầu trong và mỏm trên lồi cầu ngoài ở vị trí bình thường, vận động thụ động của khuỷu bình thường
- Thăm khám mạch quay là quan trọng và bắt buộc trong tất cả các trường hợp gẫy trên lồi cầu xương cánh tay. Nếu nghi ngờ tổn thương mạch phải cho nắn xương sớm, đặt nẹp bột tạm thời, cho làm siêu âm Doffl er mạch kiểm tra, nếu có tổn thương chuyển mổ cấp cứu kết hợp xương, xử lý mạch máu theo thương tổn.
- Khám xem có dấu hiệu liệt thần kinh quay không, nếu có tổn thương biểu hiện bằng mất duỗi chủ động cổ tay và các ngón tay (dấu hiệu tay rủ cổ cò).
- Khám thần kinh giữa: nếu tổn thương thì mất các động tác khép các ngón tay, mất động tác đối chiếu.
- Khám mạch, thần kinh trụ, thần kinh quay: có khi mạch bị chèn, bị rách với mạch
- Ngoại vi yếu, đôi khi thấy khoang trước cẳng tay căng cứng.
2.1.2. Cận lâm sàng:
- Dựa trên X-quang thẳng và nghiêng để chẩn đoán xác định và độ gãy
- Chụp X-quang ngực nếu có tổ thương ngực.
- Xét nghiệm CTM.
- Nhóm máu.
- Đông máu.
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đai tháo đuòng.
- SGOT - SGPT
- Creatinin.
- Điện giải đồ.
- Điện tim.
- Siêu âm Doppler mạch cánh tay, cẳng tay nếu trên lâm sàng có các dấu hiệu nghi ngờ: Gián đoạn dòng chảy phía dưới tổn thương.
2.2 Chẩn đoán phân biệt .
- Trật khớp khuỷu: Có cử động lò xo, ba mốc giải phẫu ở khuỷu tay thay đổi: mỏm khuỷu di lệch lên cao.
- Các gãy lồi cầu, liên lồi cầu nội khớp: Ba mốc giải phẫu thay đổi vị trí tương ứng.
- Đặc biệt cần phân biệt với gãy ở khuỷu hay gặp như gãy bật mỏm trên lồi cầu tròn, gãy cổ xương quay.
3. ĐIỀU TRỊ:
3.1 Nguyên tắc điều trị:
- Nắn chỉnh hai đầu xương gãy đúng trục giải phẫu, giảm di lệch
- Cố định xương gãy để đảm bảo sự lành xương
- Phòng và điều trị các biến chứng

- Phục hồi khả năng vận động, sinh hoạt.
3.2. Điều trị cụ thể:
3.2.1. Cấp cứu thì đầu:
Sơ cứu ban đầu: nẹp cố định cánh cẳng bàn tay
3.2.2. Điều trị nội khoa (bảo tồn)
- Gãy độ 1: Làm nẹp bột cánh- cẳng -bàn tay, khuỷu gấp 90 độ, để 3 tuần
- Gãy độ 2: Nắn chỉnh nhẹ nhàng, khuỷu gấp 90 độ, để bột 4 tuần
- Gãy độ 3 và 4 : Gây mê toàn thân để nắn, nắn chỉnh 4 thì:
+ Thì 1: Bệnh nhân nằm, để cẳng tay ngửa, khuỷu duỗi, kéo theo chiều dọc chi. Đai vải luồn vào nách kéo ngược lên.
+ Thì 2: Nắn hết di lệch bên và đưa cẳng tay ra ngoài 15-20 độ.
+ Thì 3: Người phụ tiếp tục kéo và cho gấp khuỷu dần lại. người nắn chính dùng 2 bàn tay ôm vào đầu dưới cánh tay bệnh nhân, kéo đầu trên xương gãy ra sau, đồng thời dùng 2 ngón tay cái đẩy mỏm khuỷu và đầu dưới ra trước, khuỷu cho gấp dần 120 độ.
+ Thì 4: Kiểm tra lại mỏm khuỷu nằm trên trục xương cánh tay, khuỷu có thể gấp nhẹ nhàng mà không vướng.
+ Làm bột cánh cẳng bàn tay rạch dọc, khuỷu gấp 90 độ, cẳng tay hơi sấp.
+ Chụp kiểm tra sau bó bột.
- Nếu có màn hình huỳnh quang tăng sáng, sau khi nắn xuyên 2 kim Kirstchner chéo qua da, qua ổ gãy, treo tay vào cổ. Sau 03 tuần có thể tập gấp duỗi khuỷu sớm để tránh cứng khớp teo cơ.
Chỉ định: Bệnh nhi gãy kín trên hai lồi cầu xương cánh tay kiểu duỗi loại II, III theo phân loại của Wilkins – Gartland
- Chăm sóc :
+ Mang nẹp cánh bàn tay bất động, giảm đau; nẹp được tháo sau 1 – 3 tuần.
+ Chăm sóc chân kim
+ Bệnh nhân có thể xuất viện sau 1 – 2 ngày.
+ Kim được rút sau 3 tuần khi có hình ảnh liền xương trên phim X quang
3.2.3. Điều trị phẫu thuật:
- Chỉ định:
+ Gãy hở
+ Gãy có biến chứng mạch máu, thần kinh.
+ Gãy xương đến muộn (>3 tuần)
+ Di chứng gãy xương
- Chống chỉ định: Có nhiễm khuẩn vùng khuỷu
- Phương pháp
+ Nắn kín dưới màn tăng sáng, găm đinh
+ Găm kim Kistchner
+ Nẹp vít
+ Vẹo khuỷu: Đục hình chữ V sửa trục kết xương rồi bó bột tư thế duỗi, mở góc khuỷu ra ngoài 15-20 độ
- Thuốc sau phẫu thuật
+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,…..
+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,…
+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol…
+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase…
+ Canxi, Vitamine C, D3, …

*Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
• Cipro fl oxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
• Metronidazole 500mg/100ml,…
*Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
3.3. Điều trị dự phòng:
- Cần giáo dục học sinh trong các trường phổ thông cơ sở nguyên nhân gây gãy xương để hạn chế các tai nạn xảy ra trong sinh hoạt và trong học đường.
- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng trong gãy xương.
- Phải nắn chỉnh tạm thời cố định bằng nẹp cánh cẳng bàn tay,để tránh di lệch ổ gãy và tổn thương mạch máu thần kinh sau chấn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đào Xuân Thành. Bài giảng bệnh học ngoại khoa, Đại học Y Hà Nội,2013
2. Nguyễn Đức Phúc, Nguyễn Trung Sinh,Nguyễn Xuân Thủy,Ngô Văn Toàn. Chấn thương Chỉnh hình, Nhà xuất bản Y học, 2013
3. Trần Văn Phong, Kết quả điều trị gãy trên lồi cầu hai xương cánh tay của trẻ em bằng phương pháp xuyên đinh qua da dưới C-arm tại bệnh viện Bà Rịa.
4. Jeff rey R. Sawyer and James H. Beaty (2015), Supracondylar fracture of the humerus - Emergency Departmen, , "Lateral Condylar Fractures", In: Rockwood and Wilkins' Fracturesin
5. GREGORY A. MENCIO (2015), "Fractures and Dislocations about the Elbow", In: Green's Skeletal Trauma
6. S.Terry Canale and James H. Beaty (2017), "Fracture and dislocations in children", In: Campbell's Operative
7. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018
8. Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình 2017

GÃY XƯƠNG BÀN TAY

1. ĐỊNH NGHĨA:
- Là gãy 1 hay nhiều xương các xương bàn tay từ 1 đến 5
- Phân loại theo giải phẫu: gãy chỏm, thân, nền xương bàn

2. CHẨN ĐOÁN:
2.1. Chẩn đoán xác định:
2.1.1. Lâm sàng:
- Cơ chế chấn thương trực tiếp (lực đè, đập vào bàn tay) hoặc gián tiếp (lực dọc trục các xương bàn tay)
- Triệu chứng: đau chói, sưng nề, bầm tím, biến dạng (gồ xương mu tay, ngắn xương, lệch trục ngón tay), sờ có thể thấy lạo xạo xương, cử động bất thường ở ổ gãy

2.1.2. Cận lâm sàng:
- X-quang thường quy bàn tay tư thế thẳng nghiêng, có thể chụp thêm tư thế chếch 450, tư thế nửa sấp hoặc nửa ngửa
- Chụp CT dựng hình nếu gẫy phức tạp phạm khớp
- Chụp X-quang tim phổi
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đai tháo đuòng
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim

2.2. Chẩn đoán phân biệt:
Dập nát bàn tay

3.ĐIỀU TRỊ:
3.1. Nguyên tắc/ mục tiêu điều trị:
Nắn chỉnh phục hồi giải phẫu tốt , đạt được liền xương, bất động tốt
3.2. Điều trị cụ thể:
3.2.1. Cấp cứu thì đầu:
- Giảm đau toàn thân.
- Bồi phụ khối lượng tuần hoàn
- Bất động tạm thời
- Đặt nẹp cố định cẳng bàn tay

3.2.2. Điều trị nội khoa:
- Chỉ định

+ Các trường hợp gãy kín đều có chỉ định điều trị bảo tồn đầu tiên nếu X-quang kiểm tra sau bó bột chấp nhận được
+ Các trường hợp bệnh nhân có tổng trạng kém, có các bệnh lý nội khoa không cho phép phẫu thuật và các trường hợp bệnh nhân từ chối nhập viện để phẫu thuật

- Phương pháp điều trị

+ Nắn chỉnh các di lệch, bó bột cẳng bàn tay ôm ngón 1 (nếu gãy xương bàn 1) hoặc bột cẳng bàn tay kèm nẹp nhôm Iselin cố định ngón tay có xương gãy. Chú ý giữ ngón 1 ở tư thế dạng + đối, các ngón tay dài ở tư thế gập khớp bàn ngón 60-700, cổ tay tư thế duỗi 15-200. Thời gian bó bột trung bình 4 tuần
+ Trường hợp sưng nề nhiều hoặc có tổn thương da cần chăm sóc vết thương thì làm nẹp bất động (nẹp bột hoặc nẹp vải), khi các triệu chứng trên ổn định sẽ bó bột sau (thường

sau 1 tuần)
- Thuốc sau phẫu thuật
+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,…..
+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,…
+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol…
+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase…
+ Canxi, Vitamine C, D3, …
*Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
• Cipro fl oxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
• Metronidazole 500mg/100ml,…
*Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
- Theo dõi
+ Các dấu hiệu cần theo dõi tại nhà: sưng nề, căng, bầm tím, đau tăng lên, các ngón tay lạnh, tím, tê, mất cảm giác->cần trở lại bệnh viện ngay
+ Thời gian theo dõi tại nhà: tái khám sau 7 ngày, 2 tuần, 3-4 tuần nếu không có triệu chứng bất thường
- Tái khám
+ Tái khám sau 1 tuần, 2 tuần, 3-4 tuần, 6 tuần
+ X – quang kiểm tra sau 1 tuần (nếu có di lệch thứ phát cần nắn lại hoặc chuyển qua điều trị phẫu thuật), 2 tuần, 4 tuần (tháo bột)
+ Trong thời gian còn đang bó bột: chỉnh sửa lại bột (nếu cần), hướng dẫn bệnh nhân kê cao tay, vận động các ngón tay tự do
+ Sau khi tháo bột: hướng dẫn bệnh nhân tập vật lý trị liệu cổ tay và các ngón tay để phục hồi tầm vận động và sức nắm của bàn tay
+ Thuốc:. Khi bớt đau, bớt sưng thì dùng Can xi, Vitamine D3
3.2.3. Điều trị ngoại khoa:
- Chỉ đinh:
+ Các trường hợp gãy kín nhưng có dấu hiệu đe dọa chèn ép khoang hoặc có các tổn thương khác kèm theo cần theo dõi tại bệnh viện → làm nẹp bột cẳng bàn tay (có thể ôm ngón 1 hoặc nẹp nhôm Iselin tùy xương gãy) + điều trị nội trú kháng viêm + chống phù nề. Khi tình trạng ổn định → nắn, bó bột, điều trị ngoại trú. Nếu chèn ép hoang tăng nặng → phẫu thuật giải ép khoang +/- cố định xương gãy.
+ Các trường hợp gãy hở → nhập viện để phẫu thuật cắt lọc làm sạch vết thương + cố định xương gãy
+ Các trường hợp gãy kín được điều trị bảo tồn thất bại (ngón 1: gập góc >20-300, cấp kênh mặt khớp >1mm, xoay, các ngón dài: gập góc >200, chỏm xương bàn >450, di lệch >1/2 thân xương, xoay, cấp kênh mặt khớp >1mm) → nhập viện phẫu thuật kết hợp xương.
- Phương pháp phẫu thuật: tùy từng trường hợp có thể sử dụng
+ Nắn chỉnh các di lệch + xuyên kim Kirschner qua da dưới màn hình tăng sáng, nẹp bột cẳng bàn tay ôm ngón 1 (nếu gãy xương bàn 1) hoặc bột cẳng bàn tay kèm nẹp nhôm Iselin cố định ngón tay có gãy xương. Chú ý giữ ngón 1 ở tư thế dạng + đối, các ngón tay dài ở tư thế gập khớp bàn đốt 60-700, cổ tay duỗi 15-200
+ Mổ nắn + kết hợp xương bằng kim Kirschner, chỉ thép, vít, nẹp vít hoặc khung bất động ngoài.
+ Nẹp bột hoặc nẹp vải nâng đỡ sau mổ trong 3-4 tuần
- Thuốc sau phẫu thuật

+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,…..
+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,…
+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol…
+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase…
+ Canxi, Vitamine C, D3, …
*Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
• Cipro fl oxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
• Metronidazole 500mg/100ml,…
*Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
- Theo dõi
+ Các dấu hiệu: sưng nề, căng vết mổ → kê cao tay, cắt bớt mối chỉ thoát lưu máu tụ
+ Thời gian theo dõi tại bệnh viện: tùy tình trạng vết mổ, thường từ 1-3 ngày
- Tái khám:
+ Tái khám sau 1 tuần, 2 tuần (cắt chỉ), 4 tuần (X-quang), 6 tuần, 8 tuần (X-quang) 3-6 tháng (X-quang), 1 năm (X-quang)
+ Sau 3-4 tuần ->bỏ nẹp bột, tập vật lý trị liệu
+ Thời điểm lấy dụng cụ: khi có can xương, thường sau mổ 3-6 tháng, không nên để lâu hơn 1 năm
+ Thuốc: như trên, khi bớt đau, bớt sưng thì dùng Canxi, Vitamine D3
3.3.Điều trị dự phòng:
- Nẹp cố định cẳng bàn tay(dùng 2 nẹp :một ở phía trước cẳng tay, một ở phía sau cẳng tay.Treo tay ở tư thế cơ năng(riêng với gãy mỏm khuỷu nẹp cánh cẳng bàn tay tư thế duỗi).
- Tuyên truyền và giáo dục trong cộng đồng về luật giao thông và lao động.
- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ và bất động gãy xương tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng trong gãy xương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Phẫu thuật bàn tay GS. Đặng Kim Châu - NXB Y học 1982 - Trang 110-191
2. Bài giảng chấn thương chỉnh hình. Bộ môn chấn thương chỉnh hình viện Quân Y (2006).
3. Bài giảng về vết thương bàn tay dành cho lớp Cao học chấn thương chỉnh hình của GS.TSKH Nguyễn Văn Nhân (1994)
4. Peter J. Stern, chap 8: Fractures of the metacarpals and phalanges; Green's Operative Hand Surgery; 5th ed; Vol 1, Elservier Churchill Livingston, 2005
5. Swanson TV, Szabo RM, Anderson DD. Open hand Fractures; Prognosis and classi fi cation, J Hand Surg Am, 1991 Jan; 16(1): 101-7.
6. Sách chấn thương chỉnh hình nhà xuất bản y học 2020
7. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018
8. Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình 2017

GÃY XƯƠNG BÁNH CHÈ

1. ĐỊNH NGHĨA:
Là sự mất liên tục của xương bánh chè sau một chấn thương vùng gối, hay gặp nhất là gãy xương bánh chè do một lực tác động trực tiếp vào trước gối thường là gãy hở. Do lực tác động gián tiếp ít gặp hơn, là do gối co đột ngột chống lại nhóm cơ tứ đầu đùi đang co, thường là gãy kín.
2. CHẨN ĐOÁN:
2.1. Chẩn doán xác định:
2.1.1. Lâm sàng:
- Đau chói vị trí khớp gối.
- Không nâng chân lên được khỏi mặt ngang nhưng vẫn gấp gối và đi lại được khi chân duỗi thẳng.
- Biến dạng sưng nề gối
- Ấn có điểm đau chói.
- Lạo xạo xương.
- Dấu hiệu giãn cách xương bánh chè (cử động bất thường).
- Tràn dịch khớp gối.
- Sờ hai cực xương bánh chè xa nhau
2.1.2. Cận lâm sàng
- X-quang thẳng nghiêng
- X-quang tim phổi
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đai tháo đuòng
- SGOT - SGPT
- Điện giải đồ
- Creatinin
- Điện tim
- Chụp CT Scanner dựng hình với gãy đầu xương, gãy phức tạp, gãy xương bệnh lý
- MRI chẩn đoán tổn thương phối hợp
2.2. Chẩn đoán phân biệt:
- Bong gân khớp gối: Vẩn nhấc gót chân lên được khỏi mặt giường.
- Tổn thương sụn chêm:
+ Vẫn đi lại được.
+ Có hiện tượng kẹt khớp tái diễn (đang đi tự nhiên khớp gối bị mắc cứng lại, không gấp duỗi được, phải ngồi nghỉ 2-3 phút, xoa tại chỗ rồi sau đó đi lại bình thường).
- Nghiệm pháp Steimann (+).
+ Nghiệm pháp Mc Murray(+).
+ Há khớp đau.
- Đứt dây chằng chéo:
+ Đau vùng khớp gối.
+ Lỏng khớp gối.
+ Biến dạng khớp gối.
+ Dấu hiệu ngăn kéo (+).
+ Dấu hiệu Lachmann (+).
* Chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào lâm sàng. Chụp Xquang cho phép xác định vị trí, tính chất gãy, mức độ di lệch và các tổn thương xương lân cận.

3.ĐIỀU TRỊ

3.1 Nguyên tắc điều trị:

- Trả lại diện giải phẫu của khớp (mặt trong xương bánh chè)
- Giúp bệnh nhân vận động sớm tránh teo cơ, cứng khớp khớp

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Sơ cứu:

- Khi gãy xương bánh chè cần sơ cứu theo các bước sau đây:
- Giảm đau: tiêm các thuốc giảm đau toàn thân như Promedol 0,02 …Cũng có thể dùng thuốc uống như: Eff erangall Codein 0,5 uống 1 viên…
- Cố định tạm thời từ 1/3 giữa đùi đến bàn chân trên nẹp ê ke gỗ, nẹp Crame trong tư thế duỗi gối hoàn toàn.

3.2.2. Điều trị nội khoa:

- Chỉ định: Gãy xương bánh chè có di lệch giãn cách < 3 mm và chênh diện khớp ở mặt sau xương bánh chè < 1mm, gãy rạn xương bánh chè.
- Phương pháp:

+ Chọc hút hết máu tụ trong khớp (kim 16/18).
+ Bó bột 1/3 đùi– cổ chân trong tư thể gối duỗi hoàn toàn trong 8 -10 tuần (kiểu bột Tutto)
+ Tập vận động.

3.2.3. Phẫu thuật:

- Chỉ định:

+ Gãy hở, gãy có di lệch giãn cách trên 3mm và chênh mặt gãy 1mm
+ Gãy có tổn thương dây chằng

- Phương pháp:

+ Tốt nhất là kết xương bằng cách xuyên 2 đinh Kirscher song song và buộc néo ép số 8 dựa trên nguyên lý cột trụ của Pauwels.
+ Ưu điểm: đơn giản, cố định vững chắc ổ gãy, tập vận động được sớm, càng tập càng nhanh liền xương (thường tập vận động sau 2 tuần).
+ Khâu cố định xương bánh chè bằng chỉ thép.
+ Buộc vòng thép quanh chu vi xương của Berger: Dùng cho gãy xương bánh chè nhiều mảnh.

- Thuốc sau phẫu thuật

+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,…..
+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,…
+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol…
+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase…
+ Canxi, Vitamine C, D3, …
+ Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:

• Cipro fl oxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
• Metronidazole 500mg/100ml,…

Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ

- Chăm sóc sau mổ

+ Sau mổ bệnh nhân nằm gác chân cao.
+ Thay băng thì đầu 24 giờ sau mổ.
+ Rút dẫn lưu trong 48 giờ.
+ Cắt chỉ sau phẫu thuật > 10 ngày
+ Thường xuyên theo dõi xương bằng XQ và các xét nghiệm CLS cần thiết khác.
+ Tập vận động thụ động và vận động sớm các khớp tránh teo cơ.

+ Tùy theo vị trí gãy, phương tiện kết xương, độ vững của kết xương cho bệnh nhân tỳ sớm hay muộn:
- Chế độ dinh dưỡng
+ Ăn đảm bảo đủ chất theo chế độ ăn bệnh lý.
+ Tăng cường chất xơ
3.3. Điều trị dự phòng
- Đặt nẹp bột đùi cẳng chân sớm sau chấn thương để tránh biến chứng sớm xẩy ra
- Tránh chấn thương vùng gối khi ngã

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Đăng Ninh - Trần Đình Chiến (2006), Chấn thương vùng gối, Bệnh học chấn thương chỉnh hình, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội, tr. 117
2. Nguyễn Đức Phúc, Vỡ xương bánh chè và đứt bộ phận dưới gối, Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình – NXB Y học, 512
3. Bài giảng bệnh học ngoại khoa đại học Y Hà Nội 2013.
4. GUSTILO, R.B: Management of Open Fractures and Their Complications. Phila-delphia, WB. Samders 1982
5. SIMON, R.R: Fracture of the Tibial and Fibular Shaft. Emergency Orthopedies The Extremities, 2001. 27:483-487
6. SKINNER, B.H: Tibia and Fibula Injuries. Curent Diagnosis and Treatment in Orthopedies. 2000.103-106.
7. Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình 2017
8. Kỹ yếu chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh lần thứ 24 năm 2017

GÃY XƯƠNG ĐÒN

1. ĐỊNH NGHĨA:
Gãy xương đòn là sự mất liên tục của xương đòn sau chấn thương do đập trực tiếp hoặc gián tiếp vào vùng vai.
2. CHẨN ĐOÁN:
2.1. Chẩn đoán xác định:
2.1.1. Lâm sàng:
- Sưng đau mất cơ năng khớp vai (không giơ tay lên đầu được).
- Vai xệ, tay lành đỡ tay đau.
- Sờ thấy xương gãy gồ lên dưới da (biến dạng kiểu bậc thang).
- Ấn đau chói và có tiếng lạo xạo.
- Đo chiều dài mỏm cùng – xương ức ngắn hơn xương lành.
2.1.2. Cận lâm sàng:
X-Quang xác định loại gãy và đường gãy, nhất là gãy ở đầu ngoài và đầu trong xương đòn. Để thấy rõ đường gãy trong nhiều trường hợp khó, cần chụp xương sườn đòn ở tư thế chiếu chếch 400, hình ảnh xương đòn không chồng lên các xương sườn..
- Chụp X-Quang ngực nếu có tổ thương ngực.
- Xét nghiệm CTM.
- Nhóm máu.
- Đông máu.
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đai tháo đuòng.
- SGOT - SGPT
- Creatinin.
- Điện giải đồ.
- Điện tim.
2.2. Chẩn đoán phân biệt:
- Gãy xương sườn.
- Gãy xương bả vai.
- Sai khớp cùng đòn
- Chụp X-Quang để chẩn đoán phân biệt.
3. ĐIỀU TRỊ:
3.1. Nguyên tắc:
Phục hồi giải phẫu và hồi phục chức năng vai sớm.
3.2. Điều trị cụ thể:
3.2.1. Cấp cứu thì đầu:
- Giảm đau tại chỗ hoặc toàn thân .
- Nẹp cố định nẹp cánh cẳng bàn tay tư thế cơ năng (mặc áo Dezault)
3.2.2. Điều trị nội khoa:
- Chỉ định:
+ Gãy kín xương đòn không di lệch hay ít di lệch ít, có tổn thương phối hợp như gãy xương sườn, gãy xương bả vai, hoặc có vấn đề hô hấp, tim mạch cần theo dõi
+ Gãy xương bả vai, hoặc có vấn đề hô hấp tim mạch cần theo dõi
+ Gãy xương đòn trên bệnh nhân có bệnh mạn tính kiểm soát không tốt như THA, ĐTĐ không thể phẫu thuật được
+ Dán băng keo thun (băng thun dính): để hạn chế bớt sự di động của xương đòn nê không gây đau. Một số người bị dị ứng với băng keo gây ngứa lở, cần tháo bỏ và dùng

phương pháp khác.
- Chống chỉ định:
+ Gãy hở.
+ Có tổn thương mạch máu thần kinh.
3.2.3. Phẫu thuật:
- Chỉ định:
+ Khớp giả, không liền xương.
+ Tổn thương thần kinh, mạch máu, nên mổ sớm và kết hợp xương ngay.
+ Gãy đầu ngoài xương đòn.
+ Hai đầu gãy xa nhau do chèn phần mềm, đầu gãy nhọn chọc vào cơ Delta, cơ thang, nắn không được có nguy cơ chọc thủng da.
+ Vai bập bềnh: Gãy 2 nơi xương đòn và cổ phẫu thuật xương bả vai làm chỗ gãy không vững.
+ Gãy hở
- Chống chỉ định:
+ Shock chấn thương.
+ Trẻ em
+ Mắc bệnh nội khoa chưa ổn định
+ Gãy xương kèm theo nhiễm khuẩn
+ Tổn thương kèm theo: CT cột sống cổ, dập phổi, tràn khí, dịch màng phổi.
- Chuẩn bị:
Phương tiện
+ Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên.
+ Nẹp vít thường, nẹp khóa, vít xốp, đinh Kirschner, chỉ thép, …
- Thuốc sau phẫu thuật
+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,…..
+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,…
+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol…
+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase…
+ Canxi, Vitamine C, D3, …
+ Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
• Cipro fl oxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
• Metronidazole 500mg/100ml,…
Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
- Theo dõi tái khám:
+ Hướng dẫn bệnh nhân tập vận động chủ động,…
+ Tái khám sau 1 tuần, 3 tuần, 6 tuần, 12 tuần.
3.3. Điều trị dự phòng:
- Tuyên truyền và giáo dục trong cộng đồng về luật giao thông và lao động.
- Cần giáo dục học sinh trong các trường phổ thông cơ sở nguyên nhân gây gãy xương để hạn chế các tai nạn xảy ra trong sinh hoạt và trong học đường.
- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng trong gãy xương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Phác đồ điều trị chấn thương chỉnh hình tập 1, Bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình TP Hồ Chí Minh
2. Trần Đình Chiến, Nguyễn Ngọc Thảo, gãy xương bả vai, xương đòn, Bệnh học

Chấn thương chỉnh hình - Học viện Quân y, 37-40.
3. Nguyễn Đức Phúc, Gãy xương đòn, Kỹ thuật mổ Chấn thương chỉnh hình – NXB Y học , 240
4. Quyết định số 5728/QĐ-BYT ngày 21/12/2017 về việc ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa Chấn thương Chỉnh hình.
5. Van der Meijden OA, Gaskill TR, Millett PJ. Treatment of clavicle fractures: current concepts review. J Shoulder Elbow Surg. 2011 Nov 5.
6. Toogood P, Horst P, Samagh S, Feeley BT. Clavicle fractures: a review of the literature and update on treatment. Phys Sportsmed. 2011 Oct.
7. Sách chấn thương chỉnh hình nhà xuất bản y học 2020
8. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018

GÃY XƯƠNG VÙNG LIÊN MẤU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI

1. ĐỊNH NGHĨA:
Vùng liên mấu chuyển (LMC) xương đùi là vùng giữa hai mấu chuyển lớn và nhỏ, hoàn toàn là xương xốp. Phần đông các tác giả đồng ý nới rộng vùng LMC xuống 2,5cm dưới mấu chuyển nhỏ và 5cm dưới mấu chuyển lớn. Tất cả đường gãy xương nằm trong vùng này được gọi là gãy liên mấu chuyển xương đùi.
2. CHẨN ĐOÁN:
2.1. Chẩn đoán xác định:
2.1.1. Lâm sàng:
- Đau và mất cơ năng là điểm đặc trưng thường gặp
- Ấn đau chói vùng mấu chuyển lớn
- Chân ngắn và xoay ngoài hoặc xoay trong nếu gãy có di lệch.
- Vùng gốc đùi sưng lớn, có vết bầm tím và đau chói.
- Có thể gây sốc do đau và mất máu.
2.1.2. Cân lâm sàng;
- X–Quang Khung chậu, Xương đùi thẳng nghiêng
- X–Quang tim phổi
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đai tháo đường
- SGOT - SGPT
- Điện giải đồ
- Điện tim
- Creatinin
- Chụp CT Scanner dựng hình với gãy đầu xương, gãy phức tạp, gãy xương bệnh lý
2.2. Chẩn đoán phân biệt:
- Gãy cổ xương đùi
- Gãy đầu trên xương đùi
- Trật khớp hang
- Gãy khung chậu
Dựa vào hình ảnh X- Quang để chẩn đoán phân biệt
3. ĐIỀU TRỊ:
3.1. Nguyên tắc:
- Tùy theo tuổi, tình trạng toàn thân, tại chỗ, mức độ di lệch… có chỉ định điều trị cho phù hợp với từng giai đoạn bệnh.
- Phục hồi về giải phẫu và chức năng.
- Tập vận động sớm, tránh biến chứng loét tì đè, viêm phổi, nhiễm trùng tiết niệu.
3.2. Điều trị củ thể:
3.2.1.Sơ cứu:
- Bất động: Chúng ta có thể thực hiện 1 trong các phương pháp bất động như; Bó bột chống xoay, nẹp vải chống xoay với chân dạng 15º, gối gấp 10º. Nẹp gỗ với tư thế 3 thanh.
- Giảm đau toàn thân.
- Bù dịch, khối lượng tuần hoàn, chống Shock cho người bệnh (nếu có)
3.2.2. Điều trị nội khoa:
Áp dụng cho tất cả các bệnh nhân gãy vùng mấu chuyển xương đùi không có chỉ định phẫu thuật, bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật trong giai đoạn đợi phẫu thuật.
- Chỉ định

+ Bệnh nhân đang giai đoạn shock.
+ Có vết thương phần mềm vùng phẫu thuật.
+ Có các bệnh lý mạn tính toàn thân (tiểu đường, huyết áp, nhiêm khuẩn…) giai đoạn chưa ổn định.
+ Bệnh nhân không đồng ý can thiệp thủ thuật
- Thuốc điều trị
+ Thuốc giảm đau, truyền dịch, trống phù nề.
+ Thuốc nâng cao thể trạng, chống loãng xương, kích thích liền xương.
+ Thuốc chống thuyên tắc mạch (nếu cần)
+ Khi có bệnh nội khoa phối hợp thì điều trị các thuốc phù hợp với từng bệnh: Tăng huyết áp, tiểu đường…
- Phương pháp điều trị
+ Bó bột hoặc đeo nẹp chống xoay
+ Xuyên đinh kéo liên tục
3.2.3. Điều trị phẫu thuật:
*Phương pháp kết hợp xương
- Chỉ định
+ Gãy liên mấu chuyển xương đùi:
- Chống chỉ định
+ Mắc bệnh nội khoa giai đoạn chưa ổn định
+ Bệnh nhân trong giai đoạn Shock chấn thương.
+ Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật
- Phương pháp
+ Gãy liên mấu chuyển xương đùi mới, người trẻ :
+ Kết hợp xương bằng vít xốp dưới màn tăng sáng (C.Arm) .
+ Đặt 2- 3 vít xốp rỗng.
+ Nẹp AO, nẹp khoá , đinh Ender
* Phẫu thuật thay khớp háng
- Thuốc sau phẫu thuật
+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,…..
+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,…
+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol…
+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase…
+ Canxi, Vitamine C, D3, …
* Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
• Cipro fl oxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
• Metronidazole 500mg/100ml,…
* Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
3.3. Điều trị dự phòng:
- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng phù hợp, chế độ ăn đảm bảo năng lượng, giàu chất xơ, dễ tiêu hóa. Đối với BN có kèm theo bệnh nội khoa cần có chế độ ăn riêng phải có sự tư vấn của chuyên khoa dinh dưỡng.
- Tập vận động sớm chống biến chứng có thể xẩy ra: loét, thuyên tắc mạch, cứng khớp…
- Kiểm tra thường xuyên bằng chẩn đoán hình ảnh và các xét nghiệm cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Trần Đình Chiến, Nguyễn Ngọc Thảo (2006), "Gãy cổ xương đùi", Bệnh học chấn thương chỉnh hình, Học viện Quân Y, tr. 94-103.

2. Phí Mạnh Công (2009), Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi ở người trên 70 tuổi bằng kết xương nẹp vít động tại Bệnh viện Xanh Pôn và Bệnh viện 198, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Nguyễn Năng Giỏi, Nguyễn Văn Lượng (2014), "Đánh giá kết quả phẫu thuật kết xương liên mấu chuyển xương đùi ở người cao tuổi bằng nẹp khóa với can thiệp tối thiểu", Tạp chí chấn thương chỉnh hình Việt Nam, (Số đặc biệt), tr.144-148.
4. Lưu Hồng Hải (2002), Nghiên cứu phản ứng tại chỗ của cơ thể trên thực nghiệm và lâm sàng khi sử dụng nẹp vít sản xuất từ thép không gỉ ngoại khoa Việt Nam, Luận án Tiến sĩ y học, Học viện Quân Y.
5. Trần Như Bửu Hoa (2009), Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy kín liên mấu chuyển xương đùi bằng dụng cụ DHS người cao tuổi tại Bệnh viện Đa khoa Bình Định, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Học viện Quân y.
6. Đỗ Xuân Hợp (1976), Giải phẫu và thực dụng ngoại khoa chi trên – chi dưới, NXB Y học, tr. 315 – 319.
7. Sách chấn thương chỉnh hình nhà xuất bản y học 2020
8. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018

GÃY XƯƠNG QUAY

1. ĐỊNH NGHĨA:
- Gãy xương quay là tình trạng mất sự liên tục của thân xương quay tính từ dưới đài quay đến trên diện khớp quay 2-2,5 cm
- Có thể chia ra gãy 1/3 trên, 1,/3 giữa và 1/3 dưới xương quay

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:
- Toàn thân: bệnh nhân tay lành đỡ lấy tay đau, thường không có Shock sảy ra.
- Cơ năng: đau tại vị trí gãy, cẳng tay sưng nề, biến dạng rõ, bệnh nhân rất đau và không sấp- ngửa được cẳng tay.
- Thực thể: Cẳng tay như một ống tròn, bầm tím lan rộng tới khuỷut, có thể thấy cử động bất thường, hiệu lạo sạo xương. Có thể có vết thương gãy xương hở.
- Gãy cành tươi ở trẻ em hoặc gãy ít di lệch ở người lớn:

• Triệu chứng lâm sàng nghèo nàn.

• Tại vùng gãy đau chói sưng nề, có bầm tím tới muộn.

2.1.2. Cận lâm sàng:
- X-quang cẳng tay thẳng nghiêng
- X-quang tim phổi
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đai tháo đuòng
- SGOT - SGPT
- Điện giải đồ
- Điện tim
- Creatinin
- Chụp CT Scanner dựng hình với gãy đầu xương, gãy phức tạp, gãy xương bệnh lý

2.2. Chẩn đoán phân biệt:
- Gãy xương trụ
- Gãy hai xương cẳng tay
- Gãy Montergia
- Gãy Galayzy
- Gãy Poutocolle

Chụp X-quang để chẩn đoán phân biệt

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc điều trị:
- Nắn chỉnh phục hồi hoàn chỉnh giải phẫu và chức năng cẳng tay
- Cố định vững chắc, đúng kỹ thuật.
- Tập vận động chủ động + vật lý trị liệu, Phục hồi chức năng sau mổ.
- Theo dõi và phòng ngừa, điều trị các biến chứng

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Sơ cứu:
- Giảm đau tại chỗ hoặc toàn thân .
- Nẹp cố định cẳng bàn tay dùng 2 nẹp: một ở phía trước cẳng tay, một ở phía sau cẳng tay. Treo tay ở tư thế cơ năng

3.2.2. Điều trị nội khoa: (Bó bột)
- Chỉ định:

+ Gãy xương quay vững, di lệch ít.
+ Gãy xương ở trẻ nhỏ.
+ Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân không đủ điều kiện phẫu thuật
+ Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật.
- Thuốc: sau bó bột cho giảm nề, giảm đau và thuốc điều trị tổn thương phối hợp (nếu có).
3.2.3. Điều trị ngoại khoa:
- Chỉ định
+ Gãy mất vững di lệch.
+ Sau bó bột không đạt kết quả, liền lệc, khớp giả.
+ Gãy xương có biến chứng: mạch, thần kinh, hội chứng khoang...vv.
+ Phẫu thuật theo yêu cầu.
- Chuẩn bị phẫu thuật: bệnh nhân gãy xương ở cẳng tay tùy tình huống cụ thể có thể chỉ định mổ cấp cứu hoặc mổ có chuẩn bị mà có chuẩn bị mổ cấp cứu hay chuẩn bị mổ phiên như thường lệ.
- Phương pháp phẫu thuật
+ Đối với gãy 1/3 trên, 1/3 giữa, 1/3 dưới xương quay ở cẳng tay kết hợp xương bằng nẹp vis hoặc đinh nội tủy .
+ Thường dùng nẹp AO, nẹp mắt sích, nẹp khóa.
+ Kết hợp xương khung ngoại vi đối với gãy hở độ III trở lên hoặc nhiễm trùng ổ gãy
- Thuốc sau phẫu thuật
+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,…..
+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,…
+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol…
+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase…
+ Canxi, Vitamine C, D3, …
- Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
• Cipro fl oxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
• Metronidazole 500mg/100ml,…
- Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
- Thay băng thì đầu sau 24h.
- Rút sonde dẫn lưu sau 24h đến 48h.
- Đeo nẹp cố định tư thế cơ năng, tập thụ đông theo sự hướng dẫn của phẫu thuật viên.
- Cắt chỉ sau 10 ngày.
- Khám lại sau khi ra viện theo lời dặn PTV.
- Chế độ ăn theo chế độ phẫu thuật
3.3. Điều trị dự phòng:
- Cần giáo dục học sinh trong các trường phổ thông cơ sở nguyên nhân gây gãy xương để hạn chế các tai nạn xảy ra trong sinh hoạt và trong học đường.
- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng
- Đối với các tuyến y tế cơ sở cần chẩn đoán sớm, xử lý đúng và chuyển lên tuyến y tế chuyên khoa điều trị sớm để giảm thiểu các biến chứng do gãy xương gây ra - Giáo dục cho bệnh nhân tập luyện phục hồi chức năng sau điều trị

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1 . Bài giảng bệnh học ngoại khoa đại học Y Hà Nội 2013.
2 . Trần Đình Chiến (2006), "Gãy xương cẳng tay", Bệnh học chấn thương chỉnh hình, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội, tr. 59

3 . Nguyễn Đức Phúc, Gãy xương cẳng tay, Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình – NXB Y học, 268
4 . Phác đồ điều trị chấn thương chỉnh hình của Bộ Y Tế
5 . Nguyễn Quang Long, Đại cương về gãy xương, Bài giảng bệnh học ngoại khoa, tập
6. Sách chấn thương chỉnh hình nhà xuất bản y học 2020
7. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018
8. Kỹ yếu chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh lần thứ 24 năm 2017
9 . Musculoskeletal system, chapter 4, Mosby's Manual of Clinical Nursing, second Edition, the C, V, Mosby Company, 1986, 375 – 474.

GÃY XƯƠNG TRỤ

1. ĐỊNH NGHĨA:
- Gãy xương trụ là tình trạng mất sự liên tục của cấu trúc thân xương trụ tính từ dưới mỏm vẹt đến trên mõn trâm trụ.
- Có thể chia ra gãy 1/3 trên, 1,/3 giữa và 1/3 dưới xương quay

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:
- Gãy xương trụ di lệch nhiều

+ Toàn thân: bệnh nhân tay lành đỡ lấy tay đau, thường không có shock sảy ra.
+ Cơ năng: đau tại vị trí gãy, cẳng tay sưng nề, biến dạng rõ, bệnh nhân rất đau và không sấp- ngửa được cẳng tay.
+ Thực thể: Cẳng tay như một ống tròn, bầm tím lan rộng tới khuỷut, có thể thấy cử động bất thường, hiệu lạo sạo xương. Có thể có vết thương gãy xương hở.
- Gãy cành tươi ở trẻ em hoặc gãy ít di lệch ở người lớn

+ Triệu chứng lâm sàng nghèo nàn.
+ Tại vùng gãy đau chói sưng nề, có bầm tím tới muộn.

2.1.2. Cận lâm sàng:
+ X-Quang cẳng tay thẳng nghiêng
+ X–quang tim phổi
+ Xét nghiệm CTM – Đông máu
+ Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đai tháo đuòng
+ SGOT - SGPT
+ Điện giải đồ
+ Creatinin
+ Điện tim
+ Chụp CT Scanner dựng hình với gãy đầu xương, gãy phức tạp, gãy xương bệnh lý

2.2. Chẩn đoán phân biệt:
- Gãy xương quay
- Gãy Montergia
- Gãy Galeazy

Chụp X-quang để chẩn đoán phân biệt

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc điều trị:
- Nắn chỉnh phục hồi hoàn chỉnh giải phẫu và chức năng cẳng tay
- Cố định vững chắc, đúng kỹ thuật.
- Tập vận động chủ động + vật lý trị liệu, Phục hồi chức năng sau mổ.
- Theo dõi và phòng ngừa, điều trị các biến chứng

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Cấp cứu thì đầu:
- Giảm đau tại chỗ hoặc toàn thân.
- Nẹp cố định cẳng bàn tay (dùng 2 nẹp :một ở phía trước cẳng tay, một ở phía sau cẳng tay.Treo tay ở tư thế cơ năng

3.2.2. Điều trị bảo tồn (bó bột)
- Chỉ định:

+ Gãy xương trụ vững, di lệch ít.

+ Gãy xương ở trẻ nhỏ.
+ Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân không đủ điều kiện phẫu thuật
+ Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật.
- Thuốc: sau bó bột cho giảm nề, giảm đau và thuốc điều trị tổn thương phối hợp (nếu có)
3.2.3. Điều trị ngoại khoa:
- Chỉ định
+ Gãy mất vững di lệch.
+ Sau bó bột không đạt kết quả, liền lệc, khớp giả.
+ Gãy xương có biến chứng: mạch, thần kinh, hội chứng khoang...vv.
- Chuẩn bị phẫu thuật:
Bệnh nhân gãy xương ở cẳng tay tùy tình huống cụ thể có thể chỉ định mổ cấp cứu hoặc mổ có chuẩn bị mà có chuẩn bị mổ cấp cứu hay chuẩn bị mổ phiên như thường lệ.
- Phương pháp phẫu thuật
+ Đối với gãy 1/3 trên, 1/3 giữa, 1/3 dưới xương trụ ở cẳng tay kết hợp xương bằng nẹp vis hoặc đinh nội tủy .
+ Thường dùng nẹp AO, nẹp mắt sích, nẹp khóa, nẹp lòng máng, đinh kirschner, đinh Rush, khung ngoại vi…
- Thuốc sau phẫu thật
+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,…..
+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,…
+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol…
+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase…
+ Canxi, Vitamine C, D3, …
* Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
• Cipro fl oxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
• Metronidazole 500mg/100ml,…
*Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
3.3. Điều trị dự phòng:
- Tập PHCN sớm.
- Gác cao tay
- Thay băng thì đầu sau 24h.
- Rút sonde dẫn lưu sau 24h đến 48h.
- Đeo nẹp cố định tư thế cơ năng, tập thụ đông theo sự hướng dẫn của phẫu thuật viên.
- Cắt chỉ sau 10 ngày- 14 ngày
- Khám lại sau khi ra viện theo hẹn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Sách chấn thương chỉnh hình của nhà xuất bản y học
2. Bài giảng chấn thương chỉnh hình của chấn thương chỉnh hình TP Hồ Chí Minh
3. Nguyễn Quang Long, Đại cương về gãy xương, Bài giảng bệnh học ngoại khoa, tập 5, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, Bộ môn ngoại tổng quát, 1988, 46.
4. Chỉnh hình và chấn thương học, tổ chức Y tế Thế giới, đề án đào tạo 03 – SIDA, Hà Nội, 1993.
5. Nguyễn Văn Quang, Nguyên tắc chấn thương chỉnh hình, Hội Y Dược học thành phố Hồ Chí Minh, 1987, 104.
6. Một số kỹ thuật cơ bản trong chấn thương chỉnh hình
7. Sách chấn thương chỉnh hình nhà xuất bản y học 2020
8. Kỹ yếu chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh lần thứ 24 năm 2017

HỘI CHỨNG ỐNG CỔ TAY

1. ĐỊNH NGHĨA:

Hội chứng ống cổ tay lần đầu tiên được mô tả bởi Paget năm 1954 là tình trạng chèn ép thần kinh ngoại biên thường gặp nhất ở chi trên, là hậu quả của việc thần kinh giữa bị chèn ép trong ống cổ tay.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Dị cảm vùng phân bố cảm giác của thần kinh giữa ngón I, II, III và ½ ngoài ngón IV.
- Thường làm bệnh nhân giật mình thức giấc bởi cảm giác tê hay bỏng rát, bệnh nhân có cơ mô cái teo so với bên đối diện.
- Dấu Tinel dương tính khi gập cổ tay 900 trong khoảng thời gian 60 giây.

2.1.2. Cận lâm sàng:

- Chụp MRI tủy cổ nếu nghi nghờ tổn thương chèn ép rể tủy cổ
- Điện cơ chi trên
- Chụp đầu dưới xương quay nếu có gãy cương quay củ
- Chụp X – quang tim phổi nếu bệnh nhân > 60 tuổi
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đai tháo đuòng
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

Hội chứng Guyon

Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, thoái hoá cột sống cổ

Phân biệt bằng đo điện cơ, chụp MRI cột sống cổ

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc/ mục tiêu điều trị:

- Mở thông ống cổ tay hoặc chống viêm
- Phục hồi cảm giác vận động của bàn tay

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Điều trị nội khoa:

- Chỉ định, phương pháp điều trị

+ Khi bệnh nhân có triệu chứng nhẹ, không ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống và sinh hoạt, không có teo cơ mô cái.

+ Đeo nẹp vải cẳng bàn tay về đêm

+ Tránh hoạt động lặp đi lặp lại của cổ tay, cầm nắm mạnh

- Thuốc sử dụng

+ NSAIDs.

+ Vitamin B6

+ Steroid.

- Theo dõi (nêu rõ các dấu hiệu cần theo dõi, thời gian theo dõi tại nhà)
- Tái khám

Sau 2 đến 4 tuần để đánh giá hiệu quả điều trị

3.2.2. Điều trị ngoại khoa:
- Chỉ định, phương pháp phẫu thuật
+ Phẫu thuật: khi teo cơ mô cái, khi triệu chứng tê, đau thường trực, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống
+ Rạch da bắt đầu ở đường giữa ở phía trên nếp gấp xa cổ tay, kéo dài khoảng 3cm hướng về phía bờ trụ ngón III.
+ Bộc lộ dây chằng ngang và sau đó dùng kéo Metzenbaum cắt liền trên 2cm đoạn xa của mạc cẳng tay trước
+ Nếu thần kinh giữa dính vào mặt dưới của dây chằng ngang, có thể tiến hành bóc vỏ bao thần kinh.
+ Đóng vết mổ từng lớp và băng ép.
- Thuốc sử dụng, vật tư tiêu hao
+ Kháng sinh dự phòng trước mổ
+ Thuốc giảm đau, kháng viêm
+ Thuốc tê
+ Chỉ Nylon 3.0 hay 4.0, chỉ Viryl 2.0 hay 3.0 chỉ Chromie Catgut 3.0
+ Dao 15 hay 10
- Theo dõi
Theo dõi tụ máu, chảy máu sau mổ trong ngày đầu sau phẫu thuật
- Tái khám
Sau 1 tuần
3.3. Điều trị dự phòng:
- Điều trị sớm khi phát hiện bệnh tránh tổn thương thần kinh giữa
- Tập vận động các ngón bàn tay sớm sau mổ

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Phác đồ điều trị chấn thương chỉnh hình của Bộ Y Tế
2. Bài giảng chấn thương chỉnh hình học viện quân y.
3. Phẫu thuật bàn tay GS. Đặng Kim Châu - NXB Y học 1982
4. http://radiology.casereports.net/index.php/rcr/article/viewArticle/195/517
5.http://www.healthcare.siemens.com/magnetic-resonance-imaging/magnetom world/clinical-corner/clinical-speciality/neurography/carpaltunnel
6.http://www.bvngoaithankinhqt.org.vn/modulesphp?name=News&op=viewst&sid=34
7. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018
8. Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình 2017

HỘI CHỨNG ỐNG GUYON

1. ĐỊNH NGHĨA:

Hội chứng ống Guyon là hậu quả của chèn ép thần kinh trụ trong cấu trúc sợi hình ống tam giác dài khoảng 1,5cm ở cổ tay. Thành của ống này gồm dây chằng ngang cổ tay nông ở phía trước, dây chằng ngang cổ tay sâu ở phía sau, xương chậu và dây chằng đậu – móc ở phía trong.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Dị cảm vùng phân bố cảm giác của thần kinh trụ: ngón 5 và ½ trong ngón 4.
- Bệnh nhân có teo cơ gian cốt mu tay hoặc có dấu vuốt trụ
- Dấu Tinel của thần kinh trụ ở cổ tay dương tính
- Test Froment dương tính ở tay tổn thương

2.1.2. Cận lâm sàng:

- Điện cơ thường được dùng để chẩn đoán hội chứng chèn ép thần kinh trụ ở ống Guyon và các bệnh lý chèn ép thần kinh ngoại biên khác tuy nhiên độ đặc hiệu không cao.
- X-quang thường quy
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đai tháo đuòng
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Hội chứng ống cổ tay
- Liệt thần kinh trụ
- Thoái hóa cột sống cổ, thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, dựa vào MRI để chẩn đoán phân biệt

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc/ mục tiêu điều trị:

Phẫu thuật sớm , giải phóng thần kinh trụ.

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Điều trị nội khoa:

- Chỉ định, phương pháp điều trị

+ Khi bệnh nhân có triệu chứng nhẹ, thoáng qua, không ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống và sinh hoạt, không có teo cơ gian cốt.

+ Đeo nẹp vài cẳng bàn tay ở tư thế trung bình

+ Tránh hoạt động lặp đi lặp lại của cổ tay, cầm nắm mạnh, sử dụng dụng cụ rung lắc nhiều (máy khoan)

+ Thư giãn cổ tay khi dùng máy vi tính lâu

- Thuốc sử dụng

+ NSAIDs: giúp giảm kích thích thần kinh

+ Vitamin B6 có thể dùng trong 6-12 tuần.

+ Steroid

- Theo dõi

Theo dõi nếu dấu hiệu tê tăng nặng khi nghỉ làm việc

- Tái khám

Sau 2-4 tuần để đánh giá hiệu quả điều trị
3.2.2. Điều trị ngoại khoa:
- Chỉ định
Phẫu thuật khi teo cơ gian cốt, khi triệu chứng tê, đau thường trực, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.
- Phương pháp phẫu thuật
- Đánh dấu vị trí xương đậu và mỏm xương móc (1cm lên trên và ra ngoài so với xương đậu)
- Rạch da cong nhẹ bắt đầu từ khoảng giữa xương đậu và mỏm xương móc.
- Đường rạch mở rộng lên trên hướng cổ tay đi về phía quay của gân gấp cổ tay
- Khi đường rạch da qua cổ tay nên zig zag để tránh sẹo co rút.
- Bộc lộ thần kinh trụ từ đoạn ngắn đến đoạn xa. Xác định thần kinh trụ ở gần trụ giữ gân gập và đi theo nó qua ống Guyon bằng cách vén gân gấp cổ tay trụ và dưới chằng đậu – móc. Cắt dây chằng, cơ gân tay ngắn và mô sợi để giải ép thần kinh trong suốt ống Guyon.
- Thuốc sử dụng, vật tư tiêu hao
+ Kháng sinh dự phòng trước mổ
+ Thuốc giảm đau, kháng viêm
+ Thuốc tê
+ Chỉ Nylon 3.0 hay 4.0, chỉ Viryl 2.0 hay 3.0 chỉ Chromic Catgut 3.0.
+ Dao 15 hay 10.
- Theo dõi
Theo dõi tụ máu, chảy máu sau mổ trong ngày đầu sau phẫu thuật.
- Tái khám
Sau 1 tuần
3.3. Điều trị dự phòng:
- Điều trị nội khoa sớm khi có triệu chứng
- Tập vận động các ngón bàn tay sớm sau mổ

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Anthony Montanez and Angela Wang (2017), "Reconstruction of the Flexor Retinaculum", Carpal Tunnel Syndrom and Related Median Neuropathies, page:237-244.
2. Phác đồ điều trị chấn thương chỉnh hình của Bộ Y Tế
3. Bài giảng chấn thương chỉnh hình của chấn thương chỉnh hình TP Hồ Chí Minh
4. Bài giảng chấn thương chỉnh hình học viện quân y.
5. Duché R, Trabelsi A.(2010), "The Canaletto®™ implant for reconstructing transverse carpal ligament in carpal tunnel surgery. Surgical technique and cohort prospective study about 400 Canaletto cases versus 400 cases with open carpal tunnel surgery", Chir Main. 2010;29(6):352–9
6. Harada K, Nakashima H, Teramoto K, Nagai T, Hoshino S, Yonemitsu H. (2005) "Trigger digits-associated carpal tunnel syndrome: relationship between carpal tunnel release and trigger digits", Hand Surg. 2005; 10(2–3):205–8.
7. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình Bệnh viện Việt Đức 2018.
8. Một số kỹ thuật cơ bản trong chấn thương chỉnh hình

GÃY XƯƠNG CHẬU

1. ĐỊNH NGHĨA

Gãy khung chậu có thể chỉ đơn thuần gãy xương hoặc phối hợp với các tổn thương khác nơi vùng chậu như tiết niệu, ống tiêu hóa, thần kinh và mạch máu, và kể cả các tổn thương da rộng.

Các gãy khung chậu mà có tổn thương phối hợp vùng chậu thường là các loại gãy xương mất vững. Thường gây shock chấn thương và có tỷ lệ tử vong cao.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Triệu chứng lâm sàng:

Sau một chấn thương bệnh nhân có triệu chứng sau:

- Đau vùng khung chậu
- Sưng nề tụ máu vùng gãy xương.
- Bất lực vân động: không nâng được chân lên khỏi giường.
- Nhiệm pháp ép, banh khung chậu đau chói tương ứng vị trí gãy.
- Trong một số trường hợp có Shock chấn thương có thể có biểu hiện; bệnh nhân vật vã kích thích, hốt hoảng hoặc thờ ơ với ngoại cảnh, mạch nhanh nhỏ khoa bắt, huyết áp tụt, thở nhanh, vã mồ hôi, da niêm mạch nhợt.
- Có thể có đái máu, bí đái…

2.1.2. Triệu chứng cận lâm sàng:

- Triệu chứng X-quang: Chụp X-quang thẳng nghiêng xác định vị trí gãy, mức độ di lệch: cung trước, cung sau, trật khớp mu, trật khớp cùng –chậu, gãy xương cánh chậu, vỡ ổ cối...

Dựa vào X – quang có thể xác định được các kiểu gãy sau:

Gãy thành chậu (hay rìa chậu): Gồm các thể sau:

- Xương chậu:
  - Gãy gai chậu: Trước trên và trước dưới.
  - Gãy dọc cánh chậu.
  - Gãy ngang cánh chậu kiểu Duverney.
- Xương cùng:
  - Gãy ngang xương cùng.
- Gãy ngành mu-chậu.
- Gãy ụ ngồi.
- Gãy ngành ngồi-chậu.
- Gãy ngang xương cụt.

Gãy ổ cối:

- Gãy rìa trên ổ cối.
- Gãy rìa dưới ổ cối.
- Gãy rìa ổ cối thành mảnh lớn gây bán trật khớp háng nhẹ.
- Gãy đáy ổ cối,chỏm xương đùi : Gọi là Trật khớp háng trung tâm hoàn toàn.

Gãy khung chậu (gãy vòng đai chậu):

- Gãy một cung:
  - Gãy cung trước(gãy ngành mu-chậu và ngồi chậu,gãy một hay cả hai bên).
  - Trật khớp mu.
  - Gãy cung sau (gãy dọc theo các lỗ xương cùng).
  - Trật khớp cùng-chậu.
  - Gãy cánh chậu.

- Gãy cả 2 cung trước và sau:
• Gãy khung chậu kiểu Malgaigne (gãy ngành mu chậu-ngồi chậu của cung trước và gãy dọc cánh chậu của cung sau).
• Gãy khung chậu kiểu Voillemier(gãy ngành mu chậu-ngồi chậu / trật khớp mu của cung trước + gãy dọc xương cùng cụt(gãy cung sau)/trật khớp cùng chậu của cung sau).
- Chụp CT-scanner khung chậu
Chụp CT-scanner khung chậu đáng giá được tổn thương xương, bàng quang, tử cung, đại tràng…
Dựa vào kết quả có thể có quyết định can thiệp
- Siêu âm ổ bụng
Xác định được các tổn thương phối hợp
- Các xét nghiệm cận lâm sàng
Xét nghiệm Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, sinh hóa máu, đông máu, nhóm máu…
2.2. Cận lâm sàng:
- X-Quang quy ước: tư thế thẳng tư thế nghiêng
- Siêu âm mạch máu và động mạch đồ: chỉ định khi có nghi ngờ tổn thương động mạch cần phục hồi.
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đai tháo đuòng
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim
2.3. Chẩn đoán phân biệt
- Đụng giập phần mềm khung chậu.
- Sai khớp háng.
- Gãy cổ xương đùi.
- Chấn thương bụng kín.
3. ĐIỀU TRỊ:
3.1. Nguyên tắc điều trị:
- Chống Shock chấn thương
- Điều trị tổn thương phối hợp
- Cố định xương gãy
- Phòng biến chứng
3.2. Điều trị cụ thể:
3.2.1. Cấp cứu thì đầu:
- Chống rối loạn thần kinh.
+ Sử dụng các thuốc giảm đau: Morphin, Dolacgan, Fentanyl… (chú ý nhịp thở - những bệnh nhân có sọ não tổn thương).
+ Giảm đau toàn thân. Cho thuốc mê hoặc thuốc ngủ, khi có điều kiện đặt NKQ, kết hợp giãn cơ - hô hấp nhân tạo.
+ Phong bế giảm đau bằng lidocain tại ổ gẫy.
+ Cố định xương gẫy, vận chuyển nhẹ nhàng.
+ Sử dụng các thuốc ức chế thần kinh. (Đồng miên). Chống chỉ định các trường hợp . Huyết áp < 90mmHg; Còn chảy máu; Phát hiện chưa hết tổn thương.
- Chống sốc mất máu
+ Làm ngừng chảy máu (băng ép, garô, kẹp mạch máu, mổ cầm máu.
+ Bổ sung lại lượng máu đã mất - truyền dịch, truyền máu…

+ Ép tim khi có ngừng tim.
+ Phá rung, thất.
+ Dùng thuốc duy trì trường lực mạch máu.
- Điều trị suy hô hấp.
+ Thở ô xy..
+ Hô hấp nhân tạo.
+ Đặt nội khí quản và mở khí quản.
- Điều trị rối loạn, chuyển hoá.
+ Chống toan.
+ Chống toan kali máu tăng.
+ Truyền đạm, chế độ nhiệt độ thích hợp.
3.2.2. Điều trị nội khoa:
- Gãy một cung(trước hoặc sau) ít di lệch, Nằm bất động 5-6 tuần.
- Gãy hai cung hoặc Gãy kiểu Malgaigne ít di lệch thì Nằm bất động trên giường, gác chân trên giá Braun 4-8 tuần.
3.2.3. Điều trị ngoại khoa:
- Gãy khung chậu di lệch:
+ Nắn chỉnh bằng xuyên dinh Kirschner qua lồi cầu xương đùi kéo liên tục.
+ Chân đặt trên giá Braun kéo trọng lượng =1/7 trọng lượng cơ thể.
+ Thời gian kéo: 10 -14 tuần,kéo liên tục.
+ Kết hợp người bệnh để mông trên võng vải bắt chéo giúp cho diện gãy ép vào nhau.
+ Tập vận động khi liền xương.
- Gãy cung trước di lệch nhiều như ngành mu-chậu thì kết xương nẹp vít, đinh chữ U.
- Toác khớp mu kết xương bằng buộc vòng chỉ thép, nẹp vít hoặc cố dịnh khung chậu bằng khung cố định ngoài.
- Vỡ gãy thành sau kết xương nẹp vít.
- Gãy toác dọc cánh chậu kết xương bằng Vít và nẹp vít.
* Điều trị sau phẫu thuật
- Truyền dịch
- Truyền dịch thay thế máu
- Truyền dinh dưỡng đường tĩnh mạch
- Kháng sinh dự phòng
- Thuốc sau phẫu thuật
+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,…..
+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,…
+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol…
+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase…
+ Canxi, Vitamine C, D3, …
* Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
• Cipro fl oxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
• Metronidazole 500mg/100ml,…
* Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
3.3. Điều trị dự phòng:
- Tuyên truyền và giáo dục trong cộng đồng về luật giao thông và lao động.
- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ và bất động gãy xương tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng trong gãy xương.
- Đối với các tuyến y tế cơ sở cần chẩn đoán sớm, xử lý đúng và chuyển lên tuyến y

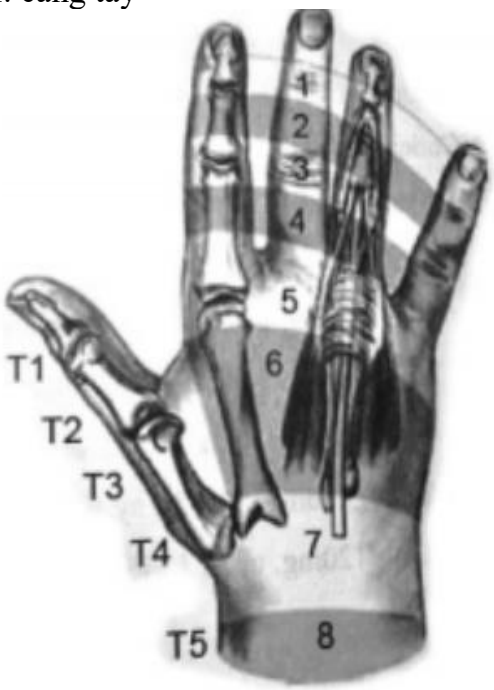
tế chuyên khoa điều trị sớm để giảm thiểu các biến chứng do gãy 2 xương cẳng chân.
- Giáo dục cho bệnh nhân tập luyện phục hồi chức năng sau điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Phác đồ điều trị chấn thương chỉnh hình của Bộ Y Tế
2. Nguyễn Vĩnh Thống TS BS : phác đồ Điều trị gãy khung chậu và ổ cối, tạp chí hội chấn thuong chỉnh hình Tp Hồ Chí Minh.
3. Bài giảng chấn thương chỉnh hình của chấn thương chỉnh hình TP Hồ Chí Minh
4. Judet R, Judet J, Letournel E. Fractures of the acetabulum: classiílcation and surgical ap proaches for open reduction. preliminary report. J Bone Joint Surg Am. 1964;46:1615-46.
5. Letournel E. Acetabulum íractures: classiílcation and management. Clin Orthop Relat Res. 1980;(151):81-106.
6. Frank H. Netter, MD Chapter: Musculoskeletal Injuries by Anatomic Site: Pelvis Page: 84
7. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018
8. Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình 2017

ĐỨT GÂN DUỖI BÀN TAY

1. ĐỊNH NGHĨA:
Là sự mất liên tục của một hay nhiều gân duỗi của các ngón tay do vết thương vùng bàn tay
2. CHẨN ĐOÁN:
2.1 Chẩn đoán xác định:
2.1.1. Lâm sàng:
- Kiểm tra tình trạng tổn thương mạch máu (màu sắc đầu chi, nhấp nháy móng) và thần kinh cảm giác (cảm giác 2 bên đốt xa ngón tay)
- Tổn thương gân duỗi
+ Vết thương ở mặt lưng bàn tay hoặc ngón tay, ngón tay bị nghi ngờ có tổn thương gân duỗi khi không duỗi chủ động được ngón tay và không giữ được tư thế duỗi của ngón tay khi người khám đã duỗi thụ động ngón tay đó.
+ Khi vết thương ở mặt lưng khớp liên đốt gần ngón tay, bệnh nhân không duỗi được chủ động khớp liên đốt gần nhưng có thể giữ được tư thế duỗi ngón sau khi được duỗi thụ động -> đứt dải trung tâm gân duỗi.
- Phân độ tổn thương gân duỗi: 8 vùng (ngón I: 5 vùng)
+ Vùng I: khớp liên đốt xa: nơi bám tận gân duỗi
+ Vùng II: ngang đốt 2 các ngón dài (đốt 1 ngón I)
+ Vùng III: khớp liên đốt gần các ngón dài: dải trung tâm gân duỗi
+ Vùng IV: ngang đốt 1 các ngón dài (xương bàn ngón I)
+ Vùng V: ngang khớp bàn đốt các ngón dài
+ Vùng VI: mu bàn tay
+ Vùng VII: cổ tay, trong các khoang của mạc giữ gân duỗi
+ Vùng VIII: cẳng tay



2.1.2. Cận lâm sàng:
- Chụp X quang đánh giá tổn thương xương kèm theo
- Chụp X – quang tim phổi
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đai tháo đuòng
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc điều trị:
- Nối gân theo nguyên tắc, múi nối phải chắc
- Phục hồi chức năng duỗi các ngón tay

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1 Điều trị nội khoa:

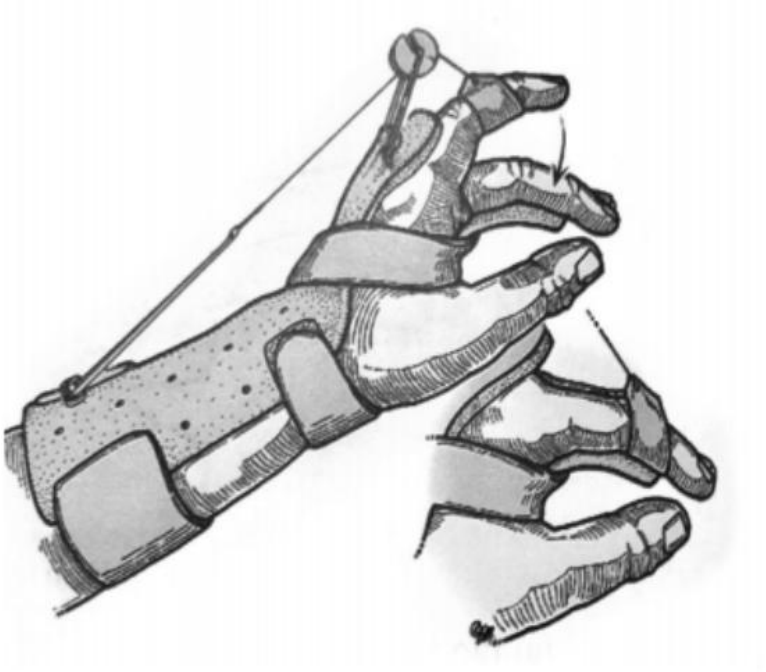
3.2.2 Điều trị ngoại khoa:
- Chỉ định

Tất cả các trường hợp vết thương bàn tay có tổn thương gân duỗi đều có chỉ định phẫu thuật cắt lọc vết thương và khâu nối ngay trong cấp cứu

Trong trường hợp vết thương dập nát mất đoạn gân, nguy cơ nhiễm trùng cao thì cắt lọc sạch và khâu vết thương. Đợi tình trạng da ổn định sẽ nối gân sau.

Trường hợp có kèm tổn thương gãy xương cần kết hợp xương và nối gân đồng thời

Luôn phải kiểm tra tình trạng mạch máu và thần kinh cảm giác của ngón tay, cố gắng khâu nối tối đa có thể để chức năng của bàn tay có thể phục hồi tốt nhất



- Chỉ khâu gân

Khâu lõi gân dùng chỉ không tan 3.0 hay 4.0 tùy kích thước gân.

Khâu màng gân dùng chỉ không tan 5.0 hay 6.0 tùy kích thước gân
- Cách khâu gân:
- Đính lại nơi bám gân duỗi

Nẹp bột (như hình)

Thuốc sử dụng
- Thuốc sau phẫu thuật

+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,…..
+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,…
+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol…
+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase…

+ Canxi, Vitamine C, D3, …
*Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
• Cipro fl oxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
• Metronidazole 500mg/100ml,…
*Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
- Theo dõi
+ Sinh hiệu
+ Sưng, đau sau mổ
+ Vận động các ngón tay
+ Dấu bấm móng, màu sắc da vùng mổ và đoạn xa
- Vật lý trị liệu
+ Có vai trò rất quan trọng trong phục hồi chức năng
+ Hướng dẫn bệnh nhân tập trong nẹp sớm ngay từ ngày thứ 2 sau mổ
+ Tập vận động thụ động và chủ động có hướng dẫn trong nẹp 6 tuần đầu sau mổ.
Sau đó tập phục hồi sức cơ (tới 3 tháng)
- Tái khám
+ Tái khám sau 1-2 tuần
+ Kiểm tra vận động, cảm giác chi
+ Tập vận động chi
+ Thuốc kháng sinh, kháng viêm, giảm đau và sưng,…
- Biến chứng
+ Nhiễm trùng
+ Đứt mối nối
+ Bung ròng rọc
+ Dính gân
3.3. Điều trị dự phòng:
- Phòng ngừa phù nề sau mổ: Sau phẫu thuật cần bất động tốt phần ngón tay được nối và nâng cao bàn tay nhằm mục đích: giảm phù nề, giảm đau sau mổ, đảm bảo an toàn cho gân bị đứt do giảm sự căng giãn của diện nối gân.
- Phòng teo cơ và biến dạng: Những bài tập phục hồi chức năng như: bài tập thụ động, chủ động có trợ giúp, chủ động có kháng trở phải tùy theo tình trạng bàn tay. Ngay sau khi bệnh nhân rời khỏi phòng mổ cũng đã có chỉ định tập phục hồi chức năng, các động tác được thực hiện tại khoa và được các chuyên khoa phục hồi chức năng hướng dẫn. Tập vận động thụ động sớm để cải thiện đáng kể khả năng vận động của gân, đồng thời sự liền gân vẫn đảm bảo.Kỹ thuật phục hồi chức năng thụ động là ỹ thuật được chỉ định trong các trường hợp không có khả năng tự duỗi tổn thương xương phối hợp, ngón tay có nguy cơ hình móc hoặc hạn chế duỗi và đối tượng trẻ em.

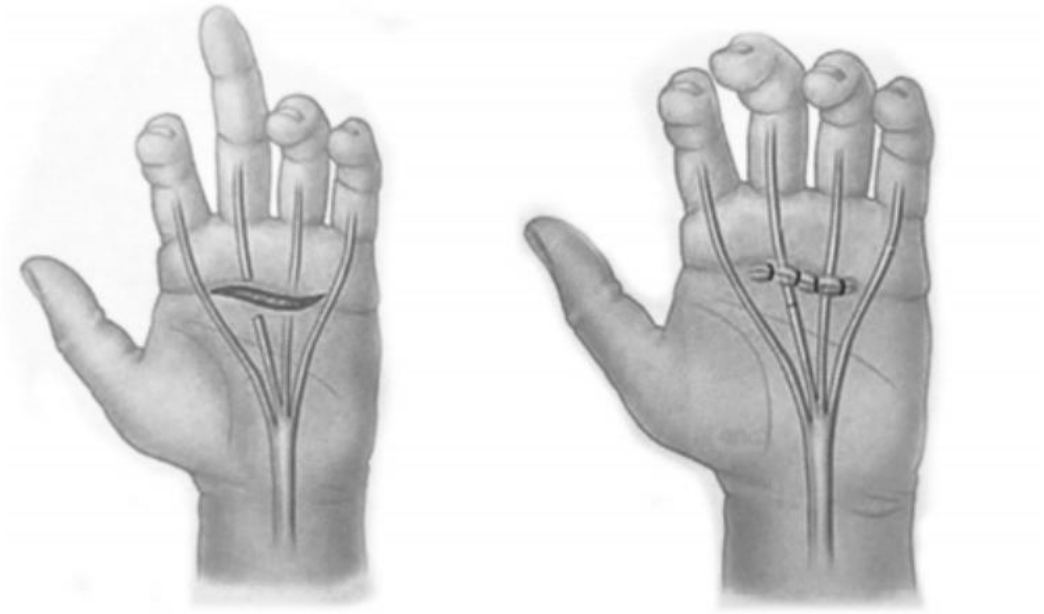
TÀI LỆU THAM KHẢO:

1. Những thương tích hở ở bàn tay và ngón tay
2. Phẫu thuật bàn tay GS. Đặng Kim Châu - NXB Y học 1982 - Trang 110-191.
3. Vết thương bàn tay
4. Bùi Văn Đức (2015), Chấn thương chỉnh hình phẫu thuật bàn tay, Nhà xuất bản giao thông vận tải
5. Bài giảng chấn thương chỉnh hình. Bộ môn chấn thương chỉnh hình viện Quân Y (2006).
6. Bài giảng về vết thương bàn tay dành cho lớp Cao học chấn thương chỉnh hình của GS.TSKH Nguyễn Văn Nhân (1994
7. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình Bệnh viện Việt Đức 2018.

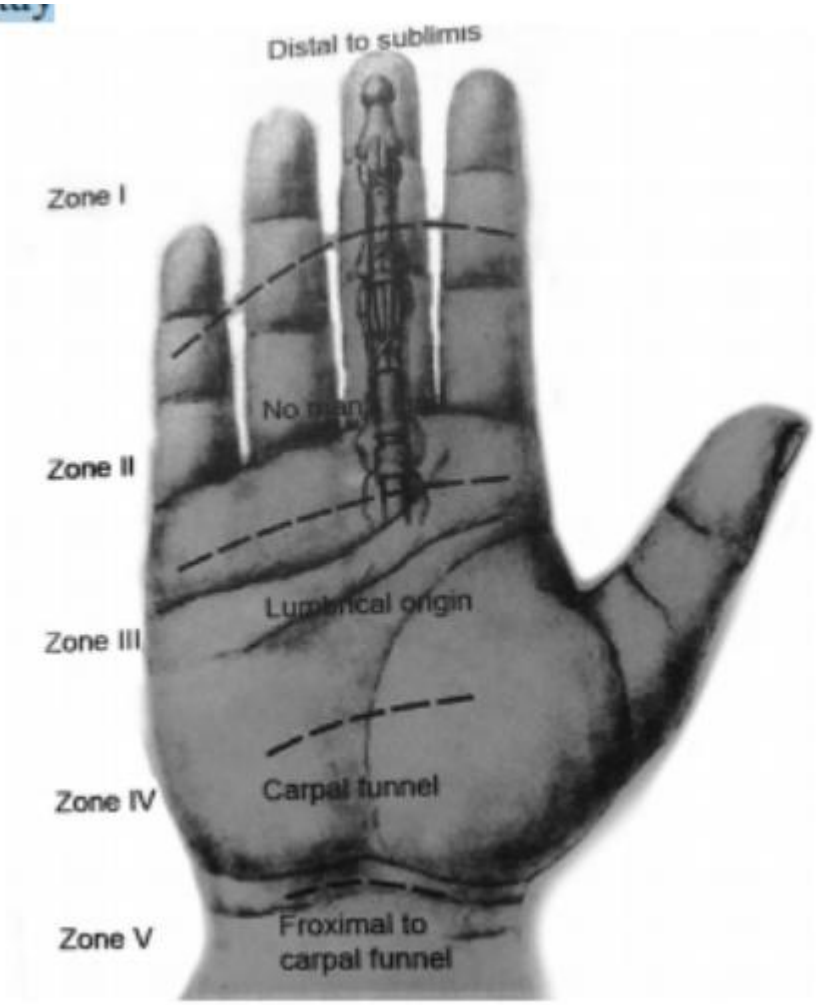
8. Bệnh học chỉnh hình và phục hồi chức năng

ĐỨT GÂN GẤP BÀN TAY

1. ĐỊNH NGHĨA:
Là sự mất liên tục của một hay nhiều gân gấp của các ngón tay do vết thương vùng bàn tay
2. CHẨN ĐOÁN:
2.1. Chẩn đoán xác định
2.1.1. Lâm sàng
- Tổn thương gân gấp
+ Vết thương ở mặt lòng bàn tay hoặc ngón tay, ngón tay bị nghi ngờ có tổn thương gân gấp khi không gập ở tư thế cơ năng trong trạng thái nghỉ của bàn tay.
+ Bệnh nhân không chủ động gập được cả khớp liên đốt gần và liên đốt xa (khi đứt cả gân gấp nông và gân gấp sâu) hoặc có thể gập chủ động khớp liên đốt gần nhưng không gập được khớp liên đốt xa (nếu chỉ đứt gân gấp sâu)



+ Kiểm tra tình trạng tổn thương mạch máu (màu sắc đầu chi, nhấp nháy móng) và thần kinh cảm giác (cảm giác 2 bên đốt xa ngón tay)
+ Phân độ tổn thương gân gấp: theo 5 vùng (hình vẽ)
• Vùng I: là nơi bám tận của các gân gấp sâu
• Vùng II: là nơi gân gấp sâu và gân gấp nông cùng đi trong ống tạo bởi hệ thống ròng rọc và các xương ngón tay (no man’s land). Đây là vùng khó điều trị do ngu cơ dính giữa 2 gân và dính với hệ thống ròng rọc.
• Vùng III: vùng có cơ giun bám vào gân gấp sâu (lòng bàn tay)
• Vùng IV: trong ống cổ tay
• Vùng V: ở cổ tay



2.1.2. Cận lâm sàng:
- Chụp X quang đánh giá tổn thương xương kèm theo
- Chụp X – quang tim phổi
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đai tháo đuòng
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim

2.2 Chẩn đoán phân biệt:
- Đứt gân duỗi bàn tay
- Gãy xương bàn ngón → chụp Xquang để chẩn đoán phân biệt

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc điều trị:

Phục hồi giải phẫu chức năng gấp ngón tay

3.2. Điều trị cụ thể:

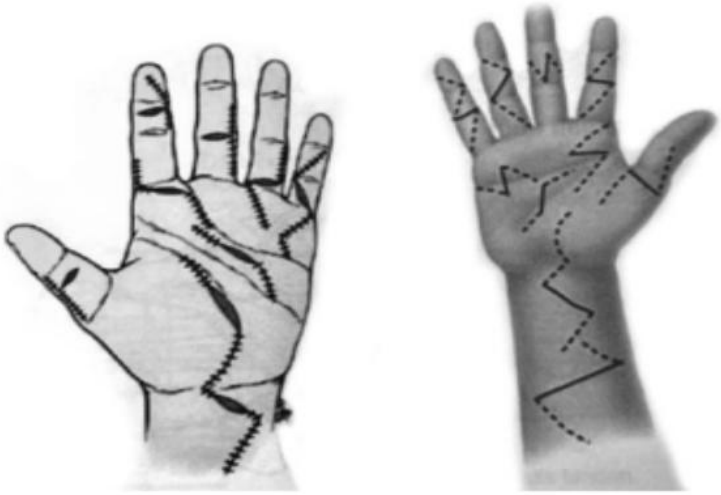
3.2.1. Điều trị nội khoa:

3.2.2 Điều trị ngoại khoa:
- Chỉ định

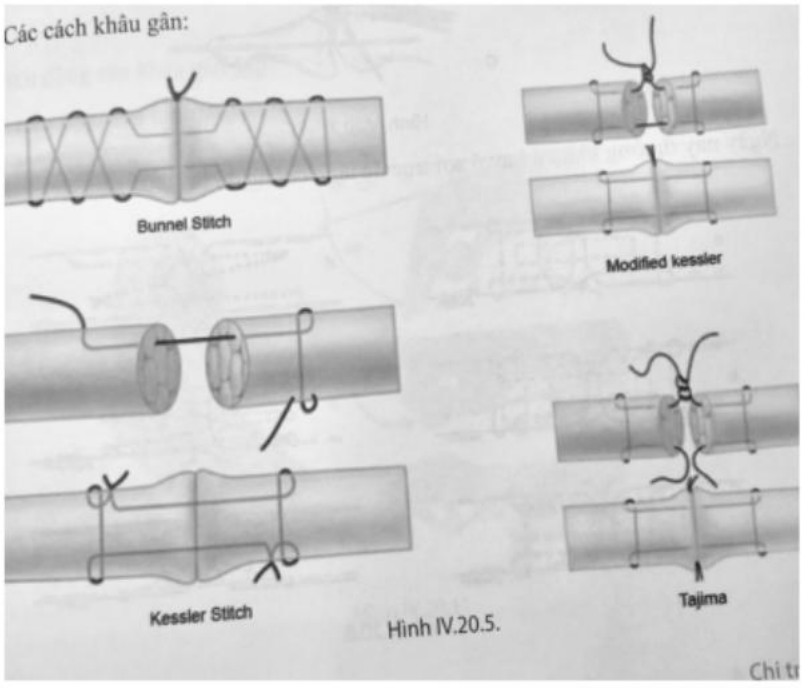
Tất cả các trường hợp vết thương bàn tay có tổn thương gân gấp/gân duỗi đều có chỉ định phẫu thuật cắt lọc vết thương và khâu nối ngay trong cấp cứu

Nếu vết thương bàn tay gây tổn thương cả gân gấp nông và sâu vùng II thì ưu tiên nối

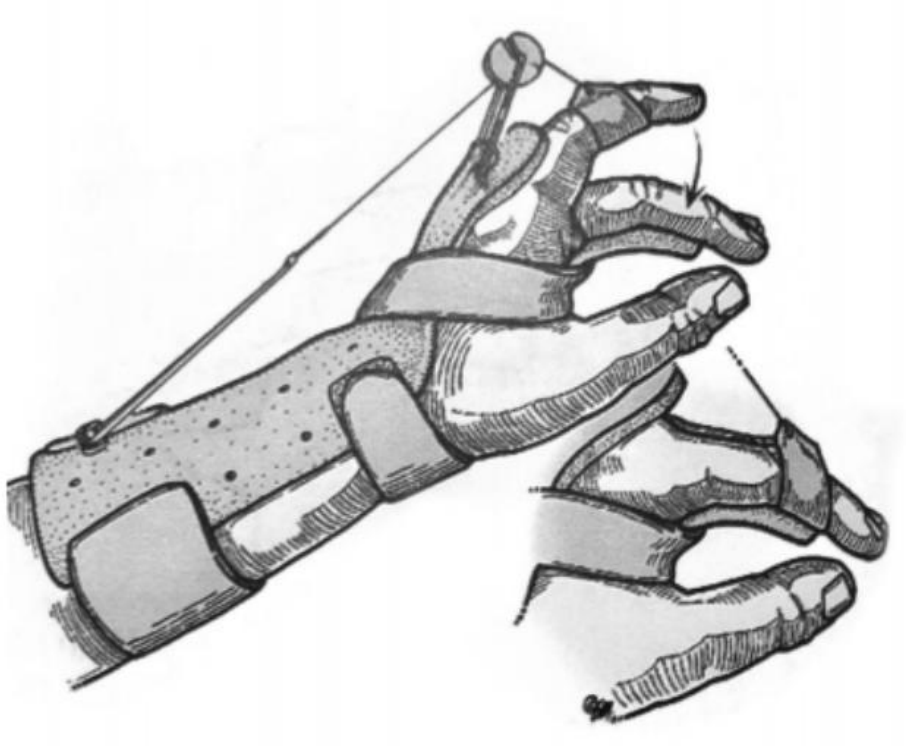
gân gấp sâu
Trong trường hợp vết thương dập nát mất đoạn gân, nguy cơ nhiễm trùng cao thì cắt lọc sạch và khâu vết thương. Đợi tình trạng da ổn định sẽ ghép gân thì hai.
Trường hợp có kèm tổn thương gãy xương cần kết hợp xương và nối gân đồng thời
Luôn phải kiểm tra tình trạng mạch máu và thần kinh cảm giác của ngón tay, cố gắng khâu nối tối đa có thể để chức năng của bàn tay có thể phục hồi tốt nhất
Chỉ khâu gân:
Khâu lõi gân dùng chỉ không tan 3.0 hay 4.0 tùy kích thước gân. Khâu màng gân dùng chỉ không tan 5.0 hay 6.0 tùy kích thước gân
Phương pháp khâu nối gân: đường mổ bộc lộ gân gấp



- Cách khâu gân:



+ Khâu đính nơi bám gân gấp
+ Ngày nay thường khâu 4 hay 6 sợi trục để tăng cường độ bền của gân
+ Khâu màng gân
+ Khâu tái tạo ròng rọc
+ Bất động sau khâu gân gập:
+ Nẹp bột (như hình)



Thuốc sử dụng
- Thuốc sau phẫu thuật
+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,…..
+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,…
+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol…
+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase…
+ Canxi, Vitamine C, D3, …
* Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
• Cipro fl oxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
• Metronidazole 500mg/100ml,…
*Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
- Theo dõi
+ Sưng, đau sau mổ
+ Vận động các ngón tay
+ Dấu bấm móng, màu sắc da vùng mổ và đoạn xa
- Vật lý trị liệu
+ Có vai trò rất quan trọng trong phục hồi chức năng
+ Hướng dẫn bệnh nhân tập trong nẹp sớm ngay từ ngày thứ 2 sau mổ
+ Tập vận động thụ động và chủ động có hướng dẫn trong nẹp 6 tuần đầu sau mổ.
Sau đó tập phục hồi sức cơ (tới 3 tháng)
+ Phương pháp điều trị tập vật lý trị liệu sau mổ
• Tuần 1: chăm sóc vết thương, tập nhẹ trong nẹp động
• Tuần 2: cắt chỉ, tiếp tục tập thụ động và chủ động trong nẹp
• Tuần 3-5: tập vận động chủ động trong nẹp
• Tuần 6: bỏ nẹp tập thụ động và chủ động theo hướng dẫn nhân viên vật lý trị liệu
- Tái khám
+ Tái khám sau 1-2 tuần
+ Kiểm tra vận động, cảm giác chi

+ Tập vận động chi
+ Thuốc kháng sinh, kháng viêm, giảm đau và sưng,…
- Biến chứng
+ Nhiễm trùng
+ Đứt mối nối
+ Bung ròng rọc
+ Dính gân
3.3. Điều trị dự phòng:
- Phòng ngừa phù nề sau mổ: Sau phẫu thuật cần bất động tốt phần ngón tay được nối và nâng cao bàn tay nhằm mục đích: giảm phù nề, giảm đau sau mổ, đảm bảo an toàn cho gân bị đứt do giảm sự căng giãn của diện nối gân.
- Phòng teo cơ và biến dạng: Những bài tập phục hồi chức năng như: bài tập thụ động, chủ động có trợ giúp, chủ động có kháng trở phải tùy theo tình trạng bàn tay. Ngay sau khi bệnh nhân rời khỏi phòng mổ cũng đã có chỉ định tập phục hồi chức năng, các động tác được thực hiện tại khoa và được các chuyên khoa phục hồi chức năng hướng dẫn. Tập vận động thụ động sớm để cải thiện đáng kể khả năng vận động của gân, đồng thời sự liền gân vẫn đảm bảo. Kỹ thuật phục hồi chức năng thụ động là kỹ thuật được chỉ định trong các trường hợp không có khả năng tự gấp, tổn thương xương phối hợp, ngón tay có nguy cơ hình móc hoặc hạn chế duỗi và đối tượng trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Những thương tích hở ở bàn tay và ngón tay
2. Phẫu thuật bàn tay GS. Đặng Kim Châu - NXB Y học 1982 - Trang 110-191.
3. Vết thương bàn tay
4. Bùi Văn Đức (2015), Chấn thương chỉnh hình phẫu thuật bàn tay, Nhà xuất bản giao thông vận tải
5. Bài giảng chấn thương chỉnh hình. Bộ môn chấn thương chỉnh hình viện Quân Y (2006).
6. Bài giảng về vết thương bàn tay dành cho lớp Cao học chấn thương chỉnh hình của GS.TSKH Nguyễn Văn Nhân (1994).
7. Một số kỹ thuật cơ bản trong chấn thương chỉnh hình
8. Sách chấn thương chỉnh hình nhà xuất bản y học 2020

RÁCH CHÓP XOAY

1. ĐỊNH NGHĨA:
Rách chóp xoay là hiện tượng rách của một hoặc nhiều gân chóp xoay, là nhóm gân bám vào đầu trên xương cánh tay để làm vận động khớp ổ chảo - cánh tay
2. CHẨN ĐOÁN:
2.1. Chẩn đoán xác định:
2.1.1. Lâm sàng:
- Đau: đau mặt ngoài khớp vai, lan xuống cánh tay nhưng thường không quá khuỷu, đau nhiều về đêm, không thể nằm tựa lên vai đau.
- Yếu, mỏi khi vận động, đặc biệt là các động tác giơ tay quá đầu
- Ấn đau lan tỏa vùng mấu động lớn và mấu động bé
- Nghiệm pháp Jobe: cánh tay bệnh nhân dạng và xoay trong kháng lại lực tì của người khám. Nghiệm pháp dương tính khi bệnh nhân đau và yếu so với tay đối bên, thường gặp trong rách cơ trên gai.
- Nghiệm pháp Patte: gập khuỷu 90 độ, vai dạng 90 độ, xoay ngoài cánh tay có đối kháng. Dương tính khi yếu và đau, biểu hiện của rách gân dưới gai hoặc tròn bé
- Nghiệm pháp Gerber: Bệnh nhân ngồi hay đứng, khuỷu gấp 90 độ, bàn tay để sau lưng, kéo tay bệnh nhân ra sau khỏi lưng 5-10cm. Nếu bệnh nhân không giữ tay được và đau vai là nghiệm pháp dương tính, thường gặp trong rách gân dưới vai
2.1.2. Cận lâm sàng:
- X-quang
X-quang thẳng: tay trung tính, xoay trong và xoay ngoài
Thư thế chếch 45 độ (chữ Y)
- MRI
+ Chỉ định MRI dựa vào: thời gian và độ nặng, tuổi và mức độ hoạt động, và nhu cầu của bệnh nhân
+ Chẩn đoán vẫn chưa rõ qua thăm khám và khai thác bệnh sử
+ Không đáp ứng với điều trị bảo tồn và cần đánh giá chính xác tổn thương
+ Lên kế hoạch phẫu thuật.
+ Có thể chụp MRI ngay khi bệnh nhân đến khám nếu có chấn thương và giảm chức năng chi nặng và các bệnh nhân là vận động viên thể thao có đau kéo dài.
- Siêu âm: Khớp vai
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đai tháo đuòng
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim
2.2. Chẩn đoán phân biệt:
- Thoái hóa khớp vai
- Gãy đầu trên xương cánh tay
Dựa vào Xquang đê chẩn đoán phân biệt
- Đứt gân cơ trên vai: dựa vào MRI để chẩn đoán phân biệt
3. ĐIỀU TRỊ:
3.1. Nguyên tắc:
Giảm đau và khôi phục chức năng khớp vai. Có nhiều phương pháp điều trị rách chóp

xoay tuỳ thuộc vào tuổi tác, mức độ.
3.2. Điều trị cụ thể:
3.2.1. Điều trị nội khoa
- Chỉ định, phương pháp điều trị
Khi chưa có chỉ định phẫu thuật
- Thuốc sử dụng (ghi cụ thể hàm lượng thời gian dùng)
+ Kháng viêm không phải Steroid: Diclofenac (Voltaren), Meloxicam (Mobic), Piroxicam(Brexin) Celecoxib (Celebrex), Etoricoxib (Arcoxia
+ Giảm đau: Paracetamol, Tramadol HCl 37.5 + Paracetamol 325 mg (Ultacet), Floctafenine 200mg (Idarac)
+ Giãn cơ: Eserisone Hydrochloride (Myonal), Mephenesin (Decontractyl), Tolperisone Hydrochloride (Mydocalm).
- Thay đổi lối sống
Nghỉ ngơi tránh các yếu tố thúc đẩy bệnh lý.
- Tập vật lý trị liệu
- Theo dõi
Dấu hiệu đau, yếu vai, hạn chế vận động khớp vai
- Tái khám
+ Thời điểm tái khám: mỗi tuần
+ Điều chỉnh tăng giảm liều thuốc tùy tình trạng bệnh nhân
+ Có thể chụp MRI đánh giá lại sau 8 tuần
+ Các cận lâm sàng cần thiết cho mỗi lần tái khám, thuốc cụ thể sử dụng trong mỗi lần tái khám
3.2.2. Điều trị ngoại khoa:
+ Chỉ định
+ Những bệnh nhân có bệnh sử chấn thương và rách chóp xoay được xác định bằng MRI
+ Những bệnh nhân không có tiền căn chấn thương, đau vai tiến triển, có rách chóp xoay được xác định trên MRI, không đáp ứng với điều trị bảo tồn sau 4-6 tháng.
+ Phương pháp phẫu thuật
+ Nội soi thám sát, cắt lọc, mài mỏm cùng, khâu chóp xoay
+ Mổ mở, mini open khâu chóp xoay, tái tạo mỏm cùng.
+ Vật tư tiêu hao
+ Chỉ neo, các ống nhựa, đầu đốt, lưỡi cắt, lưỡi mài,… chuyên dụng.
- Thuốc sau phẫu thuật
+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,…..
+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,…
+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol…
+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase…
+ Canxi, Vitamine C, D3, …
* Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
• Cipro fl oxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
• Metronidazole 500mg/100ml,…
*Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
- Theo dõi
+ Sau mổ: tổng trạng, đau vết mổ, nhiễm trùng vết mổ, biến chứng thần kinh mạch máu
+ Mỗi lần khám: đau, vận động khớp vai, rách lại
- Tái khám

+ Thời điểm tái khám: tuần 1-2-4-8-12
+ Các cận lâm sàng cần thiết cho mỗi lần tái khám, thuốc cụ thể sử dụng trong mỗi lần tái khám: công thức máu, chức năng gan, chức năng thận, Xquang

3.3. Điều trị dự phòng:

Để phòng ngừa rách chóp xoay khớp vai, cần chú ý những điều sau:

- Khi chơi thể thao: Phải khởi động kỹ khớp vai trước khi chơi, cân bằng giữa tập luyện và nghỉ ngơi, không lặp đi lặp lại quá nhiều những động tác sử dụng cánh tay quá đầu như: chơi bóng chày, golf, cầu lông, quần vợt... Tới khám bác sỹ chuyên khoa khi bị chấn thương khớp vai.
- Nếu có dấu hiệu của bệnh viêm, rách chóp xoay: đau, hạn chế vận động khớp vai… cần đi khám tại cơ sở y tế để được chẩn đoán và điều trị kịp thời, không đắp lá hoặc tiêm khớp vai ở những cơ sở không đủ sự tin cậy .

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Tăng Hà Nam Anh (2009), "Điều trị rách một phần và toàn phần chóp xoay qua nội soi. So sánh hai nhóm theo dõi tối thiểu 1 năm", Y Dược Học Quân sự, tập 34, tr. 150-154.
2. Tăng Hà Nam Anh (2012), "Nghiên cứu điều trị rách chóp xoay bằng kỹ thuật khâu gân qua nội soi", Đề tài nghiên cứu cấp sở thuộc chương trình Vườn Ươm Sáng Tạo Khoa Học- Công Nghệ Trẻ của Sở Khoa Học Công Nghệ Thành Phố Hồ Chí Minh, cơ quan chủ trì Trung Tâm Phát Triển Khoa Học Và Công Nghệ Trẻ, nghiệm thu ngày 17/01/2012.
3. Tăng Hà Nam Anh (2012), "Điều trị rách chóp xoay bằng kỹ thuật khâu gân qua nội soi khớp vai", Tạp chí chấn thương chỉnh hình Việt Nam, số đặc biệt, tr. 91-95.
4. Hoàng Mạnh Cường (2009). Đánh giá kết quả sử dụng nôi soi và đường mổ nhỏ điều trị rách chóp xoay. Luận án chuyên khoa cấp II CTCH-Đại Học Y Dược TP.HCM.
5. Netter F.H [Nguyễn Quang Quyền dịch] (1997). "Chi trên". In: Netter F.H. Atlas giải phẫu người, 2nded, pp. 401. Nhà Xuất Bản Y Học, TP Hồ Chí Minh
6. Một số kỹ thuật cơ bản trong chấn thương chỉnh hình
7. Sách chấn thương chỉnh hình nhà xuất bản y học 2020
8. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018

THOÁI HÓA KHỚP GỐI

1. ĐỊNH NGHĨA:

Thoái hóa khớp là bệnh lý do mất cân bằng giữa tổng hợp và hủy hoại mô sụn và xương dưới sụn của các khớp hoạt dịch, khớp gối là khớp lớn 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. có thể do nguyên phát (lão hóa) hoặc thứ phát (chấn thương, bệnh lý,...)

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Triệu chứng lâm sàng:

- 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 gập và duỗi gối. Có thể có tiếng "lạo xạo" trong khớp gối khi cử động
- Khớp cứng và khó thở cử động sau khi bất động lâu, hoặc vào buổi sáng khi bắt đầu vận động, thường cải thiện nhanh sau khi người bệnh có 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

2.1.2. Cận lâm sàng:

- X-Quang quy ước: tư thế thẳng tư thế nghiêng
- Siêu âm mạch máu và động mạch đồ: chỉ định khi có nghi ngờ tổn thương động mạch
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đai tháo đuòng
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim
- 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 3 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 4 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
- X-Quang tim phổi
- Xét nghiệm máu và sinh hóa: tốc độ lắng máu bình thường
- Dịch khớp: đếm tế bào dịch khớp <1000 tê bào/1mm3
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đai tháo đuòng
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim
- Đô độ loãng xương BN > 60 tuổi
2.2. Chẩn đoán phân biệt:
Chẩn đoán phân biệt với viêm khớp dạng thấp khi chỉ tổn thương tại khớp gối hoặc khi chỉ biểu hiện tại một khớp: tình trạng viêm tại khớp, có các biểu hiện viêm sinh học (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
3. ĐIỀU TRỊ:
3.1. Nguyên tắc 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 phụ không mong muốn của thuốc, lưu ý tương tac thuốc và các bệnh kết hợp ở người cao tuổi
- Nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh
3.2. Điều trị cụ thể:
3.2.1. Điều trị nội khoa:
- 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, 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: diến biến tự nhiên của bệnh, ảnh hưởng của hành vi – thói quen sinh hoạt hằng ngày đến bệnh, mục tiêu 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 và biên độ cử động khớp, aerobic,...
- Vật lý trị liệu
Nhiệt điều trị: các phương pháp siêu âm, hồng ngoại, chườm nóng, liệu pháp suối khoáng, bùn có hiệu quả cao
- Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng nhanh: chỉ định khi có đau khớp
+ Thuốc giảm đau:
• Paracetmol: 1-2 g/ngày
• Đôi khi cần chỉ định các thuốc giảm đau bậc 2: Paracetamol phối hợp với Tramadol 1-2 g/ngày
• Nhóm thuốc giảm đau chống viêm 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. Cẩn thận khi sử dụng đối với bệnh nhân có tiền sử tim mạch, hen phế quản.Etoricoxib 30-60mg/ngày
• Celecoxib 200mg/ngày
• Meloxicam 7.5-15mg/ngày
• Diclofenac 50-100mg/ngày
• Piroxicam 20mg/ngày...
• Thuốc bôi ngoài da: bôi tại khớp đau 2-3 lần/ngày. Các loại gel như: Diclofenac (Voltaren Emugel),... có tác dụng giảm đau đáng kể và rất ít tác dụng phụ
+ Đường tiêm nội khớp
• Hydrocortisone acetat: mỗi đợt 2-3 mũi tiêm cách nhau 5-7 ngày, không vượt quá 4 mũi tiêm mỗi đợt
• Các chế phẩm chậm: methylprednisolone, betamethasone dipropionate tiêm mỗi mũi cách nhau 6-8 tuần. Không tiêm quá 3 đợt/năm vì thuốc gây tổn thương sụn khớp nếu dùng quá liều
• Acid hyaluronic (AH) dưới dạng Hyaluronate: 1 ống/1 tuần *5 tuần
+ 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 ngừng 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, dường như ít có tác dụng phụ. Các thuốc thường dùng gồm các loại như Glucosamin Sulfate, Chondroitin Sulfate hoặc dạng phối hợp hai thuốc:
• Acid hyaluronic kết hợp Chondroitin Sulfate : 30ml uống mỗi ngày
• Thuốc ức chế Interleukin 1: Diacerhein 50mg*2 viên/ngày
• Piascledine 300mg*1 viên/ngày
+ Cấy ghép tế bào gốc (Stem cell transplantation):
• Từ huyết tương giàu tiểu cầu (PRP): lấy máu tĩnh mạch, chống đông, ly tâm tách huyết tương sau đó bơm vào khớp gối 6-8ml PRP
• Tế bào gốc chiết xuất từ mô mỡ tự thân (Adipose Derived Stemcell- ADSCs): tách tế bào gốc từ mô mỡ và tách dịch chiết tiểu cầu, thêm dung dịch Adistem và kích hoạt tê bào gốc bằng máy, sau đó tiêm 5ml mô mỡ đã làm sạch và 5ml dung dịch chứa 50-70 triệu tế bào nền vào khớp gối thoái hóa
• Tế bào gốc từ nguồn gốc tủy xương tự thân
3.2.2. Điều trị ngoại khoa:
- 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
- Phương pháp phẫu thuật:
+ Phẫu thuật nội soi
• Cắt lọc, bào, rửa khớp
• Khoan kích thích tạo xương (microfracture)
• Cấy ghép tế bào sụn
+ Đục xương sửa trục: ở bệnh nhân trẻ thoái hóa khoang trong gối vẹo trục. Tiến hành cắt xương đùi hoặc mâm chày rồi chỉnh 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 fi x bearing hoặc mobile bearing. Nếu sụn khớp bánh chè mất nhiều có thể tiến hành thay bánh chè

*Sử dụng kháng sinh dự phòng: ca phẫu thuật nội soi, đục xương sửa trục hay thay khớp gối đều mổ chương trình loại mổ sạch còn gọi là loại I- phẫu thuật sạch. Thông thường tiêm trước rạch da từ 30-45 phút tùy phẫu thuật viên duy trì thêm sau mổ từ 5-7 ngày.
- Thuốc sau phẫu thuật
+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,…..
+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,…
+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol…
+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase…
+ Canxi, Vitamine C, D3, …
* Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
• Cipro fl oxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
• Metronidazole 500mg/100ml,…
* Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
- Săn sóc phục hồi chức năng sau phẫu thuật
+ Giai đoạn sớm (1-2 tuần đầu)
• Phòng ngừa biến chứng, giảm sưng đau, khôi phục dần tầm vận động khớp, tập vận động nhẹ và an toàn
• Theo dõi tổng trạng, sinh hiệu, huyết đồ
• Sử dụng thuốc kháng sinh, giảm đau, kháng đông sau mổ
• Săn sóc vết mổ, phát hiện sớm tình trạng nhiễm trùng vết mổ nếu có
• Kiểm tra dẫn lưu, lượng dịch, tính chất dịch, rút ra sau 24-48 giờ từ thời điểm phẫu thuật
• Chườm lạnh chỗ mổ
• Tập vận động sớm nhẹ nhàng ngay sau mổ để giảm sưng, giảm nguy cơ huyết khối, chống dính cứng khớp và cải thiện tâm vận động khớp
• Tập các bài tập làm tăng sức cơ và vận động khớp: tập cơ mông,tập khép và dạng háng, tập cơ tứ đầu, cơ hamstring, duỗi gối tối đa, gập nhẹ gối, tập khớp cổ chân,...
• Tập chống chân đi lại với nạng hoặc khung đỡ
+ Giai đoạn từ tuần thứ 3:
• Tiếp tục tập khôi phục tầm vận động khớp, cải thiện dáng đi, hòa nhập dần với các sinh hoạt ngày thường
• Tiếp tục các bài tập vận động khớp, khôi phục tầm vận động khớp gối 0-100
• Bỏ dụng cụ hỗ trợ,tập đi lại chịu lực hoàn toàn bằng chân mới mổ, cải thiện dáng đi
• Tập các bài tập làm tăng cường sức cơ như trên, ngoài ra có thể tập đạp xe, đi bộ, leo cầu thang,...
• Tham gia dần dần vào các sinh hoạt thường ngày
- Biến chứng
+ Chảy máu vết thương gây mất máu cấp sau mổ
+ Thuyên tắc phổi gây hội chứng suy hô hấp cấp
+ Nhiễm trùng cấp
+ Thuyên tắc tĩnh mạch sâu
+ Tổn thương động mạch khoeo, thần kinh hông khoeo ngoài
+ Biến chứng muộn: lỏng khớp, trật khớp, mòn khớp, nhiễm trùng
3.3. Điều trị dự phòng:
Trong cuộc sống hàng ngày
- Chống các tư thế xấu trong lao động và sinh hoạt.
- Tránh các động tác quá mạnh, đột ngột và sai tư thế khi mang vác, đẩy, xách, nâng...
- Kiểm tra định kỳ những người làm nghề lao động nặng dễ bị thoái hóa khớp để phát

hiện và điều trị sớm.
- Chống béo phì bằng chế độ dinh dưỡng thích hợp.
Khám trẻ em, chữa sớm bệnh còi xương, các tật về khớp (vòng kiềng, chân cong).
Phát hiện sớm các dị tật của xương, khớp và cột sống để có biện pháp sớm, ngăn ngừa thoái hóa khớp thứ phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Trần Ngọc An. Bệnh thấp khớp NXB Y học Hà Nội, 1993.
2. Nguyễn Thị Bay - Nguyễn Thị Ngọc Diệp: Nghiên cứu tác dụng của bài thuốc PT 5 trên Thoái hóa khớp – Công trình nghiên cứu khoa học 2000.
3. Nguyễn Thị Bay và cộng sự: Nghiên cứu phác đồ điều trị Thoái hóa khớp gối bằng YHCT – Công trình NCKH 2002
4. Nguyễn Đức Phúc, "Kỹ Thuật mổ thay gối toàn bội", Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình, Nhà xuất bản Y học, Tr 521-525
5. Bùi Chí Hiếu. Dược lý trị liệu thuốc Nam, NXB Đồng Tháp. 1994
6. Harrisson's. Principles of Intermal Medicine 14 th Edison
7. Một số kỹ thuật cơ bản trong chấn thương chỉnh hình
8. Sách chấn thương chỉnh hình nhà xuất bản y học 2020

THOÁI HÓA KHỚP HÁNG

1. ĐỊNH NGHĨA:

Thoái hóa khớp háng là bệnh lý chủ yếu gặp ở người lớn tuổi, là hậu quả của tuổi tác và tình trạng mài mòn khớp kéo dài. Bệnh nhân thoái hóa khớp háng thường bị đau đớn kéo dài, cấu trúc khớp bị biến đổi và thậm chí là tàn phế

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Bệnh nhân thường đi lại khó khăn, đi khập khiễng do khớp háng chịu trọng lực cơ thể nhiều nhất.
- Đau:

• Ở giai đoạn sớm: người bệnh bị đau vùng bẹn, sau đó lan xuống đùi, đôi khi có thể xuống khớp gối, ra sau mông hoặc vùng mấu chuyển xương đùi, đau tăng khi cử động hoặc đứng lâu.

• Giai đoạn sau: những cơn đau xuất hiện dồn dập vào buổi sáng khi vừa thức dậy và đau mỏi hơn về chiều tối. Cơn đau xuất hiện khi người bệnh đột ngột chuyển tư thế từ ngồi sang đứng, đau nhiều khi di chuyển.

• Giai đoạn muộn: bệnh nhân đau kể cả khi nghỉ ngơi, đau nhiều vào ban đêm, đặc biệt là khi thời tiết chuyển mùa đột ngột.

• Bệnh nhân thường xuyên cảm thấy mỏi và tê cứng khi vậnđộng hoặc co duỗi khớp háng.

• Giảm biên độ vận động khớp háng, ảnh hưởng đến các động tác sinh hoạt hằng ngày như ngồi xổm, đi vệ sinh, buộc dây giày,...

• Xuất hiện những cơn đau nhói mỗi khi vận động xoay người, gập người hoặc dạng háng, khi nghỉ ngơi hết đau.

2.1.2. Cận lâm sàng:

- X-quang quy ước: tư thế thẳng tư thế nghiêng
- X quang tim phổi
- Siêu âm mạch máu và động mạch đồ: chỉ định khi có nghi ngờ tổn thương động mạch cần phục hồi.
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đai tháo đuòng
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim
- Chụp CT scanner hoặc MRI (tùy trường hợp)

Hình ảnh X-quang:

- Hẹp khe khớp: dấu hiệu chứng tỏ mòn sụn khớp
- Mọc gai xương: phát triển ở tất cả các vị trí, ở cả chỏm xương đùi và xương chậu, chính điều này giải thích tại sao các động tác của khớp háng bị hạn chế
- Đặc xương dưới sụn: quan sát được ở vùng chịu lực tỳ đè lớn
- Khuyết xương: cũng thường gặp, đôi khi có kích thước lớn

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Gãy cổ xương đùi
- Gãy liên mấu chuyển xương đùi

Dựa vào X-quang để chẩn đoán phân biệt

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc/ mục tiêu điều trị:

Kiểm soát đau khớp, duy trì khả năng đi lại, giảm thiểu tàn phế, cải thiện chất lượng sống và giáo dục bệnh nhân, đồng thời hạn chế tối đa những độc tính, tác dụng không mong muốn do thuốc gây ra trong điều trị nội khoa.

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Điều trị nội khoa:

- Các thuốc giảm đau, chống viêm
- Giữ cân nặng cơ thể hợp lý
- Dùng các thiết bị hỗ trợ quá trình di chuyển đồng thời giúp cải thiện chức năng của các khớp như: nạng, xe tập đi, gậy...
- Tập vật lý trị liệu: các bài tập thường có tác dụng giúp tăng cường lưu thông máu, tăng cường sự linh hoạt của các khớp và tăng cường cơ bắp xung quanh hông. Các bài tập được chuyên gia hướng dẫn dành riêng cho bệnh nhân thoái hóa khớp háng bao gồm:
- Bài tập nâng chân cao: Nằm sấp, hai tay chống thẳng lên, hai mũi chân chạm mặt sàn. Người bệnh thoái hóa khớp háng để hai đầu gối chạm xuống đất, từ từ nâng hai chân tạo với mặt sàn một góc 90 độ. Giữ tư thế này trong vòng 10 giây rồi lặp lại trong 10 phút mỗi ngày.
- Bài tập kéo gối: Nằm ngửa, hai đầu gối co lại. Dùng tay kéo đầu gối áp sát vào ngực. Giữ tư thế này trong vòng 10 giây, cần tập hàng ngày để thấy hiệu quả.

3.2.2. Điều trị ngoại khoa:

- Được áp dụng khi các biện pháp nội khoa không có hiệu quả, khả năng vận động bị suy giảm nghiêm trọng với mục đích chính là giảm đau và cải thiện chức năng vận động của khớp háng. Có ba phương pháp đang được áp dụng hiện nay:
- Khoan giảm áp.
- Thay một phần khớp háng được tiến hành khi khớp háng chỉ hư một phần và sụn đã bị bào mòn
- Thay toàn bộ khớp háng được tiến hành để thay khớp háng nhân tạo, có chức năng tương tự như khớp háng tự nhiên.Thường chỉ định trong trường hợp bệnh nhân bị bệnh rất nặng, có triệu chứng đau nhiều và thường là trên 60 tuổi.

Chỉ định thay khớp háng toàn phần:

- Những bệnh lý có thể làm tổn thương khớp háng:
- Viêm xương khớp: làm tổn thương mặt sụn bao bọc đầu xương tại vị trí của khớp
- Viêm khớp dạng thấp: gây ra bởi sự phản ứng quá mức của hệ thống miễn dịch, tổn thương do viêm của bệnh lý này có thể ăn mòn xương và làm biến dạng khớp
- Hoại tử xương: nếu không có đủ máu nuôi đến vùng khớp háng, xương vùng này có thể bị lún và làm biến dạng khớp
- Thoái hóa khớp háng nặng:

+ Kéo dài, không đáp ứng với thuốc giảm đau
+ Đau tăng khi đi lại, ngay cả khi đã chống gậy
+ Đau khiến người bệnh mất ngủ
+ Đau khiến người bệnh gặp khó khăn khi đi lên hoặc xuống cầu thang
+ Đau khiến người bệnh khó đứng dậy được khi đang ngồi

Biến chứng khi thay khớp háng toàn phần:

Biến chứng có thể xảy ra với mọi phẫu thuật là phản ứng không mong muốn với thuốc gây mê, chảy máu nhiều hoặc tạo cục máu đông (huyết khối tĩnh mạch sâu).

Riêng với thay khớp háng toàn phần, người bệnh còn có thể gặp các biến chứng sau:

- Nứt xương đùi

- Tổn thương thần kinh xung quanh khớp háng
- Nhiễm trùng khớp háng
- Lỏng khớp
- Trật khớp
- Chiều dài hai chân chênh lệch

Thay khớp háng là giải pháp "cứu cánh" cho căn bệnh này, khi các biện pháp điều trị khác không phát huy tác dụng. Phẫu thuật thay khớp háng nhân tạo giúp người bệnh cải thiện chức năng vận động khi bị thoái hóa khớp háng, tạo thuận lợi cho người bệnh tái hòa nhập với cuộc sống thường ngày của gia đình và cộng đồng. Tuy nhiên khi thay khớp háng toàn phần, phần khớp háng nhân tạo không thể hoàn thiện như khớp háng thật của con người, do đó để bảo vệ tốt khớp nhân tạo và phòng ngừa những tai biến có thể xảy ra trước mắt cũng như lâu dài, việc phục hồi chức năng sớm là vô cùng quan trọng và cần thiết.

Sau khi thực hiện thay khớp háng toàn phần, người bệnh có thể về nhà sau 5 đến 10 ngày, dùng nạng hoặc khung tập đi trong vài tuần. Tập luyện đều đặn sẽ giúp người bệnh quay trở lại với các hoạt động bình thường sớm nhất có thể. Hầu hết các trường hợp hồi phục hoàn toàn và đa phần phẫu thuật thay khớp háng toàn phần đều có kết quả tốt.

- Thuốc sau phẫu thuật

+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,…..
+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,…
+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol…
+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase…
+ Canxi, Vitamine C, D3, …

*Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:

• Cipro fl oxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
• Metronidazole 500mg/100ml,…

*Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ

- Theo dõi lành vết mổ. tái khám 2 tuần, 4 tuần, 8 tuần, 12 tuần sau mổ.
- Thời gian lành xương 6-10 tháng.
- Xương gãy dễ di lệch thứ cấp: cần tái khám đều đặn.
- Xương lành có thể hoại tử chỏm sau đó vài năm.

3.3. Điều trị dự phòng:

Trong cuộc sống hàng ngày

- Chống các tư thế xấu trong lao động và sinh hoạt.
- Tránh các động tác quá mạnh, đột ngột và sai tư thế khi mang vác, đẩy, xách, nâng...
- Kiểm tra định kỳ những người làm nghề lao động nặng dễ bị thoái hóa khớp để phát hiện và điều trị sớm.
- Chống béo phì bằng chế độ dinh dưỡng thích hợp.
- Khám trẻ em, chữa sớm bệnh còi xương, các tật về khớp (vòng kiềng, chân cong).

Phát hiện sớm các dị tật của xương, khớp và cột sống để có biện pháp sớm, ngăn ngừa thoái hóa khớp thứ phát

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bài giảng bệnh học ngoại khoa đại học Y Hà Nội 2013.
2. Bài giảng chấn thương chỉnh hình học viện quân y.
3. Bệnh học nội khoa tập II. Các Bộ môn nội. 1999. NXB Y học.
4. Vật lí trị liệu Phục nhồi chức năng. Chủ biên Nguyễn Xuân Nghiên. NXB Y

học 2002
5. Lê Nghi Thành Nhân (2016), Phẫu thuật can thiệp tối thiểu ứng dụng trong thay khớp hang toàn phần, NXB Đại học Huế
6. Bùi Văn Đức (2008), Hoại tử vô trùng chỏm xương đùi người trưởng thành, Chẩn thương chỉnh hình chi dưới, tập II, Tr 179
7. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018
8. Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình 2017

TỔN THƯƠNG DÂY CHẰ NG CHÉO SAU

1. ĐỊNH NGHĨA:

Dây chằ ng ché o sau là mộ t trong nhữ ng cấ u trú c phầ n mề m tham gia làm vững khớp gối. Khi dây chằ ng chéo sau bị đứt nó sẽ làm biến đổi lực tỳ đè và dẫn đến các hậu quả như khớp gối mất vững, rách sụn chêm... và hậu quả cuối cùng là thoái hoá khớp gối.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Đau lỏng khớp gối.
- Hạn chế vận động
- Có thể có tràn dịch, tràn máu khớp gối
- Dấu hiệu ngăn kéo sau (+)
- Dấu hiệu Lachman sau (+)
- Dấu hiệu Muller (+)

2.1.2. Cận lâm sàng:

- X-Quang quy ước: tư thế thẳng tư thế nghiêng
- Siêu âm mạch máu và động mạch đồ: chỉ định khi có nghi ngờ tổn thương động mạch cần phục hồi.
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đai tháo đuòng
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim
- Chụp cộng hưởng từ

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Đứt dây chằng chéo trước
- Bong chỗ bám dây chằng chéo sau
- Đứt dây chằng bên
- Tổn thương sụn chêm

Dựa vào MRI để chẩn đoán phân biệt

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc điều trị:

Phục hồi chức năng vận động của khớp gối

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Điều trị nội khoa:

- Chỉ định

+ Đứt bán phần DCCS

+ Đứt DCCS ở bệnh nhân cao tuổi (trên 60) tuổi), trẻ dưới 16 tuổi

- Phương pháp:

+ Chọc hút máu tụ

+ Bất động bằng nẹp gối hoặc bột ống 3 tuần

+ Tập phục hồi chức năng

3.2.2. Điều trị phẫu thuật:

- Chuẩn bị trang bị và dụng cụ:

+ Hệ thống máy nội soi khớp

+ Hệ thống cắt đốt nội soi (arthrocare)
+ Dụng cụ và chỉ chuyên biệt khâu sụn chêm
+ Vít chốt cố định (Endo, XO, Retro,...), vít dây chằng chéo tự tiêu chẹn đường hầm
+ Kim kirschner 2.4 mm dùng để hướng dẫn đường hầm
- Mảnh ghép có thể sử dụng
+ Mảnh ghép tự thân (Autograft): gân cơ thon – bán gân, gân cơ mác dài, gân cơ bánh chè,...
+ Mảnh ghép đồng loại (Allgraft): nếu có
Phương pháp tái tạo dây chằng nội soi: bệnh nhân tuổi từ 16-50, khi sụn tiếp hợp đã hàn, khớp gối chưa thoái hóa
- Chỉ định:
+ Đứt hoàn toàn DCCS kèm mất vững khớp gối dai dẳng
+ Đứt DCCS đơn thuần, kèm rách sụn chêm gây kẹt khớp
- Kỹ thuật tái tạo DCCS 1 bó: bó trước – ngoài
+ Sử dụng 2 vít dây chằng chéo tự tiêu
+ Định hướng khoan đường hầm chày và đường hầm đùi theo vị trí bám của bó trước – ngoài của DCCS vào mâm chày và mặt ngoài lồi cầu trong xương dùi
+ Luồn mảnh ghép vào đường hầm và cố định bằng 02 vít dây chằng chéo tự tiêu ở cả đùi và chày
+ Sử dụng 01 vít chốt cố định và 01 vít dây chằng chéo tự tiêu
+ Định hướng khoan đường hầm chày và đường hầm đùi theo vị trí bám của bó trước – ngoài của DCCS vào mâm chày và mặt ngoài lồi cầu trong xương đùi
+ Luồn mảnh ghép vào đường hầm qua vòng treo gân để cố định phía đùi bằng vít chốt cố định
- Thuốc sau phẫu thuật
+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,…..
+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,…
+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol…
+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase…
+ Canxi, Vitamine C, D3, …
+ Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
• Cipro fl oxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
• Metronidazole 500mg/100ml,…
Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
3.3. Điều trị dự phòng:
- Nẹp Zimmer bảo vệ tư thế gối duỗi
- Chườm lạnh
- Tập gồng cơ, gấp duỗi cổ chân, nâng chân với nẹp
- Đi nạng với nẹp bảo vệ, chịu lực nhẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đào Đăng Linh (2015) " Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo sau tại Bệnh viện quân y 103", Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Tr 60 -83.
2. Phùng Văn Tuấn (2014) "Đánh giá kết quả phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo sau khớp gối bằng gân cơ bán gân và gân cơ thon qua nội soi" Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Tr 60 – 80.
3. Bài giảng chấn thương chỉnh hình của chấn thương chỉnh hình TP Hồ Chí Minh
4. Nguyễn Đức Phúc (2005), "Tổn thương dây chằng khớp gối", Chấn thương chỉnh

hình, Nhà xuất bản Y học, Tr 418 – 437
5. Phạm Đăng Ninh – Trần Đình Chiến (2006), Chấn thương vùng gối, Bệnh học chấn thương chỉnh hình, Học Viện Quân Y, NXB Quân đội Nhân Dân, 117
6. Phác đồ điều trị chấn thương chỉnh hình của Bộ Y Tế
7. Một số kỹ thuật cơ bản trong chấn thương chỉnh hình
8. Kỹ yếu chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh lần thứ 24 năm 2017

DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC

1. ĐỊNH NGHĨA:
Dây chằ ng chéo trước là một trong những cấu trúc phần mềm tham gia làm vững khớp gối. Khi dây chằng chéo trước bị đứt nó sẽ làm biến đổi lực tỳ đè và dẫn đến các hậu quả như khớp gối mất vững, rách sụn chêm... và hậu quả cuối cùng là thoái hoá khớp gối.
2. CHẨN ĐOÁN:
2.1. Chẩn đoán xác định:
2.1.1. Lâm sàng:
- Đau lỏng khớp gối.
- Hạn chế vận động
- Có thể có tràn dịch, tràn máu khớp gối
- Dấu hiệu ngăn kéo trước (+)
- Dấuệu Lachman (+)
- Dấu hiệu Pivot shift (+)
2.1.2.Cận lâm sàng:
- X-Quang quy ước: tư thế thẳng tư thế nghiêng
- Siêu âm mạch máu và động mạch đồ: chỉ định khi có nghi ngờ tổn thương động mạch cần phục hồi.
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đai tháo đuòng
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim
- Chụp cộng hưởng từ
2.2. Chẩn đoán phân biệt:
- Tổn thương đây chằng chéo sau
- Tổn thương dây chằng bên
- Tổn thương sụn chêm
Dựa vào MRI để chẩn đoán phân biệt
3. ĐIỀU TRỊ:
3.1. Nguyên tắc điều trị:
3.2. Điều trị cụ thể:
3.2.1. Điều trị nội khoa:
- Chỉ định
+ Đứt bán phần DCCT
+ Đứt DCCT ở bệnh nhân cao tuổi trên (70 tuổi), trẻ dưới 16 tuổi
- Phương pháp:
+ Chọc hút máu tụ
+ Bất động bằng nẹp gối hoặc bột ống 3 tuần
+ Tập phục hồi chức năng
+ Kháng sinh dự phòng
+ Thuốc giảm đau kháng viêm không chứa Steroid. Uống thuốc giảm đau kháng viêm không chứa Steroid như Indomethacin, Naproxen hay Piroxicam cũng giảm nhẹ cơn đau xương khớp
3.2.2. Điều trị phẫu thuật:

- Chỉ định:
+ Đứt hoàn toàn DCCT
+ Đứt bán phần DCCT, kèm rách sụn chêm gây kẹt khớp
- Kỹ thuật tái tạo DCCT 1 bó: bó trước trong
• Chuẩn bị bệnh nhân:
+ Giải thích rõ các đường mổ để lấy mảnh ghép
+ Khám đánh giá lại mức độ lỏng lẻo (chênh vênh) của khớp gối, tầm vận động khớp, mức độ teo cơ: trương lực cơ (đo và ghi hồ sơ so sánh bên lanh)
+ Chỉ số chức năng khớp gối: Lysholm, Terner, IKDC (ghi hồ sơ)
• Chuẩn bị trang bị và dụng cụ:
+ Hệ thống máy nội soi khớp
+ Hệ thống cắt đốt nội soi (arthrocare)
+ Dụng cụ và chỉ chuyên biệt khâu sụn chêm
+ Vít chốt cố định (Endo, XO, Retro,...), vít dây chằng chéo tự tiêu chẹn đường hầm
+ Kim kirschner 2.4 mm dùng để hướng dẫn đường hầm
• Mảnh ghép có thể sử dụng
+ Mảnh ghép tự thân (Autograft): gân cơ thon – bán gân, gân cơ mác dài, gân cơ bánh chè,...
+ Mảnh ghép đồng loại (Allgraft): nếu có
• Phương pháp tái tạo dây chằng nội soi: bệnh nhân tuổi từ 16-50, khi sụn tiếp hợp đã hàn, khớp gối chưa thoái hóa, Sử dụng 2 vít dây chằng chéo tự tiêu
+ Định hướng khoang đường hầm chày và đường hầm đùi theo vị trí bám của bó trước – trong của DCCT vào mâm chày và mặt trong lồi cầu ngoài xương đùi
+ Luồn mảnh ghép vào đường hầm rồi cố định phía đùi băng 01 vít dây chằng chéo tự tiêu, phía chày cũng bằng 01 vít dây chằng chéo tự tiêu
+ Sử dụng 01 vít chốt cố định và 01 vít dây chằng chéo tự tiêu
+ Định hướng khoan đường hầm chày và đường hầm đùi theo vị trí bám của bó trước – trong của DCCT vào mâm chày và mặt trong lồi cầu ngoài xương đùi
+ Luồn mảnh ghép vào đường hầm qua vòng treo gân để cố định phía đùi bằng vít chốt cố định
+ Căng và cố định mảnh ghép phía đường hầm chày bằng vít dây chằng chéo tự tiêu, tư thế gối gấp 20-300
+ Sử dụng 02 vít chốt cố định (kỹ thuật all-inside)
+ Dùng vít chốt cố định ở cả dường hầm đùi và chày, ưu điểm là có thể thiết kế được mảnh ghép có đường kính lướn
- Kỹ thuật tái tạo DCCT 2 bó: bó trước trong và bó sau ngoài
Sử dụng cho mỗi bó 01 vít chốt cố định và 01 vít dây chằng chéo tự tiêu
• Chỉ định phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT 2 bó:
+ Khi trước mổ bệnh nhân có lỏng xoay rõ (Pivot shift rõ)
+ Bệnh nhân có khớp gối lớn, dây chằng lớn (có thể thấy rõ qua MRI)
+ Bệnh nhân có mức độ vận động cao, chịu lực xoay nhiều (người chơi thể thao, lao động nặng)
- Sau mổ:
+ Nẹp Zimmer bảo vệ tư thế gối duỗi
+ Rút dẫn lưu sau 24-48 giờ
+ Chườm lạnh
+ Tập gồng cơ, gấp duỗi cổ chân, nâng chân với nẹp
+ Đi nạng với nẹp bảo vệ, chịu lực nhẹ

+ Khi bệnh ổn định thì ra viện, hẹn tái khám và tập vật lý trị liệu theo lịch. Kết thúc điều trị 6-12 tháng, tùy dây chằng tổn thương
- Thuốc sau phẫu thuật
+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,…..
+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,…
+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol…
+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase…
+ Canxi, Vitamine C, D3, …
+ Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
• Cipro fl oxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
• Metronidazole 500mg/100ml,…
Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
2.4 Theo dõi:
- Các biến chứng sớm
- Khá ng sinh toà n thân dù ng 5 - 7 ngày
- Rú t sonde dẫ n lưu sau 48h
- Thay băng 2 ngày/lần
2.5 Tái khám:
Ra viện tái khám theo hẹn
* Biến chứng
+ Tổn thương mạch máu vùng khoeo
+ Liệt do ga rô
+ Tụ máu khớp gối
+ Nhiễm trùng sớm và muộn
+ Dị ứng dụng cụ
+ Tuột mảnh ghép
+ Dãn mảnh ghép, mảnh ghép bị tiêu hủy
* Tập phục hồi chức năng sau mổ
• Các bài tập trong tuần đầu đến tuần thứ 3 bao gồm
+ Lắc xương bánh chè
+ Gồng cơ tứ đầu đùi
+ Tập duỗi gối thụ động khi ngồi
+ Tập duỗi gối thụ động khi nằm sấp
+ Tập nâng chân
+ Tập co gối
+ Tập dạng háng
+ Tập khép háng
• Tuần lễ thứ 3 - 6
+ Tập đá tạ
+ Tập móc tạ
+ Đá tạ ngồi
+ Đá tạ nằm ngửa
+ Đá tạ nằm sấp
+ Tập đạp xe
+ Đi trên máy tập
+ Tập giậm chân
+ Tập thăng bằng

+ Bước ngang
+ Bước thẳng
• Tuần lễ thứ 6 trở về sau
+ Phục hồi dáng đi
+ Duy trì việc duỗi gối tối đa, đặc biệt là duỗi háng
+ Bảo vệ mảnh ghép
+ Bắt đầu tập các động tác mang tính chất liên hoàn.
3.3. Điều trị dự phòng:
- Dùng thuốc giảm đau là rất quan trọng ngay sau bị chấn thương khớp gối.
- Các thuốc chủ yếu là nhóm giảm đau Non- steroid.
- Khi có tổn thương hoàn toàn một bên hay cả hai bên dây chằng bên, cần phải được phẫu thuật chỉnh hình tái tạo lại dây chằng bên khớp gối, tùy mức độ nặng nhẹ mà dùng nẹp cố định, bó bột, phẫu thuật…

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Phác đồ điều trị chấn thương chỉnh hình của Bộ Y Tế
2. Nguyễn Văn Quang (1997), "Khám lâm sàng khớp gối", Tạp chí y học Tp. Hồ Chí Minh, Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.
3. Nguyễn Đức Phúc (2005), "Tổn thương dây chằng khớp gối", Chấn thương chỉnh hình, Nhà xuất bản Y học, Tr 418 – 437
4. Phạm Đăng Ninh – Trần Đình Chiến (2006), Chấn thương vùng gối, Bệnh học chấn thương chỉnh hình, Học Viện Quân Y, NXB Quân đội Nhân Dân, 117
5. Bài giảng chấn thương chỉnh hình của chấn thương chỉnh hình TP Hồ Chí Minh
6. Prentice W E, Voigh ML(2001), Rehabilitation of the knee, Techniques in musculoskeletal Rehabilation
7. Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình 2017
8. Kỹ yếu chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh lần thứ 24 năm 2017

TỔN THƯƠNG SỤN CHÊM KHỚP GỐI

1. ĐỊNH NGHĨA:

Khớp gối có hai sụn chêm: sụn chêm trong và sụn chêm ngoài, có tác dụng như 1 tấm đệm giúp giảm lực tải từ lồi cầu đùi xuống mâm chày, ngoài ra còn có tác dụng giữ vững khớp gối.

Khi chấn thương (tai nạn sinh hoạt, tai nạn giao thông, chấn thương thể thao,…) làm rách sụn chêm gây đau, hạn chế vận động.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Đau: là dấu hiệu thường gặp. Đau khi đi lại và vận động khớp gối
- Kêu lụp cụp khi vận động khớp gối
- Kẹt khớp: thường do rách kiểu hình quai xách
- Thăm khám: dấu Mc-Murray (+), dấu Apley (+)
- Teo cơ đùi

2.1.2. Cận lâm sàng:

- Xquang thường quy: chụp hai tư thế thẳng và nghiêng
- MRI khớp gối
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đai tháo đuòng
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Thoái hoá khớp gối
- Đứt dây chằng chéo khớp gối

Phân biệt dựa vào chụp Phim MRI khớp gối

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc:

Phục hồi tốt chức năng khớp gối

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Điều trị nội khoa:

- Chỉ định:

Bệnh nhân không đồng ý mổ

- Phương pháp điều trị:

+ Mang nẹp trong khoảng 2-4 tuần sau chấn thương, đối với những chấn thương cũ thì không cần mang nẹp

+ Tập vận động khớp gối, tập cơ đùi tránh teo cơ

+ Tập đạp xe đạp, tập bơi

- Thuốc sử dụng:

+ Thuốc giảm đau:

• Acetaminophen: Panadol, Eff eralgan

• Acetaminophen 500mg + Codein phosphate 30mg (Eff eralgan Codein)

• Acetaminophen 325mg + Tramadol 27.5mg (Utracet)

+ Thuốc NSAIDs:

• Meloxicam (Mobic) 7.5mg
• Piroxicam (Brexin) 20mg
• Celecoxib: 100-200mg (Celebrex 200mg)
• Etoricoxib (Arcoxia) 60mg-90mg-120mg
• Nabumetone 500mg
+ Thuốc giảm sưng:
• Chymotrypsin (Alpha Choay)
• Aescin 40mg:
• Liều dùng: uống 2-3 viên/ ngày
+ Thuốc giãn cơ:
• Mephenesin (Decontractyl 500mg)
• Methrocarbazol (Maxophine 750mg)
• Eperisone Hydrochlorid (Myonal 50mg)
+ Thuốc hỗ trợ dạ dày:
• PPI 20mg (Omeprazole,…), uống: 1 viên *1-2 viên/ngày
• Anti-H2 (Ranitidine,…), uống 1 viên *1-2 viên/ngày
• Thuốc nâng đỡ tổng trạng
• Calci D 0,6g, 1 viên *2 lần/ngày
• Calcitriol 0.25mcg,1 viên*2 lần/ngày
• Vitamin C 0.5g, 1 viên *2 lần/ngày
• Alendronat 70mg 1 viên/tuần
- Theo dõi
+ Đau
+ Tầm vận động khớp
+ Tình trạng teo cơ
- Tái khám
+ Thời điểm tái khám: mỗi 1-4 tuần tùy tình trạng bệnh nhân
+ Cận lâm sàng:
• Xét nghiệm hình ảnh học (MRI, CT scan,…)
• Xét nghiệm sinh hóa
3.2.2. Điều trị ngoại khoa:
- Chỉ định:
+ Rách sụn chêm gây đau nhiều, hạn chế vận động hoặc gây kẹt khớp
+ Điều trị bảo tồn thất bại
- Phương pháp điều trị:
Mổ nội soi cắt tạo hình sụn chêm: thường áp dụng cho các trường hợp rách nhỏ vùng trắng (White zone)
Mổ nội soi khâu sụn chêm, phục hồi giải phẫu: thường áp dụng cho những trường hợp rách lớn ở vùng trắng hoặc rách ở vùng đỏ
- Thuốc sau phẫu thuật
+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,…..
+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,…
+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol…
+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase…
+ Canxi, Vitamine C, D3, …
*Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
• Cipro fl oxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.

• Metronidazole 500mg/100ml,…
*Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
- Theo dõi
Dấu hiệu cần theo dõi:
+ Sinh hiệu
+ Đau
+ Diễn tiến vết mổ
- Tập vật lý trị liệu:
+ Tập vận động khớp ngay sau mổ 1 ngày
+ Giữ nẹp,tập đi nạng chống chân đau vào ngày hậu phẫu thứ 2-3
+ Thời gian theo dõi: 3-7 ngày
- Tái khám
Thời điểm tái khám: 7-14 ngày sau khi xuất viện
3.3. Điều trị dự phòng:
- Tránh chấn thương trong trạng thái gấp gối
- Rèn luyện kèm điều trị chống thoái hóa khớp gối

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Joseph C. Milne and Richard A. Marder (2001), "Meniscus Tears", Chapman's Orthropaedic Surgery, page 2299-2309
2. Leigh Ann Curl, "Meniscal Tear: Arthroscopic Outside-in Repair", Clinical Orthropardics, page 724-731
3. Marc H Rubman, Thomas N. Lindenfeld, "Meniscal Tear: Arthroscopic Inside-out Repair", Clinical Orthropaedics, page 732-740
4. Arthur L. Boland. Stephen R. Southerland, "Arthroscopic Meniscectomy", Clinical Orthropaedics, page 741-749
5. AAOR.org, "Meniscus Tears".
6. Sách chấn thương chỉnh hình nhà xuất bản y học 2020
7. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018
8. Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình 2017

TRẬT KHỚP CÙNG ĐÒN

1. ĐỊNH NGHĨA:

Trật khớp cùng đòn (TKCĐ) xảy ra do lực đập trực tiếp lên vai với cánh tay khép hoặc do gián tiếp té ngã trên cánh tay duỗi vì vậy TKCĐ là loại chấn thương thường gặp đặc biệt ở người trẻ do và chạm trong thể thao.

Hiện nay tại Việt Nam do tình hình tai nạn giao thông tăng lên đặc biệt là xe gắn máy 2 bánh gây té đập vai gây ra nhiều tổn thương khớp cùng đòn

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Sưng đau vùng khớp cùng đòn, nếu có di lệch nhiều sẽ thấy đầu
- xương đòn nhô cao.
- Dấu hiệu phím đàn dương cầm dương tính.
- Vận động khớp vai đau và hạn chế nhẹ

2.1.2. Cận lâm sàng:

- X-Quang khớp cùng đòn 2 bên
- X-Quang khớp vai tổn thương và không tổn thương tư thế hốc nách
- Chụp MRI vai xác định mức độ tổn thương dây chằng cùng đòn
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đai tháo đuòng
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Gãy đầu cùng đòn
- -Đứt gân cơ trên gai
- tổn thương chóp xoay

3.ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc/ mục tiêu điều trị:

Việc nắn chỉnh khớp cùng đòn khi bị trật không khó, việc khó là khi nắn về được vị trí bình thường rồi liệu có cố định được hay không. Chính vì vậy việc lựa chọn phương pháp điều trị hoàn toàn phụ thuộc vào từng trường hợp cụ thể, khi đó bác sỹ sẽ đưa ra phương pháp nào mang lại hiệu quả cao nhất

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Cấp cứu thì đầu:

Sau khi khám, chẩn đoán sơ bộ và đánh giá sơ bộ tình trạng toàn thân (mạch, huyết áp, thở…), tại chỗ tiến hành sơ cứu

- Giảm đau toàn thân.
- Bất động tạm thời
- Treo tay gập khuỷu 90 độ

3.2.2. Điều trị nội khoa:

- Chỉ định:

+ Độ I, II

+ Độ III: nếu bệnh nhân không thuộc nhóm trẻ tuổi hoặc có ngành nghề, thể thao cần vận động vai nhiều

- Phương pháp điều trị:
+ Mang đai treo tay 4-6 tuần
+ Thuốc NSAIDs, Paracetamol
+ Tập vật lý trị liệu
- Theo dõi, tái khám: mỗi 2 tuần
3.2.3. Điều trị phẫu thuật:
- Chỉ định
Độ III: nếu bệnh nhân thuộc nhóm trẻ tuổi hoặc có ngành nghề, thể thao cần vận động vai nhiều
- Phương pháp phẫu thuật
+ Phương pháp phẫu thuật tái tạo dây chằng quạ đòn 2 bó
+ Dụng cụ phẫu thuật thiếu yếu
+ Dụng cụ lấy gân, dụng cụ đo đường kính và chiều dài gân
+ Micro SutureLasso Needle để giúp luồn mảnh ghép qua các đường hầm xương
+ Khoan điện, mũi khoang 2.5mm, 3.5mm, 4.0m, 4.5mm và 5.0mm
+ Kim Kirschner 1.8-20mm
+ Dụng cụ chữ T để giúp nắn khớp
+ Chỉ bện không tan số 2
- Thuốc sau phẫu thuật
+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,…..
+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,…
+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol…
+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase…
+ Canxi, Vitamine C, D3, …
*Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
• Cipro fl oxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
• Metronidazole 500mg/100ml,…
*Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
Tái khám: vào các thời điểm 1 tuần, 4 tuần, 12 tuần, 6 tháng, 12 tháng và 24 tháng sau mổ
3.3. Điều trị dự phòng:
- Hạn chế mang vác nặng, sang chấn do chấn thương vùng vai
- Phải treo tay cố định gập khuỷu 90 độ

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Phác đồ điều trị chấn thương chỉnh hình của Bộ Y Tế
2. Bài giảng chấn thương chỉnh hình của chấn thương chỉnh hình TP Hồ Chí Minh
3. Radiopaedie.org: Acromioclavicular injury – Dr BrunoDi Muzio
4. Medscape: Acromioclavicular joint injury – update Sep, 06, 2016
5. Open AC joint reconstruction – Dr Lenard funk
6. Trật khớp cùng đòn – BSCKI Nguyễn Minh Tú
7. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình Bệnh viện Việt Đức 2018.
8. Kỹ yếu chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh lần thứ 24 năm 2017

TRẬT KHỚP VAI

1. ĐỊNH NGHĨA:

- Trật khớp vai là trật khớp giữa chỏm xương cánh tay và ổ chảo xương bả vai
- Khớp vai có tần số vận động lớn mặt khớp chỏm xương cánh tay lớn gấp 3 lần mặt khớp ổ chảo xương bả vai nên khớp dễ vận động và dễ bị trật khi có chấn thương
- Khớp chỉ di lệnh vào trong , gần với trục cơ thể , kết hợp với ra trước ra sau chứ không có di lệch ngoài

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

Sau một chấn thương trực tiếp vào vùng vai.

Đau nhiều vùng vai.

Triệu chứng lâm sàng của kiểu trật khớp vai ra trước điển hình

- Nhìn:

+ Biến dạng điển hình, gù vai, vai vuông, dấu hiệu nhát rìu.

+ Cánh tay dạng khoảng 30 – 40 độ và xoay ra ngoài.

+ Nhìn phía nghiêng rãnh delta ngực không rõ. Chỏm xương cánh tay gồ lên ở phía trước khiến đường kính trước sau vai dày ra.

- Sờ nắn:

Có thể sờ được hõm khớp rỗng, sờ thấy chỏm xương cánh tay di lệch ra trước lồi lên phía rãnh Delta ngực khác hẳn so với bên lành.

- Khám:

+ Mất cơ năng cử động của khớp vai.

+ Khủy không thể khép vào thân mình được, khi thử ấn khuỷu khép vào thân mình rồi thả ra, sẽ thấy dấu kháng cự đàn hồi (dấu hiệu lò xo).

- Các thể lâm sàng:

Trong trật khớp vai, dựa vào vị trí của chỏm xương cánh tay so với ổ chảo người ta chia trật khớp vai ra 4 kiểu: ra trước, ra sau, lên trên và xuống dưới.

+ Trong trật khớp vai ra trước có 4 thể:

• Trật khớp dưới mỏm quạ, đây là kiểu hay gặp nhất chiếm khoảng 90% các trường hợp.

• Trật khớp ngoài mỏm quạ hay trật khớp vai trên ổ chảo chiếm khoảng 7% các trường hợp.

• Trật khớp dưới xương đòn.

• Trật khớp trong ngực.

+ Trật khớp cũ >3 tuần

+ Trật khớp vai tái hồi

2.1.2. Cận lâm sàng:

- X-Quang vai thẳng, nghiêng
- CT Scanner có nghi ngờ tổn thương ổ chảo
- Chụp MRI : nếu có nghi ngờ tổn thương dây chằng.
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đuòng
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim

2.2. Chẩn đoán phân biệt:
- Gãy đầu trên xương cánh tay
- Gãy xương bã vai
- Dựa vào hình ảnh X-quang

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1.Nguyên tắc điều trị:
Phục hồi tốt chức năng và giải phẫu khớp vai.
3.2. Điều trị cụ thể:
3.2.1.Cấp cứu thì đầu:
- Giảm đau tại chỗ hoặc toàn thân
- Treo cố định cánh cẳng bàn tay tư thế cơ năng
3.2.2. Điều trị bảo tồn:
- Chỉ định
+ Trật khớp kín.
+ Trật khớp vai đến sớm (3 tuần trở lại).
+ Trật khớp vai đơn thuần (không có kèm gẫy xương vùng vai).
+ Trật khớp vai có kèm gẫy xương vùng vai nhưng không di lệch, ít di lệch.
+ Trật khớp vai kèm gẫy xương vùng vai di lệch, có chỉ định mổ kết hợp xương nhưng chưa thể mổ được, hoặc bệnh nhân không đủ điều kiện mổ, không chấp nhận mổ...Trường hợp này cần phải nắn khớp vai vào đã, việc mổ xương tính sau (mổ kết hợp xương có chuẩn bị).
- Chống chỉ định
+ Trật khớp hở chưa xử lý phẫu thuật.
+ Trật khớp vai đến quá muộn (trên 01 tháng).
+ Không phải chống chỉ định tuyệt đối, nhưng cần cân nhắc trong các trường hợp trật khớp vai kèm gẫy các xương vùng vai có di lệch (gãy cổ xương cánh tay, gãy mấu động lớn, gãy xương bả vai...).
- Phương pháp điều trị
+ Gây tê hoặc gây mê
+ Kéo nắn trật khớp.
+ Bất động khớp vai 3 – 4 tuần.
3.2.3. Điều trị nội:
- Chế độ thuốc
+ Kháng sinh
+ Giảm đau toàn thân
+ Truyền dịch
+ Các thuốc giúp liền xương
- Chế độ dinh dưỡng
+ Nâng cao thể trạng
+ Chế độ ăn bệnh lý đảm bảo dinh dưỡng (trong trường hợp có tiểu đường, cao huyết áp, tim mạch…)
- Chế độ vận động
+ Bất động treo tay 4 - 6 tuần
+ Tập vận động các khớp nhẹ nhàng.
+ Khám lại sau 4 tuần
- Chế độ theo dõi
+ Chụp kiểm tra sau khi nắn bó.
+ Các xét nghiệm cần thiết khác

+ Tập vật lý trị liệu
3.2.3. Điều trị ngoại khoa:
- Chỉ định
+ Trật khớp hở.
+ Trật khớp vai đến muộn (> 3 tuần).
+ Trật khớp vai có kèm gẫy xương vùng vai di lệch.
+ Điều trị bảo tồn thất bại.
+ Trật khớp vai tái diễn.
+ Trật khớp vai kèm tổn thương mạch máu thần kinh…
- Chống chỉ định
+ Nhiễm khuẩn vùng vai (trong trật kín).
+ Không phải chống chỉ định tuyệt đối, nhưng cần cân nhắc trong các trường hợp trật khớp vai kèm theo Shock chấn thương hoặc mắc các bệnh nội khoa giai đoạn chưa ổn định.
- Thuốc sau phẫu thuật
+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,…..
+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,…
+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol…
+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase…
+ Canxi, Vitamine C, D3, …
+ Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
• Cipro fl oxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
• Metronidazole 500mg/100ml,…
Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
- Biến chứng
+ Tổn thương thần kinh, mạch máu
+ Cứng khớp vai
+ Thoái hóa khớp vai
3.3. Điều trị dự phòng:
Khớp vai là khớp hoạt động rộng rãi nhất cơ thể, cấu tạo giải phẫu có một số điểm yếu nên dễ bị trật khớp. Người đã bị trật khớp vai rất dễ bị lại lần thứ hai, thứ ba... với lực chấn thương ngày một nhẹ hơn lúc ban đầu. Cách dự phòng tốt nhất là rèn luyện thân thể thường xuyên để hệ cơ bắp luôn săn chắc, các khớp hoạt động linh hoạt. Cần tránh những động tác vận động chi thể ở tư thế không thuận lợi vì ở những tư thế đó, chỉ một lực chấn thương nhỏ cũng đủ gây nên hậu quả nặng nề.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bùi Văn Đức: Trật khớp vai - Chấn thương chỉnh hình chi trên 2001.
2. Bùi Văn Đức, Trật khớp, Bài giảng bệnh học ngoại khoa, tập 5, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, Bộ môn ngoại tổng quát, 1998, 342.
3. Trần Văn Bảy, Đại cương về trật khớp, Bài giảng bệnh học chấn thương chỉnh hình và Phục hồi chức năng, lưu hành nội bộ, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 59.
4. Trần Đình Chiến – Nguyễn Thanh Dần, Một số sai khớp thường gặp, Bệnh học chấn thương chỉnh hình – Học viện Quân Y, 169-172
5. Neer et al: Shoulder dislocation and Shoulder reconstruction
6. Philadenphia: WB Saunder 1990 p 299-309.
7. Sách chấn thương chỉnh hình nhà xuất bản y học 2020
8. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018

VẾT THƯƠNG DẬP NÁT BÀN TAY

1. ĐỊNH NGHĨA:
Vết thương dập nát bàn tay là tổn thương nặng của da, mô mềm và xương của bàn tay, thường do cơ chế dập hoặc do tai nạn giao thông
2. CHẨN ĐOÁN:
2.1. Chẩn đoán xác định:
2.1.1. Lâm sàng:
Cơ chế chấn thương thường trực tiếp: lực đè, dập vào bàn tay (do máy dập, máy ép máy cuốn, cưa hoặc do tai nạn giao thông với xe đè vào bàn tay, bàn tay chá sát với mặt đường,…)
- Triệu chứng:
+ Vết thương mô mềm dập nát bàn tay, có thể lộ gân xương, cơ,… Chảy máu ít hay nhiều tùy thuộc tổn thương
+ Biến dạng bàn tay, ngón tay: gập góc, lệch trục, đứt gần lìa, đứt lìa,…
+ Tình trạng tưới máu của các ngón tay: màu sắc (hồng, trắng nhợt, tím tái), búp ngón đầy hoặc móp, dấu nhấp nháy móng nhanh (<2 giây) hoặc chậm (>2 giây)
+ Cảm giác đầu ngón tay: bình thường, giảm cảm giác, mất cảm giác.
2.1.2. Cận lâm sàng:
- Xquang thường quy bàn tay tư thế thẳng, nghiêng, có thể chụp thêm tư thế chếch 45° tư thế nửa sấp hoặc nửa ngửa
- Chụp CT – Scanner bàn tay nếu có tổn thương xương phức tạp ở bàn tay
- Chụp tim phổi
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đai tháo đuòng
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim
2.2. Chẩn đoán phân biệt:
Gãy hở xương bàn ngón tay
3. ĐIỀU TRỊ:
3.1. Nguyên tắc điều trị:
- Cấp cứu và sơ cứu vết thương bàn tay ngay giờ đầu.. Khi gặp nạn nhân bị vết thương bàn tay ta phải băng ngay bằng băng sạch. Trước khi băng không nên rửa vết thương hay dùng các thuốc sát khuẩn như cồn, thuốc đỏ... mà chỉ lấy bỏ những dị vật ở bên ngoài vết thương mà ta có thể lấy được như đất cát, dầu mỡ, mảnh thép... Sau khi băng ép cầm máu ta nên có định bàn tay bị thương trên nẹp Crammer hoặc nẹp gỗ cẳng bàn tay.
- Tuyệt đối không garo khi sơ cứu các vết thương bàn tay.
- Tiêm thuốc kháng sinh và huyết thanh chống uốn ván càng sớm càng tốt.
- Nếu có điều kiện ta có thể cho bệnh nhân dùng thuốc giảm đau vì nạn nhân bị vết thương bàn tay rất đau và có thể bị choáng. Thông thường có thể cho uống các thuốc giảm đau toàn thân như Morphin. Eff eralgan Codein, Feldel, Alaxan.. .
- Nhanh chóng chuyển bệnh nhân về các trung tâm chấn thương chỉnh hình với hồ sơ ghi chép đầy đủ các thương tổn khám thấy và các thuốc đã dùng...
3.2. Điều trị cụ thể:
3.2.1. Cấp cứu thì đầu:

Sau khi khám, chẩn đoán sơ bộ và đánh giá sơ bộ tình trạng toàn thân (mạch, huyết áp, thở…), tại chỗ tiến hành sơ cứu;
- Chống Shock chấn thương:
+ Giảm đau toàn thân.
+ Bồi phụ khối lượng tuần hoàn
+ Bất động tạm thời
- Giảm đau toàn thân; Dùng các thuốc giảm đau thông thương như Morphin 10mg (Không dùng cho người già > 60 tuổi và trẻ em < 15 tuổi), Paracetamol…
- Truyền dịch: Truyền dịch mặn, Ringer lactac, dịch keo thay thế máu.
3.2.2.Điều trị ngoại khoa:
- Phương pháp điều trị
+ Phẫu thuật càng sớm càng tốt: rửa sạch + cắt lọc các mô dập nát, hoại tử.
+ Cố định các xương gãy bằng khung bất động ngoài hoặc xuyên kim Kirschner bên trong. Hạn chế sử dụng nhiều dụng cụ kết hợp xương như nẹp vít khi nguy co nhiễm trùng cao. Nếu mất đoạn xương cũng cần cố định chiều dài xương, chờ ổn định sẽ ghép xương thì 2. Chú ý giữ khoảng cách kẽ ngón I-II tư thế dạng để có thể phục hồi chức năng bàn tay dễ dàng hơn.
+ Các tổn thương phần mềm (mạch máu, thần kinh, gân, cơ) phải được thám sát toàn diện, nếu có thể được thì khâu nối ngay thì đầu. Trường hợp dập nát mất đoạn có thể mổ thì 2 sau khi tình trạng vết thương ổn định.
+ Việc đóng da tùy vào độ sạch và mức độ tổn thương mô mềm. Trong trường hợp vết thương thiếu da, cần ưu tiên che phủ các mô quan trọng (mạch máu, thần kinh, xương, gân).
+ Giữ ấm vết thương, khi đánh giá vết thương sạch cần che phủ phần thiếu da bằng các vạt da hoặc ghép da (tùy trường hợp).
+ Nếu đánh giá vết thương dơ, nguy cơ nhiễm trùng cao cần cấy dịch thử kháng sinh đồ sớm trước khi sử dụng kháng sinh.
+ Nếu dập nát nhiều + tím tái → Tạo mỏm cụt
- Dụng cụ, vật liệu cần thiết
+ Khung bất động ngoài dùng cho bàn tay, ngón tay.
+ Kim Kirschner các loại (có răng 1.0mm, 1.2mm, 1.25mm, kim trơn 1.5mm, 1.6mm, 1.8mm, 2.0mm)
+ Chỉ thép nhỏ
+ Các loại chỉ tan chậm, chỉ nilon
- Thuốc sau phẫu thuật
+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,…..
+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,…
+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol…
+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase…
+ Canxi, Vitamine C, D3, …
*Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
• Cipro fl oxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
• Metronidazole 500mg/100ml,…
*Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
3.2.3 Điều trị nội khoa:
- Chỉ định
Điều trị bệnh nhân hậu phẫu đã xuất viện

- Phương pháp điều trị
+ Tuần 1-2: chăm sóc vết thương, kê cao tay, tập nhẹ trong nẹp
+ 14 ngày: cắt chỉ, tiếp tục tập thụ động và chủ động trong nẹp
+ Tuần 3-6: tập thụ động và chủ động trong nẹp
+ Tuần 6: bỏ nẹp, tập thụ động và chủ động
+ XQ kiểm tra (nếu có tổn thương xương): sau 2 tuần, sau 4 tuần, 8 tuần, 12 tuần,…
+ Có thể mổ lấy dụng cụ KHX (nếu có) sau khi có can xương (từ 3-6 tháng)
- Theo dõi
Dấu hiệu cần theo dõi:
+ Đau
+ Sự lành vết mổ
+ Kiểm tra vận động, cảm giác chi
+ Tập vận động chi
+ Thời gian theo dõi: mỗi 1-2 tuần
- Tái khám
Thời điểm tái khám: mỗi 1-2 tuần
3.3. Điều trị dự phòng:
- Tuyên truyền và giáo dục trong cộng đồng về luật giao thông và lao động.
- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ và bất động gãy xương tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng trong gãy xương.
- Tiêm thuốc uốn ván trong vòng 12h đầu
- Giáo dục cho bệnh nhân tập luyện phục hồi chức năng sau điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Đặng Kim Châu (1982), Phẫu thuật bàn tay, NXB Y học 1982 - Trang 110-191.
2. Bài giảng chấn thương chỉnh hình. Bộ môn chấn thương chỉnh hình viện Quân Y (2006).
3. GS.TSKH Nguyễn Văn Nhân (1994) Vết thương bàn tay, bài sau đại học chấn thương chỉnh hình, Học viện Quân Y.
4. Chấn thương chỉnh hình, nhà xuất bản y học- 2015
5. Bộ môn ngoại – ĐHYD TPHCM, Bệnh học và điều trị ngoại khoa, NXB Y học 2002, trg 35- 50.
6. Bùi Văn Đức (2015), Chấn thương chỉnh hình phẫu thuật bàn tay, Nhà xuất bản giao thông vận tải
7. Một số kỹ thuật cơ bản trong chấn thương chỉnh hình
8. Kỹ yếu chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh lần thứ 24 năm 2017

PHẦN 5: NGOẠI THẬN TIẾT NIỆU

SỎI THẬN VÀ SỎI NIỆU QUẢN

1. ĐỊNH NGHĨA

Sỏi tiết niệu là bệnh lý liên quan tới hệ tiết niệu, xảy ra khi quá trình bài tiết, các tinh thể kết tinh lâu ngày hình thành sỏi nằm trong hệ tiết niệu gồm đài bể thận , niệu quản, bang quang, niệu đạo

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1.Lâm sàng

- Đau vùng mạng sườn thắt lưng : Đây là triệu chứng hay gặp nhất, chiếm trên 90% số BN, đây cũng là lý do chính BN đi khám bệnh.

Có 2 mức độ

. Đau cấp tính: điển hình là cơn đau quặn thận, cơn đau xuất hiện đột ngột sau lao động và vận động, vị trí đau xuất phát ở vùng thắt lưng, tính chất đau là đau dữ dội từng cơn đau lan xuống vùng bẹn sinh dục không có tư thế giảm đau. Khi nghỉ ngơi hay dùng thuốc giãn cơ trơn thì đỡ đau.

. Đau mạn tính: bệnh nhân luôn có cảm giác nặng nề, đau tức khó chịu vùng thắt lưng (một bên hoặc hai bên), tính chất đau tăng khi vận động. Loại đau này thường gặp ở bệnh nhân có sỏi thận mà sỏi gây bít tắc không hoàn toàn.

- Đái ra máu Đặc điểm: bình thường đái máu vi thể, sau lao động vận động, xuất hiện đau và đái máu toàn bãi, nước tiểu có màu hồng như màu nước rửa thịt, không có máu cục.
- Đái ra sỏi: đây là triệu chứng ít gặp, nhưng rất có giá trị chẩn đoán.

Một số triệu chứng khác (của biến chứng)

- Đái ra mủ: bệnh nhân đái đục toàn bãi, thường xuất hiện ở những bệnh nhân thận ứ mủ.
- Đái buốt: khi có nhiễm khuẩn niệu.
- Đái rắt: khi có nhiễm khuẩn niệu.
- Sốt: gặp khi bệnh nhân có biến chứng nhiễm khuẩn niệu, thường là sốt cao rét run
- Nhức đầu, nôn và buồn nôn.
- Huyết áp tăng cao.
- Dấu hiệu chạm thận (+), bập bềnh thận (+) khi thận giãn to.
- Có thể thấy thận to nổi gồ thành bụng.
- Ấn các điểm niệu quản trên và giữa tương ứng trên thành bụng đau.
- Dấu hiệu rung thận (+): khi thận ứ mủ.

2.1.2. Cận lâm sàng.

Siêu âm:

- Siêu âm xác định được.

. Kích thước của thận.

. Độ giãn của đài bể thận.

. Độ dầy mỏng nhu mô thận, tỷ lệ giữa vùng vỏ và tủy của thận.

. Hình sỏi cản âm trên thận, niệu quản. Kích thước sỏi.

Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị

- Mục đích: Phát hiện hình cản quang trên hệ TN.
- Hình ảnh: . Sỏi thận: Hình cản quang nằm vùng hố thận, chẩn đoán chắc chắn sỏi thận khi có các hình cản quang đặc biệt như hình san hô, hình mỏ vẹt.

. Sỏi NQ: Hình thuôn nằm 2 bên CS, theo đường đi NQ.

. Sỏi BQ: Hình tròn đồng tâm nằm trong vùng tiểu khung.

Chụp thận thuốc tĩnh mạch UIV

- Mục đích chụp UIV:
. Đánh giá chức năng của thận.
. Đánh giá hình dạng hệ tiết niệu và các hình dị dạng đường tiết niệu.
. Đánh giá sự lưu thông của hệ tiết niệu.
. Xác định vị trí của sỏi kể cả sỏi không cản quang
Chụp Cắt lớp vi tính
Xác định các tổn thương như chụp thận thường, UIV nhưng ở mức độ chính xác hơn
Ngoài ra đánh giá tình trạng nhu mô thận, giãn đài bể thận.
Chụp bể thận niệu quản ngược dòng
- Chỉ được tiến hành khi UIV chưa xác định rõ vị trí của sỏi.
- Mục đích.
. Xác định lưu thông NQ, vị trí có sỏi nằn trên NQ căn cứ vào hình thuốc hoặc khí dừng lại ở chỗ có sỏi.. Hình dáng NQ.
Chụp MRI :
Trong một số trường hợp chống chỉ định chụp XQ như ở BN có thai thì chụp MRI có giá trị như chụp CT Scannner
Xét nghiệm máu và nước tiểu
- Tìm HC, BC trong nước tiểu
- Tìm các tinh thể như oxalat, phosphat trong nước tiểu
- XN công thức máu:
HC thấp khi: thận mủ, suy thận, đái máu kéo dài, hoặc do suy thận.
BC máu tăng cao gặp khi nhiễm khuẩn niệu nặng như viêm bể thận cấp.
- XN sinh hoá: định lượng urê, creatinin đánh giá tình trạng suy thận.
- Đồng vị phóng xạ.
- Cấy khuẩn niệu: Vi khuẩn (+) khi có nhiễm khuẩn niệu.
2.2. Chẩn đoán phân biệt
- Chẩn đoán phân biệt khi có cơn đau quặn thận (với các cấp cứu ngoại khoa)
. Viêm ruột thừa cấp.
. Đau quặn gan.
. Tắc ruột cơ học.
. Thủng dạ dày.
. U nang buồng trứng xoắn.
- Chẩn đoán phân biệt khi thận to (với các u trong và sau phúc mạc)
. U Gan to (bên phải), lách to (trái).
. U đại tràng, u mạc treo, u nang buồng trứng, u nang tuỵ
. U quái sau phúc mạc.
. U thượng thận, u thận.
- Chẩn đoán phân biệt trên X-quang: với sỏi túi mật, hạch vôi hoá, vôi hoá ở mạc treo, vôi hoá buồng trứng.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc, mục tiêu điều trị :
Loại bỏ sỏi ra khỏi đường tiết niệu làm thông đường tiết niệu với mức độ tổn thương hệ tiết niệu ít nhất
Căn cứ để lựa chọn phương pháp điều trị:
- Sỏi: vị trí, hình dáng, kích thước của sỏi.
- Tình trạng thận và hệ TN: chức năng thận, hình dáng đài bể thận niệu quản.
- Các biến chứng do sỏi gây ra.
- Tình trạng toàn thân của bệnh nhân.

- Khi sỏi hai bên mà đều có chỉ định can thiệp, thì căn cứ vào nguyên tắc.
. Dễ trước, khó sau .
.Tốt trước, xấu sau.
3.2. Điều trị cụ thể
- Điều trị cấp cứu thì đầu : Đối với những sỏi gấy tắc cấp tính đường bài xuất hệ tiết niệu gấy nên cơn đau quặn thận thì điều trị cơn đau bao gồm
Giảm đau nhóm Nonsteroid hoặc nhóm Paracetamol truyền tm
Nếu không đỡ đau, morphin 5mg tiêm tĩnh mạch, nhắc lại sau 10 phút nếu còn đau.
Thuốc chống co thắt cơ trơn : Nospa. Spasfon, Visceralgin ....
- Điều trị nội khoa tống xuất sỏi
+ Chỉ định:
. Trong trường hợp sỏi nhỏ kích thước < 10 mm, nhẵn, thon nhỏ.
. Chức năng thận còn tốt (trên UIV), lưu thông niệu quản tốt .
. Sỏi chưa gây biến chứng.
. Toàn thân bệnh nhân không quá yếu, không có bệnh mãn tính.
+ Phương pháp điều trị: giãn cơ trơn niệu quản, vận động, lợi tiểu uống nhiều nước hoặc truyền dịch nếu cần. Theo dõi sự di chuyển của sỏi , đánh giá kết quả sau 3 – 4 tuần
- Điều trị can thiệp
+ Các phương pháp can thiệp sỏi ít sang chấn:
* Tán sỏi ngoài cơ thể: (ESWL: Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy)
* Tán sỏi qua nội soi niệu quản (URS) Ureteroscopy:
*Tán và lấy sỏi qua da: (PCNL: Percutaneous nephrolithotomy)
* Nội soi sau phúc mạc lấy sỏi (laparoscopy)
+ Phẫu thuật sỏi thận : Các phương pháp phẫu thuật:
. Mở bể thận, nhu mô, mở niệu quản lấy sỏi.
. Dẫn lưu thận khi: thận ứ mủ, suy thận.
. Cắt thận khi: thận mất chức năng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị sỏi tiết niệu – hội tiết niệu thận học Việt Nam NXB Y học 2015
2. Bài Giảng Bệnh học Nội khoa, 2003. Các Bộ môn Nội- Trường Đại học Y Hà nội, NXB Y học
3. Andreassen et al., 1997. Andreassen KH, Dahl C, Andersen JT, et al: Extracorporeal shock wave lithotripsy as fi rst line monotherapy of solitary calyceal calculi. Scand J Urol Nephrol 1997; 31:245-248.
4. Deger et al., 2004. Deger S, Tuellmann M, Schoenberger B, et al: Laparoscopic anatrophic nephrolithotomy. Scand J Urol Nephrol 2004; 38:263-265.
5. Gaur et al., 2002. Gaur DD, Trivedi S, Prabhudesai MR, et al: Laparoscopic ureterolithotomy: Technical considerations and long-term follow-up. BJU Int 2002; 89:339-343.
6. Kavoussi et al., 1992. Kavoussi LR, Albala DM, Basler JW, et al: Percutaneous management of urolithiasis during pregnancy. J Urol 1992; 148(pt 2):1069-1071. 5.Harmon et al., 1997.
7. Harmon WJ, Sershon PD, Blute ML, et al: Ureteroscopy: Current practice and long-term complications. J Urol 1997; 157:28-32.
8. David A. Leavitt, MD, Jean J. M. C. H. de la Rosette, MD, PhD, and David M. Hoenig, MD Strategies for Nonmedical Management of Upper Urinary Tract Calculi, Campbell-Walsh Urology eleventh ediction 2016 p.1235

9 Brian R. Matlaga, MD, MPH, Amy E. Krambeck, MD, and James E. Lingeman, MD Surgical Management of Upper Urinary Tract Calculi,Campbell-Walsh Urology eleventh ediction 2016 p.1260

SỎI BÀNG QUANG

1. ĐỊNH NGHĨA :

Sỏi bàng quang là sỏi đường tiết niệu nằm trong lòng bàng quang hoặc trong túi thừa bàng quang nguồn gốc Sỏi từ hệ tiết niệu trên rơi xuống bàng quang. hoặc Sỏi sinh ra tại bàng quang: do các dị vật như chỉ khâu, mảnh đạn, đầu sonde. Do quá trình ứ đọng nước tiểu ở bệnh nhân hẹp niệu đạo, u tuyến tiền liệt, chít hẹp cổ bàng quang, hẹp miệng sáo, túi thừa bàng quang, thương binh cột sống tuỷ sống.

2.CHẨN ĐOÁN .

2.1 Chẩn đoán xác định

2.1.1 Lâm sàng

* Triệu chứng cơ năng

Nổi bật là tình trạng đái ngắt ngừng: bệnh nhân đang đi tiểu đột nhiên tia tiểu tắc lại và đau vùng dương vật. Thay đổi tư thế lại có thể đái được. Ở trẻ em có thể gặp dấu hiệu bàn tay khai.

Đái rắt: đái tăng lần về ban ngày do bệnh nhân đi lại vận động sỏi lăn trong bàng quang gây kích thích đi đái nhiều lần, nghỉ ngơi số lần đi tiểu giảm.

Đái buốt cuối bãi.

Đái đỏ cuối bãi.

*Triệu chứng thực thể

- Thăm trực tràng khi sỏi to lúc bàng quang hết nước tiểu có thể sờ thấy sỏi.
- Thăm khám bằng dụng cụ: làm dấu hiệu chạm sỏi (+). Gõ sỏi bằng Que nong sắt (Bénique) có thấy cảm giác chạm sỏi.
- Soi bàng quang: giúp ta xác định số lượng, hình dáng, kích thước, mầu sắc sỏi.

2.1.2. Triệu chứng cận lâm sàng:

- Chụp XQ thận thường

Hình sỏi cản quang hình tròn thường hình tròn, có nhiều vòng đồng tâm trong vùng tiểu khung, trên khớp mu.

- Siêu âm

Hình ảnh sỏi trong bàng quang, thay đổi khi thay đổi tư thế bệnh nhân.

- XN nước tiểu: HC, BC nhiều trong nước tiểu.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- U tuyến tiền liệt.
- U bàng quang.
- Hẹp niệu đạo, chít hẹp cổ bàng quang.
- Bàng quang thần kinh.
- Viêm bàng quang cấp.

3.ĐIỀU TRỊ

3.1 Nguyên tắc điều trị

Loại từ sỏi ra khỏi bàng quang với tổn thương bàng quang niệu đạo tối thiểu nhất

3.2. Điều trị cụ thể

- Điều trị nội khoa

Sỏi bàng quang nhỏ mới từ niệu quản rơi xuống có thể điều trị kháng sinh chống viêm, giảm đau giãn cơ trơn để đái ra sỏi.

- Điều trị can thiệp

+ Nội soi.

. Chỉ định: Sỏi bàng quang không đái ra được, sỏi kích thước nhỏ < 3 cm.

. Các phương pháp:
Kẹp sỏi cơ học qua nội soi
Tán sỏi bằng siêu âm, Laser ..qua nội soi
+ Tán sỏi qua da: chi phí cao.
+ Tán sỏi ngoài cơ thể: ít áp dụng.
+Điều trị phẫu thuật
Chỉ định
. Sỏi to >3cm, sỏi rắn, đường niệu đạo không đủ rộng.
. Sỏi bàng quang có kèm theo hẹp niệu đạo, u tuyến tiền liệt, túi thừa bàng quang thì việc phẫu thuật vừa lấy sỏi và giải quyết nguyên nhân chính gây ra sỏi.
Phương pháp phẫu thuật : Mở bàng quang lấy sỏi + dẫn lưu bàng quang trên xương mu. Chỉ đóng kín bàng quang và đặt sonde qua niệu đạo khi nước tiểu trong bàng quang không viêm và sỏi nhỏ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị sỏi tiết niệu – hội tiết niệu thận học Việt Nam NXB Y học 2015
2. Brian M. Benway, MD, and Sam B. Bhayani, MD, MS Lower Urinary Tract Calculi Campbell-Walsh Urology eleventh ediction 2016 Pg.1291
3. Papatsoris AG, Varkarakis I, Dellis A, et al. Bladder lithiasis: from open surgery to lithotripsy. Urol Res 2006;34:163–7

SỎI NIỆU ĐẠO

1.ĐỊNH NGHĨA

- Sỏi niệu đạo là sỏi tiết niệu nằm trong niệu đạo, nguồn gốc có thể
- Sỏi từ bàng quang ra và mắc lại chỗ hẹp của niệu đạo.
- Sỏi sinh ra tại các túi thừa niệu đạo.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Chẩn đoán xác định :

2.1.1. Lâm sàng

- Đái khó
- Đái rắt
- Đái buốt đầu bãi
- BN bí đái cấp tính hoặc đái rỉ, có khi cầu bàng quang (+).
- Sờ dọc niệu đạo từ trong ra ngoài thấy sỏi.
- Thông tiểu bằng thông sắt thấy có chạm sỏi.
- Soi niệu đạo thấy sỏi.
- XN nước tiểu: HC, BC tăng.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Chụp Xquang thận thường: Hình sỏi cản quang nằm ngay khớp mu.
- Siêu âm: hình ảnh sỏi (ít làm).
- Đo niệu động đồ: Cản trở lưu thông nước tiểu (ít làm).

2.2.Chẩn đoán phân biệt.

- U tuyến tiền liệt.
- Hẹp niệu đạo.
- Hẹp cổ bàng quang.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

Loại trừ sỏi ra khỏi đường niệu đạo làm cho niệu đạo thông suốt. Căn cứ vào vị trí nằm của sỏi trên niệu đạo để có chỉ định điều trị thích hợp.

3.2 Điều trị cụ thể :

- Điều trị cấp cứu :

Đối với sỏi niệu đạo bít tắc hoàn toàn niệu đạo gây nên bí đái cấp tính thì phải giải quyết cấp cứu thông nước tiểu bằng cách đẩy sỏi vào bàng quang đắt thông niệu đạo hoặc dẫn lưu bàng quang trên xương mu

- Điều trị can thiệp

+ Khi sỏi nằm ở niệu đạo đoạn lỗ sáo hoặc hố thuyền, gắp sỏi qua miệng sáo, có thể mở rộng miệng sáo lấy sỏi.

+ Sỏi nằm ở niệu đạo sau, đẩy ngược viên sỏi vào bàng quang và sau đó giải quyết như sỏi bàng quang.

+ Phẫu thuật trong 2 trường hợp.

. Sỏi mắc kẹt ở niệu đạo không đẩy vào bàng quang được và cũng không lấy theo đường niệu đạo thì phải mở tại chỗ niệu đạo lấy sỏi.

. Sỏi trong túi thừa niệu đạo hay hẹp niệu đạo, phẫu thuật lấy sỏi và giải quyết nguyên nhân tạo hình niệu đạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh học ngoại Tiết niệu (Giáo trình giảng dạy – HVQY) 2008

2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị sỏi tiết niệu – Hội tiết niệu thận học Việt Nam

NXB Y học 2015
3. Selli C, Barbagli G, Carini M, et al. Treatment of male urethral calculi. J Urol 1984;132:37–42

CHẤN THƯƠNG THẬN

1. ĐỊNH NGHĨA

Chấn thương thận bao gồm tất cả các thương tổn của nhu mô thận, đường bài xuất nước tiểu trên và cuống thận do chấn thương

Giới nam thường bị hơn nữ, chiếm 75-80%, do đặc trưng về nguyên nhân của loại chấn thương này (tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt…). Mặt khác nữ giới ít bị chấn thương thận hơn là nhờ có đặc điểm tự nhiên bảo vệ tốt hơn, đó là có tổ chức mỡ quanh thận khá dày che chở cho thận

Tuổi của các nạn nhân thường là trẻ, độ tuổi lao động 46% thuộc lứa tuổi 20-40. Trẻ em ít bị chấn thương hơn nhiều.

Phân loại

Năm 2000, Hội phẫu thuật chấn thương Mỹ (ASST: American Society for Surgery of Trauma) đưa ra bảng phân loại chấn thương mới gồm 5 độ.

Trên lâm sàng, dựa vào Uroscan (chụp CT Scan có tiêm thuốc cản quang vào tĩnh mạch) có thể chẩn đoán chính xác độ chấn thương thận.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Chẩn đoán xác định

2.1.1 Lâm sàng

Sau một chấn thương, nếu có 3 triệu chứng sau đây thì phải nghĩ ngay đến chấn thương thận:

+ Đau vùng thắt lưng: 95% các trường hợp chấn thương thận đều có biểu hiện đau tức và co cứng vùng thắt lưng. Đau tăng theo tiến triển của thương tổn thận (theo sự lớn lên của khối máu tụ, tình trạng tắc đường bài xuất nước tiểu trên do cục máu đụng...), lan lên góc sườn hoànhh, xuống hố chậu. Thông thường đau giảm dần sau 2 - 3 ngày; nếu đau tăng dần lên là do tiếp tục chảy máu làm khối máu tụ quanh thận to thêm hoặc có tổn thương khác phối hợp. Có thể kốm theo trướng bụng (triệu chứng của tụ máu sau phúc mạc).

+ Đái máu toàn bãi đỏ tươi: Màu sắc của nước tiểu máu cho biết chấn thương thận nhẹ đi hay nặng lên, tiếp tục chảy máu nhu mô hay đó cầm; máu tươi là chảy máu đang tiến triển, máu sẫm màu và nhạt dần là có khả năng cầm máu được. Cần lưu ý rằng không có sự tương xứng giữa mức độ đái máu và thương tổn giải phẫu bệnh của thận, ví dụ trong trường hợp có tổn thương cuống thận (type IV), có thể không có đái máu.

+ Khối máu tụ vùng hố thắt lưng: Khối máu tụ càng lớn càng dễ phát hiện, tổn thương càng nặng. Khám thấy hố thắt lưng đầy hơn bình thường, căng nề và rất đau, co cứng cơ thắt lưng; chứng tỏ vỡ thận có rách bao làm máu chảy ra kèm nước tiểu tụ quanh thận. Theo dõi khối máu tụ bằng lâm sàng có ý nghĩa quan trọng để đánh giá tiên lượng dập vỡ nhu mô thận

Ngoài ra, sốc gặp trong 25 - 50% các trường hợp chấn thương thận, do có các tổn thương thận nặng như dập nát thận nhiều, đứt rời một cực thận, đứt cuống thận, đa chấn thương. hoặc trong bệnh cảnh của đa chấn thương phối hợp

Trên thực tế đây chính là dấu hiệu hướng dẫn thái độ điều trị.

Ngay khi bệnh nhân mới nhập viện cần khám để phát hiện các triệu chứng của sốc như: Niêm mạc nhợt nhạt, vã mồ hôi, mạch nhỏ, huyết áp tụt, kẹp... Cần ghi nhận thường xuyên các triệu chứng để theo dõi tiến triển của nó.

Trong trường hợp chấn thương thận đơn thuần có mức độ nhỏ hoặc vừa phải, sốc dễ dàng được khống chế và không tái phát nữa. Ngược lại trước một tình trạng sốc khó kiểm

soát, khối máu tụ lớn, cần nghi ngờ chảy máu tái diễn mức độ lớn; nếu dấu hiệu tại chỗ không rõ thì lại phải nghi ngờ có rách phúc mạc làm cho máu chảy từ thận trực tiếp vào ổ phúc mạc; hoặc xa hơn nữa phải nghi ngờ một tổn thương tạng phối hợp.

2.1.2 Cận lâm sàng

- Siêu âm

Có thể thực hiện ở bất cứ giai đoạn nào của chấn thương thận. Trong cấp cứu nó cho thấy mức độ tổn thương của nhu mô thận, có rách bao thận hay không, máu tụ quanh thận sau phúc mạc, giúp phân độ được chấn thương.

Siêu âm làm đi làm lại nhiều lần, trong những ngày sau còn giúp cho việc theo dõi tiến triển sau này.

Về lâu dài siêu âm có thể cho phép phát hiện dễ dàng các hậu quả của chấn thương thận như giãn đài bể thận do đường bài xuất nước tiểu bị bóp nghẹt, teo thận do thiếu máu cục bộ...

- UIV

Không những cho phép đánh giá thận bị tổn thương mà còn biết thận đối diện. Các điều kiện để làm UIV cho một bệnh nhân bị chấn thương thận để có được những hình ảnh tốt:

+ Bệnh nhân đã thoát sốc: (Nếu huyết áp tâm thu thấp hơn 90 mmHg thì phim không đọc được.)

+ Phải tiêm một lượng thuốc cản quang lớn.

+ Phải cố gắng chụp các phim sớm và chậm,

Nếu tôn trọng các điều kiện trên, UIV có thể cho kết quả thương tổn chính xác đến 85%:

- Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị : Trên phim chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị phát hiện gãy xương sườn và các mấu ngang đốt sống thắt lưng L11 L12, phần mềm (nếu bờ ngồi cơ thắt lưng - psoas - bị xóa mất thì chứng tỏ có khối máu tụ sau phúc mạc). Hạn hữu còn phát hiện ra thận bị chấn thương.

Chụp cắt lớp (Scanner)

Đây là xét nghiệm tốt nhất cho biết chính xác tổn thương thận: Vị trí, mức độ dập nhu mô thận, tụ máu quanh thận, tổn thương đường bài tiết...có thể thực hiện nhanh chóng và không xâm nhập (non-invasif).

- Chụp động mạch thận

Nếu thận bị chấn thương mà câm trên UIV thì phải chụp động mạch thận cấp cứu để xác định có tổn thương động mạch thận hay không. Nếu có thì chỉ có mổ tái lập lưu thông động mạch mới cứu được thận.

Các cận lâm sàng khác trong bệnh cảnh của một đa chấn thương

2.1.3 Các thể lâm sàng

- Thể đa chấn thương

Chấn thương thận thường gặp trong bệnh cảnh của đa chấn thương như : chấn thương sọ não , chấn thương ngực, gan lách, dạ dày ruột ... , chấn thương cột sống chi thể .. vì vậy cần được thăm khám toàn diện tỉ mỷ để phát hiện tổn thương phối hợp xử trí đúng

- Thể chấn thương của thận bệnh lý

Cần biết rằng thận bệnh lý (có sỏi, có u) thì dễ vỡ hơn bình thường do đó nó dễ dàng bị tổn thương ngay cả sau một chấn thương nhẹ. Chỉ định điều trị ngoại khoa đối với chấn thương thận là tùy theo bệnh lý của nó kèm theo, nhớ rằng phải xem xét chức năng của thận đối diện.

- Thể trẻ em

Đa số (75%) chấn thương thận ở trẻ em là thể nhẹ (độ I) và xảy ra trên một tỷ lệ đáng chú ý thận bất thường: thận lạc chỗ, thận xoay không hoàn toàn, thận bất sản, bất thường đoạn nối bể thận - niệu quả, u nguyên bào thận.

2.1.4 Diễn biến và biến chứng
Diễn biến
Ổn định dần
Giảm đau dần, nước tiểu từ màu đá chuyển sang màu nâu rồi vàng. Khối máu tụ không to thêm. Tình trạng toàn thân ổn định. Tổ chức thận bị đụng giập liền sẹo và xơ hóa.
Nặng lên hoặc không ổn định
Đái ra máu tiếp diễn, đái ra máu tươi, máu cục. Khối máu tụ tăng dần lên. Huyết động không ổn định. Phải truyền máu, kháng sinh, bất động tại giường, nếu tình trạng trên không đỡ thì phải mổ.
Có nhiều trường hợp ngay sau chấn thương ổn định dần (như loại A), nhưng đến ngày thứ 7 - 15 lại đái ra máu đá tươi. Đây là do hoại tử tổ chức thận dập nát kết hợp nhiễm trựng.
Thường thì phải can thiệp ngoại khoa.
Chấn thương nặng
Vỡ nát thận hay đứt cuống thận: Khối máu tụ tăng lên nhanh; thiếu máu cấp, tổn thương rơi vào sốc nặng. Phải phẫu thuật cấp cứu.
2.1.5 Biến chứng
+ Viêm tấy hố thắt lưng: Sốt cao, đau thắt lưng, sưng nề hố sườn lưng.
Nguyên nhân là do khối máu - nước tiểu tụ sau phúc mạc bị bội nhiễm.
+ Đau lưng kéo dài do viêm xơ thận.
+ Thận ứ nước do viêm xơ quanh niệu quản
+ Cao huyết áp do hẹp động mạch thận.
+ Cao huyết áp do khối máu tụ tổ chức hóa xung quanh bóp nghẹt thận.
+ Thông động - tĩnh mạch thận khi có tổn thương cuống thận
+ Nang nước tiểu nang này thường thông thương với bể thận, nhưng mặt trong không được lót bởi biểu mô đường tiết niệu.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1 Nguyên tắc điều trị :
Điều trị phối hợp trong bệnh cảnh chấn thương phối hợp tổn thương các cơ quan khác . đối với chấn thương thận làm ngừng chảy máu , bảo tồn thận tối đa có thể. Điều trị bảo tồn nội khoa hay can thiệp phẫu thuật phải dựa vào các yếu tố sau:
Diễn biến của đái máu.
Tiến triển của khối máu tụ quanh thận.
Kết quả của UIV, siêu âm.
3.2 Điều trị cụ thể
- Điều trị hồi sức cấp cứu thì đầu : Tùy tình trạng bệnh nhân và các tổn thương cơ quan khác phối hợp để quyết định điều trị cụ thể như :
Hồi sức tuần hoàn
Hồi sức hô hấp
Hồi sức sọ não
Chống sốc, tryền dịch giảm đau, truyền máu thở ô xy, cố định các tổn thương xương gãy . v.v
- Điều trị nội khoa bảo tồn
+ Chỉ định cho chấn thương thận độ I, II, III
Tình trạng bệnh nhân ổn định: Mạch, huyết áp, hồng cầu, Hct ít thay đổi.
Đái ra máu giảm dần.
Khối máu tụ không tăng hơn.
UIV: Thận còn tiết thuốc tốt, thuốc cản quang có thể tràn ra quanh thận nhưng không

đáng kể.
+ Phương pháp
Bất động bệnh nhân tại giường.
Truyền máu, truyền dịch nếu cần.
Giảm đau.
Kháng sinh.
Sau 7 ngày chụp UIV hay Scanner để đánh giá kết quả điều trị.
- Điều trị can thiệp ngoại khoa
+ Chỉ định
Mổ cấp cứu: Mổ ngay sau khi các xét nghiệm (UIV, siêu âm) cho thấy có tổn thương nặng nề.
Đứt cuống thận (độ IV).
Dập nát thận nhiều gừy chảy máu ồ ạt ra quanh thận
Có tổn thương các tạng đặc khác phối hợp (gan, lách).
Mổ cấp cứu trì hoãn: 7 - 15 ngày sau các trường hợp điều trị nội khoa không ổn định, diễn biến nặng lên như đái ra máu tăng.
Khối máu tụ to lên.
Toàn thân thay đổi: Sốc mất máu.
X quang (UIV, Scanner): Dập vỡ một cực thận, một phần thận không ngấm thuốc, thuốc cản quang tràn ra xung quanh thận nhiều hơn.
Đái ra máu tái phát dự đó điều trị nội tích cực.
+ Phương pháp
Đường mổ sườn lưng hay qua phúc mạc vào trực tiếp cuống thận.
Kiểm tra đánh giá thương tổn. Tùy theo thương tổn mà có các thủ thuật thích hợp.
Khâu cầm máu, lấy máu tụ quanh thận.
Cắt thận một phần, một cực thận bị dập nát, đứt rời.
Tái lập lưu thông động mạch thận và các thành phần khác nếu có đứt cuống thận.
Cắt thận khi vỡ nát thận hoặc đứt cuống thận tới muộn thận đó hoại tử.
Khi có chỉ định cắt thận thì phải chắc chắn thận đối diện có chức năng.
+ Kết luận
Để có thể bảo tồn tối đa tổ chức thận khi làm phẫu thuật đối với thận chấn thương, phải mổ cấp cứu khi xác định có tổn thương động mạch thận, cố gắng không mổ cấp cứu đối với các tổn thương vừa phải đơn thuần mà nên mổ cấp cứu trì hoãn từ ngày thứ 7-15 trong điều kiện thuận lợi, trường hợp phải mở bụng cấp cứu vỡ tổn thương nội tạng nặng kết hợp, phải chọn lựa một chiến lược phẫu thuật để bảo tồn thận.
Để dự phòng chấn thương thận trong cộng đồng thì trong lao động phải sử dụng các phương tiện bảo hộ lao động cho vùng thắt lưng.
Khi sử dụng ô tô, xe máy thì phải mang đai thắt lưng, nịt an toàn để làm giảm thiểu chấn thương thận có thể xảy ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. "Chấn Thương Và Vết Thương Thận", Phác Đồ Điều Trị 2013 Phần Ngoại Khoa Bệnh Viện Chợ Rẫy
2. Emil A.Tanagho, Jack W.McAninch (2012) " Injuries to the Genitourinary Tract", Smith's General Urology 16th Edition, McGraw-Hill, chapter 17, pp 330-349.
3. Jack W.McAninch (2011) "Genitourinary Trauma",.Campbell-Walsh Urology, 11th Edition, Saunders, An Imprint of Elsevier, Chapter 83, volume 4, pp: 3707-3744
4. R.A. Santucci, E.Serafetinidis, L.N.Turkeri, M.Hohenfellner (2012) Guidelines on Urological Trauma. European Association of Urology(EAU).

VỠ BÀNG QUANG

1. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng tổn thương thành bàng quang do tác động ngoại lực .Vỡ bàng quang là bệnh lý cấp cứu niệu khoa, cần phải được chẩn đoán sớm và chính xác để điều trị kịp thời. Các dấu hiệu lâm sàng của vỡ bàng quang tương đối ít nổi bật nên thường được chẩn đoán tương đối muộn

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Chẩn đoán xác định

2.1.1 Lâm sàng

Triệu chứng chung

- Choáng: Là triệu chứng xuất hiện đầu tiên, nhất là trong vòng nửa giờ đầu sau chấn thương khi kèm đa chấn thương, đặc biệt là khi có gãy xương chậu.
- Đau vùng hạ vị: Bệnh nhân thấy đau nhói vùng hạ vị và lan đến hai hố chậu.

Thăm khám sẽ có dấu hiệu phản ứng thành bụng.

- Buồn tiểu nhưng không tiểu được, có trường hợp bệnh nhân tiểu được 20-40ml nước tiểu có lẫn máu.
- Xuất huyết niệu đạo.
- Đặt thông tiểu: Chỉ ra khoảng 20-40ml nước tiểu có lẫn máu. Bơm rửa bàng quang sẽ thấy nước tháo ra ít hơn nước bơm vào, trừ trường hợp ống thông chui qua lỗ thủng vào ở máu tụ hoặc vào phúc mạc.

Triệu chứng đặc hiệu

Vỡ bàng quang trong phúc mạc: Tiếng kêu Douglas. Gõ đục hai bên hông. Đặt thông tiểu chỉ ra ít nước tiểu lẫn máu.Bơm nước vào bàng quang thấy nước tháo ra ít hơn nước bơm vào.Sau 24 giờ sẽ có dấu hiệu chướng bụng và phản ứng thành bụng lan khắp bụng.

Vỡ bàng quang dưới phúc mạc: Các dấu hiệu của gẫy cung trước xương chậu. Phản ứng thành bụng ở vùng hạ vị nhưng không lan đến thượng vị. Thông tiểu thấy ít nước tiểu lẫn máu đỏ hoặc toàn máu đỏ nếu đầu thông vào ổ máu tụ. Sốt cao sau 24 giờ. Sau 72 giờ sẽ có dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc toàn thân sốt cao mach nhanh, lơ mơ, bạch cầu tăng cao trên 20.000, vùng hạ vị sẽ có hiện tượng phù nề lan đến lớp tế bào dưới da và có thể xuống bìu.

Sau một vết thương, bệnh nhân có tiểu máu dù bất kỳ mức độ nào cũng phải đánh giá cẩn thận: thận, niệu quản, bàng quang, niệu đạo. Tổn thương bàng quang được gợi ý bởi quỹ đạo của dao hoặc đạn. Tất cả những bệnh nhân tiểu máu nghi từ bàng quang phải được chụp X quang bàng quang hoặc thám sát trong mổ.

Sau một chấn thương, đau lan bụng vùng hạ vị, phản ứng thành bụng, bầm tím, phải nghĩ đến tổn thương bàng quang. Tuy nhiên những dấu hiệu trên khó phân biệt với nhưng triệu chứng của gãy xương chậu.

2.1.2 Cận lâm sàng

Sinh hóa

- CTM: xem tình trạng nhiễm trùng và mất máu của bệnh nhân.
- Creatinin máu có thể tăng khi có sự hấp thụ chất này vào màng bụng từ nước tiểu trong ổ bụng.
- TPTNT, cấy nước tiểu làm kháng sinh đồ.

Siêu Âm

Có thể thấy dịch ổ bụng, lòng bàng quang ít dịch. Ngoài ra có thể thấy những tổn thương đi kèm.

X.quang
• Bụng không chuẩn bị: Có thể thấy gãy xương chậu, nước giữa các quai ruột
• Chụp cystography
Vỡ bàng quang trong phúc mạc: Thấy thuốc cản quang lan toả vào giữa các quai ruột. Tháo hết thuốc cản quang chụp sẽ thấy: Thuốc ứ đọng ở hai hốc chậu. Hoặc thuốc đọng ở túi cùng Douglas.
Vỡ bàng quang dưới phúc mạc: Bàng quang có hình giọt nước. Thuốc cản quang đọng lại ở hai hốc chậu ngoài bàng quang. Thuốc đọng lại ở khớp mu sau khi tháo thuốc ra.
Bơm hơi vào bàng quang sẽ thấy liềm hơi dưới hoành ở những bệnh nhân vỡ bàng quang trong phúc mạc.
CT cystography: dùng để phân biệt các tổn thương hoặc nguyên nhân khác gây đau bụng.
Chẩn đoán phân biệt
Chấn thương thận.
Chấn thương niệu đạo.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1 Nguyên tắc điều trị :
Phục hồi lại sự toàn vẹn của thành bàng quang và bảo đảm chức năng của bàng quang
3.2 Điều trị cụ thể
- Xử trí cấp cứu ban đầu
Điều trị sốc chấn thương và mất máu:.thuốc giảm đau, an thần, truyền dịch và máu sau khi xét nghiệm máu.
Điều trị nội khoa bảo tồn : theo dõi lâm sàng, dẫn lưu nước tiểu liên tục và kháng sinh dự phòng.
Đây là điều trị tiêu chuẩn cho vỡ bàng quang ngoài phúc mạc không phức tạp do chấn thương kín hoặc sau TURB, hoặc sau các phẫu thuật khác mà không được phát hiện trong lúc mổ).nhưng với điều kiện không có viêm phúc mạc và tắc ruột.
Điều trị can thiệp Ngoại khoa
Phương pháp được sử dụng nhiều là khâu bàng quang 2 lớp bằng chỉ tan (lớp cơ và lớp thanh mạc).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Gia Hy (1985), Vết thương bọng đái do hoả khí, Niệu học tập I, Nhà xuất bản y học, Tr 393-401.
2. Trần Lê Linh Phương (2003), Điều trị chấn thương đường niệu dưới phức tạp trong gãy khung chậu nặng, Luận án tiến sĩ y học.
3. Trần Văn Sáng (1998), Vỡ bàng quang, Bài giảng bệnh học niệu khoa, Nhà xuất bản Cà Mau, Tr45-61
4. Dương Quang Trí (2002), Điều Trị Chấn Thương Niệu Sinh Dục, Niệu học lâm sàng, Nhà xuất bản y học, Tr 282 – 292.
5. Lê Ngọc Từ (2003), Chấn thương bàng quang, Bệnh học tiết niệu, Nhà xuất bản Y học, Tr166-171.
6. Allen F. Morey (2012), Genital and Lower Urinary Tract Trauma, Campbell – Wash Urology, 10th Edition, volumne 3, pp: 2507-2520.
7. Jack W.McAnich (2008), Injuries to the Genitourinary Tract, Smith"s General rology,17th Edition, The McGraw – Hill Compapies, pp: 278-296.
8. EAU guidelines on Urological Trauma 2016.

CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG NIỆU ĐẠO

1. ĐỊNH NGHĨA

Chấn thương và vết thương niệu đạo là những tổn thương đụng dập hoặc rách niệu đạo do tác động từ ngoài hoặc tổn thương bên trong sau chấn thương vỡ khung chậu

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1 Lâm sàng :

Có thể nghi ngờ bệnh nhân có chấn thương/vết thương niệu đạo khi căn cứ vào hoàn cảnh xảy ra chấn thương, kết hợp với những triệu chứng phối hợp của bệnh nhân như sau:

- Chảy máu ở miệng niệu đạo
- Máu ở âm hộ (ở nữ)
- Tiểu máu
- Tiểu đau
- Tiểu khó hoặc bí tiểu
- Phù nề hoặc máu tụ tầng sinh môn
- Thăm trực tràng: tuyến tiền liệt di chuyển lên cao hoặc không sờ thấy (ở nam)

2.1. 2. Cận lâm sàng

- Chụp niệu đạo ngược dòng (RUG): tiêu chuẩn vàng
- Siêu âm: giúp đánh giá các thương tổn phối hợp chấn thương niệu đạo
- CT scan và MRI: không phải là một phần của đánh giá ban đầu
- Nội soi niệu đạo: dùng thay thế chụp niệu đạo ngược dòng ở nữ

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Hồi sức chống sốc, chống nhiễm trùng
- Xác định vị trí chảy máu từ các cơ quan
- Xử trí thương tổn tại niệu đạo, tùy tình huống mà có thái độ xử trí khác nhau.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1 Nguyên tắc điều trị : bảo đảm sự toàn vẹn và sự thông suốt cho niệu đạo giúp bệnh nhân có thể đi tiểu qua niệu đạo

3.2.2 Điều trị cụ thể

a. Niệu đạo trước

- Chấn thương kín

+ Xử trí cấp cứu: tạo hình niệu đạo cấp cứu hoặc sớm không có chỉ định, tốt nhất là chuyển lưu nước tiểu trên xương mu. Trường hợp rách niệu đạo một phần, có thể chuyển lưu trên xương mu hoặc đặt thông niệu đạo vô trùng nhẹ nhàng.

+ Điều trị tiếp theo: Sau khi những thương tổn kết hợp phục hồi và tình trạng chấn thương niệu đạo ổn định, tiến hành chụp lại niệu đạoít nhất sau 3 tháng để đánh giá:

- Đoạn hẹp ngắn và nhẹ: có thể nội soi cắt trong hoặc nong niệu đạo.
- Hẹp nặng, đoạn hẹp< 1cm: phẫu thuật tạo hình có thể nối tận – tận,
- Hẹp nặng,đoạn hẹp ≥1cm: tạo hình bằng mảnh ghép hoặc vạt da có cuống (nối tận – tận sẽ bị cong dương vật).

- Vết thương

+ Xử trí cấp cứu:

Nam: vết thương niệu đạo thường phối hợp với thương tổn ở dương vật và tinh hoàn, do đó cần thiết phải phẫu thuật thám sát. Trong phẫu thuật, có thể thám sát và nối niệu đạo nếu cần thiết.

Nữ: vết thương niệu đạo thường kết hợp rách âm đạo và bàng quang. Do đó được phẫu thuật kết hợp ngay thời điểm ban đầu.
Bắt buộc sử dụng kháng sinh chu phẫu.
+ Điều trị tiếp theo: Trong trường hợp đoạn vỡ lệch xa 1-1,5cm thì việc nối lại sớm không khả thi. Nên mở 2 đầu đoạn vỡ ra da để chuẩn bị cho tạo hình niệu đạo 2 thì. Phẫu thuật lại sau ít nhất 3 tháng.
b. Niệu đạo sau
- Chấn thương
+ Xử trí cấp cứu:
* Vỡ niệu đạo một phần: mở bàng quang ra da hoặc đặt thông niệu đạo vô trùng nhẹ nhàng. Chụp niệu đạo lại sau 2 tuần khi vết thương lành.
* Vỡ niệu đạo hoàn toàn: việc đầu tiên là mở bàng quang ra. Việc điều trị tiếp theo còn phụ thuộc vào bệnh lý và tổn thương phối hợp.
* Sau khi mở bàng quang ra da, có thể lựa chọn những phương pháp điều trị sau:
* Nội soi làm thẳng hàng niệu đạo
* Mổ mở làm thẳng hàng niệu đạo trong trường hợp có kèm thương tổn cổ bàng quang và trực tràng
*Lưu ý: Tạo hình niệu đạo sớm không được chỉ định.
+ Điều trị tiếp theo
• Tạo hình niệu đạo trì hoãn sớm (trong vòng 2 tuần sau chấn thương:được chỉ định ở nữ, nhưng thiếu bằng chứng tính hiệu quả ở nam giới)
• Tạo hình niệu đạo trì hoãn là tiêu chuẩn vàng (ít nhất 3 tháng sau chấn thương)
• Nội soi cắt trong niệu đạo trì hoãn (ít nhất 3 tháng sau chấn thương)
- Vết thương
* Xử trí ban đầu:Nếu tình trạng bệnh nhân ổn định, mổ mở nối niệu đạo nên được thực hiện.
• Điều trị trì hoãn:Trường hợp tình trạng bệnh nhân không ổn định hoặc có những thương tổn khác ngoài hệ niệu cần can thiệp cấp cứu thì chỉ mở bàng quang ra da, chỉnh sửa niệu đạo có thể được trì hoãn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ackerman AL, Blaivas J, Anger JT. Female Urethral Reconstruction.Curr Bladder Dysfunct Rep 2010; 5:225–232.
2. Goldman SM, Sandler CM, Corriere JN Jr, McGuire EJ. Blunt urethral trauma: a uni fi ed anatomical mechanical classi fi cation.J Urol 1997; 157: 85–89.
3. Martínez-Pinẽiro L, Djakovic N, Plas E, Mor Y, Santucci RA, Serafetinidis E, Turkeri LN, Hohenfellner M.EAU guidelines on urological trauma.EurUrol 2010; vol 57,pp. 791– 803.
4. Summertom DJ, Djakovic N, Kitrey ND, Kuehhas F, Lumen N, Serafetinidis E.Urethral trauma. Guidelines on Urological Trauma.EAU Guidelines2013; 45-65

U PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT

1. ĐỊNH NGHĨA

U phì đại lành tính tuyến tiền liệt (UPĐLTTTL) là một U lành tính xuất hiện ở nam giới khi tuổi bắt đầu cao. Bệnh hay gặp ở những người đàn ông cao tuổi, khoảng 20% người đàn ông ≥60 tuổi mắc bệnh UPĐLTTTL. Ở tuổi ngoài 80 thì số người mắc bệnh lên tới 80%.

U PĐLTTTL có nhiều tên gọi khác nhau: u lành tuyến tiền liệt, u tuyến tuyến tiền liệt (Adenomeprostate), u xơ tuyến tiền liệt (Fibroê prostate), u tuyến quanh niệu đạo, u xơ tuyến tuyến tiền liệt. Hiện nay tên của bệnh lý này được nhiều người gọi là: u phì đại lành tính tuyến tiền liệt (Benign Prostatic Hyperplasia - BPH).

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.2.1. Lâm sàng

- Có rối loạn tiểu tiện: biểu hiện 2 hội chứng:

+ Hội chứng kích thích: đái tăng lần về đêm, mỗi đêm đi đái 4 - 5 lần hoặc hơn (lúc đầu) về sau có thể đái tăng lần cả đêm lẫn ngày.

+ Hội chứng tắc nghẽn:

Đái khó: phải rặn lâu mới ra được giọt nước tiểu đầu tiên, mỗi bãi đái kéo dài 5 - 10 phút hoặc hơn.

Tia tiểu yếu: đái nhỏ giọt ngay dưới mũi bàn chân, ướt mũi giày.

- Thăm trực tràng: thấy tuyến tiền liệt to, ranh giới rõ, mật độ chắc, bề mặt nhẵn, mờ hoặc mất rãnh liên thùy, ấn hơi tức.

2.2.2. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm sinh hóa: Xét nghiệm urê, creatinin máu và XN vi khuẩn, kháng sinh đồ nước tiểu.
- Xét nghiệm nước tiểu: đánhgiá tình trạng nhiễm khuẩn niệu.
- Xét nghiệm PSA (prostate speci fi c antigen). Thường 1 gram mô U phì đại TLT tiết 0,3 ng/ml PSA. Đối với tất cả BN có nồng độ PSA>10 ng/ml, nên làm sinh thiết dưới sự hướng dẫn của siêu âm để xác định chẩn đoán.
- Siêu âm: siêu âm có đầu dò trong trực tràng hay siêu âm đường bụng cần làm trước khi phẫu thuật, đánh giá chính xác khối lượng u tuyến tiền liệt.

Vallencien (1990) đưa ra công thức tính thể tích tuyến tiền liệt:

$$V\ (cm3) = \frac{L \times E \times H}{\quad}$$

Trong đó:

V: thể tích tuyến tiền liệt (cm3) ≈1g tuyến tiền liệt

L: đường kính ngang (cm); E: đường kính trước sau (cm); H: đường kính dọc (cm).

- Sinh thiết u tuyến tiền liệt: làm xét nghiệm tế bào xác định rõ tính chất của u.
- Chụp cắt lớp vi tính: Chụp CLVT xác định khối lượng TTL, đánh giá các bệnh lý kết hợp như ung thư bàng quang, xác định một số biến chứng của bệnh TSLTTTL như giãn thận và niệu quản, sỏi bàng quang, bí đái...Xác định khối bất thường trong tuyến khi mà vỏ bao tuyến vẫn còn nguyên vẹn, đánh giá sự phát triển lan rộng của tuyến trong trường hợp ung thư.
- Chụp UIV(niệu đồ tĩnh mạch): hiện nay được thay thế bằng siêu âm, và chỉ hay dùng khi cần xác định u, sỏi đường niệu.
- Chụp niệu đạo ngược dòng: để kiểm tra khi có nghi hẹp niệu đạo.

- Soi bàng quang: khi cần xác định u bàng quang, u niệu đạo, dị vật (chỉ sót).
- Thăm khám niệu động học: để đánh giá lưu lượng dòng nước tiểu lưu thông, thường lưu lượng nước tiểu tối đa ở nam giới là 15-20 ml/s.

Hiện nay các thầy thuốc còn lượng hóa triệu chứng: năm 1993, Hội Tiết niệu Mỹ dựng thang điểm, sau đó được Tổ chức Y tế Thế giới công nhận gọi là thang điểm IPSS (International Prostate Symptom Score). Thang điểm dựa trên 7 triệu chứng, mỗi triệu chứng có từ 0 - 5 điểm, tổng điểm của 7 triệu chứng từ 0 - 35 điểm:

Mức độ nhẹ < 7 điểm.

Mức độ vừa 8 - 19 điểm.

Mức độ nặng > 20 điểm.

Ngoài ra các thầy thuốc cũng đánh giá chất lượng sống theo chỉ số Q0L đánh giá ảnh hưởng của BPH đến cuộc sống, người ta sử dụng thang điểm Q0L do Hội nghị Tiết niệu quốc tế năm 1991 khuyến cáo (Q0L: Quality of life). Nếu:

L: 1 - 2 là nhẹ.

L: 3 - 4 là trung bình.

L: 5 - 6 là nặng.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Chẩn đoán phân biệt với các bệnh tại tuyến tiền liệt: viêm tuyến tiền liệt, sỏi tuyến tiền liệt và ung thư tuyến tiền liệt. Bệnh nhân ung thư TTL thì kháng nguyên đặc hiệu TTL (Prostate Speci fi c Antigen - PSA) tăng rất cao (PSA bình thường ở người trẻ tuổi là 0 - 4ng/ml).
- Chẩn đoán với các bệnh khác: hẹp niệu đạo, hẹp cổ bàng quang.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Mục tiêu điều trị

Phòng tránh, làm giảm và khắc phục tối đa các triệu chứng chèn ép và tắc nghẽn đường tiểu dưới, đem lại chất lượng đi tiểu tối đa.

3.2. Điều trị cụ thể

Có nhiều phương pháp điều trị áp dụng cho từng trường hợp cụ thể: nội khoa, các phương pháp vật lý (áp nhiệt u tuyến tiền liệt, áp lạnh u tuyến tiền liệt, làm bốc hơi u tuyến tiền liệt bằng siêu âm; laser...), hoặc phẫu thuật (nội soi hay mổ mở).

Chỉ định điều trị theo giai đoạn:

- Giai đoạn 1: thường áp dụng điều trị nội khoa, tuy nhiên ngày nay người ta có thể mở rộng chỉ định phẫu thuật cắt đốt nội soi ở giai đoạn này.
- Giai đoạn 2: đây là giai đoạn phẫu thuật u phì đại lành tính tuyến tiền liệt có thể phẫu thuật cắt đốt nội soi hoặc mổ mở.
- Giai đoạn 3: điều trị chống suy thận; khi ổn định sẽ giải quyết u triệt để.

3.2.1. Điều trị nội khoa

- Các thuốc nguồn gốc thảo mộc:

Tadenan viên 25mg, 50mg liều 100 mg/ngày chia 2 lần x 6 tháng.

Permixon viên 80mg, 160mg liều 320 mg/ngày chia 2 lần x 6 tháng.

Các loại thuốc nam như: cao Ban long, bông mã đề, nhục quế, rễ cỏ tranh.

- Thuốc tác dụng trên thụ cảm thể α1 - adrenergic:

Xatral 5 mg x 2 viên/ngày chia 2 lần từ 3 - 6 tháng.

Hytrin viên 1 mg, 2 mg ngày 1 viên từ 3 - 6 tháng.

Carduran 2 mg, 1 viên/ngày từ 3 - 6 tháng.

- Thuốc tác dụng trên men 5α- reductase:

Ức chế quá trình chuyển đổi từ testosteron thành DHT (Finasteril). Thuốc này rất đắt, trên thị trường Việt Nam hiện nay ít dùng.

- Thuốc kháng sinh chống viêm:
Có thể dùng nhiều loại kháng sinh khác nhau. Nhưng hiện nay thường dùng các thuốc nhóm quinolon thế hệ 3.
3.2.2. Điều trị ngoại khoa
Hiện nay, điều trị ngoại khoa đem lại kết quả rõ rang hơn cả.
3.2.2.1. Chỉ định điều trị ngoại khoa trong các trường hợp:
- Bí đái hoàn toàn và ngay sau khi rút ống thông bệnh nhân vẫn không đái được.
- Bí đái không hoàn toàn, với mức độ ứ đọng trong bàng quang trên 100ml nước tiểu.
- Nhiễm khuẩn niệu.
- Sỏi tiết niệu, túi thừa bàng quang.
- Đái ra máu.
- Suy thận do u phì đại tuyến tiền liệt.
3.2.2.2. Phẫu thuật cắt đốt nội soi qua niệu đạo:
Chỉ định cho U dưới 80gr (Theo VUNA -2019). Đây là phương pháp hay được áp dụng nhất, vì nó đơn giản, rẻ tiền và dễ áp dụng ở nhiều bệnh viện trên toàn quốc Việt Nam.
Tuy nhiên có 2 biến chứng hay gặp là chảy máu và hội chứng nội soi sau mổ. Vì vậy PTV phải được đạo tạo và có kỹ thuật thành thạo.
3.2.2.3. Phẫu thuật mở: Chỉ định U trên 80 gr. Có 2 phương pháp hay làm:
- Phẫu thuật theo phương pháp Hrynstchak.
- Phẫu thuật theo phương pháp Milin.
3.2.2.4. Các phương pháp điều trị vật lý:
Với mục đích hạn chế 1 số biến chứng của các phương pháp ngoại khoa kể trên, các phương pháp này đòi hỏi máy, trang thiết bị hiện đại đắt tiền, chỉ định những U có kích thước vừa phải (dưới 80 gr- VUNA -2019), nên chỉ được áp dụng ở 1 số BV và trung tâm tiết niệu lớn trên toàn quốc. Gồm các phương pháp sau:
- Áp nhiệt UPĐLTTTL.
- Áp lạnh UPĐLTTTL.
- Làm bốc hơi UPĐLTTTL bằng siêu âm, laser, súng ngắn.
3.3. Điều trị dự phòng
Do căn nguyên chưa rõ ràng nên việc phòng bệnh chủ yếu là dự phòng các biến chứng. Các thầy thuốc khuyên:
- Ăn uống điều độ.
- Kiêng rượu bia, chất kích thích.
- Chế độ sinh hoạt, nghỉ ngơi hợp lý.
- Tập luyện thể dục, thể thao (tăng cường sức cơ thành bụng và cơ tầng sinh môn).
- Tránh viêm nhiễm, ứ đọng nước tiểu trong bàng quang.
- Bệnh nhân cần chú ý điều trị các bệnh toàn thân khác: đái đường, trĩ, táo bón…

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bệnh học niệu khoa, NXB Y học, 2010.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng sản lành tính tuyến tiền liệt. Hội tiết niệu – Thận Học Việt Nam (VUNA) 2019.
3. Các khối u đường tiết niệu (2013), Vũ Lê Chuyên, NXB Y học.
4. Cambell's Urology 2012.
5. Catherine E. DuBeau (2009). "Benign Prostate Disorders", Geriatric Medicine and Gerontology. Pp607-617.

UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT

1. ĐỊNH NGHĨA

Là một dạng của ung thư phát triển trong tuyến tiền liệt, một tuyến trong hệ sinh dục nam. Ung thư tuyến tiền liệt phát triển chậm, tuy nhiên, có những trường hợp ung thư di căn. Các tế bào ung thư có thể di căn (lan) từ tuyến tiền liệt sang các bộ phận khác của cơ thể, đặc biệt là vào xương và các hạch bạch huyết. Ung thư tuyến tiền liệt có thể gây đau đớn và khó khăn trong việc đi tiểu, quan hệ tình dục gặp vấn đề, hoặc rối loạn chức năng cương dương. Các triệu chứng khác có khả năng phát triển trong giai đoạn sau của bệnh.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

UTTTL là loại ung thư (UT) duy nhất tồn tại dưới 2 thể:

- Thể ẩn (Cancer occulte).
- Thể có biểu hiện lâm sàng.

Thể ẩn không có biểu hiện các triệu chứng lâm sàng, thường được phát hiện khi làm sinh thiết hạch hay sinh thiết xương trên bệnh nhân không có biểu hiện lâm sàng, 30-40% UT ở thể ẩn (occulte) chỉ có thể phát hiện ra khi làm giải phẫu bệnh tử thi do các nguyên nhân khác nhau.

- Hoàn cảnh lâm sàng phát hiện ra bệnh:

Có 2 lý do làm cho người bệnh phải đi khám bệnh:

+ Rối loạn tiểu tiện.
+ Các dấu hiệu về u lan toả hoặc đã có di căn.

Các yếu tố chính tạo nên hình ảnh lâm sàng về tiết niệu thường gặp của bệnh lý UTTTL:

+ Sự phát triển khối UT ở các mức độ khác nhau trong tuyến làm tắc nghẽn lưu thông nước tiểu.
+ Sự tắc nghẽn của bàng quang.
+ Các triệu chứng kích thích ở đường tiết niệu dưới.

- Các dấu hiệu về tiết niệu:

+ Đái khó, tia đái nhỏ.
+ Đái nhiều lần, mức độ khác nhau, tuỳ theo sự kích thích, cảm giác đái không hết do có nước tiểu dư trong BQ.
+ Đái vội.
+ Đái tràn, đái không tự chủ.
+ Bí đái cấp.

- Các dấu hiệu lan toả:

Các dấu hiệu lan toả thường gặp là:

+ Đau xương:
+ Đau tầng sinh môn:
+ Phù nề chi dưới:
+ Xuất tinh ra máu

- Các dấu hiệu toàn thân khác:

BN có thể đến viện trong tình trạng suy thận, với các biểu hiện gầy sút, phù nề, xanh nhợt, thiếu máu. Các di căn khác ở phổi, gan ít khi là dấu hiệu đầu tiên, di căn não, mắt cũng hiếm gặp. Khi các dấu hiệu trên xuất hiện làm người bệnh mất phương hướng, vì vậy thường đi khám tại các chuyên khoa khác.

- Thăm khám trực tràng bằng ngón tay:

Thăm khám trực tràng bằng ngón tay là biện pháp được sử dụng để phát hiện bệnh, đây là một phương pháp khám đơn giản, nhanh chóng, chi phí thấp, tuy vậy có nhiều nguyên nhân làm cho độ nhậy chẩn đoán không cao. Bằng việc phối hợp với nồng độ PSA, thăm khám TTL qua trực tràng đã góp phần chẩn đoán đa số các UTTTL.

2.1.2. Cận lâm sàng

- XN sinh hóa máu: Ure, creatinin đánh giá chức năng thận
- Nồng độ PSA: Hiện nay nồng độ PSA để chẩn đoán UTTTL vẫn đang còn được bàn cãi. Tuy nhiên người ta thấy rằng nồng độ PSA càng cao thì khả năng tồn tại UTTTL càng lớn. Tuy nhiên, ngay cả khi nồng độ PSA < 4 ng/mL cũng có một tỷ lệ nhất định mắc UTTTL. Mặc dù vậy, để tránh chỉ định sinh thiết quá mức, Hội Niệu khoa và thận học Việt Nam (VUNA) khuyến nghị lấy mức PSA bất thường là >4ng/mL.

Tỉ lệ PSA tự do/toàn phần là thông số được sử dụng rộng rãi trong lâm sàng để phân biệt giữa tăng sinh lành tính và UTTTL. Tỉ lệ này được sử dụng trong trường hợp nồng độ PSA từ 4 đến 10 ng/mL và thăm khám trực tràng không có dấu hiệu nghi ngờ UTTTL. Thông thường lấy mức PSA tự do/ PSA toàn phần có ý nghĩa là < 0,1. Nhằm mục đích tăng độ nhạy và độ chuyên biệt của xét nghiệm PSA, các xét nghiệm chuyên sâu như đo vận tốc PSA, tỷ trọng PSA, PSA theo tuổi.

- Siêu âm:

Siêu âm qua trực tràng: Không phải lúc nào cũng có thể thấy được hình ảnh kinh điển của một vùng giảm âm ở ngoại vi của tuyến tiền liệt qua siêu âm. Siêu âm qua trực tràng không thể phát hiện vùng UTTTL với độ tin cậy đầy đủ. Do đó, sinh thiết các vùng nghi ngờ không thể sử dụng như là một phương pháp thường quy để chẩn đoán. Tuy nhiên, có thể có ích khi sinh thiết thêm các khu vực nghi ngờ.

Siêu âm ổ bụng: có giá trị định hướng chẩn đoán, đánh giá di căn trong ổ bụng

- Chụp cộng hưởng từ (CHT) tiểu khung:

Chụp CHT tiểu khung có giá trị góp phần vào chẩn đoán, định hướng cho việc sinh thiết TTL. Ngoài ra còn giúp cho chẩn đoán mức độ xâm lấn của khối u vào tổ chức xung quanh và hạch vùng.

- Chụp cắt lớp vi tính:

Chụp cắt lớp vi tính vừa cho phép chẩn đoán mức độ xâm lấn tại chỗ của khối u (T), đồng thời cho phép chẩn đoán di căn, đặc biệt là di căn hạch chậu. Giá trị chẩn đoán của chụp cắt lớp vi tính ngày càng được nâng cao nhờ vào các kỹ thuật chụp mới.

- Chụp xạ hình xương và chụp PET/CT:

Chụp xạ hình xương với MDP-Tc99m: Phát hiện những tổn thương di căn vào xương: Xương cột sống, xương sườn, xương cánh chậu, xương sọ…

Chụp PET/CT: Với F18-FDG ít có giá trị phát hiện u nguyên phát, nhưng giúp phát hiện chính xác di căn, tái phát, đánh giá hiệu quả các phương pháp điều trị, mô phỏng lập kế hoạch xạ trị. Có thể chụp PET/CT với C11-Acetate cho hình ảnh u nguyên phát rõ nét hơn.

- Sinh thiết tuyến tiền liệt

+ Sinh thiết lần đầu

Chỉ định sinh thiết tuyến tiền liệt dựa trên cơ sở nồng độ PSA và/hoặc có nghi ngờ khi thăm khám trực tràng. Cũng cần phải xem xét đến các yếu tố tuổi, bệnh kèm theo và hậu quả điều trị nếu chẩn đoán quá mức.

Sinh thiết qua trực tràng là phương pháp được đề nghị trong hầu hết các trường hợp nghi ngờ UTTTL. Số mẫu sinh thiết lý tưởng là 10-12 mẫu.

+ Sinh thiết lặp lại

Chỉ định cho sinh thiết lặp lại là: (1) PSA tăng và/hoặc cao liên tục, (2) Thăm khám

tuyến tiền liệt có nghi ngờ; (3) tăng sinh dạng nang nhỏ không điển hình (atypical small acinar proliferation), và (4) tân sinh trong biểu mô tuyến lan tỏa (extensive prostatic intraepithelial neoplasia - PIN).

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Trước khi thăm trực tràng: Cần loại trừ hẹp niệu đạo, u phì đại tuyến tiền liệt.
- Sau khi thăm trực tràng: Cần loại trừ viêm tuyến tiền liệt do viêm, do lao, sỏi tuyến tiền liệt.
- PSA cao: cần loại trừ các trường hợp PSA cao: U phì đại tuyến tiền liệt, viêm tuyến tiền liệt.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị:

Điều trị UTTTL cần dựa trên những yếu tố sau:

- Chẩn đoán, đánh giá giai đoạn bệnh trước điều trị
- Ước tính thời gian sống thêm
- Phân nhóm nguy cơ
- Xác định mục tiêu, kế hoạch điều trị

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị phẫu thuật.

- Cắt tuyến tiền liệt triệt căn. Phẫu thuật này có nhiều loại và tên gọi: theo mổ mở hay mổ nội soi; theo đường tiếp cận tuyến tiền liệt qua phúc mạc, sau phúc mạc hay qua đường đáy chậu
- Cắt đốt nội soi qua niệu đạo.

Được chỉ định cho các bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt không còn chỉ định phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt triệt căn, có các rối loạn tiểu tiện nặng đặc biệt là đái khó và bí đái. Kỹ thuật cắt nội soi tương tự như kỹ thuật cắt nội soi u phì đại lành tính tuyến tiền liệt. Đây không phải là phẫu thuật điều trị ung thư, vì vậy kỹ thuật cần được kết hợp với các phương pháp điều trị ung thư khác : cắt 2 tinh hoàn, nội tiết trị liệu, xạ trị hay hoá trị liệu.

3.2.2. Xạ trị.

- Xạ trị ngoài:

Xạ trị liều cao 70 - 80Gy vào tuyến tiền liệt với loại có nguy cơ thấp; liệu 75 - 80Gy với loại ung thư có nguy cơ trung bình. Với ung thư có nguy cơ cao, cần xạ trị thêm hệ thống hạch vùng và có thể kết hợp điều trị nội tiết.

- Xạ trị áp sát:

Chỉ định:

+ Điều trị đơn thuần cho ung thư tiền liệt tuyến có nguy cơ thấp.

+ Phối hợp với xạ trị ngoài, kết hợp điều trị nội tiết trong trường hợp ung thư có nguy cơ trung bình.

Liều điều trị: Điều trị đơn thuần: 145Gy với I125 hoặc 125Gy với Palladium 103.

Điều trị phối hợp (với xạ ngoài 40 - 50Gy): 110 với I125 hoặc 100Gy với Palladium 103

3.2.3. Điều trị bằng nội tiết.

Điều trị bằng nội tiết có mục đích loại bỏ androgen, là yếu tố kích thích sự phát triển ung thư tiền liệt tuyến.

Các phương pháp bao gồm:

- Cắt hai tinh hoàn bằng phẫu thuật
- Dùng thuốc cạnh tranh LHRH:
- Các thuốc kháng Androgen:
- Các Estrogen. Hiện ít dùng vì tác dụng phụ nhiều và hiệu quả kháng androgen không tốt hơn.

3.2.4. Điều trị bằng hoá chất.

Chỉ định cho các trường hợp thất bại của điều trị nội tiết. Phác đồ thường dùng là Docetaxel phối hợp Mitoxatrone và Prednisolone. Thời gian sống thêm trung bình của phác đồ này là 18 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuấn, Nguyễn Tuyết Mai (2010). Điều trị nội khoa bệnh ung thư. Nhà xuất bản Y học.

2. Nguyễn Chấn Hùng (2004). Ung bướu học nội khoa. Nhà xuất bản Y học.

3. Vũ Lê Chuyên và cs (2019). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư tuyến tiền liệt; Hội tiết niệu thận học Việt Nam (VUNA).

4. Lương Ngọc Khuê, Mai Trọng Khoa - Hướng dẫn Chẩn đoán và Điều trị một số bệnh Ung bướu 2020 - Nhà xuất bản Y học.

5. Mai Trọng Khoa (2014). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung bướu. Nhà xuất bản Y học.

6. Trần Văn Thuấn, Lê Văn Quảng, Nguyễn Tiến Quang (2019). Hướng dẫn chẩn đoán điều trị bệnh ung thư thường gặp. Nhà xuất bản Y học. 7. Bùi Diệu và cs (2016). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh ung thư thường gặp. Nhà xuất bản Y học.

7. Nguyễn Văn Hiếu (2010). Điều trị phẫu thuật bệnh ung thư. Nhà xuất bản Y học.

8. Mai Trọng Khoa (2016). Kháng thể đơn dòng và phân tử nhỏ trong điều trị ung thư. Nhà xuất bản Y học.

9. Hội tiết niệu-Thận học Việt Nam (2013). Phác đồ hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư tuyến tiền liệt.

10. National Comprehensive Cancer Network (2020). Prostate Cancer. Version1.2020. NCCN Clinical Practice Guideline in Oncology.

UNG THƯ BÀNG QUANG

1. ĐỊNH NGHĨA

Ung thư bàng quang là sự xuất hiện các khối u ác tính tại bàng quang

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

- Đái máu, đái nhiều lần, đái khó.
- Đái buốt, có dấu hiệu tắc nghẽn đường niệu.
- Giai đoạn muộn khi đã có di căn, trên lâm sàng có các triệu chứng của di căn tùy theo vị trí, giai đoạn bệnh.
- Biểu hiện toàn thân: sốt, sút cân, thiếu máu…

2.1.2. Cận lâm sàng

- Nội soi bàng quang: cho hình ảnh trực tiếp khối u sùi loét chảy máu… Nội soi giúp sinh thiết chẩn đoán mô bệnh học.
- Các xét nghiệm huyết học, sinh hóa, Xquang… giúp đánh giá chung.
- Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm, CT, MRI giúp xác định khối u, vị trí, kích thước, đánh giá tình trạng tổ chức u thâm nhiễm xung quang, hạch, di căn tiểu khung ổ bụng.
- Xét nghiệm chất chỉ điểm khối u (tumor marker): CEA, CA 19-9, BTA (bladder tumor antigen); NMP 22 (nuclear matrix protein 22), TPA (tissue polypeptide antigen), Cyfra 21-1 tăng cao trong một số trường hợp. Có giá trị theo dõi đáp ứng điều trị, phát hiện bệnh tái phát, di căn xa.
- Chụp thận tiết niệu có cản quang tĩnh mạch UIV đánh giá hình thể và chức năng thận, niệu quản.
- Xạ hình xương bằng máy SPECT, SPECT/CT với 99mTc-MDP để đánh giá tổn thương di căn xương, chẩn đoán giai đoạn bệnh trước điều trị, theo dõi đáp ứng điều trị, đánh giá tái phát và di căn.
- Xạ hình thận chức năng bằng máy SPECT, SPECT/CT với 99mTc-DTPA để đánh giá chức năng thận trước điều trị và sau điều trị.
- Chụp UIV: đánh giá tổn thương tại bàng quang và hệ tiết niệu.
- Nội soi bàng quang: đánh giá tổn thương và sinh thiết u làm chẩn đoán xác định.
- Chụp PET/CT với 18F-FDG trước điều trị để chẩn đoán u nguyên phát, chẩn đoán giai đoạn bệnh; chụp sau điều trị để theo dõi đáp ứng điều trị, đánh giá tái phát và di căn; mô phỏng lập kế hoạch xạ trị.
- Xét nghiệm nước tiểu: tìm hồng cầu (đái máu vi thể), tìm tế bào ung thư.
- Sinh thiết u xét nghiệm mô bệnh học là tiêu chuẩn để chẩn đoán xác định. Đa số là ung thư biểu mô tế bào chuyển tiếp đường niệu.
- Xét nghiệm sinh học phân tử: giải trình tự nhiều gen.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm bàng quang
- U nhú bàng quang
- U cơ bàng quang
- Lao bàng quang.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị theo giai đoạn bệnh và phối hợp đa mô thức.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Phẫu thuật

Cắt u (qua nội soi, hoặc mổ mở), cắt bàng quang triệt để vét hạch, cắt toàn bộ bàng quang, phẫu thuật tạo hình bàng quang. Giai đoạn muộn phẫu thuật mở thông bàng quang, dẫn lưu niệu quản.

3.2.2. Hóa trị

- Hóa chất nội bàng quang hoặc toàn thân nhằm điều trị bổ trợ hoặc điều trị triệu chứng.
- Hóa chất nội bàng quang nên tiến hành sớm trong vòng 24 giờ, tốt nhất 2 giờ sau phẫu thuật. Các thuốc thường được sử dụng bao gồm BCG, mytomycin C, doxorubicin, epirubicin, cisplatin, gemcitabine...

3.2.3. Xạ trị

- Xạ trị chiếu ngoài:

Xạ trị tiền phẫu: cho các trường hợp khối u xâm lấn lan rộng ra các tạng xung quanh, liều 45Gy, phân liều 1,8-2Gy/ngày.

Xạ trị hậu phẫu: 50-64Gy phân liều 1,8-2Gy/ngày, tùy tổn thương có còn lại sau phẫu thuật không.

Xạ trị triệu chứng: giúp cầm máu, giảm đau 30Gy chia 3Gy x 10 buổi hoặc 40Gy chia 20Gy/ngày x 20 buổi.

Có thể dùng các kỹ thuật thường quy 3D, hoặc các kỹ thuật xạ trị tiên tiến giúp tăng hiệu quả, độ chính xác và giảm thiểu tác dụng phụ như xạ trị điều biến liều (Intensity Modulated Radiation Therapy: IMRT), xạ trị điều biến thể tích (Volumetric Modulated Arc Therapy: VMAT), xạ trị hạt nặng (Proton therapy, heavy ion).

- Xạ phẫu:

Xạ phẫu được chỉ định cho các trường hợp di căn một vài ổ (Oligometastasis) đặc biệt các trường hợp di căn não. Nhìn chung, ung thư bàng quang rất ít khi di căn não.

3.3. Điều trị dự phòng

Tránh tiếp xúc các tác nhân gây ung thư, sinh hoạt điều độ, không hút thuốc …

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuấn, Nguyễn Tuyết Mai (2010). Điều trị nội khoa bệnh ung thư. Nhà xuất bản Y học.

2. Nguyễn Chấn Hùng (2004). Ung bướu học nội khoa. Nhà xuất bản Y học.

3. Mai Trọng Khoa (2014). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung bướu. Nhà xuất bản Y học.

4. Trần Văn Thuấn, Lê Văn Quảng, Nguyễn Tiến Quang (2019). Hướng dẫn chẩn đoán điều trị bệnh ung thư thường gặp. Nhà xuất bản Y học.

5. Bùi Diệu và cs (2016). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh ung thư thường gặp. Nhà xuất bản Y học.

6. Nguyễn Văn Hiếu (2010). Điều trị phẫu thuật bệnh ung thư. Nhà xuất bản Y học.

7. Mai Trọng Khoa, Nguyễn Xuân Kử (2012). Một số tiến bộ về kỹ thuật xạ trị ung thư và ứng dụng trong lâm sàng. Nhà xuất bản Y học.

8. Mai Trọng Khoa (2016). Kháng thể đơn dòng và phân tử nhỏ trong điều trị ung thư. Nhà xuất bản Y học.

9. HansenEric K, Roach IIIMack (2010). Bladder Cancer. Handbook of evidence based radiation oncology. Spinger. 410-421.

10. National Comprehensive Cancer Network (2019). Bladder Cancer, version 2.2019. NCCN Clinical Practice Guideline in Oncology.

UNG THƯ DƯƠNG VẬT

1. ĐỊNH NGHĨA:

Ung thư dương vật thường là ung thư phát triển từ lớp biểu mô của niêm mạc quy đầu, bao quy đầu. Các ung thư xuất phát từ tế bào liên kết của dương vật rất ít gặp.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Chẩn đoán xác định:

2.1.1 Lâm sàng: phụ thuộc vào giai đoạn bệnh

- Ung thư dương vật giai đoạn đầu:

+ Thay đổi màu sắc da ở dương vật

+ Đau dương vật âm ỉ hoặc đau nhói, đặc biệt khi cương cứng hoặc va chạm

+ Rỉ máu, dịch mùi hôi ở đầu dương vật (hay gặp sau giao hợp).

+ Bao quy đầu khó di động

+ Xuất hiện các nốt, các sẩn, mụn cóc hoặc loét ở bao quy đầu.

- Ung thư dương vật giai đoạn tiến triển:

+ Các nốt và loét to lên, lan rộng xung quanh bao quy đầu.

+ Bao quy đầu mỏng căng, sáng hơn bình thường

+ Nếu không phát hiện và điều trị khối u vỡ, gây hoại tử vùng da dương vật.

+ Đầu dương vật tiết dịch mủ, mùi hôi.

+ Nổi hạch vùng bẹn, hạch to, rắn chắc, có thể vỡ ra da. Hạch có thể xâm lấn tĩnh mạch gây phù 1 hoặc 2 chân.

- Ung thư dương vật giai đoạn cuối:

+ Bệnh nhân mệt mỏi, gầy sút không rõ nguyên nhân.

+ Ung thư lan rộng khắp dương vật, lan cả ra da bìu, da mu.

+ U có thể gây tắc mạch trong vật hang làm dương vật cương cứng từ ngọn đến gốc.

+ U có thể xâm lấn tới tuyến tiền liệt và cổ bàng quang, có thể có các triệu chứng của di căn xa (phổi, xương..)

2.1.2 Cận lâm sàng:

- Siêu âm: xác định vị trí, kích thước và sự xâm lấn của khối u nguyên phát và hạch vùng hoặc hạch di căn.

- Chụp CT, MRI: Khi siêu âm không rõ ràng, đặc biệt trong trường hợp khối u xâm lấn dạng xốp dương vật. Giúp kiểm tra vùng háng, vùng xương chậu, độ sâu và xâm lấn của khối u.

- Sinh thiết tế bào: Sinh thiết khối u và sinh thiết hạch cho kết quả chẩn đoán bệnh chính xác.

3. ĐIỀU TRỊ:

- Phẫu thuật là biện pháp chủ yếu điều trị triệt căn ung thư dương vật, bao gồm cắt u và vét hạch khu vực. Tùy vào giai đoạn của bệnh mà bảo tồn hay cắt cụt dương vật, vét hạch bẹn 1 hay 2 bên.

- Hóa chất có thể được sử dụng trước phẫu thuật giúp thu nhỏ khối u và hạch. Hóa chất cũng có thể sử dụng sau phẫu thuật chống tái phát và di căn.

- Xạ trị được chỉ định bổ trợ sau phẫu thuật hoặc xạ trị điều trị triệu chứng (giảm đau, ung thư dương vật di căn xương…)

- Hóa xạ trị đồng thời trong trường hợp khối u lan rộng không phẫu thuật được, làm giảm đau, cải thiện thời gian sống.

- Điều trị dự phòng:

+ Vệ sinh cá nhân đặc biệt là bộ phận sinh dục

+ Phát hiện sớm hẹp bao quy đầu ở trẻ nhỏ để có biện pháp can thiệp kịp thời
+ Quan hệ tình dục an toàn
+ Điều trị triệt để các tổn thương lành tính tiền ung thư
+ Tiêm vắc xin HPV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Đoàn Hữu Nghị (2001). Ung thư dương vật. Bài giảng ung thư dương vật. Bộ môn Ung thư Trường Đại học Y Hà Nội, 200 – 205.
2. Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuấn, Nguyễn Tuyết Mai (2010). Điều trị nội khoa bệnh ung thư. Nhà xuất bản Y học.
3. Nguyễn Chấn Hùng (2004). Ung bướu học nội khoa. Nhà xuất bản Y học.
4. Nguyễn Đại Bình (2007). Chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư. Ung thư dương vật. Nhà xuất bản Y học. Tr: 269-281.
5. Van Poppel, N. A. Watkin, S. Osanto, L. Moonen, A. Horwich, V. Kataja (2018). Penile Carcinoma: ESMO Clinical Practice. Guidelines. Ann Oncol; 24 (Suppl 6): vi115-vi124.
6. National Comprehensive Cancer Network. (2019). Penile Cancer, version 2.2019. NCCN Clinical Practice Guideline in Oncology.

NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

1. ĐỊNH NGHĨA

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu (NKĐTN) là tình trạng nhiễm trùng các phần của đường tiết niệu, đặc trưng bởi sự hiện diện của vi khuẩn trong nước tiểu hoặc các triệu chứng biểu hiện sự xâm nhập của vi khuẩn ở một hoặc nhiều phần của đường tiết niệu. Tuỳ theo vị trí giải phẫu bị nhiễm trùng mà có tên gọi riêng.Các nhiễm khuẩn đường tiết niệu có thể chia thành 2 nhóm theo vị trí giải phẫu

– Nhiễm khuẩn đường tiết niệu trên: Nhiễm khuẩn từ thận cho tới lỗ niệu quản trong thành bàng quang, mà chủ yếu là tổn thương tại thận (viêm thận- bể thận).

– Nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới: Từ bàng quang tới miệng sáo niệu đạo, kể cả cơ quan sinh dục nam.

Nhiễm khuẩn ở các vị trí này có thể xảy ra đồng thời hoặc độc lập với nhau, và có thể không có triệu chứng.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Lâm sàng

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu là một danh từ chung, tuy vậy bệnh có thể xảy ra ở bất cứ cơ quan nào của đường tiết niệu, do đó triệu chứng lâm sàng rất đa dạng, tùy thuộc vào vị trí tổn thương, diễn biến cấp hoặc mạn tính và vào tuổi mắc bệnh.

2.1.1 Nhiễm khuẩn đường tiết niệu trên

Là trạng thái nhiễm khuẩn của thận cho tới miệng niệu quản, mà chủ yếu là ở nhu mô thận và thành của đài bể thận, tạo nên một bệnh lý đặc thù là viêm đài-bể thận cấp với các triệu chứng điển hình như sau:

- Sốt cao 39 – 40 0C, rét run, mạch nhanh.
- Đau thắt lưng một bên (hiếm khi đau hai bên).
- Tiểu đục, đái máu, đái buốt, đái rắt.
- Khi nhiễm khuẩn xảy ra trên một đường tiết niệu bị tắc nghẽn (do sỏi, chít hẹp niệu quản...) thì trước đó bệnh nhân có cơn đau quặn thận.
- Khám lâm sàng có thể thấy đau nhiều vùng hố thắt lưng, phản ứng cơ thắt lưng (+), có thể sờ thấy thận lớn đau.
- Toàn trạng thay đổi: Buồn nôn, nôn, gầy sút, mất ngủ.

2.1.2 Nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới

Là tình trạng nhiễm khuẩn của bàng quang niệu đạo kể cả bộ phận sinh dục của nam giới (tiền liệt tuyến, tinh hoàn). Có thể gặp các hình thái sau: viêm bàng quang, viêm niệu đạo, viêm tiền liệt tuyến, viêm tinh hoàn cấp, viêm mào tinh cấp...

- Viêm bàng quang cấp tính thường không có sốt. Ngược lại viêm tiền liệt tuyến và tinh hoàn thì thường có sốt, 390C.
- Toàn trạng ít thay đổi.
- Nổi bật là các triệu chứng kích thích bàng quang: Đái buốt, đái rắt, đau tức hạ vị. Nước tiểu đục, có mủ hoặc có máu.
- Viêm mào tinh-tinh hoàn cấp thì đau ở bìu dữ dội, cấp tính. Nhiều trường hợp nhầm lẫn với xoắn thừng tinh.
- Khám lâm sàng thấy đau ở hạ vị khi ấn, có khi phát hiện thấy cầu bàng quang mạn tính (ứ đọng nước tiểu trong bàng quang mạn tính), thăm trực tràng thấy tiền liệt tuyến to đau (viêm tiền liệt tuyến cấp); tinh hoàn một bên sưng nóng đỏ (viêm tinh hoàn mào tinh cấp).

Ngoài hai thể bệnh trên, có nhiều trường hợp nhiễm khuẩn tiết niệu không có biểu hiện lâm sàng, chỉ phát hiện được khi cấy nước tiểu có vi khuẩn.

2.2 Cận lâm sàng:
- Tổng phân tích nước tiểu
- Cấy khuẩn nước tiểu: định danh vi khuẩn và làm kháng sinh đồ
- Xét nghiệm máu: Tổng phân tích tế bào máu, tốc độ máu lắng (VSS), CRP, Sinh hóa máu (ure, creatinin)
- Siêu âm hệ tiết niệu
- Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị
- Chụp hệ tiết niệu qua tĩnh mạch (UIV)
- Chụp niệu quản-bể thận ngược dòng
- Chụp niệu đạo-bàng quang ngược dòng
- Chụp cắt lớp vi tính (CT Scan)

3. ĐIỀU TRỊ

3.1 Nguyên tắc điều trị :
- Điều trị NKĐTN với mục tiêu sau cùng là phải thải trừ vi khuẩn phát triển trong đường tiết niệu. Việc chọn lựa kháng sinh trong NKĐTN và thời gian điều trị kháng sinh phải xét đến các yếu tố sau:
- Hoạt phổ của kháng sinh kháng lại vi khuẩn đã biết hoặc vi sinh vật có khả năng lây bệnh nhất.
- NKĐTN đơn thuần hoặc phức tạp.
- Tiềm năng, các biến cố bất lợi của thuốc và chi phí.
- Thuốc kháng sinh tác động lên hệ vi khuẩn của ruột và âm đạo và sinh thái vi khuẩn bệnh viện. Độ nhạy cảm của vi sinh vật sẽ rất thay đổi ở những bệnh nhân đã tiếp xúc với các kháng sinh kể cả bệnh nhân nội trú và ngoại trú. Vì vậy, bác sĩ lâm sàng cần nắm bắt kịp thời những thay đổi về ảnh hưởng của việc dùng kháng sinh trên hệ sinh thái vi khuẩn và mức độ nhạy cảm của vi khuẩn đối với kháng sinh theo thời gian.

3.2 Một số nguyên tắc về điều trị kháng sinh trong nhiễm khuẩn đường tiết niệu (NKĐTN) :
- NKĐTN có thể được trị khỏi với những thuốc đạt nồng độ điều trị chỉ trong nước tiểu. Điều trị khỏi NKĐTN phụ thuộc vào nồng độ kháng sinh trong nước tiểu hơn là trong huyết thanh. Có sự tương quan chặt chẽ giữa mức độ nhạy cảm của vi sinh vật với nồng độ kháng sinh đạt được trong nước tiểu. Khi có nhiễm khuẩn huyết đồng thời xảy ra với NKĐTN, nồng độ kháng sinh đạt được trong máu rất quan trọng và cần điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch.
- Bệnh nhân NKĐTN có sốt cao, lạnh run và tăng bạch cầu máu cần điều trị kháng sinh khởi đầu bằng đường tĩnh mạch.
- Bệnh nhân NKĐTN trên cần điều trị kháng sinh từ 10 ngày đến 2 tuần.
- Ở những bệnh nhân NKĐTN trên đơn thuần, kháng sinh trị liệu có thể được chuyển từ đường tĩnh mạch sang đường uống sau khi hết sốt vài ngày. Nhóm kháng sinh fl uoroquinolones có thể dùng mở rộng trong trường hợp này. Những bệnh nhân chọn lọc không nhiễm độc, giảm miễn dịch, có thai hoặc nôn mửa có thể điều trị ban đầu bằng đường uống.
- Vi khuẩn phải được thanh lọc khỏi nước tiểu trong vòng 24 đến 48 giờ sau điều trị, nếu vẫn còn vi khuẩn trong nước tiểu, kháng sinh trị liệu nên được thay đổi dựa trên kết quả nhạy cảm của kháng sinh đồ.
- Bệnh nhân nhiễm khuẩn mắc phải từ cộng đồng của đường tiết niệu trên có kết quả nhuộm gram với vi khuẩn gram âm cần được điều trị bằng kháng sinh phổ rộng.Những kháng sinh phổ rộng được khuyến cáo có thể là cephalosporins thế hệ 3,aztreonam, và

aminopenicillins.
- Bệnh nhân vẫn còn sốt hoặc nhiễm độc mặc dù đã trị liệu với kháng sinh thích hợp, nên tìm những ổ ápxe quanh thận hoặc áp xe của vỏ thận.
- Ở những bệnh nhân viêm thận-bể thận do nhiễm khuẩn mắc phải từ bệnh viện, có bệnh sử nhiễm khuẩn tái đi tái lại hoặc nhiễm khuẩn lần đầu với vi khuẩn kháng thuốc, điều trị kháng sinh ban đầu phải là một kháng sinh phổ rộng kháng được vi khuẩn Pseudomonas.
Khi đã có kết quả vi khuẩn học và kháng sinh đồ,có thể điều chỉnh kháng sinh điều trị.
- Nhiễm nấm candida đường tiết niệu cũng thường gặp ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch, bệnh nhân đái tháo đường hoặc bệnh nhân đã có điều trị kháng sinh trước đó.
- NKĐTN với đa vi khuẩn có thể gặp ở bệnh nhân có sỏi thận, ápxe thận mạn,đặt ống thông niệu đạo-bàng quang, hoặc bệnh nhân có lỗ rò bàng quang với ruột hoặc rò bàng quang-âm đạo.
- Ở những bệnh nhân có suy thận cần phải điều chỉnh liều kháng sinh cho những kháng sinh thải trừ chủ yếu qua thận mà không có cơ chế thải trừ khác. Khi có suy thận,thận có thể không đủ khả năng cô đặc kháng sinh trong nước tiểu, tắc nghẽn đường tiết niệu cũng có thể làm giảm nồng độ kháng sinh trong nước tiểu, như vậy sẽ ảnh hưởng đến việc thải trừ vi khuẩn trong nước tiểu.
- Liệu trình ngắn ngày (3 ngày) cho NKĐTN dưới (viêm bàng quang ở bệnh nhân nữ trẻ) có hiệu quả như liệu trình 7- 14 ngày. Bệnh nhân nam bị viêm bàng quang nói chung được điều trị kháng sinh ít nhất 7 ngày vì có liên quan đến các yếu tố gây biến chứng, đặc biệt viêm tuyến tiền liệt.
- Viêm bàng quang ở phụ nữ lớn tuổi chưa được nghiên cứu nhiều. Ở phụ nữ lớn tuổi có triệu chứng điển hình của viêm bàng quang có thể được điều trị 3 ngày với fluoroquinolones hoặc Cotrimoxazole. Tái phát sau 3 ngày điều trị nên được xem xét những chứng cứ của NKĐTN trên và hướng dẫn điều trị như đã mô tả ở trên nên được theo dõi.
- Ở phụ nữ có thai có khuẩn niệu không triệu chứng được xem là có nguy cơ xảy ra viêm thận-bể thận sau khi có thai. Một số nghiên cứu đã ghi nhận có sự liên quan giữa khuẩn niệu không triệu chứng trong giai đoạn thai kỳ và sinh non, trẻ sơ sinh thiếu cân, tiền sản giật. Vì vậy sự hiện diện của vi khuẩn trong nước tiểu ở người có thai dù có triệu chứng hay không, phải được điều trị và theo dõi tích cực hơn những trường hợp khác.
- Trong điều trị NKĐTN, không đủ chứng cứ chứng minh kháng sinh diệt khuẩn có hiệu quả hơn kháng sinh kìm khuẩn. Điều trị phối hợp không chọn lọc đồng thời nhiều kháng sinh không cho kết quả tỉ lệ khỏi bệnh cao hơn điều trị từng kháng sinh đơn lẻ có trong phối hợp kháng sinh.
- Kháng sinh dùng trong điều trị NKĐTN bị ảnh hưởng bởi sự thay đổi pH nước tiểu. Kiềm hóa nước tiểu làm tăng hoạt tính của nhóm kháng sinh aminoglycosides(streptomycin, kanamycin, gentamicin, tobramycin, amikacin), benzylpenicillin, vàerythromycin). Toan hóa nước tiểu tăng hoạt tính của tetracyclines, nitrofurantoin và methenamine mandelate

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở Việt Nam. Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam (VUNA) 2013
2. Grabe M., Bjerklund – Johansen T.E., H Botto et al. 2012. Guidelines on Urological Infections. European Association of Urology. p 33-38.
3. Ksycki MF. 2009. Nosocomial urinary tract infections. Surg Clin North Am. 89(2): p 475-481.
4. Litza JA. Urinary tract infections. 2010. Prim Care; 37 (3): p 491-507

5. Mandell, Douglas, Bennett's. 2010. Presumptive diagnosis of urinary tract infections. Principles & Practice of Infectious Diseases, 7th edition.
6. Neal DE J. 2008. Complicated urinary tract infections. Urol Clin North Am. 35(1):p 13-22. Nicolle LE. 2008. Uncomplicated urinary tract infection in adults including uncomplicated pyelonephritis. Urol Clin North Am; 35(1): p. 1-12.

GIÃN TĨNH MẠCH THỪNG TINH

1. ĐỊNH NGHĨA:

Giãn tĩnh mạch thừng tinh là hiện tượng giãn bất thường của tĩnh mạch tinh và đám rối tĩnh mạch tinh (bình thường, tĩnh mạch tinh của đám rối tĩnh mạch tinh có đường kính khoảng từ 2mm trở xuống). Giãn tĩnh mạch tinh là một bệnh lý rất phổ biến và thường gặp ở nam giới. Lý do chủ yếu để người bệnh đi khám là đau tức vùng bệnh bìu hoặc hiếm muộn con cái.

Bệnh hiếm khi xuất hiện trước tuổi dậy thì, ở lứa tuổi thiếu niên tỷ lệ gặp phải từ 8-19% nhưng kể từ lứa tuổi vị thành niên, theo thống kê chung của các tác giả ở khoảng 15% cộng đồng nam giới. Tuy nhiên, trong nhóm vô sinh nam giới, tỷ lệ này cao hơn nhiều. Giãn tĩnh mạch tinh là nguyên nhân gây ra 15-25% các trường hợp vô sinh nam nguyên phát và 75-81% vô sinh nam thứ phát.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Giãn tĩnh mạch thừng tinh (Varicocele) thường không có dấu hiệu hay triệu chứng

- Cơn đau có thể: Khác nhau từ khó chịu, cảm giác nặng nề đến đau rõ nét, tăng với đứng, ngồi hoặc gắng sức, đặc biệt là trong thời gian dài.
- Giảm đau khi nằm ngửa.
- Bệnh nhân tự nhìn thấy hay sờ thấy búi tĩnh mạch giãn to ngoằn ngoèo như búi giun nằm trong bìu khi đứng.
- Bệnh nhân tự sờ thấy tinh hoàn một bên nhỏ hơn bên đối diện và lo lắng đi khám bệnh.
- Vô sinh
- Varicocele thường ở tuổi dậy thì và thường xảy ra ở phía bên trái, rất có thể vì vị trí của các tĩnh mạch tinh hoàn trái. Tuy nhiên, varicocele trong một tinh hoàn có thể ảnh hưởng đến sản xuất tinh trùng trong cả hai tinh hoàn.
- Lâm sàng khám nhìn hoặc sờ thấy búi giãn tịnh mạch như búi giun ở bùi đa số bìu trái

2.1.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm Doppler màu

Siêu âm là phương pháp được chỉ định đầu tiên để đánh giá tĩnh mạch thừng tinh khi lâm sàng có các dấu hiệu gợi ý. Là một công cụ có giá thành rẻ, dễ làm và có độ đặc hiệu cao, đặc biệt giúp chẩn đoán sớm những trường hợp mà lâm sàng khám không rõ ràng. Siêu âm Dopper màu cuống tĩnh mạch tinh hoàn để đánh giá chính xác mức độ giãn tĩnh mạch tinh. Bình thường khẩu kính tĩnh mạch tinh dưới 2mm. Gọi là giãn tĩnh mạch tinh khi có ít nhất một tĩnh mạch trong đám rối tĩnh mạch có đường kính lớn hơn 2mm, có hồi lưu khiến tĩnh mạch phình to hơn sau khi bệnh nhân đứng dậy hoặc làm nghiệm pháp Valsava

Trên thăm khám siêu âm: đường kính tĩnh mạch tinh > 2,5mm thì được chẩn đoán là giãn, thường phối hợp nghiệm pháp Valsava để đánh giá những trường hợp kín đáo.

- Siêu âm ổ bụng và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng

Là những xét nghiệm cần thiết khi có giãn tĩnh mạch tinh nhằm loại trừ các trường hợp giãn tĩnh mạch tinh thứ phát do các khối u sau phúc mách hay ở tiểu khung chèn ép.

- Phân độ giãn tĩnh mạch tinh trên lâm sàng

Độ 0: Giãn tĩnh mạch tinh chưa có biểu hiện lâm sàng. Không phát hiện được khi thăm

khám, chỉ phát hiện được khi các thăm dò cận lâm sàng như siêu âm (gọi là giãn tĩnh mạch tinh khi có ít nhất một tĩnh mạch trong đám rối tĩnh mạch có đường kính > 3mm, có hồi lưu khiến phình to hơn sau khi bệnh nhân đứng dậy hoặc cho làm nghiệm pháp gắng sức).
Độ 1: Giãn tĩnh mạch tinh sờ thấy hoặc nhìn thấy khi làm nghiệm pháp gắng sức.
Độ 2: Giãn tĩnh mạch tinh sờ thấy nhưng không nhìn thấy khi đứng thẳng mà không cần làm nghiệm pháp Valsava.
Độ 3: Giãn tĩnh mạch tinh nhìn thấy hiện rõ ở da bìu khi đứng thẳng.
Những trường hợp giãn tĩnh mạch độ 2 và 3 có nhiều nguy cơ gây vô sinh nam giới hơn.
- Tinh dịch đồ
Chỉ định trong những trường hợp vô sinh nhằm đánh giá ảnh hưởng của giãn tĩnh mạch tinh đối với chức năng sinh sản tinh trùng.
2.2. Chẩn đoán phân biệt
- Thoát vị bẹn
- Viêm tinh hoàn và mào tinh hoàn
- Viêm thừng tinh
- Nang thừng tinh, u thừng tinh
- Tràn dịch màng tinh hoàn
- U tinh hoàn

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị
Mục đích của điều trị là niêm phong tĩnh mạch bị ảnh hưởng để chuyển hướng lưu lượng máu vào tĩnh mạch bình thường, làm tăng số lượng và chất lượng tinh trùng, tăng tỷ lệ có thai cho vợ chồng người bệnh.
3.2. Điều trị cụ thể
Điều trị nội khoa hầu như không có kết quả với giãn tĩnh mạch tinh. Hiện nay, điều trị giãn tĩnh mạch tinh chủ yếu là điều trị can thiệp ngoại khoa
3.2.1. Chỉ định
- Giãn tĩnh mạch tinh gây triệu chứng đau tức vùng bẹn bìu kéo dài ảnh hưởng tới sinh hoạt và khả năng lao động.
- Giãn tĩnh mạch tinh kết hợp với teo tinh hoàn.
- Giãn tĩnh mạch tinh phát hiện trên một cặp vợ chồng vô sinh.
- Giãn tĩnh mạch tinh kèm theo bất thường về tinh dịch đồ.

3.2.1. Các phương pháp sửa chữa bao gồm:
- Mổ mở
- Mổ nội soi
- Vi phẫu thuật.

Các kỹ thuật mổ khác nhau nhưng mục đích đều giống nhau là thắt tĩnh mạch tinh nhằm tránh trào ngược máu từ tĩnh mạch thận vào đám rối tĩnh mạch tinh.
Phương pháp phẫu thuật nội soi ổ bụng (qua phúc mạc hoặc sau phúc mạc) là phương pháp thay thế cho phẫu thuật mở cổ điển khi bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật với tỷ lệ thành công tương tự.
- Nút mạch chọn lọc dưới hướng dẫn của X-quang

Dưới hướng dẫn của X-quang, luồn ống catheter vào tĩnh mạch đùi bên phải rồi đi lên tới tĩnh mạch chủ dưới, sang tĩnh mạch thận rồi đi xuống tĩnh mạch tinh và nút mạch chọn lọc vào nhánh tĩnh mạch tinh giãn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aqueline A, Megan W, Kimberly C. Varicose Veins: Diagnosis and Treatment; Am Fam Physician. 2019 Jun 1;99(11):682-688. aafp.org/afp/2019/0601/p682

2. Brittenden J, Cotton SC, Elders A, et al. A randomized trial comparing treatments for varicose veins. N Engl J Med. 2014;371(13):1218–1227
3. Harlip I, Jarow J, Belker A, Damewood M et al. AUA Guideline Varicocele Best Practice. AUA best Pract policy ASRM Pract Comm. 2001; 4:2-3.
4. Ferri FF. Varicocele. In: Ferri's Clinical Advisor 2018. Philadelphia, Pa.: Elsevier; 2018.
5. Wein AJ, et al., eds. Male infertility. In: Campbell-Walsh Urology. 12th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier; 2020; 1428:1484
6. Johnson D, et al. Treatment of varicoceles: techniques and outcomes. Fertility and Sterility. 2017; 108:378

TINH HOÀN LẠC CHỖ

1. ĐỊNH NGHĨA:

Tinh hoàn lạc chỗ (cryptorchidism) là một tinh hoàn không di chuyển vào vị trí đúng của nó trong bao da treo phía sau dương vật (bìu) trước khi bé trai ra đời. Thông thường chỉ có một tinh hoàn bị ảnh hưởng, nhưng trong một số trường hợp cả hai tinh hoàn có thể lạc chỗ.

Một tinh hoàn lạc chỗ phổ biến hơn ở bé trai sinh non hoặc trước 37 tuần.

Đối với hầu hết các bé trai sinh ra với một hoặc hai tinh hoàn lạc chỗ, vấn đề tự sửa chữa trong vòng vài tháng sau sinh. Nếu trẻ sơ sinh có một tinh hoàn lạc chỗ không tự điều chỉnh, phẫu thuật thường có thể được sử dụng để di chuyển nó vào bìu.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Lâm sàng thường chia thành hai thể của tinh hoàn lạc chỗ là thể sờ thấy và thể không sờ thấy

- Người bệnh có thể tự sờ nhưng không thấy tinh hoàn ở dưới bìu hoặc sờ thấy ở ống bẹn có khối u nổi lên.
- Thăm khám vùng bẹn bìu: Nhìn thấy một bên bìu xẹp hẳn so với bên đối diện, rõ nhất là những trường hợp tinh hoàn không xuống bìu cả hai bên, ta có thể nhìn thấy cả hai bên bìu dái đều xẹp hẳn xuống. Nhìn đôi khi cũng phát hiện được các dị tật kèm theo.
- Trong khoảng 80% trường hợp, bác sĩ có thể sờ thấy tinh hoàn nằm ở trên trong ống bẹn. Tuy nhiên tinh hoàn ẩn thể trong ổ bụng hoặc lỗ bẹn sâu khi khám không sờ thấy tinh hoàn.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: Là một phương tiện chẩn đoán không xâm nhập, rẻ tiền và có thể thực hiện được nhiều lần. Tuy nhiên đối với bệnh lý tinh hoàn ẩn thể không sờ thấy thì vai trò xác định vị trí tinh hoàn của siêu âm rất hạn chế, tỷ lệ âm tính giả và dương tính giả cao.
- Nội soi: Có rất nhiều báo cáo cho thấy nội soi có vai trò rất lớn trong chẩn đoán và điều trị tinh hoàn ẩn thể không sờ thấy. Qua nội soi có thể xác định được vị trí và tính chất của tinh hoàn để đưa ra phương pháp điều trị phù hợp
- Chụp CT Scanner: Có giá trị trong chẩn đoán tinh hoàn thể không sờ thấy
- MRI: có giá trị trong xác định vị trí của tinh hoàn trong trường hợp tinh hoàn ẩn không sờ thấy - Chụp tuyến sinh dục có bơm thuốc cản quang
- Xét nghiệm nhiễm sắc thể: nên được tiến hành một cách hệ thống để phát hiện các trường hợp giới tính không xác định.
- Nghiệm pháp HCG: là một nghiệm pháp được sử dụng để xác định xem tinh hoàn có hay không có trong trường hợp cả hai tinh hoàn đều không sờ thấy.
- Các xét nghiệm nội tiết tố: LH, FSH, prolactin, estradiol và testosterone.
- Các xét nghiệm chỉ điểm khối u: αFP, β-HCG nên làm để phát hiện các trường hợp ác tính

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị mục đích điều trị

- Giảm nguy cơ vô sinh do các biến đổi bất lợi về mô học của tinh hoàn.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho việc thăm khám hoặc bệnh nhân tự thăm khám tinh hoàn để theo dõi và phát hiện sớm ung thư tinh hoàn.
- Xử trí các trường hợp thoát vị bẹn kèm theo.
- Phòng ngừa khả năng xoắn tinh hoàn.

- Cải thiện về mặt tâm lý.

3.2. Điều trị cụ thể:

Trẻ cần phát hiện sớm và điều trị trước 2 tuổi. Nếu có thể sờ thấy tinh hoàn ở ống bẹn, tinh hoàn thường tự di chuyển xuống mà không cần điều trị. Nếu tới lúc trẻ được 6 tháng tuổi mà tinh hoàn vẫn không tự di chuyển xuống, có thể cần một số biện pháp can thiệp.

3.2.1 Điều trị nội tiết

Cơ chế của điều trị nội tiết dựa trên lý luận cho rằng nguyên nhân của tinh hoàn ẩn là do tổn thương trục dưới đồi - tuyến yên - tuyến sinh dục.

Các thuốc nội tiết được dùng là

- HCG: Gonadotropin nhau thai của người. Tác dụng của HCG giống LH của tuyến yên, kích thích tế bào Leydig tiết ra Testosteron và sau đó Testosteron sẽ biến thành Dihydrotestosteron, và chất này sẽ tác dụng trực tiếp lên mào tinh hoàn, dây kéo tinh hoàn và đưa dần tinh hoàn xuống bìu. Liều dùng: Trẻ từ 1-2 tuổi là 300UI/một lần tiêm, 3-7 tuổi là 700UI, trên 7 tuổi là 1500UI. Tiêm bắp ngày một lần, mỗi lần tiêm cách nhau 3 ngày với tổng liều là 9 lần tiêm (tổng liều không nên quá 1500UI). Điều trị lặp lại ít có hiệu quả.
- GNRH: Hormon giải phóng Gonadotropin ngoại sinh, Đồng phân tổng hợp của GNRH là Naferelin hay Buserelin kích thích lên tuyến yên phóng thích LH và FSH dẫn đến tăng tạo Steroid sinh dục.

+ Liều dùng 1,2mg/ngày dưới dạng xịt mũi, liên tục trong 4 tuần.

+ Khi kết hợp GNRH và HCG có thể làm tăng tỉ lệ thành công lên 60%.

+ Đối với tinh hoàn ẩn thể không sờ thấy nằm ở vị trí cao trong ổ bụng thì điều trị nội tiết trước phẫu thuật sẽ làm cho tỉ lệ thành công của phẫu thuật tăng lên do làm tăng kích thước tinh hoàn và làm mạch máu tinh hoàn phát triển to lên và kéo dài ra làm thuận lợi cho phẫu thuật

3.2.2. Phẫu Thuật

Phẫu thuật được chỉ định nếu điều trị nội khoa không hiệu quả

- Thể sờ thấy: mổ mở hạ tinh hoàn xuống bìu
- Thể không sờ thấy: có thể mổ mở với đường mổ cao ngoài phúc mạc hoặc mổ nội soi 1 thì hoặc 2 thì.
- Ghép tinh hoàn tự thân: Đây là một kĩ thuật rất khó và chỉ định rất hạn chế.
- Các động mạch và tĩnh mạch tinh hoàn sau khi cắt rời được nối vào động mạch thượng vị dưới
- Cắt tinh hoàn và đặt tinh hoàn giả: Khi bệnh nhân đến khám muộn sau tuổi dậy thì, nhiều tác giả chủ trương cắt bỏ tinh hoàn trong những trường hợp tinh hoàn trong ổ bụng để tránh nguy cơ ung thư hóa

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Lê Ngọc Từ (2003), "Tinh hoàn ẩn", bệnh học tiết niệu, NXB Y Học, Hà Nội, tr. 647- 653.

2. Nguyễn Thanh Liêm (2002), "Tinh hoàn không xuống bìu", Phẫu thuật tiết niệu trẻ em, NXB Y Học, tr. 213 - 234.

3. Vũ Lê Chuyên, Lê Anh Tuấn, Đặng Quang Tuấn, Nguyễn Thành Như, Nguyễn Văn Ân (2008), "Kinh nghiện ban đầu trong chẩn đoán và điều trị tinh hoàn ẩn không sờ thấy qua nội soi ổ bụng'', Y học TP. Hồ Chí Minh, 12(1), tr. 290 - 294

4. Hinman F (2010), "Testis: Repair ang Reconstruction" in Atlas of urologic surgery (Second edition), W. B. Saunders Company, pp. 303 - 341.

5. Hutson J.M. (2019) Orchidopexy. In: Puri P., Höllwarth M. (eds) Pediatric Surgery. Springer Surgery Atlas Series. Springer, Berlin, Heidelberg.

6. Kolon TF, Herndon CDA, Baker L a, et al. AUA Guideline UDT. AUA Clin Guidel.

XOẮN TINH HOÀN

1. ĐỊNH NGHĨA:

Xoắn tinh hoàn là xoắn các cấu trúc của thừng tinh, ngăn cản nguồn cung cấp máu gây nên hoại tử hoặc teo tinh hoàn - mào tinh. Nguyên nhân xoắn: do tinh hoàn không được cố định vững chắc. Cơ chế xoắn chưa rõ, có thể do co kéo của cơ nâng tinh hoàn, cơ Dartos và tăng testosteron. Xoắn tinh hoàn gồm có: xoắn ngoài bao tinh mạc (tinh hoàn ẩn) và xoắn trong bao tinh mạc (tinh hoàn không được cố định). Thương tổn tinh hoàn tùy thuộc mức độ và thời gian xoắn. Xoắn nhẹ làm tắc tĩnh mạch dẫn đến phù nề tinh hoàn và gây đau. Xoắn nặng và kéo dài dẫn đến hoại tử tinh hoàn. Xoắn tinh hoàn là một cấp cứu ngoại khoa, xử trí muộn thường phải cắt tinh hoàn.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

- Lý do nhập viện: đau bìu (đau đột ngột, đau dữ dội); bìu sưng tấy đỏ (ở trẻ sơ sinh) có thể kèm đau bụng (20-30%), nôn (20-30%), sốt (16%), tiểu lắt nhắt (4%).
- Tiền sử: có thể có tinh hoàn ẩn hoặc tinh hoàn di động lò xo
- Khám: Bìu tấy đỏ tím dần, tinh hoàn căng to, chắc, ấn đau tại tinh hoàn và dọc theo thừng tinh, mất phản xạ da bìu. Một khối căng, nóng, đỏ, đau ở vùng bẹn, khám không thấy tinh hoàn ở bìu (tinh hoàn ẩn).
- Tinh hoàn bị kéo lên cao phía lỗ bẹn nông, nắn vào tinh hoàn bệnh nhân đau và đau khi nắn dọc theo ống bẹn. Đây là một triệu chứng quan trọng để chẩn đoán.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm: công thức máu, tổng phân tích nước tiểu.
- Siêu âm Doppler màu: xác định luồng máu đến tinh hoàn.
- Đồng vị phóng xạ

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Thoát vị bẹn nghẹt: Thường vẫn nắn thấy tinh hoàn ở ngoài khối thoát vị và nắn không đau.
- Viêm mào tinh hoặc viêm tinh hoàn - mào tinh hoàn: Thường ít biểu hiện cấp tính, thường có dịch rỉ ra ở niệu đạo và hay gặp ở bệnh nhân bị hẹp niệu đạo sau hoặc trước do các nguyên nhân khác nhau.
- Viêm nhiễm cấp tính, áp xe ở da, tổ chức dưới da ở vùng ống bẹn, bìu: Da viêm tấy đỏ, sốt cao, vẫn nắn thấy tinh hoàn không đau, chọc dò hút ra mủ.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Giải quyết sớm tình trạng xoắn tinh hoàn nhằm ngăn ngừa tinh hoàn bị hoại tử.
- Có chỉ định mổ thám sát khi có nghi ngờ xoắn tinh hoàn.

3.2. Phẫu thuật.

Nguyên tắc: Là một phẫu thuật cấp cứu trong niệu khoa

- Giải quyết thương tổn tinh hoàn bị xoắn.
- Cố định tinh hoàn đối bên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Ngọc Bích (1998): Xoắn hoại tử tinh hoàn. Nhi khoa, 1: 115-117

2. Walls RM, et al., eds. Selected urologic disorder. In: Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 9th ed. Philadelphia, Pa.: Elsevier; 2018

3. Ferri FF. Testicular torsion. In: Ferri's Clinical Advisor 2018. Philadelphia, Pa.:

Elsevier; 2018
4. Bowlin PR, et al. Pediatric testicular torsion. Surgical Clinics of North America.
5. Palmer JS, Palmer LS. Management of abnormalities of the external genitalia in boys. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Partin AW, et al., editors. Campbell-Walsh urology. 12th. Philadelphia: Elsevier; 2020. p. 871–903

TRÀN DỊCH MÀNG TINH HOÀN

1. ĐỊNH NGHĨA

Tràn dịch màng tinh hoàn là hiện tượng bệnh lý ứ nước: nước trong, vàng chanh hay đục giữa hai lá màng tinh hoàn.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

- Gặp ở mọi lứa tuổi
- Bìu to tăng dần, căng tức, không đau.
- Khó sờ nắn được tinh hoàn, mào tinh.
- Không kẹp được màng tinh hoàn.
- Soi đèn vào bìu: phần dich sáng hơn và phân biệt được với tinh hoàn, mào tinh có màu tối.
- Khám ống bẹn, lỗ bẹn bình thường.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm doppler: Tinh hoàn và mào tinh hoàn bình thường, tưới máu đều, được bao quanh là khối dịch đồng nhất, di động
- Siêu âm ổ bụng, hệ tiết niệu giúp loại trừ một số bệnh lý

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Thoát vị bẹn.
- Nang mào tinh, nang thừng tinh.
- U tinh hoàn, u mào tinh hoàn
- Xoắn thừng tinh, thoát vị bẹn nghẹt, viêm tinh hoàn, …

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Mục tiêu điều trị

Hết tràn dịch màng tinh hoàn

3.2. Điều trị cụ thể

- Trẻ sơ sinh thì theo dõi, có thể tự khỏi.
- Trẻ em sau 18 - 24 tháng nếu tràn dịch không hết, đa phần do còn ống phúc tinh mạc thì mổ thắt ống phúc tinh mạc
- Phương pháp chọc hút dịch: Hiện nay ít sử dụng do tỷ lệ tái phát cao.
- Phương pháp ngoại khoa là chủ yếu .

+ Cắt lộn màng tinh hoàn.
+ Mở cửa sổ màng tinh hoàn.
+ Cắt bớt lá thành màng tinh hoàn.
+ Lộn xếp lá thành màng tinh hoàn.
+ Trẻ em: Luôn chú ý tới bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc, chính vì vậy khi phẫu thuật cần thắt ống phúc tinh mạc để tránh tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh học Thận – tiết niệu (trang 566-570)
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Tràn dich màng tinh hoàn. Hội tiết niệu – Thận Học Việt Nam (VUNA) 2015.
3. Bài giảng bệnh học ngoại khoa – ĐH Y Hà Nội
4. Bệnh học Nam khoa – ĐH Y Hà Nội
5. Cambell's Urology 2012.

VIÊM TINH HOÀN

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tinh hoàn là hiện tượng viêm xảy ra khu trú tại nhu mô tinh hoàn có thể là do nhiễm khuẩn hoặc không do nhiễm khuẩn. Viêm tinh hoàn được chia thành các loại viêm cấp tính và viêm mãn tính dựa theo thời gian tồn tại các triệu chứng của bệnh.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

- Viêm tinh hoàn cấp tính có các triệu chứng điển hình là: sốt cao, ớn lạnh, tinh hoàn bị xơ cứng và đau, cảm giác đau có thể lan sang vùng háng, da bìu sưng đỏ, phù nề, mào tinh sưng to, xuất tinh ra máu, đi tiểu ra máu chảy mủ từ dương vật… Viêm tinh hoàn cấp tính thường do tình trạng nhiễm trùng đường tiết niệu và các bệnh lý tuyến tiền liệt.
- Viêm tinh hoàn mạn tính khi điều trị viêm tinh hoàn cấp không triệt để hoặc không điều trị: tinh hoàn sưng lên dần rồi sau đó mới có biểu hiện xơ cứng, thỉnh thoảng có thể xuất hiện cơn đau nhẹ ở tinh hoàn, nhiều trường hợp có thể dẫn tới teo tinh hoàn… Bệnh tiến triển khá chậm và thường sau 1-2 năm mới có biểu hiện bệnh rõ rệt. Nếu không điều trị kịp thời thì khó có thể chữa khỏi bệnh.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm Doppler mầu cho phép đánh giá mức độ tưới máu và các cấu trúc giải phẫu của tinh hoàn. Trường hợp viêm tinh hoàn mào tinh hoàn tinh hoàn sẽ tăng kích thước, tăng tưới máu tinh hoàn, tốc độ dòng chảy tăng.
- Bạch cầu tăng, đặc biệt là đa nhân trung tính
- Soi tươi và nuôi cấy nước tiểu giữa dòng có thể xác định loại vi khuẩn gây bệnh. Phân tích nước tiểu toàn bộ có thể thấy bạch cầu trong nước tiểu hoặc test phân hủy bạch cầu dương tính, hoặc thể nitrit
- Nhuộm soi và nuôi cấy dịch niệu đạo xác định các nguyên nhân gây viêm niệu đạo.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Xoắn tinh hoàn
- Thoát vị bẹn
- Tràn dịch màng tinh hoàn

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Dựa vào phân loại viêm tinh hoàn mào tinh hoàn để có các biện pháp điều trị thích hợp
- Trường hợp viêm tinh hoàn mào tinh hoàn do nhiễm khuẩn dựa trên kết quả kháng sinh đồ để điều trị

3.2. Điều trị cụ thể

- Điều trị kháng sinh, thường là nhóm quinolon và cephalosphorin
- Điều trị nâng đỡ: Giảm đau nonsteroid, nâng đỡ bìu, hạn chế vận động, nghỉ ngơi tại giường, tăng cường dinh dưỡng và vitamine.
- Kết hợp corticoid

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh học tiết niệu – NXB ĐH Y Hà Nội

2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Viêm tinh hoàn – mào tinh hoàn. Hội tiết niệu – Thận Học Việt Nam (VUNA) 2015.

3. Bệnh học Ngoại khoa – ĐH Y Hà Nội

4. Bệnh học Nam khoa – ĐH Y Hà Nôi

5. Cambell's Urology 2012.

HỘI CHỨNG FOURNIER

1. ĐỊNH NGHĨA

Là một hoại tử nhiễm khuẩn dưới da bắt đầu từ biu rồi lan tỏa dần lên tới vùng các lớp cân. Tiên lượng tùy thuộc vào việc chẩn đoán sớm và việc điều trị có tích cực hay không.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Khởi đầu thường dữ dội:

- Biểu hiện nhiễm độc toàn thân và suy kiệt, sốt cao, rét run (đôi khi thân nhiệt hạ quá thấp)
- Đau vùng bìu kèm theo hiện tượng phù nề gây căng phồng tại chỗ
- Bìu trở nên rắn rất nhanh, đau, sưng đỏ và tiết dịch. Xuất hiện các vết lằn màu nhạt trên da kèm theo những mảng hoại tử thâm đen, lan nhanh xuống dưới bìu và lên cao trên bụng.
- Sờ sẽ thấy tiếng lạo xạo của khí ở dưới da
- Khi có những ổ mủ tiết dịch: dịch mủ màu vàng nâu và rất hôi thối.

2.1.2. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: tăng bạch cầu, tốc độ lắng máu cao, rối loạn điện giải, suy gan, thận,..
- Siêu âm ổ bụng, bẹn biu hoặc CT scan có tình trạng phù nề thành da biu, tăng sinh mạch máu, có các ổ dịch mủ, và có khí dưới da
- Nuôi cấy vi khuẩn thường bắt gặp cả 02 nhóm vi khuẩn yếm khi và hiếu khi

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm mào tinh hoàn, tinh hoàn
- Apxe bìu

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Mục tiêu điều trị

- Chặn đường lây lan, phát triển của vi khuẩn lên phần trên cơ thể
- Thoát shock nhiễm khuẩn

3.2. Điều trị cụ thể

- PT làm dẫn lưu bàng quang, kết hợp làm hậu môn nhân tạo. Mở rộng hoàn toàn vết thương, cắt lọc rộng rãi, để hở hoàn toàn vết thương
- Dùng kháng sinh phổ rộng và mạnh ngay từ đầu
- Hồi sức tích cực, bù điện giải,…
- Thay băng cắt lọc tích cực hằng ngày
- Nâng cao thể trạng, sức đề kháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Quán Anh (2003), " Hoại thư cơ quan sinh dục: Bệnh Fournier", Bệnh học Tiết niệu. Nxb Y học Hà Nội, tr 377-379

2. Nguyễn Đức Chính, Phạm Hải Bằng. '' Nhiễm trung hoại tử tầng sinh môn Fournier", vietduchospital.edu.vn/news_detail.asp?ID=1&IDN=2980

3. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Fournier. Hội tiết niệu – Thận Học Việt Nam (VUNA) 2013.

4. Atakan IH et.A life-threatening infection : Fournier's gangrene, Int Urol Nephrol. 2002; 34(3);387-92

5. P.Cadot; I,Rouquette et al. Les cellulites grave ou gangrene de Fournier de perinee.

J.Chi.2003, 140, N01.

BỆNH THẬN ĐA NANG

1. ĐỊNH NGHĨA:

Bệnh được đặc trưng bởi xuất hiện nhiều nang ở cả hai thận. Bệnh thận đa nang là bệnh di truyền phần lớn theo gen trội, chỉ có một tỉ lệ nhỏ theo gen lặn..

Bệnh thận đa nang có thể kết hợp với nang gan và các bất thường tim mạch. Bệnh thường dẫn tới suy thận giai đoạn cuối.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1 Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán bệnh thận đa nang dựa vào:

- Tiền sử gia đình
- Siêu âm thấy hai thận to, có nhiều nang kích cỡ khác nhau ở cả vùng vỏ và vùng tủy thận.
- Có nang ở gan
- Chụp cắt lớp thận CTscan
- Kỹ thuật gen xác định bất thường ở đầu xa nhánh ngắn của nhiễm sắc thể 16.

2.1.1 Lâm sàng

- Ban đầu thường không có triệu chứng, bệnh nhân phát hiện được bệnh thường do khám sức khỏe thường kỳ, hoặc siêu âm ổ bụng vì các lý do ngoài thận. Bệnh thường được phát hiện ở tuổi trung niên.
- Đau bụng hoặc đau hông lưng: thường tăng lên theo tuổi và kích cỡ của nang. Nếu đau cấp tính, có thể là do chảy máu trong nang, nhiễm khuẩn nang, tắc nghẽn đường tiết niệu do cục máu, sỏi.
- Chảy máu trong nang gây tiểu máu đại thể
- Đau dưới hạ sườn phải có thể gặp do nang gan phối hợp.

*Các biểu hiện ngoài thận:

- Biểu hiện bệnh ở gan: Có khoảng 50% bệnh nhân bị bệnh thận đa nang có nang ở gan.
- Phình mạch trong sọ: Chụp động mạch não phát hiện khoảng 10-30% bệnh nhân có phình mạch trong sọ. Tỉ lệ gặp chảy máu trong sọ gặp khoảng 2% số bệnh nhân, do vỡ phình mạch.
- Bất thường van tim: Có thể thấy bất thường ở một hoặc nhiều hơn các van tim ở 18% bệnh nhân. Van tim thấy thoái hóa tổ chức cơ, mạch máu, và collagen. Sa van hai lá, rối loạn nhịp tim, viêm màng trong tim nhiễm khuẩn, huyết khối nhĩ trái.
-Biểu hiện bệnh ở các cơ quan khác: Nang có thể thấy ở tụy và lách, tỉ lệ gặp là 10% và 5%. Đôi khi còn phát hiện nang ở thực quản, ở niệu quản, ở buồng trứng, ở não.
- Chảy máu trong nang gây tiểu máu đại thể

2.1.2 Cận lâm sàng

- Siêu âm là xét nghiệm đơn giản và dễ thực hiện đê chẩn đoán xác định, theo dõi đánh giá tình trạng nang thận và các biến chứng.
- XQ hệ tiết niệu, chup CT đánh giá các tổn thương, biến chứng của bệnh đa nang
- Xét nghiệm sinh hóa máu, nước tiểu xác định các biến chứng suy thận, nhiễm trùng, tiểu máu.

2.1.3 Chẩn đoán phân biệt

- U thận lành hoặc ác tính
- Khối máu tụ (do chấn thương hoặc không)
- Áp xe thận.

- U nang bào sán
- Bệnh nang thận thứ phát (ở các người bệnh có bệnh thận từ trước và có suy thận).
- Giả nang (u nang nước tiểu).

3 ĐIỀU TRỊ:

- Nguyên tắc chung là điều trị triệu chứng và biến chứng.
- Nhiễm khuẩn thận điều trị bằng kháng sinh phù hợp
- Tăng huyết áp điều trị bằng các nhóm thuốc hạ áp
- Cắt thận nếu nang thận quá to, biến chứng tiểu máu, nhiễm trùng tái phát
- Suy thận, điều trị bảo tồn và thay thế khi suy thận giai đoạn cuối bằng lọc máu và ghép thận.
- Với những trường hợp nang không quá lớn: có thể lọc màng bụng,…

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hateboer N, van Dijk MA, Bogdanova N et al, 1999. "Comparison of phenotypes of polycystic kidney disease types 1 and 2" , Lancet, 353, pp.103- 107

2. E Higashihara, K Nutahara and M Kojima et al, 1998. "Prevalence and renal prognosis of diagnosed autosomal dominant polycystic kidney disease in Japan", Nephron 80, pp. 421–427

3. Amaout MA, 2011. "Cystic kidney diseases", Cecil Medicine. 24th ed. Philadelphia, Saunders Elsevier; chap 128.

4. Porter CC, Avner Ed, 2011. "Anatomic abnormalities associated with hematuria", Nelson Textbook of Pediatrics. 19th ed. Philadelphia, Saunders Elsevier, chap 515.

5. Torres VE, Grantham JJ, 2007. "Cystic diseases of the kidney", Brenner and Rector's the Kidney. 8th ed. Philadelphia, Saunders Elsevier, chap 41.

NANG ĐƠN THẬN

1. ĐỊNH NGHĨA

- Nang đơn thận là một khối dịch bất thường tại thận, có thể xuất hiện ở một hoặc hai bên thận. Nang thận thường tròn, dịch trong và không thông với đài bể thận.
- Nang đơn thận khác với các nang thận ở bệnh thận đa nang, nguyên nhân do rối loạn về di truyền. Nang đơn thận không phát triển ở toàn bộ thận, thay thế cấu trúc bình thường của thận, không phải là nguyên nhân làm giảm chức năng thận như ở những người bị thận đa nang.
- Nang đơn thận thường gặp ở người có tuổi. Khoảng 25% người trên 40 tuổi và 50% người trên 50 tuổi có nang đơn thận và tới trên 90 % ở những người trên 70 tuổi.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Chẩn đoán xác định:

- Hầu hết các nang đơn thận được phát hiện khi làm siêu âm để chẩn đoán và thăm dò một số nguyên nhân khác. Khi phát hiện nang thận thì cần theo dõi bằng siêu âm để xác định là nang đơn thận hay một bệnh lý khác. Nang thận thường có hình tròn hoặc bầu dục, dịch trong, trống âm và có bờ rõ.
- Khi cần thiết có thể cho người bệnh chụp CT scan hoặc cộng hưởng từ để chẩn đoán phân biệt nang thận với u thận.

2.1.1 Lâm sàng

- Nang đơn thận thường không có triệu chứng hoặc gây ảnh hưởng tới thận.
- Tuy nhiên, trong một số trường hợp có thể có đau vùng sườn hoặc hông nếu nang lớn và đè ép vào các cơ quan khác.
- Khi có nhiễm trùng nang hoặc chảy máu nang sẽ gây sốt, đau và rét run. Cơn đau có thể dữ dội giống như cơn đau quặn thận sỏi thận hoặc tắc nghẽn đài bể thận.
- Nang đơn thận không gây ảnh hưởng đến chức năng thận, nhưng một nghiên cứu đã cho thấy có sự phối hợp giữa nang thận và giảm chức năng thận ở người dưới 60 tuổi.
- Có thể có tăng huyết áp: nếu có đè ép vào động mạch thận.

2.1.2 Cận lâm sàng:

Cần tiến hành một số xét nghiệm và thăm dò chức năng sau:

- Các xét nghiệm đánh giá chức năng thận: ure, creatinin, acid uric
- Tổng phân tích nước tiểu và tế bào nước tiểu: phát hiện bạch cầu niệu hoặc hồng cầu niệu khi có nhiễm trùng nang thận.
- Protein niệu: không có hoặc rất ít
- Hồng cầu niệu: có thể có tiểu máu vi thể hoặc đại thể do chấn thương, nhiễm trùng nang.
- Siêu âm: Xác định số lượng nang, kích thước và thành nang thận.

+ Nang thận trên siêu âm có hình tròn hoặc bầu dục, bờ đều, dịch trong, là khối trống âm, không có bóng cản phía sau, không thông với đài bể thận.

+ Nang thận có đậm độ echo không đồng nhất hoặc đặc echo báo hiệu có dấu hiệu của tổn thương các tính.

- Chụp thận có thuốc cản quang: Cho thấy sự đè đẩy vào nhu mô thận nếu nguyên nhân do nang thận, phân biệt với nguyên nhân gây ứ nước thận.

2.1.3 Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt nang đơn thận với một số bệnh lý khác sau đây:

- U thận lành hoặc ác tính
- Khối máu tụ (do chấn thương hoặc không)
- Áp xe thận.

- U nang bào sán
- Bệnh nang thận thứ phát (ở các người bệnh có bệnh thận từ trước và có suy thận).
- Giả nang (u nang nước tiểu).

3. ĐIỀU TRỊ:

- Nếu nang thận dưới 3 cm và không có triệu chứng thì không cần điều trị. Cần theo dõi định kỳ nang đơn thận bằng siêu âm, xét nghiệm nước tiểu và chức năng thận định kỳ và tránh các va chạm mạnh .
- Nang đơn thận > 6 cm hoặc gây nên triệu chứng và là nguyên nhân gây chèn ép đài bể thận và niệu quản thì có thể điều trị bằng liệu pháp gây xơ hóa: Nang thận cần được dẫn lưu hết dịch bằng kim chọc qua da dưới hướng dẫn của siêu âm sau đó bơm vào một lượng cồn tuyết đối gây xơ hóa tổ chức. Không nên chọc hút các nang ở vị trí quanh rốn thận.
- Nếu nang thận lớn: cần phải mổ. Thường áp dụng phương pháp mổ nội soi để dẫn lưu dịch nang thận hoặc cắt bỏ.
- Điều trị biến chứng:

+ Chảy máu:

• Nằm nghỉ
• Thuốc cầm máu (nếu cần)
• Uống đủ nước
• Nếu chảy máu nặng thì truyền máu và xem xét ngoại khoa

+ Nhiễm trùng: dùng kháng sinh (như bài viêm thận bể thận cấp).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Anna .M.N. and Ritz.F. "The simple renal cyst". Nephrology Dialysis Transplantation. Vo 15 (10), pp 1702-1704.

2. CanguvenO. and all, 2009. "A New Technique for Simple Renal Cyst: Cystoretroperitoneal Shunt". Advances in Urology, Vo 2009, Jan(1).

3. Eknoyan G, 2009. " A clinical view of simple and complex renal cysts". Journal Americal Society Nephrology ,Sep 20 (9), pp 1874 -1876.

4. Israel, G. M. and Bosniak, M. A, 2005. "An update of the Bosniak renal cyst classi fi cation system".Urology ,Vo 66, pp 484-488.

5. Lee CT., Yang YC., Wu JS. and all, 2013. "Multiple and large simple renal cysts are associated with prehypertension and hypertension". Kidney International, May 83(5), pp 924 – 930.

6. Paananen I, Hellström P. and all, Jan 2001. " Treatment of renal cysts with single session percutaneous drainage and ethanol sclerotherapy: long-term outcome" .Urology. 57(1):30-3.

VIÊM ÁP XE TIỀN LIỆT TUYẾN

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tuyến tiền liệt cấp tính-áp xe tiền liệt tuyến là một tình trạng nhiễm khuẩn nặng, thường đi kèm với viêm bàng quang cấp tính. Vì vậy triệu chứng lâm sàng cũng giống như viêm bàng quang cấp nhưng thường kèm theo có sốt cao, thậm chí có thể gây nhiễm khuẩn huyết. Vì vậy, viêm tuyến tiền liệt cấp tính cần được điều trị sớm và đúng, đủ liều thuốc và đủ thời gian

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Chẩn đoán xác định:

2.2.1 Lâm sàng:

- Các triệu chứng lâm sàng gồm có:

+ Tiểu buốt, tiểu dắt, tiểu khó.

+ Có thể có tiểu máu, tiểu mủ hoặc dịch, mủ niệu đạo.

+ Đau vùng niệu đạo, tầng sinh môn.

- Các triệu chứngkhác:

+ Thường có sốt cao, kèm theo gai rét.

+ Tuyến tiền liệt: to và đau vì vậy khi khám nên nhẹ nhàng. Trường hợp áp xe TLT ấn nhẹ có thể thấy mủ chảy qua niệu đạo

2.1.2 Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm nước tiểu

+ Có bạch cầu niệu dương tính.

+ Cấy nước tiểu hoặc dịch niệu đạo tìm vi khuẩn gây bệnh, nếu kết quả dương tính thì làm kháng sinh đồ

- Xét nghiệm máu:

+ Bạch cầu máu tăng.

+ Cấy máu khi có sốt cao hoặc nghi có nhiễm khuẩn huyết.

-Siêu âm: Có thể phát hiện thành bàng quang dày, tuyến tiền liệt to hơn bình thường. trong trường hợp áp xe TLT có thể thấy một hay nhiều ổ áp xe. Trong trường hợp người bệnh > 40 tuổi có phì đại lành tính tiền liệt tuyến thì khó đánh giá.

2.2 Chẩn đoán phân biệt :

- U phì đại TLT kích thước lớn
- Ung thư TLT
- Áp xe vùng chậu- tiểu khung..
- Viêm tấy lan tỏa tầng sinh môn- HC Fournier

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1 Nguyên tắc/ mục tiêu điều trị:

Điều trị ngay khi có chẩn đoán viêm tuyến tiền liệt cấp tính.

- Nếu người bệnh có sốt cao nên điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch và phối hợp 2 loại kháng sinh trong những ngày đầu
- Thời gian dùng kháng sinh tối thiểu là 14 ngày, có thể kéo dài trên 3 tuần nếu cần thiết.
- Nếu có nhiễm khuẩn huyết thì đồng thời việc điều trị kháng sinh cần bù đủ dịch, cho thêm thuốc giảm đau non- steroids nếu cần.
- Trường hợp bí đái do áp xe TLT cần phải mổ dẫn lưu ổ áp xe và dẫn lưu bàng quang

3.2 Điều trị cụ thể:

3.2.2 Nội khoa

Ưu tiên nhóm quinolon khi chưa có kết quả cấy vi khuẩn.

- Levo fl oxacin viên 500 mg, uống 1 viên/lần x 1 lần/ngày 14- 28 ngày,
Hoặc:
No fl oxacin viên 400 mg, uống 1 viên/lần, 2 lần/ngày trong 14 - 28 ngày
- O fl oxacin viên 200 mg, uống 1 viên/lần, 2 lần/ngày trong 14 - 28 ngày.
- Nhóm Trimethoprim Sulfamethoxazol vẫn có thể được lựachọn.
- Nếu cần phối hợp 2 kháng sinh, có thể phối hợp nhóm quinolon với Cephalosporin thế hệ 3 - 4 hoặc Amoxicilline +clavulanate.
Điều trị hỗ trợ:
- Đủ nước để nước tiểu đạt khoảng 2 lít/24h.
- Giảm đau non – steroid nếucần
- Chú ý khi có bí tiểu bàng quang căng: Không đặt thông tiểu. Nếu thật cần thiết sẽ mở thông bàng quang trên xương mu để tránh khả năng gây nhiễm khuẩnhuyết.
3.2.2 Ngoại khoa
- chỉ định trong các trường hợp bí đái do áp xe TLT
- phẫu thuật bao gồm dẫn lưu ổ áp xe TTL và dẫn lưu bàng quang trên xương mu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bệnh học nội khoa tập 1, 2012. Nhà xuất bản Y học.
2. Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở Việt Nam, 2013. Hội thận học Việt Nam.
3. Taylor RB, 1997. Manual of Family Practice. First edition. Little, Brown and Company, Boston Massachusetts.
4. Massry & Glassock's, 2002. Text book of Nephrology. Fourth edition. Lippincott Williams & Wilkins.
5. Therapeutic Guidelines Antibiotic-Version 14, 2010. Therapeutic Guidelines Limited, Melbourne.

PHẦN 6: HỒI SỨC TÍCH CỰC - NGOẠI KHOA

CÁC BIẾN CHỨNG SAU MỔ VÀ CÁCH XỬ TRÍ

Bệnh nhân được theo dõi và chăm sóc kỹ, liên tục từ khi khởi mê trong suốt quá trình phẫu thuật đến khi chuyển vào phòng hồi sức sau mổ. Các biến chứng liên quan đến gây mê và phẫu thuật thường xảy ra tức thì ở giai đoạn sau mổ vì vậy cần có một đội ngũ nhân viên được huấn luyện và có kinh nghiệm để tiếp tục theo dõi trong giai đoạn hồi tỉnh. Tuy nhiên, các biến chứng của gây mê và phẫu thuật có thể xảy ra bất cứ lúc nào trong những ngày đầu sau mổ.

1. Thiếu oxy

Nguy cơ thiếu oxy thường xảy ra trong giai đoạn tỉnh mê, ở những bệnh nhân được gây mê tổng quát do tác dụng của thuốc mê làm ảnh hưởng đến cơ chế hô hấp (ít thấy ở gây tê vùng).

- Một số yếu tố góp phần làm tăng nguy cơ thiếu oxy như:

+ Tác dụng ứ đọng của thuốc mê.

+ Tăng nhu cầu oxy do quá trình làm ấm lại hoặc do đau.

- Nguy cơ thiếu oxy còn tuỳ thuộc vào loại phẫu thuật (ngực, bụng) và thể trạng của bệnh nhân cũng góp phần làm nặng thêm nguy cơ này.
- Đôi khi thiếu oxy xảy ra chậm do tác dụng của nhóm Morphin, đặc biệt là Fentanyl, nó có thể quay lại tuần hoàn cho đến giờ thứ 8.

Xử trí:

- Cho thở qua ống nội khí quản (nếu bệnh nhân chưa rút ống nội khí quản), Masque, hoặc dây thở oxy qua mũi, lưu lượng oxy thường là 3 - 10 lít/phút. Cần chú ý là oxy phải được làm ẩm và ấm.
- Báo Bác sĩ và thực hiện y lệnh.

Dự phòng thiếu oxy cần phải:

- Theo dõi sự thiếu oxy bằng Oxymeter de pouls (SpO2) để phát hiện thiếu oxy.
- Cho bệnh nhân thở oxy sớm và đầy đủ.

2. Những biến chứng về hô hấp:

2.1. Tắc nghẽn đường hô hấp

- Tắc nghẽn đường hô hấp do tụt lưỡi, do máu hay chất tiết ở hầu.
- Tắc nghẽn một phần đường hô hấp đặc trưng bởi thông khí ồn ào. Khi tắc nghẽn tăng lên, kéo khí quản và huy động các cơ hô hấp phụ, co rút hõm trên xương ức, khoảng liên sườn thì hít vào.
- Tắc nghẽn hoàn toàn thì không nghe âm thở và chuyển động nghịch lý ngực bụng.

Xử trí:

- Nhiều trường hợp chỉ cần cách kéo hàm ra trước và ngửa cổ tối đa mới làm thông đường hô hấp.
- Đặt một canuyn miệng hầu, mặc dầu canuyn có thể kích thích phản xạ ho, trớ.
- Đôi khi cần đặt mask thanh quản cho đến khi bệnh nhân tỉnh hoàn toàn, hiếm khi phải đặt lại nội khí quản.
- Máu và chất tiết trong miệng, dịch trào của dạ dày mà bị giữ lại trong hầu nên được hút và bệnh nhân được đặt tư thế hồi tỉnh bằng cách đặt bệnh nhân ở tư thế nằm nghiêng cho phép dẫn lưu tốt dịch trong hầu. Tư thế này nên áp dụng cho tất cả bệnh nhân mất ý thức, bệnh nhân được mổ tai - mũi - họng, phẫu thuật vùng miệng và cho bệnh nhân có nguy cơ hít dịch dạ dày.
- Các dị vật như răng, đặc biệt răng gãy một phần hoặc các miếng gạc có thể gây tắc đường thở.

- Ở bệnh nhân có u ở miệng, hầu, thanh quản chưa tỉnh hẳn khó có thể giữ thông đường hô hấp. Tắc đường hô hấp trên xảy ra trong giai đoạn hồi tỉnh, ngưng thở khi ngủ hay xảy ra ở giai đoạn sau mổ và có thể dẫn đến giảm độ bão hoà oxy của hemoglobine trong máu động mạch (SaO2). Ngưng thở hay xảy ra nhất 4giờ sau gây mê, thường gặp và nặng ở bệnh nhân được dùng thuốc giảm đau họ morphine hơn là các kỹ thuật gây tê vùng.
- Tắc nghẽn đường hô hấp có thể xảy ra do khối máu tụ sau phẫu thuật ở vùng cổ như phẫu thuật tuyến giáp, vết thương vùng cổ. Xử trí nên được mổ cấp cứu để dẫn lưu khối máu tụ, cắt chỉ khâu vết mổ.
- Xẹp khí quản có thể xảy ra sau cắt tuyến giáp do khối bướu giáp lớn chèn làm xẹp các vòng sụn. Trên lâm sàng nghe tiếng rít thì thở vào và có thể tắt hoàn toàn thì thở vào. Xử trí: Đặt nội khí quản ngay lập tức nếu xẹp khí quản hoàn toàn.

2.2. Co thắt thanh quản

- Biến chứng này tương đối hay gặp sau gây mê toàn thân, co thắt thanh quản có thể bán phần hay toàn phần và thường do kích thích trực tiếp dây thanh âm, kích thích sụn tiểu thiệt do đặt canuyn, do đặt mask thanh quản, do chất tiết hoặc do máu, có thể xảy ra sau khi rút nội khí quản ở bệnh nhân chưa tỉnh hoàn toàn, rất khó phân biệt với tắc nghẽn đường hô hấp trên.
- Nếu vẫn còn tắc nghẽn đường hô hấp trên sau khi làm các biện pháp trên thì nên soi thanh quản để tìm nguyên nhân.

Xử trí:

Hút và lấy bỏ tất cả các dị vật gây co thắt phế thanh quản
- Cho thở oxy 100%.
- Thông khí áp lực dương có thể làm đẩy oxy qua dây thanh để duy trì oxy máu động mạch cho đến khi co thắt giảm đi, nếu tắc nghẽn hoàn toàn. Nhưng có nguy cơ bơm oxy vào dạ dày.
- Cho Suxamethonium và thông khí phổi với oxy cho đến khi co thắt giảm bớt nếu xử trí như trên thất bại.

Khi cung cấp oxy được tốt người ta khuyên nên đặt nội khí quản để giảm nguy cơ trào ngược dịch dạ dày.

2.3. Phù thanh quản

- Thỉnh thoảng xảy ra sau khi đặt nội khí quản và có thể dẫn đến tắc nghẽn nặng đặc biệt ở trẻ em.
- Điều trị phụ thuộc vào mức độ tắc nghẽn. Nếu tắc nghẽn hoàn toàn đòi hỏi đặt nội khí quản ngay lập tức. Nếu tắc nghẽn một phần bệnh nhân được điều trị với khí ẩm nóng, dexamethasone có thể làm giảm phù.

2.4. Co thắt phế quản

- Là hậu quả của kích thích đường hô hấp do các vật hít vào và thường xảy ra ở bệnh nhân hen, bệnh nhân viêm phế quản và bệnh nhân hút thuốc lá. Có thể do hen nội sinh hoặc có thể là triệu chứng của phản ứng phản vệ, một số thuốc sử dụng trên lâm sàng có thể dẫn đến co thắt phế quản do tác dụng giải phóng histamine. Những thuốc này gồm barbiturate, d-Tubocurine, morphine, mivacurium, atracuronium ...
- Điều trị gồm loại bỏ các nguyên nhân gây co thắt quản, cung cấp oxy, dùng thuốc giãn phế quản.

2.5. Ức chế trung tâm hô hấp

Có nhiều nguyên nhân ức chế trung tâm hô hấp trong giai đoạn hồi tỉnh:
- Do còn tác dụng của các thuốc mê ức chế trung tâm hô hấp
- Bệnh thần kinh có trước mổ
- Tai biến mạch máu não trong và sau mổ

- Hạ thân nhiệt
- Tăng thông khí như đã nói ở trên.
Bệnh não, khối u, chấn thương, chảy máu có thể ảnh hưởng đến trung tâm hô hấp sau mổ. Thông khí bị giảm khi giảm thân nhiệt mặc dầu nó phù hợp với nhu cầu chuyển hoá của cơ thể, giảm thông khí có thể xảy ra khi nhược thán thường sau giai đoạn tăng thông khí cho đến khi PaCO2 đạt đến giá trị bình thường và khi có kiềm chuyển hoá tiên phát. Nguyên nhân hay gặp nhất của ức chế trung tâm hô hấp trong giai đoạn hồi tỉnh là do tác dụng còn lại của các thuốc đã sử dụng trong mổ. Tất cả thuốc mê bốc hơi, thuốc mê dùng đường tĩnh mạch ngoại trừ ketamine đều ức chế trung tâm hô hấp. Tất cả các thuốc giảm đau họ morphine ức chế trung tâm hô hấp, mức độ ức chế phụ thuộc liều. Ở đa số bệnh nhân, thuốc họ morphine không gây ra ngưng thở nhưng dẫn đến chậm nhịp thở, gia tăng PaCO2 và bình ổn ở giá trị cao. Người già rất nhạy cảm với tác dụng ức chế trung tâm hô hấp của thuốc giảm đau họ morphine. Điều trị đau sau mổ bắt đầu ở khu hồi tỉnh thường dùng thuốc phiện đường tĩnh mạch phải theo dõi sát thông khí sau mỗi liều. Thuốc phiện dùng đường tuỷ sống hay ngoài màng cứng đặc biệt các thuốc ít tan trong lipid như morphine có thể gây ức chế hô hấp trong vài giờ sau khi dùng. Ở những bệnh nhân này nên lưu lại phòng hồi tỉnh hoặc đơn vị chăm sóc đặc biệt ít nhất 12 giờ sau liều morphine cuối hoặc ít nhất 3 giờ sau khi dùng fentanyl trừ khi nhân viên ở khu điều trị đã được đào tạo, huấn luyện để theo dõi. Theo dõi bao gồm nhịp thở, biên độ hô hấp, SpO2, tri giác ... Ức chế trung tâm hô hấp chẩn đoán dễ nếu như tần số hay thể tích lưu thông giảm rõ. Tuy nhiên giảm thông khí mức độ nhẹ khó phát hiện và dấu hiệu tăng CO2 trung bình: tăng huyết áp, tăng nhịp tim có thể bị che lấp do tác dụng còn lại của thuốc gây mê hoặc nhầm với đau gây nên. Giảm thông khí mức độ nhẹ có thể chấp nhận được miễn là cung cấp oxy còn đủ.
Điều này dễ dàng đạt được nếu như tăng nồng độ oxy hít vào.
Xử trí:
Nếu trung tâm hô hấp bị ức chế nhiều do thuốc phiện dẫn đến tăng PaCO2 hoặc chậm tỉnh có thể dùng naloxone từng liều nhỏ 1,5 - 3 kg/kg (0,15mg/50 kg) cho mỗi 2 - 3 phút cho đến khi cải thiện. Nếu cho liều lớn của naloxone sẽ làm mất tác dụng giảm đau của thuốc phiện. Liều cao có thể gây tăng huyết áp nặng và có thể gây ngừng tim nhưng hiếm gặp. Tác dụng của naloxone chỉ kéo dài 20 - 30 phút có thể cho liều lặp lại bằng 50 % liều ban đầu.
2.6. Nguyên nhân ngoại biên gây giảm thông khí
Yếu cơ hô hấp
- Tác dụng còn lại của thuốc giãn cơ
- Bệnh thần kinh cơ trước mổ
- Rối loạn nước điện giải
Đau làm bệnh nhân không hít sâu
Bụng trướng
Mập
Mặc áo quần quá chật
Tràn khí, tràn máu màng phổi
Xử trí:
Chủ yếu điều trị nguyên nhân, thông khí nhân tạo nếu ưu thán nặng hoặc diễn tiến lâm sàng của bệnh nhân không thuận lợi.
- Thiếu Oxy máu do các nguyên nhân
+ Giảm nồng độ oxy thở vào
+ Bất thường thông khí tưới máu

+ Shunt trong phổi
+ Giảm thông khí
+ Bất thường khuếch tán màng phế nang do phù phổi hay do suy chức năng thất trái
+ Tăng tiêu thụ oxy
+ Hạ oxy do khuếch tán khí (khi sử dụng protoxyte d'azote)
- Thay đổi ở phổi sau phẫu thuật bụng
+ Sau phẫu thuật bụng trên rốn hay phẫu thuật ngực, sự oxy hoá máu sau mổ bị ảnh hưởng. Nguyên nhân do giảm thể tích dung tích cặn chức năng có vai trò quan trọng trong việc trao đổi oxy trong thì thở ra và khi ngưng thở.
+ Sau mổ dung tích cặn chức năng bị giảm do đau, co thắt cơ hô hấp, bụng trướng làm giảm sự di động của cơ hoành
- Phương pháp làm giảm các biến chứng phổi
Trước mổ
+ Các biện pháp để giảm các biến chứng phổi nên được thực hiện trước mổ.
+ Điều trị các nhiễm khuẩn đường hô hấp, nhiễm khuẩn răng, xoang.
+ Điều trị các rối loạn phổi mạn tính thường bằng lý liệu pháp.
+ Ngưng thuốc lá, giảm trọng lượng.
Trong mổ
+ Không sử dụng các dụng cụ bị nhiễm khuẩn khi khởi mê
+ Khí mê nên được làm ẩm
+ Giải giãn cơ đủ sau mổ
Sau mổ
+ Giảm đau tốt để bệnh nhân thở sâu, ho tốt.
+ Tập lý liệu pháp.
2.7. Hít vào phổi:
Có thể hít vào phổi các chất nôn, máu, mủ gây nên tắc phế quản và nhiễm trùng muộn. Cần phải nhấn mạnh trường hợp hít vào phổi dịch dạ dày, nó có thể là kín đáo xảy ra lúc dẫn mê hay trong mổ, hay lúc rút nội khí quản mà bệnh nhân chưa phục hồi đầy đủ phản xạ ho nuốt.
Xử trí: Dự phòng là chính. Khi có trào ngược, đặt BN tư thế đầu thấp, quay nghiêng đầu, hút sạch đường hô hấp trên.
2.8. Các biến chứng hô hấp khác:
Phù phổi có thể là do nguyên nhân huyết động hay gặp trong suy tim, do truyền quá nhiều dịch (quá tải) hoặc là hậu quả của hít phải chất nôn, thuyên tắc phổi do khí hoặc do mỡ.
Xẹp phổi thường gặp do di chuyển ống nội khí quản trong mổ, thông thường là do xẹp phổi trái, đôi khi xẹp thùy phổi, có gặp trong phẫu thuật lồng ngực hoặc bụng cao.
Thuyên tắc phổi có thể do khí hoặc do mỡ, nhất là sau các phẫu thuật xương dài.
3. Các biến chứng về tim mạch
3.1. Các thông số cần theo dõi
- Đo huyết áp động mạch
- Đếm tần số mạch
- Đo áp lực tĩnh mạch trung ương
- Đo huyết áp động mạch xâm nhập nếu có
- Đánh giá tình trạng da, niêm mạc
- Đánh giá lượng nước tiểu
- Tổng lượng dịch vào ra (bilan)
- Theo dõi điện tim trên máy theo dõi

- Làm các xét nghiệm: hồng cầu, hematocrite, hemoglobin.
3.2. Các biến chứng
- Hạ huyết áp
Nguyên nhân:
+ Còn tác dụng giãn mạch của thuốc mê tĩnh mạch hay thuốc mê bốc hơi nhất là khi bệnh nhân hết kích thích của phẫu thuật và ít đau sau mổ
+ Còn tác dụng phong bế thần kinh sau gây tê tuỷ sống hay ngoài màng cứng
+ Giảm nhiệt độ.
+ Thay đổi đột ngột tư thế.
+ Giảm khối lượng máu lưu hành.
Xử trí:
+ Nên loại trừ các nguyên nhân khác trước khi kết luận hạ huyết áp do còn tác dụng của thuốc mê.
+ Thường thì bệnh nhân dung nạp tốt không cần điều trị với huyết áp 80 - 90 mmHg ngoại trừ bệnh nhân bị bệnh mạch vành hay bị bệnh tim mạch.
+ Nâng chân để tăng tuần hoàn trở về
+ Truyền 7 - 10ml/kg dịch keo thường điều chỉnh được hạ huyết áp, cần thận trọng ở bệnh nhân lớn tuổi và có bệnh tim mạch.
- Giảm thể tích tuần hoàn
Nguyên nhân
+ Bù dịch không đủ hay không thích hợp do mất dịch, máu trước và trong mổ.
+ Chảy máu sau mổ: Chảy máu sau mổ thường phát hiện dễ dàng qua thăm khám vết thương và ống dẫn lưu, nhưng có một số trường hợp rất khó như chảy máu trong ổ bụng, khoang sau phúc mạc, lồng ngực, tắc dẫn lưu. Cầm máu không kỹ khi phẫu thuật là nguyên nhân hay gặp nhất của chảy máu sau mổ, rối loạn đông máu do truyền máu khối lượng lớn, giảm độ tập trung, số lượng tiểu cầu, bệnh máu có từ trước, đông máu rải rác thành mạch, sử dụng thuốc chống đông.
Lâm sàng
+ Hạ huyết áp
+ Các triệu chứng kèm theo da xanh, niêm mạc nhợt nhạt, giảm tưới máu ngoại vi, da lạnh, mạch nhanh nhỏ, các tĩnh mạch xẹp.
+ Áp lực tĩnh mạch trung ương giảm.
Điều trị
+ Điều trị theo nguyên nhân.
+ Nâng chân, bù dịch theo áp lực tĩnh mạch trung ương, thận trọng ở bệnh nhân lớn tuổi.
+ Bù các yếu tố đông máu, tiểu cầu nếu cần.
+ Mổ lại để cầm máu.
- Tăng huyết áp
Là biến chứng thường gặp của giai đoạn tức thì sau mổ do:
+ Bù dịch quá mức.
+ Sử dụng các thuốc gây mê: Ketamin, Catecholamine.
+ Đau.
+ Có tăng huyết áp từ trước nếu kiểm soát chưa tốt.
+ Thiếu oxy máu.
+ Tăng CO_2 máu.
+ Dùng các thuốc co mạch.
+ Biến chứng của phẫu thuật tim mạch, do u tuyến thượng thận, tiềm ẩn không biết, mà nó sẽ bùng phát sau mổ.

Thường do sự kết hợp tất cả các nguyên nhân trên. Tăng huyết áp có thể dẫn đến tăng công cơ tim, tăng tiêu thụ oxy, thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ tim.
Xử trí:
+ Nên tìm nguyên nhân và điều trị nếu có thể
+ Cho thở oxy
+ Sau khi xử trí các nguyên nhân trên mà vẫn tăng huyết áp có thể dùng các thuốc giãn mạch, các thuốc được dùng phổ biến hiện nay nifedipin, nicardipin, isradipin vì chúng chỉ làm giảm hậu gánh mà không thay đổi tiền gánh, tuy rằng mạch hơi nhanh nhưng có thể chấp nhận được. Cũng có thể dùng urapidil, thuốc ức chế β1 dẫu rằng mạch hơi nhanh. Labetalol, esmolol có chỉ định khi tăng huyết áp ở bệnh nhân có bệnh mạch vành.
Bảng 1. Liều lượng các thuốc điều trị tăng huyết áp
- Loạn nhịp tim

Thuốc	Dùng một liều	Duy trì	Nhận xét
Nicardipin (Loxen)	0,5 - 2mg (5phút)	Nếu cần 2 - 5mg/giờ	
Nifedipin (Adalat)	1 nang (10mg)	1 nang (10mg)	Dưới lưỡi hay qua mũi
Urapidil (Eupressyl)	25mg	60 - 180mg/giờ	Giãn mạch hỗn hợp
Labetalol (Trandate)	0,5 - 1mg/kg (trong 1 phút)	2 - 10mg/kg/ngày	
Esmolol (Breviloc)	500µg/kg/phút (trong 2 giờ)	200 - 300µg/kg/phút	
Nitroprusside		0,5 - 2µg/kg/phút	(tác dụng mạnh nhưng mạch nhanh)

Thường hay gặp trong mổ và giai đoạn ngay sau mổ. Nên tìm nguyên nhân và đánh giá các ảnh hưởng của loạn nhịp lên huyết động. Các nguyên nhân thường gặp là: Tăng CO2, thiếu oxy, đau, rối loạn nước điện giải, còn tác dụng của thuốc mê, kích thích thần kinh phế vị do còn ống nội khí quản hay do hút chất tiết, thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ tim.
Các biểu hiện:
+ Nhịp nhanh xoang
+ Nhịp chậm xoang
+ Loạn nhịp trên thất
+ Loạn nhịp thất
• Rối loạn dẫn truyền
• Thiếu máu cơ tim
• Nhồi máu cơ tim
- Shock:
+ Shock giảm thể tích: thường gặp do biến chứng chảy máu sớm. Phải mổ lại để cầm máu.
+ Shock nhiễm trùng: có thể gặp trong các phẫu thuật bụng, niệu, xoang, răng hàm mặt.

+ Shock tim: thường gặp ở những bệnh nhân có bệnh tim mạch từ trước.
+ Shock phản vệ: do các thuốc dùng sau mổ.
4. Các biến chứng về nhiệt độ
4.1. Giảm nhiệt độ:
Khi nhiệt độ trung ương < 36,50C. Giảm nhiệt độ hay gặp ở những cuộc mổ kéo dài >1 giờ hoặc những phẫu thuật bụng, lồng ngực, hoặc những bệnh nhân được truyền một lượng dịch lớn. Khi nhiệt độ giảm từ 33- 350C thì cơ thể gây rối loạn nhịp tim. Để đáp ứng với giảm nhiệt độ, bệnh nhân tự làm ấm bằng cách tăng chuyển hóa và run. Việc tăng chuyển hóa và run này có thể đưa đến thiếu oxy và nó làm nặng lên những bệnh lý tim mạch và hô hấp.
Xử trí: Nếu nhiệt độ trung ương >350C (ở bệnh nhân không có bệnh lý tim mạch) thì có thể dùng các biện pháp ngoài như đắp mền ủ ấm, drap, sưởi đèn v.v ... Nếu nhiệt độ trung ương< 350C hoặc nhiệt độ trung ương >350C ở những bệnh nhân có bệnh tim mạch thì phải:
- Dùng an thần để chống run.
- Làm ấm khí thở vào.
- Đặt túi chườm ấm (túi này không được nóng quá 42- 450C).
- Thực hiện thuốc, dịch truyền (Theo y lệnh)
4.2. Tăng nhiệt độ
- Tăng nhiệt độ sớm thường là do nhiễm trùng trước phẫu thuật, hoặc muộn thì thường liên quan đến phẫu thuật: viêm phúc mạc, viêm đường tiết niệu, viêm phổi v.v ...
Xử trí: - Thực hiện thuốc, dịch truyền (Theo y lệnh)
5. Các biến chứng về thần kinh
- Dùng thang điểm Glasgow để theo dõi
- Nhiều bệnh nhân chưa tỉnh khi đến phòng hồi tỉnh do còn tác dụng của thuốc mê. Thời gian cho đến khi bệnh nhân tỉnh táo hoàn toàn phụ thuộc vào:
+ Thuốc sử dụng: bệnh nhân chậm tỉnh nếu các thuốc sau đây được sử dụng: thuốc mê bốc hơi có chỉ số hoà tan khí máu cao, barbiturates, đặc biệt nếu dùng tổng liều lớn, benzodiazepine, thuốc phiện tác dụng dài như dùng liều lớn fentanyl.
+ Thời gian sử dụng thuốc: bệnh nhân hồi tỉnh chậm nếu dùng thuốc mê hay thuốc giảm đau có tác dụng kéo dài vào cuối cuộc mổ hoặc dùng các thuốc gây mê bốc hơi hoà tan nhiều đến cuối cuộc mổ.
+ Đau: đau làm tăng tốc độ phục hồi trạng thái thức tỉnh, sự phục hồi này có thể bị chậm sau một phẫu thuật nhỏ hoặc nếu giảm đau tác dụng mạnh như họ Morphin hoặc dùng phương pháp gây tê vùng.
+ Hạ glucose máu: thường xảy ra ở những bệnh nhân điều trị với thuốc hạ đường huyết dùng đường uống hoặc dùng insulin và cung cấp glucose không đủ.
+ Tăng đường máu: Tăng đường máu ở bệnh nhân đái tháo đường được chẩn đoán có thể xảy ra như là kết quả của cung cấp insulin không đủ hoặc là truyền glucose quá nhiều. Tuy nhiên, hôn mê ít xảy ra khi tăng đường máu cấp.
Bệnh não:
Giai đoạn thiếu máu não trong phẫu thuật động mạch cảnh, hạ huyết áp kéo dài hoặc thiếu oxy trong quá trình gây mê. Chảy máu trong não, huyết khối, nhồi máu. Các nguyên nhân này có thể xảy ra ngẫu nhiên hoặc kết hợp với tăng huyết áp, loạn nhịp tim trong mổ.
Tổn thương não có từ trước: khối u, chấn thương, kỹ thuật gây mê làm tăng áp lực nội sọ làm ảnh hưởng chức năng của não.
Động kinh, co giật có thể bị che dấu khi gây mê hoặc dùng các thuốc giãn cơ.
Thuốc tê lan lên não sau khi tiêm vào khoang dưới nhện. Có thể do tai biến khi gây

tê ngoài màng cứng với biểu hiện mất ý thức kèm theo ngưng thở.
Các nguyên nhân khác:
+ Thiếu oxy máu: nếu tình trạng huyết động ổn định, hôn mê chỉ xảy ra khi thiếu oxy máu nặng kéo dài.
+ Tăng CO2: Mất ý thức xảy ra khi PaCO2 vượt quá 9 - 10 kPa + Hạ huyết áp.
+ Hạ thân nhiệt
+ Rối loạn nước điện giải như trong trường hợp cắt tuyến tiền liệt qua nội soi.
+ Suy giáp, suy gan, suy thận.
4.3. Lú lẫn và kích thích
Điều này thỉnh thoảng xảy ra với một cuộc gây mê không quá phức tạp, thường xảy ra ở bệnh nhân lớn tuổi đặc biệt nếu dùng atropine. Atropine qua hàng rào máu não và gây hội chứng anticholinergic trung ương có đặc điểm: khó ngủ, lú lẫn cùng với tác dụng antimuscarinic rõ. Glycopyronium không qua hàng rào máu não và thích được dùng hơn atropine để đối kháng tác dụng muscarinic của neostigmine trong một thời gian dài.
Tất cả các yếu tố nêu trên được xem như là nguyên nhân của chậm tỉnh, có thể dẫn đến lú lẫn và kích thích sau mổ. Đau cũng là nguyên nhân gây kích thích sau mổ mặc dù hiếm khi chịu trách nhiệm một mình. Mê sảng hay xuất hiện khi sử dụng ketamine. Nhiễm khuẩn máu cũng có thể dẫn đến lú lẫn. Giãn bàng quan, giãn dạ dày cũng là nguyên nhân. Ở bệnh nhân tiền mê nhẹ, bệnh nhân tỉnh sau gây mê khi hết tác dụng của thuốc mê nhưng còn tác dụng của thuốc giãn cơ hay khi dùng giải giãn cơ không đủ.
4.4. Co giật
Nguyên nhân có thể do: thiếu oxy tụt huyết áp, ứ nước (mổ u tiền liệt tuyến qua ngã nội soi) rối loạn chuyển hóa đường, canxi.
Xử trí:
- Chống co giật
- Đảm bảo cung cấp oxy
- Thực hiện thuốc, dịch truyền (Theo y lệnh)
4.5. Tai biến mạch máu não
Thường gặp lúc tỉnh, nhất là ở những bệnh nhân có cao huyết áp không được điều trị hệ thống.
Dự phòng: Điều trị cao huyết áp trước, trong và sau mổ.
6. Nôn và buồn nôn:
- Tư thế: Nằm mặt nghiêng sang 1 bên để tránh dịch nôn tràn vào đường thở.
- Thuốc: Chống nôn, bù dịch (theo y lệnh).
7. Các biến chứng khác
7.1. Chảy máu vết mổ:
+ Nguyên nhân có thể là do cầm máu không tốt, do rối loạn đông máu.
+ Xử trí:
• Báo bác sĩ
• Thực hiện y lệnh
7.2. Thiểu niệu -vô niệu:
Có thể gặp trong tụt huyết áp kéo dài shock, suy thận v.v..
7.3. Run:
+ Có thể do mất nhiệt, shock dịch truyền
+ Xử trí: ủ ấm, thực hiện thuốc, ngưng dịch truyền (Theo y lệnh)
7.4. Nhức đầu:
+ Do rách màng cứng làm mất dịch não tủy.
+ Xử trí:

• Nằm bất động tại giường, tránh kích thích.
• Thở oxy 5L/P.
• Thuốc: Giảm đau, bù dịch (theo y lệnh).
7.5. Bí tiểu:
+ Thường do tác phụ của thuốc tê
+ Xử trí:
• Chườm nóng
• Đặt sond tiểu (theo y lệnh)
8. Kết luận
- Giai đoạn sau mổ là giai đoạn hay xảy ra những biến chứng nguy hiểm về hô hấp và tim mạch và chính những biến chứng này là nguyên nhân quan trọng chi phối tỉ lệ tử vong sau mổ.
- Theo dõi và chăm sóc bệnh nhân sau mổ nhằm đạt được 3 yêu cầu cơ bản sau:
- Duy trì tình trạng cân bằng của cơ thể.
- Ngăn ngừa không để xảy ra các biến chứng, tai biến.
- Chẩn đoán sớm, xử trí kịp thời các suy thoái của các cơ quan quan trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Lê Xuân Thục (2009), "Điều trị tích cực các bệnh nhân sau mổ". Bài giảng gây mê hồi sức tập II, Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học, trang 381-389.

2. Edward E. George and Luca M. Bigatello (2010),"The postanesthesia care unit". Clinical Anesthesia Procedures of the Massachusetts General Hospital. Lippincott Williams & Wilkins, pp.561- 575.

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SAU MỔ

Giai đoạn sau mổ là giai đoạn có nhiều rối loạn về sinh lý, bao gồm: Các biến chứng về hô hấp, tuần hoàn, kích thích, đau, rối loạn chức năng thận, rối loạn đông máu, hạ nhiệt độ… do gây mê hoặc do phẫu thuật.

I. MỤC TIÊU:

- Chăm sóc người bệnh.
- Kiểm soát tác dụng tồn dư và thải trừ thuốc mê.
- Phát hiện/chăm sóc biến chứng liên quan can thiệp ngoại khoa hoặc vô cảm.

II. QUÁ TRÌNH THEO DÕI:

- Bắt đầu từ cuối mổ.
- Không gián đoạn trong quá trình chuyển bệnh.
- Kết thúc khi bệnh nhân hồi phục 1 số chức năng (hô hấp, tuần hoàn, thần kinh…)

III. PHƯƠNG TIỆN TRANG BỊ

- Thuốc, dịch truyền, VTTH
- Hệ thống cung cấp khí (O2, khí trời)
- Hệ thống hút chân không (máy hút)
- Phương tiện làm ấm cho BN (mền sưởi, máy làm ấm dịch truyền)
- Phương tiện hỗ trợ hô hấp, phá rung tim
- Theo dõi (có báo động): ECG, SpO2, huyết áp (xâm lấn hoặc không xâm lấn), nhiệt độ, mức độ dãn cơ.

IV. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SAU MỔ

1. Đối với bệnh nhân gây mê

Ngay sau khi nhận bệnh nhân từ phòng mổ:

- Phải kiểm tra ngay đường thở và cung cấp Oxy qua nội khí quản hay qua mặt nạ, liều lượng 3-10 L/P.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn (mạch, huyết áp, nhịp thở) cho đến khi bệnh nhân ổn định.
- Theo dõi và điều trị hội chứng nôn ói sau mổ.
- Đánh giá độ giãn cơ tồn lưu.
- Theo dõi lượng dịch nhập và xuất.
- Sau khi bệnh nhân ổn định, người gây mê cần phải cung cấp những thông tin của bệnh nhân cho đơn vị chăm sóc sau mổ:

+ Kiểm tra tên, tuổi, chẩn đoán, phẫu thuật của người bệnh.
+ Tiền sử trước mổ.
+ Diễn biến trong mổ.
+ Những vấn đề, tai biến có thể xảy ra sau mổ.
+ Những y lệnh tiếp tục thực hiện sau mổ và thực hiện y lệnh thuốc.

a. Những vấn đề cần được theo dõi:

- Theo dõi về ý thức:

+ Dấu hiệu lâm sàng:

• Mức độ hôn mê, định hướng, cảm giác, vận động, đồng tử, động kinh, rối loạn tâm thần.
• Bệnh nhân lo sợ khi tỉnh dậy trong môi trường lạ, vật vã, kích thích do đau, thiếu oxy, bí tiểu, duy trì ở một tư thế quá lâu.

+ Chăm sóc:

• Đánh giá tri giác bệnh nhân qua bảng điểm Glasgow.
• Trong giai đoạn hồi tỉnh bệnh nhân dễ kích thích, vật vã nên điều dưỡng cần đảm

bảo an toàn cho bệnh nhân.
• Thực hiện thuốc an thần, thuốc chống động kinh trong trường hợp người bệnh phẫu thuật thần kinh.
• Khi xoay trở, chăm sóc cần tránh chèn ép chi. Giúp bệnh nhân tư thế thoải mái, phù hợp. Làm công tác tư tưởng cho bệnh nhân nếu bệnh nhân tỉnh
- Theo dõi về hô hấp:
Đối với bệnh nhân tự thở.
+ Dấu hiệu lâm sàng:
• Nhận định tình trạng hô hấp: nhịp thở, kiểu thở, tần số thở, thở sâu, độ căng giãn lồng ngực, da niêm, thở có kèm cơ hô hấp phụ như co kéo cơ liên sườn, cánh mũi phập phồng, ... Bệnh nhân tự thở, thở oxy qua canule.
• Dấu hiệu thiếu oxy: khó thở, khò khè, đờm giải, tím tái, vật vã, tri giác lơ mơ, lồng ngực di động kém, chỉ số oxy trên monitor $SaO_2 > 90\%$, $PaO_2 < 70mmHg$.
+ Chăm sóc
• Nếu nhịp thở nhanh hơn 30 lần/phút hay chậm dưới 15 lần/phút, theo dõi chỉ số oxy trên monitor, khí máu động mạch. Dấu hiệu thiếu oxy trên bệnh nhân, tím tái, thở co kéo, di động của lồng ngực kém, nghe phổi thì báo cáo ngay cho Bác sĩ.
• Cung cấp đủ oxy: luôn luôn phòng ngừa nguy cơ thiếu oxy cho bệnh nhân. Làm sạch đường thở, hút đàm nhớt và chất nôn ói, hút cần cẩn thận khi bệnh nhân cắt amiđan, nghe phổi trước và sau khi hút đờm.
• Tư thế bệnh nhân:. khi bệnh nhân mê cho nằm đầu bằng, mặt nghiêng sang một bên, kê gối sau lưng với cằm duỗi ra, gối gấp, kê gối giữa 2 chân. Nếu bênh nhân tỉnh, cho bệnh nhân nằm tư thế Fowler. Nếu bệnh nhân tỉnh cần hướng dẫn bệnh nhân tham gia vào tập thở, cách hít thở sâu.
Bệnh nhân được thở máy: Cần được theo dõi máy thở và bệnh nhân
+ Máy thở: Theo dõi hoạt động và các thông số của máy thở (áp lực đường thở, Vt, f, FiO_2 ….)
+ Bệnh nhân: Diễn biến lâm sàng khi thở máy (có chống máy hay không, các thông số về khí máu, tình trạng trao đổi khí ở phổi, SpO_2).
- Theo dõi về huyết động:
+ Dấu hiệu lâm sàng:
• Ngay sau mổ, điều dưỡng phải đo mạch, huyết áp và ghi thành biểu đồ để dễ so sánh. Để phát hiện sớm dấu hiệu tụt huyết áp do chảy máu điều dưỡng luôn thăm khám, phát hiện chảy máu qua vết mổ, qua dẫn lưu, các dấu hiệu biểu hiện thiếu máu trên lâm sàng như:
mạch nhanh, huyết áp giảm, da niêm tái.
• Nhận định tình trạng da niêm: màu sắc, độ ẩm, nhiệt độ da, dấu hiệu đổ đầy mao mạch. Cân bằng dịch trước và sau mổ cần được theo dõi sát, theo dõi số lượng nước tiểu mỗi giờ. Điều dưỡng cũng cần theo dõi tình trạng rối loạn điện giải biểu hiện trên lâm sàng, trên xét nghiệm
• Theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm, bình thường 5–12cmH_2O, theo dõi dấu mất nước như dấu véo da, khát, môi khô, niêm mạc khô; đánh giá thường xuyên để giúp Bác sĩ cân bằng chính xác tình trạng nước xuất nhập nhằm tránh nguy cơ suy thận cấp.
+ Chăm sóc:
• Đặt máy đo điện tim liên tục với bệnh nhân, người có bệnh tim, người già.
• Đo mạch, huyết áp 10 - 15 phút / lần.
• Tình trạng rối loạn nhịp trên ECG.
• Nâng đỡ nhẹ nhàng tránh tụt huyết áp tư thế.

• Thực hiện truyền dịch, truyền máu đúng y lệnh số giọt, thời gian.
• Ghi vào hồ sơ tổng nước xuất nhập mỗi giờ/24 giờ.
- Theo dõi về tiết niệu
+ Dấu hiệu lâm sàng:
• Số lượng, màu sắc nước tiểu, cầu bàng quang, dấu hiệu phù chi, huyết áp, cân nặng, bệnh nhân có thông tiểu không? Nhận định dấu hiệu thiếu nước, rối loạn điện giải, creatinine, Hct.
+ Chăm sóc:
• Theo dõi cân bằng dịch mỗi giờ, tổng cân bằng dịch trong 24 giờ, tính chất, màu sắc, số lượng nước tiểu. Chú ý, số lượng nước tiểu (bình thường0,5–1ml/kg cân nặng/giờ); nếu số lượng nước tiểu giảm hơn 30ml/giờ điều dưỡng cần báo bác sĩ. Theo dõi kết quả xét nghiệm chức năng thận, creatinine, điện giải, tổng phân tích nước tiểu.
• Thực hiện bù nước và điện giải theo y lệnh. Chăm sóc bệnh nhân phù, kê chi cao. Chăm sóc da sạch sẽ, tránh loét, tránh vết thương trên da vì nguy cơ nhiễm trùng rất cao. Theo dõi huyết áp thường xuyên, cân nặng mỗi ngày.
• Trong trường hợp có thông niệu đạo cần chăm sóc sạch sẽ bộ phận sinh dục và hệ thống thông niệu đạo.
- Theo dõi tác dụng ứ đọng của dãn cơ:
Tác dụng ứ đọng làm cho rối loạn nuốt, suy hô hấp v.v…Để phát hiện tác dụng ứ đọng của dãn cơ, trên lâm sàng ta có thể nói bệnh nhân nhấc đầu và giữ 5 giây, nuốt. Nếu bệnh nhân không làm được thì phải xem xét đến việc dùng thuốc hoá giải.
- Nhiệt độ.
+ Dấu hiệu lâm sàng:
• Tăng thân nhiệt: bệnh nhân sau mổ thường sốt nhẹ do mất nước, do tình trạng phản ứng cơ thể sau mổ; thường sau mổ 1–2 ngày nhiệt độ tăng nhẹ 37.5– 38 độ C, nhưng nếu bênh nhân sốt cao hơn thì điều dưỡng cần theo dõi và phát hiện sớm nguyên nhân của nhiễm trùng.
• Hạ thân nhiệt: do ẩm ướt, người già, suy dinh dưỡng, do nhiệt độ môi trường, do tình trạng suy kiệt…
+ Chăm sóc:
• Điều dưỡng theo dõi nhiệt độ thường xuyên, thực hiện bù nước theo y lệnh. Nếu sau mổ 3 ngày mà người bệnh vẫn còn sốt > 38 độ C thì cần theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng tiết niệu, viêm phổi, nhiễm trùng từ bệnh lý vừa phẫu thuật.
• Khi nhiệt độ tăng cao cần thực hiện chăm sóc giảm sốt cho bệnh nhân, vì khi nhiệt độ cao cũng làm bệnh nhân thiếu oxy. Và để việc theo dõi dễ dàng, điều dưỡng cần theo dõi nhiệt độ thường xuyên và ghi thành biểu đồ. Đối với người già, bệnh nặng, suy dinh dưỡng, bệnh nhân cần luôn được giữ ấm.
- Theo dõi các vấn đề khác:
+ Vết mổ.
+ Các ống dẫn lưu: số lượng, chất lượng của dịch dẫn lưu.
+ Đau sau mổ.
b. Tiêu chuẩn rút ống nội khí quản
- Nhiệt độ bình thường, hết tác dụng của thuốc giãn cơ, bệnh nhân tỉnh, gọi hỏi biết, làm được các động tác như nắm chặt tay, há mồm, thè lưỡi, hít sâu, phục hồi các phản xạ bảo vệ đường thở, nhấc đầu lên khỏi mặt giường và giữ trong vòng 10 giây…
- Ổn định huyết động học (≥ 75% trước mổ)
- Sau rút nội khí quản bệnh nhân được cho thở oxy 2 - 4 lít/phút trong những giờ đầu.
- Riêng trẻ em, có thể rút nội khí quản khi trẻ còn ngủ sâu.

2. Đối với bệnh nhân gây tê
- Kiểm tra tên, tuổi, chẩn đoán, phẫu thuật, tiền sử dị ứng thuốc của người bệnh.
- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn
- Cho bệnh nhân thở oxy 3-10 L/P trong trường hợp gây tê (Tê tủy sống, tê đám rối, tê tại chỗ ...) có sử dụng thuốc an thần hay Opioid hay bệnh nhân có huyết động không ổn định:
+ Dùng mặt nạ cho bệnh nhân chưa tỉnh hoặc bệnh nhân chỉ thở bằng miệng.
+ Dùng xông mũi hay xong mũi hai nòng cho những bệnh nhân khác vì bệnh nhân dễ chịu, có thể nói chuyện được.
- Thực hiện y lệnh thuốc
Các vấn đề cần theo dõi:
- Theo dõi về hô hấp:
+ Tình trạng thiếu oxy máu do sử dụng thuốc tiền mê
- Tụt Huyết áp và mạch chậm:
+ Do tác dụng ức chế giao cảm gây giãn mạch, nếu ức chế vào thần kinh giao cảm chi phối tim sẽ gây nhịp chậm và làm tụt Huyết áp.
+ Theo dõi sát huyết áp và mạch
- Theo dõi về vận động:
+ Theo dõi mức độ liệt vận động và cảm giác cho đến khi phục hồi hoàn toàn.
+ Đối với bệnh nhân gây tê ngoài màng cứng và gây tê dưới màng cứng:
• Theo dõi sát huyết động.
• Nên đặt dẫn lưu nước tiểu khi phẫu thuật kéo dài trên 4 giờ
- Buồn nôn và nôn: Do thay đổi áp lực nội sọ hoặc tác dụng phụ của thuốc tê.
- Nhức đầu: do rách màng cứng làm mất dịch não tủy.
+ Đau đầu thường xuất hiện sau 24-48h
- Bí tiểu: Thường do tác phụ của thuốc tê
- Các biến chứng về thần kinh:
+ Tổn thương một hay nhiều rễ TK gây hiện tượng loạn cảm hoặc tăng cảm giác đau.
+ Có thể bị liệt do tổn thương tủy do thuốc tê hoặc do tụ máu chèn ép vào TK.
3. Giảm đau sau mổ
- Dự phòng và điều trị đau sau mổ là một vấn đề lớn trong chăm sóc sau mổ.
- Nhiều kỹ thuật có thể áp dụng tuỳ theo mức độ đau đánh giá được mà có thể áp dụng riêng lẻ hay phối hợp các kỹ thuật.
+ Cần nhớ rằng thuốc giảm đau nên được cho theo giờ không đợi đến lúc xuất hiện cảm giác đau mới tiêm.
+ Đánh giá mức độ đau là dựa vào lâm sàng, dùng thang điểm đánh giá EVA (Echelle visuelle analogique) hoặc đánh giá định tính (đau ít, đau vừa, đau nhiều, đau không chịu nổi).
+ Các thuốc có thể dùng hiện nay:
• Paracetamol: PerfalganR 1g, dùng liều 15mg/kg/6 giờ không dùng quá 6g/ngày.
• Prodafalgan là tiền chất của paracetamol sau khi tiêm 1g prodafalgan sẽ bị thuỷ phân trong huyết tương cho 0,5g paracetamol.
• Diclofenac (VoltarenR 75mg) liều lượng 3mg/kg/ngày.
• Morphine được sử dụng sau các phẫu thuật mà mức độ đau nhiều hoặc vẫn còn đau nhiều sau khi dùng các thuốc giảm đau như trên.
4. Truyền dịch sau mổ và nuôi dưỡng bệnh nhân
Đặc biệt các phẫu thuật mà bệnh nhân nhịn ăn, uống trong nhiều ngày. Đánh giá bilan dịch vào ra.

5. Điều hoà thân nhiệt
6. Làm các xét nghiệm bổ sung.
7. Phát hiện và điều trị nhiễm khuẩn sau mổ.
8. Vật lý liệu pháp
Xoa bóp tay chân, tập thở, cho bệnh nhân thay đổi tư thế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Lê Xuân Thục (2009), "Điều trị tích cực các bệnh nhân sau mổ". Bài giảng gây mê hồi sức tập II, Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học, trang 381-389.
2. Edward E. George and Luca M. Bigatello (2010),"The postanesthesia care unit". Clinical Anesthesia Procedures of the Massachusetts General Hospital. Lippincott Williams & Wilkins, pp.561- 575.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ÁP XE HẬU MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG

Áp xe hậu môn và rò hậu môn là biểu hiện lâm sàng cấp tính và mãn tính của nhiễm khuẩn hậu môn. Nguồn gốc của nhiễm khuân hậu môn là viêm nhiễm tuyến Hermann và Derfosses.

Áp xe hậu môn cần được mổ dẫn lưu

Kháng sinh không có tác dụng.

II. NGUYÊN NHÂN

Rò hậu môn và áp-xe hậu môn trực tràng là hai giai đoạn của một quá trình nhiễm trùng của vùng này. Áp-xe là giai đoạn cấp tính, rò hậu môn là giai đoạn mãn tính. Khoảng 50% BN áp-xe hậu môn trực tràng rạch thoát mủ nhưng không lành và diễn tiến thành rò hậu môn.

Vi khuẩn thường gặp là các vi khuẩn đường ruột, có trường hợp lại do vi khuẩn lao (khoảng 5 – 30%). Ngoài ra bệnh còn có thể là hậu quả của nhiều nguyên nhân khác… Áp xe hậu môn cần được chỉ định mổ cấp cứu . Không có chống chỉ định.

III. CHẨN ĐOÁN

Bệnh nhân đau tức nhiều vùng hậu môn trực tràng, cảm giác đau tăng khi đại tiện.

Bệnh được biểu hiện với hội chứng nhiễm trùng: sốt, vẻ mặt nhiễm trùng

Áp xe nóng biểu hiện âm sàng rầm rộ với sưng, nóng, đỏ, đau.

Áp xe lạnh do vi khuẩn lao: bệnh biểu hiện âm thầm, sốt nhẹ về chiều. Cần làm thêm một số xét nghiệm về lao như X –quang phổi, Test IDR …

Chọc dò áp xe ra mũ, giúp xác định chẩn đoán.

IV. ĐIỀU TRỊ

Điều trị áp xe cạnh hậu môn à phẫu thuật dẫn lưu ổ áp xe

Đường rạch: Thay đổi tùy theo vị trí áp xe (phân loại của Parke), cần đủ rộng để có thể qua đó phá vố các vách ngăn (nếu có). Có thể rạch hình chữ thập hay cắt bở một phản da phủ áp xe để tránh liền vết mổ từ phía ngoài.

Áp xe cạnh hậu môn (perianal abscess) hay ngồi hậu môn (anorectal abscess):Đường rạch hình nan hoa xe đạp ỗ giữa hay gần chỗ căng phồng, ba động. Trường hợp áp xe ngồi hậu môn phát triển nhiều ra mông, đường rạch có thể hình vòng, hơi thiên về phía lỗ hậu môn.

Áp xe liên cơ thắt: Rạch qua niêm mạc, cơ để vào ổ áp xe - Kéo dài đến mép hậu môn.

Áp xe trên cơ nâng: Tùy theo nguyên ủy:

+ Nguyên ủy từ áp xe liên cơ thắt: Dẫn lưu vào trong lòng trực tràng.

+ Nguyên ủy từ áp xe ngồi hậu môn: Dẫn lưu qua da ra mông.

+ Nguyên ủy từ hố chậu: Đường bụng hay qua mông tùy theo vị trí áp xe gần phía nào (chẩn đoán có thể dựa vào siêu âm). (Theo hướng dẫn của Hội hậu môn Mỹ).

Áp xe hình móng ngựa: Rạch 2 đường nhỏ để dẫn lưu 2 ổ áp xe ở 2 móng – Dẫn lưu khoang sâu sau hậu môn (deep poat anal space) (Hanley).

Sau khi rạch mở ở áp xe, lấy mủ xét nghiệm và cấy vi khuẩn, phá vỡ các vách ngăn, dùng thìa nạo đáy ổ áp xe... Dẫn lưu bằng gạc hay lam, ống cao su.

Lỗ trong: Không nên cố tìm vì trong giai đoạn này thường bị tắc tạm thời và rất dễ gây "lạo đường". Nếu thấy dễ dàng: Đặt dây dẫn (seton) để mổ kỳ 2. Chỉ mổ điều trị ngay đường rò nếu rò thấp, đơn giản và người mổ có kinh nghiệm.

V. CẬN LÂM SÀNG TRƯỚC MỔ

Được xếp phẫu thuật loại I, II nên các xét nghiệm cần phải có:

- Tổng phân tích tế bào máu 10 thông số, trước đây gọi là CTM.
- Ts, Tc, TQ, TCK.
- Xét nghiệm nước tiểu thường quy.
- Sinh hóa máu < chức năng gan, thận AST, ALT, Bilirubin TP, TT, Ure, Creatinin.
- Những bệnh nhân trên 50 tuổi làm thêm Glucose máu, Protid máu.
- Chụp phim phổi.
- ECG.
- Siêu âm bụng tổng quát

VI. THUỐC SAU MỔ

- Dịch truyền.
- Kháng sinh trong hoặc sau mổ. Cephalosporine thế hệ 2, 3.
- Giảm đau, kháng viêm, vitamin

VII. THEO DÕI TAI BIẾN TRONG MỔ

Khi cố tìm lỗ trong có thể lạc đường làm thủng cơ nâng.

Chảy máu nhiều khi rạch áp xe trong thành trực tràng (liên cơ thắt).

Nếu rạch đường vòng trước và nhất là sau lỗ hậu môn có thể làm bong ống hậu môn.

Khi thấy mủ thối, có hơi, tổ chức đen mủn cần cảnh giác ngay hoại tử thứ nhất là ở người suy giảm miễn dịch, đái đường, HIV (+) (bệnh Foumter).

VIII. DỰ PHÒNG

Cho thuốc kháng sinh (β lactam) + Metronidazol nhất là ở những người có nguy cơ cao như đái tháo đường, HIV (+).

Chống táo bón (thuốc nhận tràng), giảm đau.

Ngâm hậu môn ngày 2-3 lần.

Rút gạc, dẫn lưu sau 24h - 36h.

Thay băng ngày 2 lần, nhét chạt để liền từ trong ra.

50% đến 80% trường hợp sẽ phát triển thành rò hay tái phát áp xe (b/n thấy đau phải khám lại và dẫn lưu ổ mủ đọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Xuân Hùng, Đỗ Đức Vân (1996), "Thái độ xử lý rò kép trong bệnh lý rò hậu môn",Y học thực hành, 3, tr. 3-5.

2. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Xuân Hùng, Đỗ Đức Vân (1999), "Chẩn đoán và điều trị rò hậu môn hình móng ngựa",Y học thực hành, 2, tr. 22-26.

3. Trịnh Hồng Sơn, Lê Nguyên Ngọc, Đỗ Đức Vân (2003), "Chẩn đoán và điều trị áp xe hậu môn tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 1/1999- 6/2003",Y học thực hành, 11, tr. 18-21.

4. Eisenhammer S. (1978), "The final evaluation and classification of surgical treatment of the primary anorectal cryptoglandular intermuscular (intersphincteric) fistulous abscess and fistular",Dis. Col. Rect, 21, p. 237- 254

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ THÀNH BỤNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Thoát vị thành bụng là một trạng thái bệnh lý gây ra do sự di chuyển của các tạng từ trong xoang bụng (thường là ruột non) ra phía ngoài thành bụng, qua một chỗ yếu của thành bụng. Chỗ yếu của thành bụng là nơi mà thành bụng không có lớp cơ chỉ có lớp cân hay mạc che phủ.

II. PHÂN LOẠI: Các loại thoát vị thành bụng hay gặp:

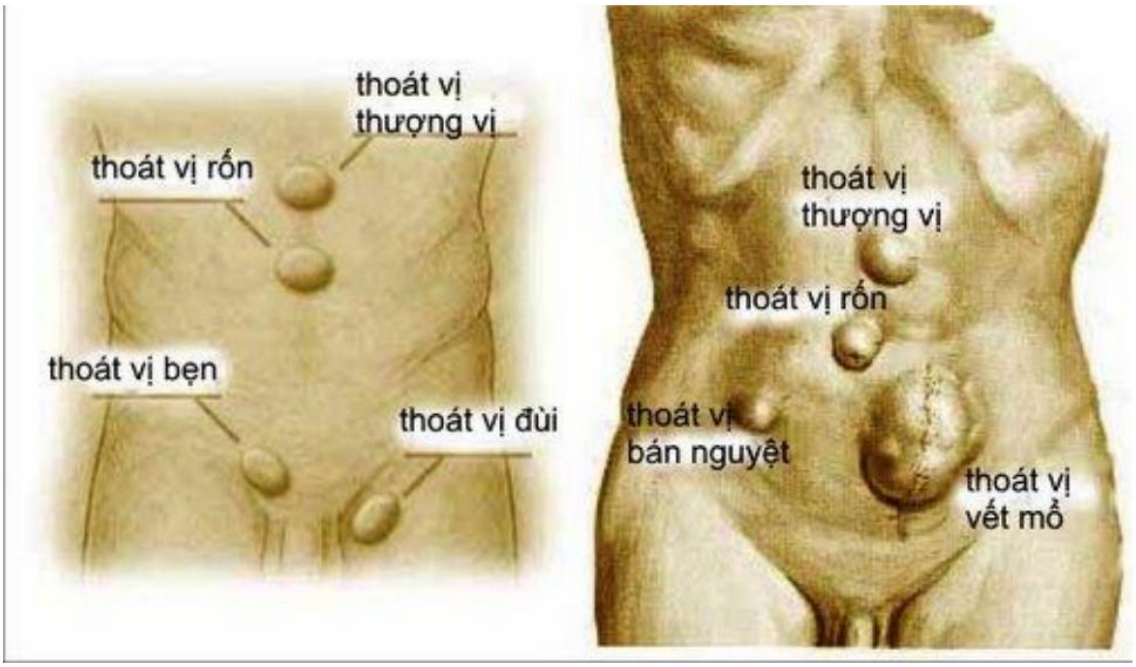
2.1. Thoát vị bẹn đùi - Thoát vị bẹn trực tiếp - Thoát vị bẹn gián tiếp - Thoát vị đùi

2.2. Thoát vị thành bụng trước: - Thoát vị rốn - Thoát vị thượng vị

2.3. Thoát vị vết mổ

2.4. Thoát vị vùng chậu - Thoát vị bịt - Thoát vị đáy chậu

2.5. Thoát vị vùng lưng (hiếm gặp)



Có một số dạng của thoát vị thành bụng như:

+ Thoát vị gian thành: một hình thức thoát vị thành bụng trong đó tạng thoát vị cũng di chuyển qua một chỗ yếu của thành bụng, nhưng không ra phiá ngoài thành bụng, mà nằm giữa các lớp cân cơ của thành bụng.

+ Thoát vị richter: một phần của thành ruột phía bên đối diện với bờ mạc treo bị thoát vị

+ Thoát vị trượt: là sự trượt của 1 tạng qua chỗ yếu của thành bụng 1 phần của nó tạo nên túi thoát vi. Trong các loại thoát vị thành bụng thì thoát vị bẹn là loại thoát vị thành bụng thường gặp nhất.

III. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ LOẠI THOÁT VỊ THÀNH BỤNG

3.1. Thoát vị bẹn

3.1.1. Chẩn đoán

Việc chẩn đoán thoát vị bẹn chủ yếu dựa vào bệnh sử kết hợp với thăm khám lâm sàng.

Đứng trước 1 bệnh nhân thoát vị bẹn ta phải trả lời được 3 câu hỏi sau:

Bệnh nhân có thoát vị bẹn hay không.

Thoát vị bẹn này là trực tiếp hay gián tiếp.

Thoát vị bẹn này có nghẹt không? Có cần xử lý cấp cứu không.

Đẩy khối phồng vào xoang bụng trở lại yêu cầu bệnh nhân ho hay phình bụng nếu khối phồng xuất hiện trở lai coi như chẩn đoán thoát vị bẹn đã được xác định. Dựa vào tính chất của khối phồng ta có thể phân biệt thoát vị bẹn gián tiếp hay trực tiếp:

- Thoát vị bẹn gián tiếp:

Khối thoát vị đã xuống bìu, qua khỏi lỗ bẹn nông. Bệnh nhân phải ho mạnh, khối thoát vị mới xuất hiện. Khối thoát vị di chuyển theo hướng chéo. Chặn ngón tay trong trường hợp lỗ bẹn nông đủ rộng: khối thoát vị chạm vào đầu ngón tay.

- Thoát vị bẹn trực tiếp:

Khối thoát vị xuất hiện ở tam giác bẹn, di chuyển từ sau lưng ra trước bụng. Chặn ngón tay trong trường hợp lỗ bẹn nông đủ rộng: khối thoát vị chạm vào mặt cạnh của ngón tay.

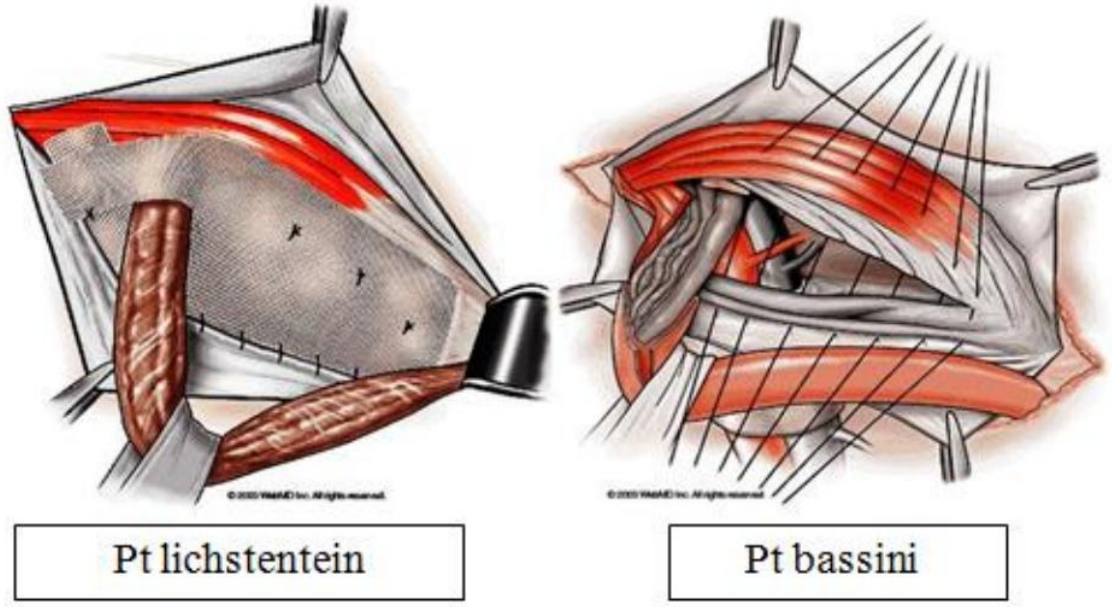
Nếu bệnh nhân nhập viện vì khối phồng đau vùng bẹn, và khai thác bệnh sử có khối phồng lên xuống ở vùng bẹn, chẩn đoán thoát vị bẹn nghẹt là hầu như chắc chắn. Nếu bệnh nhân có hội chứng tắc ruột, thành phần bị nghẹt là ruột, nếu không thành phần bị nghẹt thường là mạc nối lớn.

Cận lâm sàng thường dùng và có độ đặc hiệu cao là siêu âm.

3.1.2. Điều trị

- Chủ yếu là điều trị ngoại khoa
- Nguyên tắc điều trị: xử lý túi thoát vị và phục hồi thành bẹn
- Các phương pháp phẫu thuật:

• Mổ hở: phương pháp Bassini, phương pháp Lischtenstein,….
• Mổ nội soi



3.2. Một số loại thoát vị thành bụng khác

3.2.1. Thoát vị rốn

Thoát vị rốn xảy ra phổ biến ở trẻ sơ sinh, nhưng hầu hết các khiếm khuyết sẽ biến mất sau năm 2 tuổi. Thoát vị rốn ở người lớn thường là một bệnh lý mắc phải.

Thoát vị rốn thường gặp ở phụ nữ. Các bệnh lý làm tăng áp lực trong xoang bụng kéo dài như thai kỳ, béo phì, báng bụng, chướng bụng…là các yếu tố thuận lợi để thoát vị rốn hình thành và phát triển.

Bệnh nhân thường nhập viện vì có khối phồng vùng rốn. Khối phồng có đầy đủ tính chất của một khối thoát vị (tăng áp lực và tăng kích thước khi yêu cầu bệnh nhân ho hay

phình bụng). Khi thăm khám bệnh nhân bị thoát vị rốn cũng cần chú ý đến yếu tố và bệnh lý nguyên nhân.

Thoát vị rốn hiếm khi dẫn đến nghẹt ruột. Thay vào đó, thoát vị rốn có thể dẫn đến hoại tử da, nhất là ở các bệnh nhân báng bụng.

Thái độ điều trị: trẻ em, nếu vẫn còn thoát vị rốn sau 5 tuổi, cần phải được phẫu thuật. Ở người lớn, thoát vị rốn nhỏ và không triệu chứng không cần điều trị.

Các thoát vị lớn (đường kính ≥ 4 cm), thoát vị có triệu chứng hay có dấu hiệu nghẹt, thoát vị có da trên bề mặt quá mỏng, thoát vị ở bệnh nhân bị báng bụng không kiểm soát được là các chỉ định cho việc điều trị bằng phẫu thuật.

Phương pháp điều trị cổ điển được đề xuất bởi Mayo (khâu xếp mép của lớp cân trên chồng lên mép của lớp cân dưới) hiện nay ít được áp dụng.

Đối với lỗ thoát vị nhỏ, khâu đóng đơn giản lỗ thoát vị bằng chỉ không tan.

Đối với lỗ thoát vị lớn, có thể đặt mảnh ghép tăng cường sau khi khâu đóng lỗ thoát vị hay bắc cầu qua lỗ thoát vị. Các thoát vị rất lớn có thể được điều trị bằng cách đặt mảnh ghép từ trong xoang bụng qua ngả nội soi.

3.2.2. Thoát vị vùng thượng vị

Thoát vị vùng thượng vị xảy ra chủ yếu ở nam giới. Vị trí thoát vị nằm trên đường giữa, giữa mũi ức và rốn. Trong 20% các trường hợp, bệnh nhân có từ hai thoát vị trở lên. Khối thoát vị thường nhỏ. Bệnh nhân thường nhập viện vì một khối phồng nhỏ đau ở vùng thượng vị. Khám thấy có khối nhỏ nằm trên đường trắng giữa, giữa mũi ức và xương mu (hay cách rốn khoảng 3-4 cm), chắc, kém di động, ấn đau vừa.

Chẩn đoán phân biệt trước tiên là u mỡ dưới da.

Trong trường hợp khó chẩn đoán, có thể cần đến siêu âm chẩn đoán.

Điều trị thường đơn giản: khâu lại chỗ hở của lớp cân thành bụng.

3.2.3. Thoát vị bịt Là loại thoát vị hiếm gặp.

Thoát vị bịt thường xảy ra ở nữ giới. bệnh nhân thường lớn tuổi và gầy ốm.Đau và nghẹt ruột là hai thể lâm sàng chủ yếu của thoát vị bịt. Đau là do tạng thoát vị chèn vào thần kinh bịt. bệnh nhân đau ở vùng gốc đùi. Có thể gây ra cơn đau bằng nghiệm pháp Howship-Romberg.

Ở bệnh nhân có hội chứng tắc ruột, chẩn đoán nguyên nhân thường chỉ có sau khi mở bụng. Trong trường hợp không có chỉ định mở bụng, CT là phương tiện được lựa chọn để chẩn đoán thoát vị bịt. Phẫu thuật là chỉ định điều trị của thoát vị bịt. Có thể phẫu thuật ngã sau, ngả nội soi hay mở bụng (dành cho bệnh nhân bị thoát vị bịt có nghẹt ruột). Sau khi đưa tạng thoát vị vào lại xoang bụng, chú ý lấy hết mô mỡ tiền phúc mạc nằm trong ống bịt, tìm và bộc lộ thần kinh bịt cùng bó mạch bịt. Ống bịt sau đó được khâu khép hay khâu che bằng một mảnh ghép nhỏ.

3.3. Cận lâm sàng trước mổ

Được xếp phẫu thuật loại II nên các xét nghiệm cần phải có:

- Tổng phân tích tế bào máu 10 thông số, trước đây gọi là CTM.
- Ts, Tc, TQ, TCK
- Xét nghiệm nước tiểu thường quy.
- Sinh hóa máu < chức năng gan, thận AST, ALT, Bilirubin TP, TT, Ure, Creatinin.
- Những bệnh nhân trên 50 tuổi làm thêm Glucose máu, Protid máu.
- Chụp phim phổi.
- ECG.
- Siêu âm bụng tổng quát.

3.4. Thuốc sau mổ

- Dịch truyền.

- Kháng sinh trong hoặc sau mổ. Cephalosporine thế hệ 2, 3.
- Giảm đau, kháng viêm, vitamin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng ngoại khoa - ĐH Y dược tp Hồ Chí Minh

2. Giải phẫu học- ĐH Y dược tp Hồ Chí Minh

3. Ramirez OM. Abdominoplasty and abdominal wall rehabilitation: A comprehensive approach.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ POLYP TÚI MẬT

I. ĐẠI CƯƠNG

Polyp túi mật còn gọi là u nhú niêm mạc tuyến mật, là một tổn thương dạng u hoặc giả u phát triển trên bề mặt niêm mạc túi mật. Polyp túi mật chủ yếu gặp ở người trưởng thành, rất hiếm gặp ở trẻ em. Tỷ lệ polyp túi mật trong cộng đồng dao động từ 0,03% đến 9%. Nếu so với sỏi túi mật thì polyp túi mật ít gặp hơn sỏi túi mật, hay gặp ở phụ nữ độ tuổi từ 30-50.

Polyp túi mật lành tính chiếm khoảng 92% các trường hợp, gồm có hai loại: u thật như u tuyến, u cơ, u mỡ...; u giả như u cholesterol, u cơ tuyến, viêm giả u...

Polyp túi mật ác tính chiếm khoảng 8%, gồm có ung thư tuyến, u sắc tố, di căn ung thư...

II. NGUYÊN NHÂN

Có rất nhiều các yếu tố được cho là có liên quan việc hình thành polyp túi mật như: chức năng gan mật kém, nồng độ đường máu, mỡ máu cao, béo phì, thói quen ăn uống không điều độ, nhiễm virus viêm gan… Nhưng trên thực tế chưa có nghiên cứu nào khẳng định được chính xác nguyên nhân hình thành polyp túi mật.

III. CHẨN ĐOÁN

Hầu hết polyp túi mật không gây ra bất kỳ triệu chứng nào. Một số ít trường hợp có thể có cơn đau quặn mật, thường do sỏi mật kết hợp với polyp túi mật hoặc là những polyp lớn (trên 10mm) gây ra sự co thắt túi mật, xảy ra ở vùng hạ sườn phải, đau âm ỉ, đau nhói hoặc đau từng cơn và đau sau bữa ăn có nhiều dầu mỡ, trứng…

Số lượng và kích thước của polyp túi mật cũng khá đa dạng, nhưng thường gặp nhất là có một polyp trong túi mật với kích thước nhỏ hơn 10 mm. Một số người có thể có nhiều polyp trong túi mật hoặc kích thước polyp lên đến 20-40 mm, hay vừa có polyp vừa có sỏi túi mật

- Hỏi bệnh sử và khám thực thể.
- Siêu âm túi mật để phát hiện polyp.
- Chụp cắt lớp phát xạ Positron (PET) hoặc chụp cắt lớp vi tính (CT Scan) giúp phát hiện tế bào ung thư trong polyp túi mật lớn.

IV. ĐIỀU TRỊ

Với polyp nhỏ dưới 1 cm có thể chỉ cần theo dõi thường xuyên mỗi 3-6 tháng mà không cần phẫu thuật cắt bỏ túi mật.

Polyp lớn hơn 1 cm có nhiều khả năng trở thành ung thư, đặc biệt là những polyp lớn hơn 1,5 cm, do đó, cắt bỏ túi mật có thể được đề nghị để ngăn chặn sự phát triển ung thư túi mật.

Ngoài ra, những hình ảnh gợi ý tính chất ác khi thấy polyp có chân lan rộng, hình không đều đặn, phát triển nhanh. Polyp túi mật xuất hiện ung thư có thể được điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ túi mật.

92% polyp túi mật có bản chất lành tính (không ung thư), do vậy người bệnh không cần đến sự can thiệp điều trị cắt bỏ túi mật.

Túi mật là một cấu thành của hệ thống đường dẫn mật, có vai trò tham gia điều hòa bài tiết mật và tiêu hóa thức ăn, do vậy không thể tùy tiện tiến hành cắt bỏ khi chưa có chỉ định.

Phác đồ xử trí đối với polyp túi mật như sau:

- Nếu nghi ngờ polyp túi mật phát hiện qua siêu âm mà bệnh nhân không có triệu chứng như đau sốt... thì nên kiểm tra lại sau 6 tháng hay 1 năm để khẳng định. Nếu sau thời gian đó mà không còn hình ảnh của polyp thì không cần phải xử trí gì.

- Trường hợp hình ảnh polyp rõ, cần theo dõi định kỳ bằng siêu âm 6 tháng nếu khối u lớn trên 10mm, hoặc có phát hiện các biểu hiện ác tính qua xét nghiệm máu, các thăm dò khác hoặc polyp đã có biểu hiện lâm sàng như đau sốt tái phát nên chỉ định phẫu thuật sớm.

- Điều trị phẫu thuật cắt túi mật có thể thực hiện qua mổ mở hay mổ nội soi. Tuy nhiên, ngày nay với sự phát triển của phẫu thuật nội soi, cắt túi mật nội soi là phẫu thuật ít xâm hại, ít đau và bệnh nhân hồi phục nhanh, ít biến chứng.

V. CẬN LÂM SÀNG TRƯỚC MỔ

- Được xếp phẫu thuật loại I, II nên các xét nghiệm cần phải có:
- Tổng phân tích tế bào máu 10 thông số, trước đây gọi là CTM.
- Ts, Tc, TQ, TCK.
- Xét nghiệm nước tiểu thường quy.
- Sinh hóa máu < chức năng gan, thận AST, ALT, Bilirubin TP, TT, Ure, Creatinin.
- Những bệnh nhân trên 50 tuổi làm thêm Glucose máu, Protid máu.
- Chụp phim phổi.
- ECG.
- Siêu âm bụng tổng quát.

VI. THUỐC SAU MỔ

- Dịch truyền.
- Kháng sinh trong hoặc sau mổ. Cephalosporine thế hệ 2, 3.
- Giảm đau, kháng viêm, vitamin.

VII. PHÒNG NGỪA BỆNH POLYP TÚI MẬT

Thực phẩm giúp phòng polyp túi mật. Polyp túi mật là bệnh đa phần lành tính, nhưng ngày càng có xu hướng gia tăng do thói quen sinh hoạt và ăn uống không phù hợp. Có nhiều yếu tố thuận lợi đối với việc hình thành polyp túi mật như chức năng gan mật kém, nồng độ đường máu, nồng độ mỡ máu cao, béo phì, nhiễm virus viêm gan, thói quen ăn uống nhiều mỡ, chất béo, kích thích làm tăng thêm lượng chloresterol trong người.

Để phòng ngừa bệnh tức là phải giảm những yếu tố này trong cơ thể. Đối với người bị polyp túi mật thì chế độ ăn uống phải thanh đạm gần giống với người bị bệnh tim mạch, cao huyết áp, tức là phải giảm cholesterol xấu trong máu. Giảm cholesterol bằng các loại thực phẩm lành mạnh gồm: Yến mạch, các loại hạt, đậu, thay chất béo từ thực vật bằng động vật, tăng ăn cá hồi thay thịt động vật... Đặc biệt, không nên uống rượu, cà phê mà thay vào đó là uống trà xanh bởi trà xanh chứa Catechins, là những hợp chất chống oxy hóa giúp giảm cholesterol xấu một cách khá tốt. Về chế độ ăn, nên chọn thịt nạc từ gia cầm. Nếu ăn cá, nên chọn các loại cá biển. Đặc biệt là nên ăn những loại rau xanh có chứa nhiều chất xơ. Nên ăn những thực phẩm theo màu như màu đen chọn nấm hương, mộc nhĩ; màu vàng chọn cà rốt, bí ngô; màu xanh chọn các loại rau họ cải; màu trắng chọn cải bắp, su hào... bởi những thực phẩm này chứa nhiều chất xơ, vitamin A, B1, C và chứa thành phần chống viêm cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Triệu chứng học ngoại khoa NXBYH - HN 1990.
2. Triệu chứng học ngoại khoa NXBYH - HN 2000.
3. Triệu chứng học ngoại khoa NXBYH - HN 2002, tập 1, 2.
4. Ngoại khoa cơ sở NXBYH HN 1999.
5. Bệnh học ngoại khoa sau Bác sĩ NXBQĐND - HN 2002, tập 1, 2.

6. Bệnh học ngoại khoa bụng NXBQĐND - HN 1997.
7. Bệnh học ngoại khoa NXBYH - HN 1985 tập 1, 2 phần bụng.1986 phần: tụy lách 1991

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SỎI TÚI MẬT

I. ĐẠI CƯƠNG

Sỏi túi mật là bệnh thường gặp ở nước ta, chiếm tới khoảng 8 – 10% dân số. Ban đầu, những triệu chứng của sỏi có thể rất mơ hồ và thường chỉ phát hiện tình cờ qua thăm khám sức khỏe định kỳ, hoặc khi sỏi đã gây ra biến chứng.

II. NGUYÊN NHÂN

Sỏi túi mật được hình thành chủ yếu từ sự kết tụ của cholesterol, do mất cân bằng của các thành phần có trong dịch mật. Ví dụ như khi lượng cholesterol ở trong dịch mật gia tăng quá mức, vượt quá khả năng hòa tan của muối mật hay khi lượng muối mật giảm đi sẽ dẫn tới hình thành sỏi cholesterol. Ngoài ra, còn có thể gặp sỏi sắc tố mật hình thành do sự kết tụ của bilirubin trong một số bệnh như thiếu máu hồng cầu liềm, xơ gan…

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng

- Đau hạ sườn phải, đau ra sau lưng lan lên bả vai
- Đau âm ỉ hoặc dữ dội, đau sau ăn no giàu chất béo gây buồn nôn hoặc nôn.

3.1.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm bụng: Sỏi túi mật.
- CT scan bụng: Phát hiện sỏi túi mật.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Ung thư đầu tụy: không đau, không sốt, vàng da tăng dần, vàng rơm, bạch cầu tăng ít hoặc không tăng; X quang: khung tá tràng dãn rộng; siêu âm: kích thước đầu tụy to; chụp CT scanner cho thấy hình ảnh u đầu tụy.
- Ung thư bóng Vater: dựa vào siêu âm,CT scanner hoặc chụp đường mật qua da
- Ung thư đường mật: dựa vào siêu âm, chụp mật qua da và CT scanner.
- Viêm gan virus: bilirubin gián tiếp tăng cao, bạch cầu tăng ít hoặc không tăng, SGPT và SGOT tăng, marker viêm gan (+).
- Loét hành tá tràng thủng vào tụy: cũng có thể gây đau dữ dội như trong sỏi mật, nhưng không sốt, không vàng da, chụp dạ dày có hình ảnh loét.

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nội khoa

Sỏi nhỏ túi mật dưới 10mm chưa có biến chứng thì được theo dõi tái khám định kỳ 03 – 06 tháng/ lần.

Dùng các hoá chất làm tan sỏi mật như: cho uống chenodeoxycholic và ursodeoxycholic.

4.2. Phẫu thuật

Sỏi túi mật đã có biến chứng gây đau tái diễn, biến chứng tắc mật, nhiễm trùng đường mật, viêm phúc mạc mật thì được chỉ định cắt bỏ túi mật.

Phẫu thuật cắt bỏ túi mật có thể được thực hiện bằng mổ mở hay mổ nội soi

Ngày nay dưới sự phát triển và những ưu điểm của phẫu thuật nội soi thì cắt túi mật nội soi được xem là tiêu chẩn vàng trong điều trị cắt túi mật viêm do sỏi.

4.3. Cận lâm sàng trước mổ

- Được xếp phẫu thuật loại I, II nên các xét nghiệm cần phải có:
- Tổng phân tích tế bào máu 10 thông số, trước đây gọi là CTM.
- Ts, Tc, TQ, TCK.
- Xét nghiệm nước tiểu thường quy.

- Sinh hóa máu < chức năng gan, thận AST, ALT, Bilirubin TP, TT, Ure, Creatinin.
- Những bệnh nhân trên 50 tuổi làm thêm Glucose máu, Protid máu.
- Chụp phim phổi. - ECG. - Siêu âm bụng tổng quát.

4.4. Thuốc sau mổ

- Dịch truyền.
- Kháng sinh trong hoặc sau mổ. Cephalosporine thế hệ 2, 3.
- Giảm đau, kháng viêm, vitamin.

V. DỰ PHÒNG

Nhiễm trùng, nhiễm ký sinh trùng đường ruột gây viêm nhiễm lên đường mật là nguyên nhân gây sỏi mật khá phổ biến ở nước ta. Vậy phòng bệnh là phải áp dụng thực hiện chế độ ăn uống sạch. Tăng cường vận động thân thể; có chế độ tẩy giun định kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngoại khoa cơ sở NXBYH HN 1999.

2. Bệnh học ngoại khoa bụng NXBQĐND - HN 1997.

3. Bệnh học ngoại khoa NXBYH - HN 1985 tập 1, 2 phần bụng.1986 phần: tụy lách 1991.

4. Tai biến và biến chứng phẫu thuật HVQY 1988.

5. Bách khoa thư bệnh học NXBYH - HN 2003, tập 1, 2, 3. 6. Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa NXBYH - chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh 2003.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SỎI ỐNG MẬT CHỦ

I. ĐẠI CƯƠNG

Sỏi ống mật chủ (OMC) là bệnh thường gặp ở nước ta. Trước đây, sỏi OMC chiếm tới 80 - 90% trong tổng số sỏi mật; gần đây, do tỷ lệ sỏi túi mật ngày càng gia tăng, làm tỷ lệ sỏi OMC giảm đáng kể (khoảng 50 - 60%).

Khác với sỏi OMC ở các nước Âu, Mỹ (chủ yếu là sỏi Cholesterol và di chuyển từ túi mật xuống); bệnh lý sỏi OMC ở Việt Nam rất phức tạp, thành phần chủ yếu của sỏi OMC là sắc tố mật, nhân là xác hay trứng giun đũa. Yếu tố giun chui đường mật và nhiễm trùng đóng vai trò quan trọng trong cơ chế hình thành sỏi.

II. NGUYÊN NHÂN

Ngày nay nguyên nhân tạo sỏi đường mật còn chưa được công bố trên các y văn thế giới cũng như ở Việt Nam. Các nước Âu Mỹ, Nhật Bản gặp sỏi lắng đọng cholesterol là chủ yếu, ở nước ta sỏi cholesterol là phối hợp với sắc tố mật, calci gặp ít. Theo các nghiên cứu trong nước thì sỏi lắng đọng sắc tố mật là chủ yếu trên cơ sở của nhân viên sỏi là trứng hoặc mảnh xác giun đũa.

Thuyết nhiễm trùng: Do vi khuẩn tấn công gây tổn thương thành đường mật, làm đảo lộn cấu trúc mật và các tế bào viêm loét bong vào dịch mật, các muối calci cùng các tổ chức hoại tử và sắc tố mật kết tủa và hình thành sỏi.

Thuyết nhiễm ký sinh trùng: Ký sinh trùng đường ruột (chủ yếu là giun đũa). Khi giun chui lên ống mật (GCOM) mang theo cả trứng giun đũa, hoặc bản thân con giun mắc kẹt chết ngay trong đường mật để lại các mảnh vỏ xác, tạo nòng cốt cho sắc tố mật lắng đọng bám vào ngày càng nhiều dần dần thành viên sỏi, nghiên cứu khi cắt ngang viên sỏi đã tìm thấy nòng cốt là trứng giun đũa hoặc mảnh xác giun đũa).

Thuyết chuyển hóa và tăng cholesterol máu: Gặp ở những bệnh nhân béo phì, đái tháo đường, thiểu năng giáp trạng, phụ nữ mang thai...lượng cholesterol trong mật tăng cao, và hình thành sỏi mật (cắt ngang viên sỏi thấy các tinh thể cholesterol xếp theo hình đồng tâm).

Như vậy ở Việt Nam nguyên nhân tạo sỏi phải kể đến nhiễm trùng đường mật và nhiễm ký sinh trùng (giun đũa) (liên quan đến vấn đề phòng bệnh).

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

- Đau hạ sườn phải, sốt cao, vàng da (tam chứng Charcot).
- Có tiền sử sỏi mật.
- Túi mật căng to.
- Bạch cầu tăng cao, bilirubin máu tăng (chủ yếu bilirubin là trực tiếp).
- Siêu âm và chụp mật - tụy ngược dòng qua soi tá tràng - Oddi hoặc chụp đường mật qua da thấy hình ảnh sỏi mật.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Ung thư đầu tụy: không đau, không sốt, vàng da tăng dần, vàng rơm, bạch cầu tăng ít hoặc không tăng; X quang: khung tá tràng dãn rộng; siêu âm: kích thước đầu tụy to; chụp CT scanner cho thấy hình ảnh u đầu tụy.
- Ung thư bóng Vater: dựa vào siêu âm,CT scanner hoặc chụp đường mật qua da
- Ung thư đường mật: dựa vào siêu âm, chụp mật qua da và CT scanner.
- Viêm gan virus: bilirubin gián tiếp tăng cao, bạch cầu tăng ít hoặc không tăng, SGPT và SGOT tăng, marker viêm gan (+).

- Loét hành tá tràng thủng vào tụy: cũng có thể gây đau dữ dội như trong sỏi mật, nhưng không sốt, không vàng da, chụp dạ dày có hình ảnh loét.

- Sỏi túi mật: không vàng da, không có dấu hiệu tắc mật. Siêu âm có giá trị chẩn đoán.

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị không phẫu thuật

Điều trị nội khoa tạm thời trong tắc mật nhiễm trùng trong tắc mật cấp tính bao giờ cũng kèm theo nhiễm trùng hoặc là tắc mật gây ứ đọng mật làm cho vi khuẩn hoạt động và phát triển; hoặc là có nhiễm trùng đường mật bị phù nề và ôm sát hòn sỏi cản trở sự lưu thông dịch mật; điều trị chủ yếu là các loại kháng sinh chống vi khuẩn Gram (-), thuốc dãn cơ trơn. Phương pháp này tạm thời điều trị triệu chứng để hạn chế biến chứng do sỏi gây nên.

Dùng các hoá chất làm tan sỏi mật như: Sử dụng các hóa chất làm tan sỏi như cho uống chenodeoxycholic và ursodeoxycholic. Hỗn hợp MTBE (Methyl - Tertiary - Butyl - Ether) bơm vào đường mật qua nội soi.

Nội soi qua tá tràng, cắt cơ vòng Oddi lấy sỏi.

Tán sỏi qua da, tán sỏi qua nội soi đường mật.

Tán sỏi ngoài cơ thể: Hiện nay nhiều nước trên thế giới áp dụng tán sỏi OMC ngoài cơ thể, kết quả thành công khá cao.

4.2. Phẫu thuật

Phẫu thuật kinh điển (mổ hở) Mở ống mật chủ lấy sỏi dẫn lưu Kehr: Phương pháp này trước đây đangđược sử dụng thường quy để điều trị ngoại khoa sỏi ống mật chủ. Từ xa xưa cho đến nay vấn đề chủ yếu vẫn là phương pháp điều trị phẫu thuật, mổ bụng và tiến hành các thao tác trên đường mật tuỳ theo các tổn thương bệnh lý của nó.

Chỉ định:

-Mổ cấp cứu: Thường chỉ định trên bệnh nhân có biến chứng của sỏi đường mật: như thấm mật phúc mạc, viêm phúc mạc mật do hoại tử túi mật, hoại tử đường mật ngoài gan...

-Mổ cấp cứu trì hoãn: Chỉ định trong các trường hợp sỏi đường mật kèm theo sốc nhiễm trùng cần phải hồi sức nội một thời gian ngắn, khi tình trạng bệnh tạm ổn định, thực hiện phẫu thuật.

-Mổ theo kế hoạch: Được chỉ định ở các bệnh nhân có sỏi mật chưa có biến chứng.

Các phương pháp phẫu thuật

-Mục đích của phẫu thuật là lấy sỏi và dị vật đường mật, tạo sự lưu thông mật - ruột, dẫn lưu đường mật hoặc mổ nhẹ thì đầu cấp cứu để chuẩn bị cho lần mổ tiếp theo triệt để hơn. Vấn đề sỏi ống mật chủ đơn thuần và sỏi túi mật đơn thuần cho đến nay ít có bất đồng về chỉ định và phương pháp phẫu thuật; việc lấy sỏi thường ít gặp khó khăn.

Tuy nhiên đối với những viên sỏi cắm chặt và phần thấp của ống mật chủ, việc lấy sỏi cần được lưu ý hơn để tránh tổn thương cơ Oddi và tuỵ tạng.

Đối với sỏi đường mật trong gan dễ bị bỏ sót trong khi mổ hoặc không phát hiện hết khi thăm dò hoặc không thể lấy hết sỏi ra được.

Hiện nay ở Việt Nam lấy sỏi chủ yếu vẫn là nhờ dụng cụ Mérizzi hoặc Desjardin có các cỡ số, độ cong thích hợp để xoay sở trong việc lấy sỏi. Dùng ống sonde Nelaton cho sâu vào trong gan rồi dùng nước ấm bơm súc rửa để lấy sỏi nhỏ và dị vật nhỏ.

Đối với sỏi nằm sâu trên cao hoặc trong các ống gan hạ phân thuỳ, việc lấy sỏi cần có soi đường mật trong mổ hoặc dùng các sonde như Dormia hoặc Fogarty để lấy sỏi dễ dàng hơn các dụng cụ cứng.

Đối với sỏi gan trái: Nhờ nhu mô gan mỏng sờ thấy sỏi mà không thể lấy qua đường ống mật chủ, một số tác giả có khuynh hướng mở nhu mô gan lấy sỏi, nhưng thường bị rò

mật, có khi gây viêm phúc mạc sau mổ cũng rất nguy hiểm, do vậy đối với trường hợp đường mật bị nhiễm trùng thì không có chỉ định này.

Sau khi giải quyết lấy sỏi và dị vật đường mật phải khâu ống mật chủ, để đảm bảo an toàn cho đường khâu ống mật chủ ta thường dẫn lưu dịch mật bằng sonde Kehr. Mục đích chính là làm giảm áp lực đường mật, theo dõi diễn biến đường mật sau mổ và lợi dụng sonde Kehr để chụp kiểm tra đường mật trong hoàn cảnh mổ sỏi mật ở Việt Nam.

Phương pháp dẫn lưu dịch mật trong cơ thể bằng cách nối mật ruột với nhiều kỹ thuật. Phương pháp này được chỉ định trong trường hợp có hẹp cơ Oddi, chít hẹp đường mật, sỏi mật kèm theo nang ống mật chủ. Ngoài ra sỏi mật trong gan rải rác nhiều nơi, nhiều sỏi hoặc sỏi mật đã phải mổ đi mổ lại nhiều lần.

Có nhiều phương pháp nối mật-tiêu hoá khác nhau, việc lựa chọn phương pháp này tuỳ thuộc vào bệnh lý cũng như thói quen của phẫu thuật viên. Phương pháp đơn giản nhất là nối ống mật chủ-tá tràng, tuy nhiên đã có nhiều nhược điểm: để lại túi bịt ống mật chủ phía dưới là nguyên nhân của lắng đọng sỏi và ung thư hoá, nhiễm trùng ngược dòng.

Xu hướng hiện nay là nối ống mật chủ-hỗng tràng theo phương pháp Roux-en-Y với nhiều ưu điểm: tránh được nhiễm trùng ngược dòng, không có túi bịt ống mật chủ.

Phương pháp mở rộng cơ Oddi qua đường tá tràng (còn được gọi là nối ống mật chủ - tá tràng bên trong).

Phương pháp nối ống mật chủ tá tràng kiểu miệng nối bên bên: Dễ làm, ít biến chứng nhưng có nguy cơ nhiễm trùng ngược dòng do các vi khuẩn đường ruột, giun, thức ăn trào lên đường mật.

Phương pháp nối ống mật chủ - hỗng tràng kiểu Ronal-Smith: được áp dụng trong trường hợp ống mật chủ bị chèn ép và u đầu tuỵ gây hẹp tá tràng.

Phương pháp nối ống mật chủ – hỗng tràng kiểu Roux en Y: có ưu điểm hạn chế tỷ lệ nhiễm trùng đường mật ngược dòng do trào ngược.

Phẫu thuật cắt phân thuỳ + hạ phân thùy gan trong điều trị sỏi gan.

Cắt cơ vòng Oddi qua nội soi Ngày nay nhiều tác giả nước ngoài dùng phương pháp lấy sỏi qua đường nội soi tá tràng - cắt cơ vòng Oddi (ERCP). Hiện nay Việt Nam đã áp dụng phương pháp này, tuy nhiên chỉ mới tiến hành ở một số bệnh viện thuộc tuyến Trung ương. Chỉ định tốt trong những trường hợp sỏi nhỏ thường là một viên và ở những bệnh nhân đã được mổ bụng trước đó. Tuy nhiên chỉ định cần cân nhắc trong trường hợp bệnh nhân nhi.

Phẫu thuật bằng phương pháp nội soi ổ bụng Để cắt bỏ túi mật hoặc mở ống mật chủ lấy sỏi ở Việt Nam bước đầu đã áp dụng nhưng chưa được phổ biến rộng rãi. Với sự phát triển của phẫu thuật nội soi ổ bụng, ngày nay ngoài mở ống mật chủ lấy sỏi bằng đường mở bụng xu hướng mới là mở ống mật chủ lấy sỏi bằng nội soi ổ bụng. Tuy nhiên, mở ống mật chủ lấy sỏi bằng đường nội soi ổ bụng có những chỉ định cụ thể. Chỉ định chủ yếu trong trường hợp sỏi đơn giản và mổ lần đầu.

4.3. Cận lâm sàng trước mổ

- Được xếp phẫu thuật loại I, II nên các xét nghiệm cần phải có:
- Tổng phân tích tế bào máu 10 thông số, trước đây gọi là CTM.
- Ts, Tc, TQ, TCK.
- Xét nghiệm nước tiểu thường quy.
- Sinh hóa máu < chức năng gan, thận AST, ALT, Bilirubin TP, TT, Ure, Creatinin.
- Những bệnh nhân trên 50 tuổi làm thêm Glucose máu, Protid máu.
- Chụp phim phổi.
- ECG.
- Siêu âm bụng tổng quát.

4.4. Thuốc sau mổ

- Dịch truyền.
- Kháng sinh trong hoặc sau mổ. Cephalosporine thế hệ 2, 3.
- Giảm đau, kháng viêm, vitamin

V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

- Thấm mật phúc mạc: do mật ứ đọng ở trên chỗ tắc của OMC thấm qua thành ống mật, nhất là thấm qua túi mật vào ổ bụng. Khám bụng thấy có phản ứng thành bụng, nhất là ở nửa bụng phải.

- Viêm phúc mạc mật: do vỡ túi mật hoặc thủng OMC, dịch mật và vi khuẩn vào ổ bụng gây nên nhiễm trùng ổ phúc mạc. Khám thấy co cứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc rõ.

- Viêm mủ đường mật và áp xe gan đường mật:

+ Do ứ đọng mật và nhiễm trùng gây nên viêm mủ đường mật: dịch mật đen đục, mùi thối và lẫn mủ.

+ Sau đó hình thành nhiều ổ áp xe nhỏ rải rác ở gan, thường ở gan trái. Bệnh nhân có sốt cao, rét run, gan to và đau...

- Chảy máu đường mật: do sỏi và áp xe gây loét thành ống mật, làm ống mật thông với mạch máu trong gan. Bệnh nhân nôn ra máu hoặc đi ngoài phân đen, nhất là trong chất nôn có cục máu đông hình thỏi bút chì (dấu hiệu Foldarri). Chảy máu thường kéo dài, dai dẳng và thành từng đợt.

- Viêm tụy cấp do sỏi mật: sỏi ở đoạn cuối OMC hoặc sỏi chít vào cơ Oddi; khám điểm sườn thắt lưng đau, amylase máu và nước tiểu tăng cao.

- Viêm thận cấp sỏi mật (Hội chứng gan thận): bệnh nhân đái ít, vô niệu, vàng da tăng dần, urê và creatinin máu tăng cao. Tiên lượng nặng, tỷ lệ tử vong cao tới 60%.

- Sốc nhiễm khuẩn đường mật: bệnh nhân có hội chứng tắc mật, sốt cao dao động, mạch nhanh nhỏ > 120 lần/phút, huyết áp tụt, cấy máu có vi khuẩn, chủ yếu là gram (-). Tỷ lệ tử vong cao (50 - 90%).

VI. DỰ PHÒNG

Nhiễm trùng, nhiễm ký sinh trùng đường ruột gây viêm nhiễm lên đường mật là nguyên nhân gây sỏi mật khá phổ biến ở nước ta. Vậy phòng bệnh là phải áp dụng thực hiện chế độ ăn uống sạch. Tăng cường vận động thân thể; có chế độ tẩy giun định kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Triệu chứng học ngoại khoa NXBYH - HN 1990.

2. Triệu chứng học ngoại khoa NXBYH - HN 2000.

3. Triệu chứng học ngoại khoa NXBYH - HN 2002, tập 1, 2.

4. Ngoại khoa cơ sở NXBYH HN 1999.

5. Bệnh học ngoại khoa sau Bác sĩ NXBQĐND - HN 2002, tập 1, 2.

6. Bệnh học ngoại khoa bụng NXBQĐND - HN 1997.

7. Bệnh học ngoại khoa NXBYH - HN 1985 tập 1, 2 phần bụng.1986 phần: tụy lách 1991.

8. Tai biến và biến chứng phẫu thuật HVQY 1988.

9. Bách khoa thư bệnh học NXBYH - HN 2003, tập 1, 2, 3.

10. Ngoại khoa cơ sở (giáo trình giảng dạy Bác sĩ) NXBQĐND- Hà Nội 2005.

11. Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa NXBYH - chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh 2003.

12. Ngoại khoa cơ sở - triệu chứng học ngoại khoa NXBYH - chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh 2004.

13. Điều trị ngoại khoa tiêu hóa NXBYH - chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh 2004.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM

I. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Vết thương phần mềm là một vết thương gây tổn thương tổ chức dưới da, cân, cơ và các mạch máu nhỏ nuôi cơ. Cần phân biệt Vết thương phần mềm với:

- Vết thương mạch máu ngoại vi
- Vết thương thần kinh ngoại vi
- Vết thương gãy xương hở
- Vết thương thấu khớp.
- Vết thương thấu bụng, thấu ngực.

Tất cả các loại vết thương đều bao gồm vết thương phần mềm.

1.2. Phân loại theo tổn thương

- Vết thương chột: là VT có lỗ vào, có ống vết thương nhưng không có lỗ ra (Tác nhân sát thương có thể đang trong tổ chức mô).
- Vết thương xuyên: là vết thương có lỗ vào, có ống vết thương, có lỗ ra (mãnh sát thương đã ra ngoài hoặc có thể còn sót lại trong tổ chức mô).
- Vết thương lấm tấm: do các mãnh típ mìn, lựu đạn.
- Vết thương xược nông.
- Vết thương mài xát: tổn thương lớp tế bào thượng bì
- Vết thương rách da: chỉ tổn thương lớp da, không tổn thương lớp dưới da.
- Vết thương lóc da: lóc da hoặc kèm theo cân, cuốn mạch nuôi, chân nuôi.

1.3. Phân loại theo vị trí tổn thương

Có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán phân biệt:

- Vết thương phần mềm chi thể phân biệt với tổn thương xương khớp.
- Vết thương phần mềm ở thân mình phân biệt với Vết thương thấu bụng, thấu ngực.
- Vết thương ở đầu mặt cổ phân biệt với tổn thương xương mặt, sọ và tổn thương não.

1.4. Sự ô nhiễm của vết thương phần mềm

Tất cả các VTPM đều bị ô nhiễm, mức độ khác nhau tùy thuộc vào cơ chế và các yếu tố khác. VTPM do hỏa khí có mức độ ô nhiễm cao hơn nhiều so với VTPM do các nguyên nhân khác gây nên.

Cơ chế của sự ô nhiễm:

- Các mầm bệnh của bản thân vũ khí đưa vào.
- Các dị vật, mầm bệnh bị hút vào khoang tạm thời của ống vết thương.
- Các dị vật mang theo mầm bệnh trong vụ nổ bắn vào vết thương.

II. NGUYÊN NHÂN

a) Vết thương do hỏa khí: rất quan trọng vì tổn thương phức tạp, ô nhiễm

- Do mảnh phá chiếm tỷ lệ cao nhất.
- Do đạn thẳng.
- Do bom bi.
- Tổn thương do những vật rắn trong vụ nổ.

b) Vết thương phần mềm không do hỏa khí:

- Do tai nạn giao thông.
- Do tai nạn sinh hoạt.
- Do vũ khí lạnh: Dao, mã tấu, kính, cốc vỡ...
- Do động vật cắn.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Bệnh sử

- Thời gian, tác nhân, cơ chế
- Triệu chứng ngay sau khi bị thương: đau, chảy máu
- Xử trí của tuyến trước, diễn biến sau khi được xử trí
- Thời gian đến viện tính từ sau khi bị thương.
- Triệu chứng và tình trạng hiện tại

3.2. Lâm sàng

- Toàn thân:

+ Mất máu: Da xanh, niêm mạc nhợt, da lạnh, mồ hôi lạnh, mạch nhanh, HA tụt...

+ Mất máu nặng → shock → RLTH, RLHH, RLCN gan, RLCN thận, RL thân nhiệt.

+ Nhiễm khuẩn: sốt, da khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi, BC tăng, CTBC chuyển trái. Nếu nặng → NKNĐ: mạch nhanh, HA tụt, RLHH, RLTG.

- Tại chỗ:

+ Vị trí, số lượng, kích thước, bờ mép, tổ chức dập nát, hướng ống VT, đáy VT, dị vật, tính chất dịch chảy ra (máu, mỡ, mủ, máu chảy thành tia, phì phò... Có ý nghĩa trong chẩn đoán phân biệt).

+ Khám chức năng các cơ quan tổn thương: Khám hô hấp, vận động, cảm giác, mạch ngoại vi, nhấp nháy móng tay, móng chân.

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Xử trí càng sớm càng tốt (trong vòng 6h đầu).
- Băng vết thương sạch và bất động chi do hỏa khí, do động vật cắn,vết thương tổn thương phức tạp rộng, đến muộn, dập nát...
- Tranh thủ khép kín vết thương khi có đủ điều kiện toàn thân và tại chỗ.
- Kháng sinh liều cao, phổ rộng càng sớm càng tốt, ngay sau khi bệnh nhân nhập viện.

4.2. Phương pháp phẫu thuật

4.2.1. Kỹ thuật phẫu thuật vết thương phần mềm sau khi vô cảm

Rạch rộng vết thương:

- Mục đích: Rạch rộng để kiểm soát toàn bộ vết thương, để chống phù nề, thiếu máu.
- Rạch đủ rộng đến khi kiểm soát tận đáy vết thương đến khi không còn khả năng phù nề.
- Kỹ thuật: Rạch theo trục chi, theo hướng đi của mạch máu, thần kinh, không rạch ngang, không rạch cắt ngang mạch máu thần kinh.
- Cắt lọc: Cắt lọc triệt để nhưng phải hết sức tiết kiệm, cắt lọc từ ngoài vào trong, từ nông đến sâu.
- Cắt da: Triệt để hết sức tiết kiệm, thường cắt cách bờ mép < 5mm.
- Cắt cân: Cắt cân bằng đường rạch da, lấy bỏ hết máu tụ dưới cân, cắt bỏ phần cân dập nát.
- Cắt cơ: Cắt bỏ phần cơ mất trương lực, không còn khả năng co rút, không có máu, cắt đến phần cân có khả năng co rút, có máu chảy.
- Bơm rửa, sát khuẩn VTPM sau khi vô cảm bằng dung dịch xà phòng, nước muối sinh lý sau đó sát khuẩn bằng Betadin, Iode.
- Lấy bỏ dị vật: Không cố tình bới tìm dị vật, nên lấy dị vật khi chúng ta cắt lọc (trên đường cắt lọc), bơm xối dưới áp lực để lấy dị vật (đất cát...)
- Bơm rửa tận đáy vết thương bằng dung dịch nước muối, Oxy già, Betadin, rửa và cắt lọc có thể lập đi lập lại nhiều lần cho đến khi vết thương sạch hoàn toàn.
- Dẫn lưu thật tốt: dẫn lưu bằng ống, máng, lam cao su hoặc chỉ để hở là đủ, có thể rạch đối chiếu, rạch mắt lưới.

- Để hở vết thương hoàn toàn là phương pháp dẫn lưu tốt nhất, dẫn lưu bằng ống, máng, không nhét mesh, bấc vào vết thương để dẫn lưu.

- Che phủ mạch máu, thần kinh bằng cân cơ cận kề; rạch đối chiếu nếu không được thì dùng gạc tẩm huyết thanh để che phủ.

- Nếu vết thương có tổn thương mạch máu, thần kinh, gân cơ, xương... thì xử lý khâu nối mạch máu, thần kinh, gân cơ, kết hợp xương xong rồi mới khâu vết thương phần mềm.

- Khi điều kiện tại chỗ, toàn thân cho phép thì khâu da.

4.2.2. Phẫu thuật vết thương phần mềm đã nhiễm khuẩn

Vết thương phần mềm viêm tấy vẫn có chỉ định phẫu thuật lấy bỏ hoại tử, dẫn lưu thật tốt, vết thương phần mềm có mủ thì rạch tháo mủ bơm rửa và dẫn lưu.

4.2.3. Điều Trị Kết Hợp

- Cố định tốt.
- Sử dụng kháng sinh mạnh, sớm và phổ rộng khi chưa có kháng sinh đồ.
- Nuôi dưỡng và nâng cao sức đề kháng.
- Tập vận động sớm và kết hợp ly liệu pháp.

4.2.4. Khép Kín Vết Thương

- Vết thương có tổ chức hạt, mép da ít di động.
- Kỹ thuật: Nạo tổ chức hạt, làm di động mép da.
- Khâu da kỳ đầu:

+ Tranh thủ khép kín vết thương khi có đủ điều kiện toàn thân và tại chỗ,nhất là các vết thương sắc gọn, sạch.

+ Thời gian: khâu sau khi cắt lọc vết thương

+ Kỹ thuật: khâu áp sát mép vết thương

- Khâu kín kỳ đầu muộn:

+ Thời gian: từ ngày thứ 4 - 7 sau phẫu thuật khâu kín kỳ đầu, vết thương còn mềm mại.

+ Kỹ thuật: không cần cắt lọc vết thương

- Khâu kín da kỳ 2 sớm:

+ Thời gian: từ ngày thứ 7 - 14 sau phẫu thuật khâu kín kỳ đầu

- Khâu kín da kỳ 2 muộn:

+ Vết thương có tổ chức hạt già, xơ hóa

+ Thời gian: từ ngày thứ 15 trở đi.

+ Kỹ thuật: cắt lọc và làm di động mép da rồi mới khâu.

- Vết thương không thể khâu khép da thì phải ghép da: mỏng, dày hoặc chuyển vạt da.

4.2.5. Bất động

Tùy tính chất vết thương mà bất động thích hợp, vết thương phần mềm nhỏ không cần bất động, các vết thương lớn hoặc thấu khớp như: khớp gối, cổ chân, cổ tay, khuỷu,... nên được bất động.

V. 5. DIỄN BIẾN CỦA VẾT THƯƠNG

5.1. Thời kỳ ô nhiễm:

Theo Friedrich: trong 6 giờ đầu các vi khuẩn có mặt tại vết thương chưa sinh sản nhân lên, đây là thời gian ô nhiễm hay thời gian Friedrich. Từ sau 6 - 8 giờ, các vi khuẩn có mặt này sẽ sinh sản tăng lên theo cấp số nhân và sản sinh ra các độc tố. Lúc này vết thương chuyển sang giai đoạn nhiễm khuẩn.

5.2. Thời kỳ nhiễm khuẩn

Theo Willenegger:

Mức độ nhiễu khuẩn nặng nhẹ của vết thương phụ thuộc các yếu tố sau:

Vết thương bị dập nát, nhiều dị vật và tổ chức hoại tử thì dễ bị nhiễm khuẩn nặng.

Vùng bị thương có các khối cơ dày bị bầm dập thì dễ bị hoại tử và nhiễm khuẩn sẽ rất nặng.

Đoạn chi bị gãy phải garô lâu hoặc có kèm theo tổn thương mạch máu, thần kinh chính của chi thể.

Tình trạng choáng chấn thương và sức khoẻ của bệnh nhân kém là những điều kiện thuận lợi cho nhiễm khuẩn dễ bị và nặng lên.

Thời kỳ nhiễm khuẩn vi khuẩn phát triển và các phản ứng của cơ thể chia làm 2 giai đoạn:

- Giai đoạn sớm là viêm tấy: vết thương sưng, nóng, đỏ, đau, hạn chế vận động.
- Giai đoạn muộn vết thương hình thành mủ.

5.3. Thời kỳ liền vết thương

Quá trình liền vết thương qua 3 giai đoạn:

- Giai đoạn I: Giai đoạn viêm kéo dài 3 - 5 ngày. Được bắt đầu bằng sự phản ứng của cơ thể, các phản ứng chống lại sự chảy máu, co mạch, hình thành cục Fibrin, chống sự phát tán của vi khuẩn. Tiếp đó các mao mạch giãn, tăng cung lượng máu sạch cho vết thương, thoát mạch, phù nề xảy ra trong giai đoạn này. Giải phóng Histamin các tế bào BC tập trung tại VT, hiện tượng thực bào diễn ra. Kết thúc gia đoạn này là hình thành tổ chức hạt.
- Giai đoạn II: Giai đoạn Collagen hay giai đoạn sửa chữa sợi, kéo dài 2 - 3 tuần. Các nguyên bào sợi di cư đến vết thương tạo ra collagen là chuỗi protein tạo nên sự vững chắc khi liền vết thương.
- Giai đoạn III: Giai đoạn hoàn thiện, kéo dài từ 3 tháng đến nhiều năm. Trong giai đoạn này tiếp tục sự hình thành và tiêu hủy collagen, kết quả là sự thay đổi tình trạng vết thương. Bờ vết thương đỏ, lồi lên, dày và kích thích, dần dần mềm, mỏng và nhạt màu.

VI. TIẾN TRIỂN VÀ DỰ PHÒNG SAU PHẪU THUẬT

Tiêu chuẩn nhập viện: Vết thương phần mềm chảy máu, lộ cấu trúc dưới da (mỡ, cân cơ, mạch máu, thần kinh, hoặc xương,.. tùy tính chất và vị trí vết thương)

Chăm sóc hậu phẫu: Các vết thương nhỏ cho xuất viện, chuyển về tuyến y tế cơ sở, vết thương phức tạp cho nằm viện, kê cao chi, thay băng hàng ngày, theo dõi vết thương, nếu có dấu hiệu nhiễm trùng, mô bị hoại tử, nên cắt lọc lại, dùng kháng sinh tiếp tục từ 5 đến 7 ngày. Sau 5 đến 7 ngày, nếu vết thương khô sạch, khâu da thì 2, hoặc ghép da làm kín vết thương.

Tiêu chuẩn xuất viện: Vết thương khô sạch, mềm mại, không rỉ dịch.

Phòng ngừa:

- Tuyên truyền và giáo dục cộng đồng luật giao thông và luật lao động.
- Giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ, hạn chế các biến chứng.
- Các tuyến y tế cơ sở chẩn đoán đúng, xử lý đúng và chuyển tuyến trên để điều trị đúng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh học chấn thương chỉnh hình Đại học Y Dược TPHCM 2008.
2. Phác đồ điều trị Bệnh viện Chợ Rẫy 2013.
3. Phác đồ điều trị Bệnh viện Việt Đức 2013.
4. Bệnh học ngoại khoa-Nhà xuất bản Y học 2005.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHÚC MẠC CẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm phúc mạc là một hội chứng chung do nhiều nguyên nhân gây ra.
- Nhiễm khuẩn phúc mạc thường tiến triển nặng do:

+ Dễ tiếp cận với mầm bệnh có sẵn.

+ Dễ lan toả ra toàn bộ khoang phúc mạc.

- Phúc mạc có hai lá, diện tích khoảng 1,6 - 2m2 (bằng diện tích da). Lá thành có các sợi thần kinh đi tới nên dễ đáp ứng và nhạy cảm với kích thích, viêm....lá tạng thụ cảm ít hơn.
- Về sinh lý bệnh phúc mạc là màng thẩm thấu, có khả năng hấp thu lại nhanh một lượng dịch đưa vào khoang phúc mạc (cơ sở cho điều trị thẩm phân phúc mạc) tuy nhiên sự hấp thu lại không chọn lọc, làm cho viêm phúc mạc càng nặng.
- Phúc mạc có khả năng chống lại quá trình nhiễm khuẩn do hoạt động thực bào và phản ứng viêm bằng sự bao vây của các quay ruột, mạc nối, mạc treo...
- Khi phúc mạc viêm là làm di chuyển 1 lượng lớn nước, điện giải và Protein vào:

+ Khoang phúc mạc

+ Tổ chức liên kết dưới phúc mạc

+ Vào lòng ruột bị dãn to, nhưng không có khả năng hấp thu. Làm cho cơ thể mất nước và điện giải, tạo cho một vẻ mặt chung

- Vẻ mặt phúc mạc (Facies Feritoneal).
- Sốc phúc mạc cũng do hiện tượng trên gây nên ngoài ra còn do độc tố vi khuẩnlàm tổn thương cơ tim kết hợp (sốc thường PVC giảm, sốc phúc mạc PVC lại tăng cao).

II. PHÂN LOẠI

Có nhiều cách phân loại.

Theo tiến triển chia ra:

+ Viêm phúc mạc cấp tính toàn thể

+ Viêm phúc mạc khu trú (các ổ áp xe)

Theo căn nguyên bệnh sinh chia ra:

+ Viêm phúc mạc nguyên phát

+ Viêm phúc mạc thứ phát

III. VIÊM PHÚC MẠC NGUYÊN PHÁT

3.1. Đặc điểm chung

Tự nó tổn thương từ đầu

- Vi khuẩn thường chỉ một loại (2/3 là tụ cầu khuẩn tan máu, 1/3 là tụ cầu trùng).
- Thường gặp ở trẻ em dưới 10 tuổi.

3.2. Điều trị

- Điều trị nội khoa là chính
- Nhưng nghi ngờ cũng phải mổ tránh bỏ sót viêm phúc mạc thứ phát

3.3. Chú ý:

Trong viêm phúc mạc nguyên phát cần chú ý viêm phúc mạc nguyên phát do lao.

- Thường gặp tuổi trẻ 10 - 40 tuổi (hay gặp trên 10 -20 tuổi).
- Đa số phối hợp với lao chỗ khác nhất là phổi.
- Tiến triển theo đường máu và bạch huyết, hoặc từ phần phụ bị lao lên
- Lâm sàng:

+ Người xanh

+ Tiêu hóa kém, có khi rối loạn tiêu hóa

+ Nhiệt độ tăng nhẹ

+ Bạch cầu, tốc độ máu lắng tăng nhẹ

+ Có thể có cổ chướng, nếu chọc có đặc điểm: dịch vàng sánh, phản ứng Rivalta (dương tính) (40 -70g Protein /lít).

+ Có khi biểu hiện bán tắc ruột

Điều tị kháng sinh đặc hiệu, bồi dưỡng ăn uống nghỉ ngơi.

IV. VIÊM PHÚC MẠC THỨ PHÁT

4.1. Đặc điểm chung

- Đây là loại thường gặp ở lâm sàng, nhiễm khuẩn thường bắt đầu ở một tạng trong ổ bụng rồi nhiễm khuẩn khuếch tán ra, có khi do vỡ.

- Vi khuẩn thường phối hợp, hay gặp là Ecoli, liên cầu trùng sinh mủ, tụ cầu, phế cầu.....

- Giải phẫu bệnh lý: thanh mạc, chủ yếu phúc mạc tạng thành dày lên, tăng sinh mạch máu, phù nề, mạc treo mạc nối đều dày lên. Dịch phúc mạc thường đục, có thể không mùi hoặc không thối (có khi qua dịch phúc mạc mà ta có thể chẩn đoán được nguyên nhân).

4.2. Căn nguyên thường gặp

- Viêm ruột thừa vỡ
- Thủng ổ loét dạ dày tá trang
- Thủng túi thừa
- Xoắn ruột hoại tử
- Viêm túi mật
- Thấm mật
- Áp xe gan vỡ
- Xì dò sau phẫu thuật.....

4.3. Triệu chứng

- Các triệu chứng lâm sàng thường phụ thuộc vào 2 yếu tố: Độc tính vi khuẩn và đề kháng cơ thể.

- Có 2 hội chứng:

+ Hội chứng nhiễm khuẩn

+ Hội chứng viêm phúc mạc

4.3.1. Toàn thân

Nhiệt độ tăng, mạch nhanh, vẻ mặt viêm phúc mạc

4.3.2. Cơ năng

- Đau bao giờ cũng có. Lúc đầu khu trú, sau lan tỏa.
- Nôn thường do phản xạ kích thích giai đoạn sớm, muộn thì do liệt ruột.
- Nấc: do kích thích cơ hoành (giai đoạn sớm).
- Bệnh nhân thường nằm ở tư thế giảm đau (gấp đùi vào gối).
- Đến muộn thì biểu hiện như tắc ruột: Nôn, bí trung đại tiện...

4.3.3. Thực thể Là triệu chứng quan trọng, thường gặp.

- Co cứng thành bụng biểu hiện:

+ Bụng không tham gia nhịp thở

+ Các khối cơ thẳng nổi rõ

+ Ấn thấy cứng như gỗ. Co cứng thành bụng thường gặp ở bệnh nhân đến sớm, trẻ, khoẻ bụng co cứng rõ, nơi tạng bị tổn thương từ đầu.

- Dấu hiệu Sotkin-Blumberg (-) (dấu hiệu cảm ứng phúc mạc).

- Gõ thường có đục vùng thấp, vang vùng cao (do chướng ruột) hoặc thấy vang vùng trước gan trong thủng ổ loét dạ dày - hành tá tràng.

- Nghe thường thấy mất nhu động ruột hoặc giảm do bị liệt ruột (cần chẩn đoán khác viêm phúc mạc muộn với tắc ruột: Trong trường hợp này ruột thường tăng nhu động).

- Thăm túi cùng qua trực tràng hoặc qua âm đạo, thường có dấu hiệu Donglas phồng và đau. (Tiếng kêu Donglas)

- Chọc dò có mủ hoặc dịch đục.

- Nội soi cấp cứu để chẩn đoán và điều trị.

4.3.4. Cận lâm sàng Là những yếu tố giúp cho chẩn đoán. Có khi giúp cho chẩn đoán xác định.

+ X quang ổ bụng không chuẩn bị có thể thấy:

- Bụng mờ.

- Thành ruột dày hơn bình thường.

- Các quai ruột dãn (do liệt ruột cơ năng).

- Có thể có liềm hơi dưới cơ hoành trong thủng tạng rỗng.

+ Xét nghiệm máu: Giúp ích cho theo dõi và đánh giá tiến triển của bệnh.

- Bạch cầu tăng (bệnh nhân yếu, nhiễm độc nặng có khi bạch cầu giảm).

- Công thức bạch cầu chuyển trái. - Hematocrit tăng do mất nước. - Rối loạn điện giải thường giảm K, Cl.

- Urê máu tăng cao trong tình trạng nặng, có suy thận.

4.4. Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định dựa vào:

+ Hội chứng nhiễm khuẩn toàn thân

+ Có phản ứng cơ thành bụng.

+ Rõ thì có co cứng cơ thành bụng (đến sớm, bệnh nhân trẻ khoẻ).

+ Dấu hiệu Blumberg dương tính.

+ Thăm trực tràng, âm đạo túi cùng căng phồng và đau.

- Chẩn đoán phân biệt:

4.4.1. Đến sớm với các cơn đau

- Viêm loét dạ dày tá tràng.

- Quặn thận.

- Quặn gan.

4.4.2. Đến muộn cần chẩn đoán phân biệt với tắc ruột (đau thành cơn), Xquang có mức nước - hơi, nghe còn nhu động ruột).

- Chẩn đoán nguyên nhân: cần dựa vào:

+ Tiền sử.

+ Tính chất đau và vị trí đau ban đầu ...

+ Cần chú ý những nguyên nhân thường gặp trên lâm sàng trước (viêm ruột thừa cấp vỡ, thủng ổ loét dạ dày tá tràng, tắc mật do sỏi ...).

4.5. Điều trị

Nguyên tắc là phải điều trị ngoại khoa kết hợp với hồi sức ngoại khoa tích cực.

- Hồi sức ngoại khoa:

+ Truyền dịch, điện giải để bù nước, điện giải.

+ Điều chỉnh thăng bằng kiềm toan (Natribicacbonat).

+ Kháng sinh phổ rộng, mạnh, tốt nhất là theo kháng sinh đồ.

+ Đảm bảo hô hấp, hạ nhiệt ...

- Điều trị ngoại khoa:

+ Nguyên tắc: Mổ càng sớm càng tốt trên cơ sở hồi sức tích cực. Có khi vừa hồi sức vừa mổ.

+ Nội dung phẫu thuật:

• Giải quyết nguyên nhân: Cắt ruột thừa, khâu lỗ thủng ....

• Lau rửa ổ bụng sạch, chú ý các vùng thấp, các hố.

• Dẫn lưu có hiệu quả (vị trí, kích thước, ... của ống dẫn lưu, rút sớm, không gây dính, nhiễm khuẩn).

+ Một số chú ý:

• Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

• Đường mổ: vào đường trực tiếp hoặc đường trắng giữa trên dưới rốn.

• Để hở da, khi đóng thành bụng.

V. VIÊM PHÚC MẠC KHU TRÚ

- Thực chất là những ổ áp xe trong khoang phúc mạc.
- Tên gọi phụ thuộc vào vị trí của ổ áp xe

• Sốt giao động

• Chán ăn (do nhiễm khuẩn)

• Mất nước

• Xét nghiệm máu: Bạch cầu tăng và bạch cầu Neutro tăng.

Ngoài ra tùy vị trí ổ áp xe mà còn có triệu chứng riêng

5.1. Áp xe dưới cơ hoành

- Mà các ổ áp xe nằm trên đại tràng ngang
- Ít gặp, chẩn đoán và điều trị khó hơn, tỷ lệ tử vong cao 10-90%. Thường xảy ra sau thủng ổ loét dạ dày - tá tràng, viêm hoại tử túi mật, viêm tụy cấp hoại tử, áp xe gan.....
- Một số triệu chứng riêng

+ Đau tăng khi thở sâu

+ Các triệu chứng phổi, phế mạc như ho kích thích, khó thở.

- Cơ hoành bị đẩy lên cao, kém di động, tiết dịch góc sườn hoành.....

• Điều trị:

- Phòng là quan trọng vì người ta thấy 50% Abces dưới cơ hoành do sau phẫu thuật do rò miệng nối, cầm máu không kỹ, dẫn lưu không tốt, nhiễm khuẩn khi mổ...
- Điều trị thực thụ:

+ Kháng sinh phổ rộng

+ Mở dẫn lưu ổ mủ, tùy vị trí mà có đường vào khác nhau.

+ Chú ý không làm nhiễm khuẩn vào khoang phúc mạc, dẫn lưu phải thoát rộng, có thể kéo dài

5.2. Áp xe ruột thừa

- Nguyên nhân: Do viêm ruột thừa cấp vỡ được khu trú lại.
- Chẩn đoán và điều trị khó khi ruột thừa ở vị trí bất thường như ở dưới gan, hố chậu trái, như ở hố chậu phải thường gặp.
- Các biểu hiện chính:

+ Có tiền sử của viêm ruột thừa cấp.

+ Tại chỗ hố chậu phải: Có một khối phồng, có ranh giới rõ ở phía trong, ấn đau chói, không di động.

- Điều trị ngoại khoa là chủ yếu, mục đích là dẫn lưu ổ áp xe. Nguyên tắc: Đi đường thấp (Roux), ngoài phúc mạc không làm lan ổ mủ vào ổ bụng, không tìm cắt ruột thừa. Gần đây có tác giả ứng dụng phương pháp chọc hút mủ kết hợp với kháng sinh để điều trị.

5.3. Áp xe trong chậu hông bé

- Nguyên nhân là do nhiễm khuẩn từ các tạng trong khung chậu.
- Một số triệu chứng riêng:

+ Triệu chứng kích thích trực tràng-bàng quang (mót ỉa, ỉa ra chất nhầy, đái buốt, đái rắt...).

+ Soi trực tràng, âm đạo: Douglas căng và đau.

- Điều trị: Rạch tháo mủ qua đường trực tràng - âm đạo.

VI. CẬN LÂM SÀNG TRƯỚC MỔ

Được xếp phẫu thuật loại I, II nên các xét nghiệm cần phải có:

- Tổng phân tích tế bào máu 10 thông số, trước đây gọi là CTM.
- Ts, Tc, TQ, TCK.
- Xét nghiệm nước tiểu thường quy.
- Sinh hóa máu < chức năng gan, thận AST, ALT, Bilirubin TP, TT, Ure, Creatinin.
- Những bệnh nhân trên 50 tuổi làm thêm Glucose máu, Protid máu.
- Chụp phim phổi.
- ECG.
- Siêu âm bụng tổng quát.

VII. THUỐC SAU MỔ

- Dịch truyền.
- Kháng sinh trong hoặc sau mổ. Cephalosporine thế hệ 2, 3.
- Giảm đau, kháng viêm, vitamin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh học ngoại khoa sau đại học, HVQY 1993, tập 1,2.

2. Ngoại khoa sách – bổ túc sau đại học, ĐHYHN 1984.

3. Chuyên khoa ngoại – NXBYH 1985.

4. Tai biến và biến chứng phẫu thuật, HVQY 1988.

5. Bệnh học ngoại khoa, NXBYH tập 1, 2 phần bụng 1985, 1986. Phần tụylách 1991.

6. Bách khoa thư bệnh học tập1, 2, NXBYH.

7. Bệnh học ngoại khoa bụng, HVQY NXBQĐND 1997.

8. Maingots Abdominal operations. T1, T2 – Appleton & Lange, A. Simon & Schuter company, Printed in the United State of America 1997.

9. David Sabiton; Textbbook of Surgery, the bilogical basis of mordemsugical practice, T1, T2 Sauders Companny, Printed in the United State of America 1997.

10. Encyclopédie Médico – Chirurgicale, Technipues chirurgicals, Appareil digestif, T1, T2, T3, Printed in France, 75015 Paris.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ U PHÚC MẠC

I. ĐẠI CƯƠNG

Trong thực tiễn lâm sàng, trước một khối u ổ bụng mà tìm không thấy nằm ở các tạng rỗng hoặc tạng đặc được gọi là u mạc treo, hay là khối u của phúc mạc. Mạc treo hay phúc mạc có ở khắp nơi trong ổ bụng nên bao hàm một phạm vi rất rộng.

Ngày nay các phương tiện chẩn đoán hiện đại cho phép hiện hình u, định vị u chính xác hơn như: siêu âm, chụp cắt lớp vi tính... giúp xác định chẩn đoán chính xác và cụ thể hơn.

Cuối cùng việc phẫu thuật thăm dò là quyết định nhất.

II. NGUYÊN NHÂN

Các u phúc mạc hầu hết là do di căn từ các tạng trong ổ bụng, từ các u ác tính ở đường tiêu hóa chiếm phần lớn. Các u ác tính có nguồn gốc từ mạc treo rất ít gặp, trong đó lymphoma chiếm phần lớn, các u khác gồm; leiomyosarcoma, liposarcoma , fibrosarcoma, teratoma ác tính, hemangiopericytoma.

III. 3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Dựa vào đặc điểm giải phẫu bệnh của u phúc mạc

3.1.1. Về đại thể

Thứ nhất hay gặp u lớn xuất phát từ hậu mạc cung nối dính vào cuống lách, tuỵ hoặc đại tràng, dạ dày.

Thứ hai u xuất phát từ mạc treo phát triển lan rộng khắp mạc treo ruột non, xâm lấn thành ruột.

Đôi khi u xuất phát từ lá thành sau phúc mạc phát triển ra ổ bụng.

Về vi thể

Các dạng sarcom của mô mềm: sợi, huyết quản, cơ trơn, mô tế bào sáng, tế bào hạt vàng, sợi thần kinh...

U lympho ác không Hodgkin hoặc Hodgkin.

Các di căn của ung thư biểu mô mà nguyên phát rõ hoặc không nguyên phát: buồng trứng, dạ dày, tụy…

Đánh giá bilan bệnh

Các khối u được chẩn đoán là ở mạc treo, ở lá thành của phúc mạc cần được đánh giá theo các bước sau:

- Đánh giá lâm sàng: Theo các bước trình tự của chẩn đoán u bụng, bao giờ cũng phải thăm khám âm đạo (ở nữ giới), trực tràng, khám kĩ tinh hoàn (ở nam giới).
- Các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh:

+ Siêu âm các tạng và u.

+ Chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ, có tiêm chất cản quang. + Chụp mạch máu (nếu cần).

- Các xét nghiệm máu, nước tiểu: Để đánh giá bilan chung và một số chất chỉ điểm sinh học hướng tìm các khối u đặc hiệu.

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Phẫu thuật

Đối với các khối u phúc mạc, điều trị chủ yếu là phẫu thuật.

- Các vũ khí tia xạ và hóa trị được cân nhắc để điều trị bổ sung hoặc tiếp theo.

4.1.1. Chuẩn bị phẫu thuật

- Tẩy sạch đại tràng, ăn ít chất bã.
- Chuẩn bị máu, các phương tiện cần thiết để thực hiện trong lúc phẫu thuật.

- Giải thích cho người bệnh về mục đích, những khả năng của phẫu thuật.

4.1.2. Tiến hành phẫu thuật

Nguyên tắc chung:

- Đánh giá đầy đủ các thương tổn.
- Nhóm phẫu thuật viên có kinh nghiệm về các ung thư tiêu hoá, ổ bụng.

Kỹ thuật phẫu thuật:

- Mở đường giữa rộng rãi, cầm máu và bọc vết mổ cẩn thận.
- Thăm dò thứ tự các tạng đặc, rồi các tạng rỗng từ trên xuống dưới từ trước ra sau, từ vĩ mô đến vi mô.
- Đánh giá khả năng cắt bỏ (Resecability), khả năng phẫu thuật triệt căn u đơn thuần khi u có cuống rõ của mạc nối lớn chẳng hạn, hoặc phẫu thuật triệt căn u mở rộng sang một số tạng: một đoạn ruột non, đoạn đại tràng, đuôi tuỵ, lách, dạ dày... Hoặc bóc u trong vỏ tránh nguy cơ tổn thương nhiều tạng, hoặc chọn lựa phẫu thuật công phá u (debulking surgery) trong ung thư buồng trứng, tinh hoàn, u lympho ác.

Khi không có khả năng lấy u cần đánh giá bilan và lấy mẫu bệnh phẩm xét nghiệm mô bệnh.

- Cắt bỏ u triệt căn đơn thuần. Cần chú ý cách li các tạng xung quanh.
- Cắt bỏ u mỡ rộng triệt căn
- Bóc u trong vỏ: ví dụ sarcom mỡ lớn, sarcom phần mềm lớn, ung thư tinh hoàn.
- Phẫu thuật công phá u.
- Sinh thiết một phần u lấy mẫu xét nghiệm.

4.1.3. Xét nghiệm trong mổ

- Chọc dò các u nghi là nang dịch: nang tuỵ, nang mạc treo, nang gan, nang lao... lấy dịch làm xét nghiệm sinh hoá, hoặc phết lam kính chẩn đoán tế bào học.
- Lấy mẫu bệnh phẩm u đặc làm sinh thiết tức thì để xác định mô bệnh học nhanh.

4.2. Theo dõi và điều trị bổ sung

Cần theo dõi sát bệnh nhân sau mổ, tuỳ theo bản chất u mà chỉ định điều trị bổ sung:

Tia xạ: Hay được dùng khi lấy các khối u phần mềm tiếp cận. Có thể tia xạ tại chỗ dùng kỹ thuật nạp nguồn sau (afterloading hoặc từ tia xạ.

Hoá trị liệu: Dùng điều trị bổ sung, hoặc điều trị chủ yếu trong u lympho ác, hoặc điều trị tạm thời khi bệnh lan rộng, cải thiện triệu chứng cho bệnh nhân.

Nhìn chung trước một u bụng chưa xác định nguồn gốc tạng nào, ngoài vấn đề chẩn đoán trước mổ khó khăn, mổ thăm dò thường xảy ra nhiều tình huống bất trắc. Cần tổ chức một kíp phẫu thuật viên ung thư tiêu hoá có kinh nghiệm để xử lý tối ưu các tình huống. Cần lập phác đồ điều trị và theo dõi cần qua hội đồng ung thư có kinh nghiệm để tìm các giải pháp hợp lí đạt kết quả cao.

4.3. Cận lâm sàng trước mổ

- Được xếp phẫu thuật loại I, II nên các xét nghiệm cần phải có:
- Tổng phân tích tế bào máu 10 thông số, trước đây gọi là CTM.
- Ts, Tc, TCK, TQ.
- Xét nghiệm nước tiểu thường quy.
- Sinh hóa máu < chức năng gan, thận AST, ALT, Bilirubin TP, TT, Ure, Creatinin.
- Những bệnh nhân trên 50 tuổi làm thêm Glucose máu, Protid máu.
- Chụp phim phổi.
- ECG.
- Siêu âm bụng tổng quát.

4.4. Thuốc sau mổ

- Dịch truyền.

- Kháng sinh trong hoặc sau mổ. Cephalosporine thế hệ 2, 3.
- Giảm đau, kháng viêm, vitamin.

V. BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT

- Chảy máu, cần khâu kỹ vùng sinh thiết u, khi mổ u lớn phải kiểm tra kĩ các lưới tuần hoàn tăng sinh.
- Thủng tạng: cần chú ý phát hiện để giải quyết kịp thời.
- Nhồi máu mạc treo, nhồi máu phổi...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yusuke Tanaka, MD, Shinsuke Koyama, MD, PhD, and Yasuhiko Shiki, MD. HandAssisted Laparoscopic Surgery for a Mesenteric Teratoma. JSLS. 2014 Jan-Mar; 18(1): 160– 164.

2. Phác đồ điều trị Bệnh viện Việt Đức 2013.

3. Bệnh học ngoại khoa-Nhà xuất bản Y học 2005.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ TÚI THỪA MECKEL Ở TRẺ EM

I. ĐẠI CƯƠNG

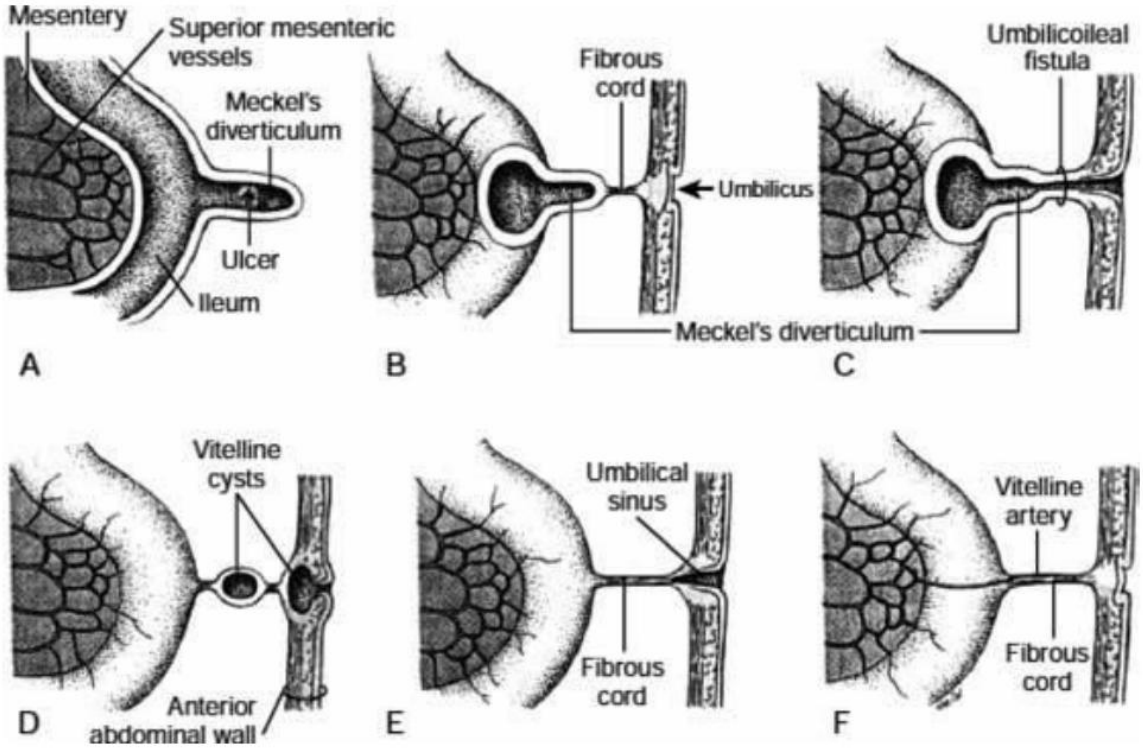
Túi thừa Meckel là phần còn sót lại của ống noãn hoàng (nối giữa ruột thai nhi và túi noãn hoàng). Ống này bắt đầu thoái triển từ tuần thứ 5 của thai kỳ. Tùy theo sự thoái triển của ống mà có các thể bệnh lý ống rốn ruột, trong đó có túi thừa Meckel.

Khoảng 2% dân số có túi thừa Meckel, trong đó 4% có biểu hiện triệu chứng, 60% các ca có triệu chứng biểu hiện trước 2 tuổi.

Tỉ lệ nam trên nữ 3:1

Lạc sản mô là nguyên nhân gây triệu chứng, nhiều nhất là lạc sản niêm mạc dạ dày 80%, kế đến là tụy 16%, lạc sản niêm mạc hỗng tràng và đại tràng hiếm gặp hơn.

Các thể giải phẫu học của bệnh lý ống rốn ruột.



A-Túi thừa Meckel.

B- Túi thừa Meckel kèm dây xơ nối với rốn.

C- Tồn tại ống rốn ruột.

D- Nang noãn hoàng.

E- Xoang rốn.

F- Ống noãn hoàng tồn tại ở dạng dây xơ nối với rốn, có thể kèm động mạch noãn hoàng.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Công việc chẩn đoán

2.1.1. Lâm sàng

• Xuất huyết tiêu hóa dưới:

- Nguyên nhân của gần 50% xuất huyết tiêu hóa dưới ở trẻ, thường biểu hiện ở trẻ nhỏ hơn 5 tuổi.

- Tiêu phân đen hoặc máu đỏ nhưng không kèm đau trực tràng. Xuất huyết kéo dài, tái phát.

- Thiếu máu thiếu sắt mạn với nồng độ hemoglobin máu giảm.

• Tắc ruột:

- Do nhiều cơ chế: lồng ruột, xoắn ruột, viêm dính và thoát vị nội.
- Không có tiền căn ngoại khoa.
- Hay gặp ở trẻ lớn hơn 5 tuổi, với biểu hiện lồng ruột: khóc thét, đau bụng từng cơn, nôn ói lúc đầu ra dịch trong sau ra dịch vàng, tiêu phân nhầy máu. Bệnh tiến triển gây rối loạn nước và điện giải.
- Khám có thể sờ thấy khối ở vùng bụng thấp, bụng trướng.

• Viêm túi thừa:

- Bệnh nhân viêm túi thừa thường có triệu chứng tương đồng viêm ruột thừa. đau quanh rốn là biểu hiện đầu tiên.
- Điểm đau nhiều nhất có thể di chuyển vì túi thừa không được cố định.
- Nôn ói thường không nhiều như trong viêm ruột thừa.
- Có thể kèm tiêu máu.
- Có tiền căn nhập viện nhiều lần với triệu chứng tương tự trước đây.
- Có thể diễn tiến đến thủng túi thừa gây viêm phúc mạc.

2.1.2. Xét nghiệm

- X-quang bụng không sửa soạn: giúp chẩn đoán tắc ruột.
- Siêu âm: thấy hình ảnh túi thừa và hình ảnh viêm túi thừa Meckel, nhưng phụ thuộc nhiều vào kinh nhiệm bác sĩ siêu âm.
- Nội soi đại tràng: để loại trừ các nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa dưới do polyp, viêm loát đại tràng.

2.2. Chẩn đoán xác định

Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng.

2.3. Chẩn đoán phân biệt

- Các nguyên nhân khác gây xuất huyết tiêu hóa dưới: Viêm ruột, polyp ruột non, ruột đôi, bướu máu và dị dạng động tĩnh mạch.
- Viêm túi thừa Meckel với: viêm ruột thừa, nang ruột đôi, viêm nhiễm khu trú trong ổ bụng.
- Tắc ruột với các nguyên nhân khác gây tắc ruột.

III. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc

- Phẫu thuật khi túi thừa Meckel có biến chứng.
- Trong lúc mổ phát hiện túi thừa thì tùy vào đặc điểm túi thừa và cuộc mổ mà quyết định cắt hay để lại.

3.2. Chuẩn bị tiền phẫu

- Bồi hoàn nước và điện giải trong trường hợp tắc ruột.
- Truyền máu nếu xuất huyết tiêu hóa.
- Kháng sinh: Cefotaxim.

3.3. Phẫu thuật

Có thể tiến hành cắt túi thừa Meckel qua mổ hở hay phẫu thuật nội soi:

- Vào bụng đường vòng cung dưới rốn hay nội soi.
- Thám sát đoạn cuối hồi tràng, tìm túi thừa Meckel.
- Đánh giá túi thừa: kích thước, viêm nhiễm tại chỗ và xung quang, đáy túi thừa, nghi ngờ lạc sản niêm mạc hay không, tình trạng chảy máu.
- Cắt hình chêm hay cắt đoạn ruột chứa túi thừa, nối ruột tùy đặc điểm của túi thừa.
- Đóng bụng.

3.4. Cận lâm sàng trước mổ

Được xếp phẩu thuật loại I, II nên các xét nghiệm cần phải có:
- Tổng phân tích tế bào máu 10 thông số, trước đây gọi là CTM.
- Ts, Tc, TQ, TCK.
- Xét nghiệm nước tiểu thường quy.
- Sinh hóa máu < chức năng gan, thận AST, ALT, Bilirubin TP, TT, Ure, Creatinin.
- Những bệnh nhân trên 50 tuổi làm thêm Glucose máu, Protid máu.
- Chụp phim phổi.
- ECG.
- Siêu âm bụng tổng quát.

3.5. Thuốc sau mổ
- Dịch truyền.
- Kháng sinh trong hoặc sau mổ. Cephalosporine thế hệ 2, 3.
- Giảm đau, kháng viêm, vitamin.

IV. HẬU PHẪU
- Kháng sinh được tiếp tục sau mổ 5-7 ngày.
- Ăn lại đường miệng khi bệnh nhân có trung tiện và bụng không chướng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO
1. https://phacdochuabenh.com/phac-do/nhi-khoa/ngoai-khoa/210.php.
2. Phác đồ điều trị Bộ Y tế.
3. Phác đồ điều trị Bệnh viện Đa khoa Đà Nẵng 2018.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HẸP BAO QUI ĐẦU Ở TRẺ EM

I. ĐẠI CƯƠNG

Hẹp bao qui đầu (chít hẹp bao quy đầu, hẹp da qui đầu - phimosis) là một bệnh lý thường gặp ở bé trai. Mỗi năm có khoảng trên 10.000 trẻ đến khám và điều trị tại Bệnh viện Nhi Đồng 1.

Hẹp bao qui đầu là hẹp lỗ mở của bao qui đầu làm cho bao qui đầu không thể tách khỏi qui đầu. Hẹp bao qui đầu có thể là hẹp sinh lý hoặc hẹp bệnh lý:

- Hẹp sinh lý (hẹp tiên phát) là hẹp do dính, bao qui đầu dính với qui đầu để bảo vệ qui đầu và lỗ tiểu lúc trẻ mới sinh ra. Đa số bé trai mới sinh (96%) đều có hẹp bao qui đầu sinh lý, đến 3 tuổi, tỉ lệ này giảm dần xuống còn 10% và giảm xuống còn 1% lúc 14 tuổi.

- Hẹp bệnh lý (hẹp thứ phát, mắc phải) là hẹp thực sự khi có sự hiện diện của sẹo xơ. Sẹo xơ được hình thành là do viêm nhiễm ở những bao qui đầu bình thường hoặc bao qui đầu dài, cũng có thể do những lần nong bao qui đầu quá mạnh bạo trước đó.

Cắt bao qui đầu đã được thực hiện từ 6.000 năm trước ở Ai Cập, được coi là phương pháp điều trị kinh điển cho những trẻ em bị hẹp bao qui đầu, ngoài ra còn vì lý do phong tục, tránh nhiễm khuẩn đường tiết niệu, phòng ung thư dương vật... Phương pháp này có kết quả nhưng cũng có nhiều biến chứng. Những năm gần đây, nhiều báo cáo đã mô tả các phương pháp điều trị bảo tồn hẹp bao qui đầu, sử dụng kem chống viêm steroid bôi da tại chỗ với tỉ lệ thành công khá cao.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Công việc chẩn đoán

2.1.1. Hỏi bệnh: bệnh nhân đến khám vì tiểu khó, khi tiểu phải rặn và làm phồng bao qui đầu. Những bé nhỏ thường quấy khóc và đỏ mặt vì rặn mỗi khi đi tiểu. Lỗ thông bao qui đầu quá nhỏ sẽ gây cản trở cho bài xuất nước tiểu, và bao qui đầu bị viêm nhiễm luôn luôn tấy đỏ và ngứa ngáy.

2.1.2. Khám lâm sàng Thường thấy sự hiện diện của vòng thắt bao qui đầu, đôi khi thấy những kén bã nằm bên trong bao qui đầu.

2.1.3. Cận lâm sàng

• Xét nghiệm nước tiểu: có nhiễm trùng tiểu?

• Siêu âm: tìm dị tật phối hợp.

2.2. Chẩn đoán xác định:

Dựa vào lâm sàng.

2.3. Chẩn đoán phân biệt:

- Vùi dương vật (burried penis): dương vật bị vùi dưới lớp mỡ trước xương mu kèm hẹp bao qui đầu.

- Thắt nghẽn bao qui đầu (paraphimosis): bao qui đầu bị thắt nghẽn ở khấc qui đầu tạo garô dương vật sau khi tách bao qui đầu ra khỏi qui đầu.

- Dài bao qui đầu (long prepuce): bao qui đầu dài nhưng không bị hẹp.

III. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

• Giải thích kỹ cho bệnh nhân và gia đình bệnh nhân về các cách điều trị, ưu và khuyết điểm của từng kỹ thuật để có sự hợp tác về sự chọn lựa điều trị.

• Lựa chọn và thực hiện kỹ thuật an toàn, tránh các biến chứng và có tính thẩm mỹ cao.

3.2. Điều trị bảo tồn

3.2.1. Chỉ định: Khi có hẹp bao qui đầu ở mọi lứa tuổi.

3.2.2. Kỹ thuật

- Điều trị bảo tồn được thực hiện tại bệnh viện và tại nhà.

Điều trị những lần đầu tại bệnh viện, bệnh nhân được gây tê tại chỗ bằng gel Xylocain 2%. Bác sĩ hoặc điều dưỡng dùng các ngón tay, que thăm dò hoặc kìm nhỏ nong tách dính giữa hai lớp qui đầu và bao qui đầu cho tới khấc qui đầu, sau đó rửa sạch các chất bã và bôi trơn bao qui đầu bằng kem Betamethason 0,05%. Nong một cách nhẹ nhàng, tránh làm rách bao, chảy máu có nguy cơ dính hẹp lại về sau.

Trường hợp khó, chỉ cần nong nhẹ cho thấy lỗ tiểu, sau đó nong dần mỗi ngày. Kê toa: giảm đau (paracetamol)+ kem Betamethason 0,05%. Hướng dẫn cha mẹ bé cách nong bao qui đầu bằng các ngón tay, vệ sinh, thoa kem Betamethason 0,05%. Cha mẹ bé thực hiện việc điều trị tại nhà, mỗi ngày 1 - 2 lần trong 1 - 2 tháng.

Trong quá trình thực hiện có gì khó khăn → tái khám.

3.3. Điều trị phẫu thuật:

Cắt bao qui đầu.

3.3.1. Chỉ định và chống chỉ định

• Chỉ định:

- Điều trị bảo tồn thất bại.
- Hẹp bao qui đầu thực sự (có vòng xơ).
- Có thắt nghẽn bao qui đầu.
- Theo yêu cầu của gia đình bệnh nhân.

• Chống chỉ định:

- Vùi dương vật.
- Viêm bao qui đầu.
- Hẹp niệu đạo.

3.3.2. Kỹ thuật cắt bao qui đầu

• Vô cảm: cắt bao qui đầu đươc thực hiện dưới gây mê; đối với trẻ lớn chịu hợp tác => tê xương cùng hoặc tê gốc dương vật.

• Các kỹ thuật cắt bao qui đầu thường được sử dụng:

- Kiểu kinh điển (3 pince):

+ Cắt toàn bộ bao qui đầu (kiểu "cắt trọc đầu").

+ Cắt phần hẹp bao qui đầu.

- Kiểu cắt bao qui đầu theo đường đánh dấu.
- Kiểu Duhamel (xẻ lưng).
- Kiểu mở rộng bao qui đầu (rạch dọc khâu ngang).

3.4. Điều trị sau phẫu thuật

Cắt bao qui đầu là một phẫu thuật về trong ngày.

Kê toa xuất viện: kháng sinh, giảm đau

Thay băng mỗi ngày tại y tế địa phương.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

4.1. Theo dõi và điều trị biến chứng

4.1.1. Biến chứng khi điều trị bảo tồn tại nhà Chảy máu hoặc thắt nghẽn bao qui đầu → đến cơ quan y tế gần nhất để điều trị ngay.

4.1.2. Biến chứng sau cắt bao qui đầu Biến chứng sớm:

- Chảy máu (thường ở vị trí dây thắng, mạch máu dưới bao qui đầu)=> cầm máu (băng ép, đốt điện, hoặc khâu cầm máu).
- Phù nề, máu tụ => đắp ấm, hoặc thoát dịch, thoát máu tụ.
- Nhiễm trùng => thay băng + kháng sinh.
- Thiếu da do cắt bỏ quá nhiều bao qui đầu (xảy ra do cắt bao qui đầu ở tư thế dương vật không cương) => ghép da.

- Tổn thương qui đầu và một phần dương vật do kẹp bao qui đầu không chính xác => tạo hình lại qui đầu, dương vật.

Biến chứng muộn:

- Dính bao qui đầu sau cắt (do chừa lại bao qui đầu quá nhiều) => tách dính, hoặc cắt lại bao qui đầu.
- Thắt nghẽn bao qui đầu (do phù nề, chưa cắt hết vòng thắt bao qui đầu) => giảm phù nề (đắp ấm, thoát dịch, thuốc alphachymotrypsin) hoặc cắt vòng thắt.
- Sẹo xấu (thường ở vị trí dây thắng) => cắt sẹo, tạo hình lại bao qui đầu. Nếu cơ địa sẹo lồi => dùng corticoid.
- Hẹp lỗ tiểu (do tổn thương mạch nuôi lỗ tiểu) => mở rộng lỗ tiểu.
- Rò niệu đạo (do tổn thương niệu đạo trong lúc mổ) => vá rò.

4.2. Tái khám

Tái khám định kỳ: 1-2 tuần, 1 - 2 tháng. Tái khám để đánh giá kết quả và đề ra hướng điều trị tiếp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thanh Liêm, "Hẹp bao quy đầu", 2002,

2. Phẫu thuật tiết niệu trẻ em, Nhà xuất bản Y học, pp.196- 203.

3. Phác đồ điều trị nhi khoa bệnh viện Nhi Đồng 1, " Hẹp bao quy đầu", 2013, Nhà xuất bản Y học, pp.1153-1157.

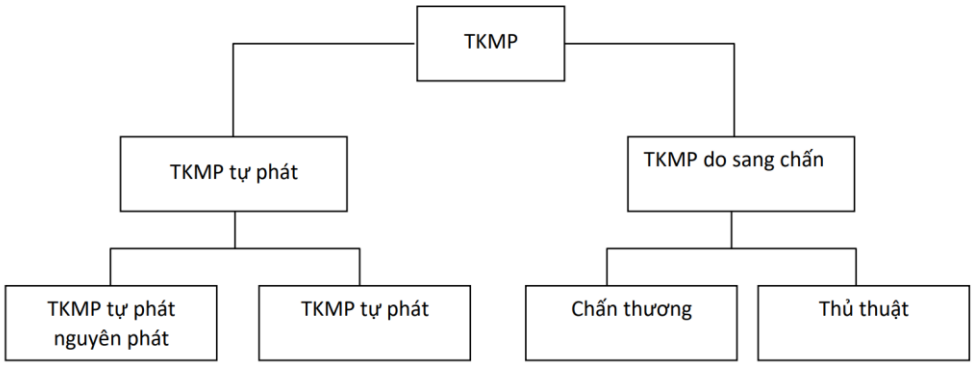
4. Lewis Spitz,Arnold G Coran et al,"Circumcision, meatotomy, and meatoplasty", 2013,Operative Pediatric Surgery Seventh edition, pp. 906-914.

TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI

I. ĐẠI CƯƠNG

TKMP là sự có khí trong khoang màng phổi. Bình thường khoang màng phổi có áp lực từ -2cmH20 đến -6cmH20, áp suất này là yếu tố giúp phổi nở ra trong quá trình hô hấp và giúp sự trao đổi khí. Khi có không khí tồn tại bất thường trong khoang màng phổi, áp lực này mất đi, từ đó ảnh hưởng đến sự thông khí của phổi, gây rối loạn thông khí kiểu hạn chế.

II. NGUYÊN NHÂN



III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng

Cơ năng

- Đau ngực.
- Khó thở.
- Ho.

Thực thể

- Nhìn: lồng ngực bên tràn khí phồng hơn, ít di động hơn.
- Tam chứng Galliard

+ Sờ: rung thanh giảm hoặc mất.

+ Gõ: gõ vang, nếu có kết hợp tràn dịch thì dưới vùng gõ vang cố vùng gõ đục.

+ Nghe: rì rào phế nang giảm hoặc mất, có thể có rales bệnh lý

3.1.2. Cận lâm sàng

- X quang phổi: hình ảnh tăng sáng, mất nhu mô phổi...
- Các cận lâm sàng khác:

+ Các xét nghiệm máu thường quy tiền phẫu.

+ Khí máu động mạch.

+ BK đàm, PCR lao đàm.

+ CT Scan ngực: giúp chẩn đoán những thương tổn nguyên nhân gây tràn khí.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Những nguyên nhân gây khó thở khác như: viêm phế quản phổi, hen, ARDS, tràn dịch màng phổi....
- Các thương tổn Xquang phổi dễ nhầm với tràn khí MP:

+ Hang lao lớn ở đỉnh phổi.

+ Kén phế quản lớn.

+ Kén khí phổi lớn.

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị triệu chứng
- Điều trị nguyên nhân

4.2. Điều trị thực thụ

4.2.1. Điều trị nội khoa

- Chỉ định: TKMP lượng ít, không kèm tràn máu hay tràn mủ MP.
- Xử trí: theo dõi dựa vào lâm sàng và Xquang phổi.

4.2.2. Chọc hút bằng kim

- Chỉ định: trong những trường hợp TKMP lượng ít-trung bình hoặc không có đủ phương tiện DLMP.
- Xử trí: chọc kim tiêm khoảng liên sườn 4 hoặc nơi có tràn khí nhiều nhất trong khoang màng phổi.

4.2.3. Dẫn lưu khoang màng phổi

- Chỉ định: + TKMP ≥ trung bình.

+ TKMP kèm tràn máu hay mủ màng phổi.

+ TKMP lượng ít nhưng có diễn tiến tăng dần.

+ Tràn khí màng phổi lượng ít nhưng cần thở máy.

- Xử trí:

+ Vị trí dẫn lưu: liên sườn 7-8 đường nách giữa.

+ Hệ thống DL phải bảo đảm kín, 1 chiều, vô khuẩn, và hút liên tục áp lực âm 20 cm H2O hoặc không cần hút áp lực âm.

4.2.4. Gây dính khoang màng phải

- Chỉ định: trong những trường hợp TKMP tái phát nhiều lần ở bệnh nhân già yếu, có nguy cơ phẫu thuật cao.

4.2.5. Làm dính bằng bột Talc, Bleomycin, Bethadin...

4.2.6. Phẫu thuật

- Chỉ định:

+ TKMP tái phát nhiều lần.

+ TKMP 2 bên.

+ TKMP lần đầu với những bệnh nhân có nghề nghiệp đặc biệt như phi công, thợ lặn.

+ TKMP trên bệnh nhân kén khí phổi.

+ TKMP do rách hay đứt phế quản.

Các phương pháp:

+ Mở ngực xử trí các thương tổn gây TKMP.

+ Phẫu thuật nội soi.

V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Tràn khí màng phổi ít: khí tự hấp thu vài ngày

Tràn khí màng phổi nhiều, tràn khí màng phổi áp lực gây suy hô hấp, đe dọa tính mạng nếu không xử trí kịp thời

Tràn khí màng phổi thứ phát sau lao, viêm phổi có thể tiến triển gây mủ màng phổi

VI. DỰ PHÒNG

Nâng cao sức khỏe phòng bệnh nhiễm trùng: lao, viêm phổi…

Không hút thuốc lá

Tránh nín thở khi mang vác vật nặng…

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Cao Đài. Chấn thương ngực. 1981.

2. Hoàng Minh, cấp cứu tràn khí màng phổi. 1998.

3. Nguyễn Công Minh. Chấn thương ngực. 2005.

4. Jean Des Laurier. Pneumothorax. Glen's thoracic and cardiovascuiar. 2006.
5. A. Seaton. Pneumothorax. Respiratory diseases. 2002.

TRÀN MÁU KHOANG MÀNG PHỔI

I. KHÁI NIỆM

- Tràn máu màng phổi (TMMP) là hiện tượng tụ máu trong khoang màng phổi, do chấn thương kín hoặc vết thương thấu ngực. [1]

II. NGUYÊN NHÂN

- Chấn thương ngực: chảy máu từ xương sườn gãy, cơ thành ngực, nhu mô phổi do xương sườn chọc vào nhu mô phổi
- Vết thương ngực: tổn thương nhu mô phổi, động mạch tĩnh mạch phổi, vết thương tim chảy máu vào khoang màng phổi... [1] [4]

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

Tùy thuộc vận tốc và lượng máu chảy vào khoang màng phổi, cũng như đa thương phối hợp:

- Khó thở từ nhẹ tới nặng, nhịp thở nhanh, co kéo cơ hô hấp, spo2 dưới 95%, có thể có suy hô hấp.
- Tình trạng thiếu máu: da niêm mạc kém hồng, nhợt. Mạch nhanh, huyết áp tụt, có thể có shock mất máu. [1] [4]
- Đau khi hít vào thường là triệu chứng (TC) đầu tiên báo hiệu có gẫy sườn.
- Có khi BN khai nghe tiếng lạo xạo nơi sườn gẫy khi hít vào.
- Dấu bầm máu dưới da của thành ngực có thể là một chỉ điểm của hiện tượng gẫy sườn tại chỗ. - Sờ thấy điểm đau chói tại vùng xương sườn gãy.
- Vết thương trong vết thương ngực hở.
- Hội chứng 3 giảm bên phổi tổn thương [1] [4]

1.2. Cận lâm sàng

- X quang ngực thẳng là phương tiện vừa đơn giản vừa hiệu quả, đóng vai trò chủ yếu trong chẩn đoán TMMP, nên tiến hành càng sớm càng tốt. Qua đó có thể cho ta đánh giá TMMP ở nhiều mức độ: từ lượng nhẹ, lượng vừa đến lượng nhiều (nặng).
- X quang chỉ phát hiện được, nếu lượng dịch trong khoang màng phổi >150- 200ml, trên một phim ngực thẳng tư thế đứng, với hình ảnh mờ góc sườn hoành.
- Nếu có TMMP nặng, trung thất có thể bị đẩy lệch sang bên đối diện.
- Siêu âm cho phép đánh giá tốt

• Lượng dịch trong khoang màng phổi, kể cả các trường hợp TMMP lượng ít;
• Tính chất dịch (có TMMP đông hay không đông).

- CT Scan cũng giúp phân biệt được TMMP với dập phổi hoặc tụ máu nhu mô phổi. [1] [4]

2. Chẩn đoán phân biệt

- Tràn dịch màng phổi do nguyên nhân nội khoa.
- U đáy phổi.
- Thoát vị hoành. [1]

3. Chẩn đoán mức độ

- TMMP lượng ít: 750 ml, XQ ngực mờ đều quá 1/2 phổi. [1]

4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Có thể tổn thương từ các cấu trúc của

• Thành ngực,
• Nhu mô phổi,

• Tim và các mạch máu lớn,
• Cơ hoành hoặc
• Máu do vỡ, thủng tạng, từ ổ bụng thoát lên khi có thủng-vỡ hoành kèm theo.
- Cơ chế chấn thương gián tiếp: xé rách mảng dây dính (thành ngực-nhu mô phổi) gây rách nhu mô phổi, chảy nhiều máu kèm theo tràn khí màng phổi.

IV. XÉT NGHIỆM

1. Xét nghiệm phục vụ chẩn đoán xác định

XQ ngực, siêu âm màng phổi, CT ngực không tiêm thuốc cản quang hoặc có tiêm thuốc cản quang đánh giá tình trạng bệnh.

2. Xét nghiệm phục vụ điều trị

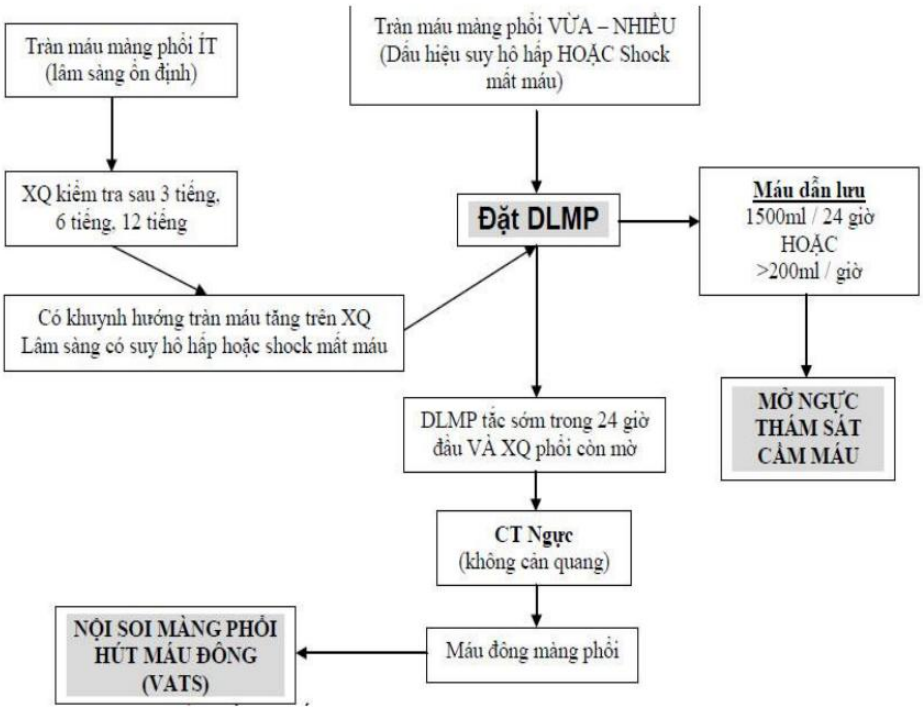
- Xét nghiệm huyết học và đông máu: Tổng phân tích tế bào máu (Số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, công thức bạch cầu ...), đông máu (PT, APTT, Fibrinogen...), nhóm máu, HIV, HbsAg, HCV
- Xét nghiệm sinh hóa máu: Glucose, ure, creatinin, điện giải đồ, GOT, GPT, protein, albumin, ethanol.
- Xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu
- Điện tim, siêu âm doppler tim
- Có thể sử dụng thêm: Siêu âm ổ bụng, XQ chi, CT sọ não giúp đánh giá các tổn thương phối hợp.

V. ĐIỀU TRỊ

1. Hướng điều trị

- Nội khoa: theo dõi, kháng sinh, giảm đau, hướng dẫn tập thở.
- Ngoại khoa: Dẫn lưu máu ra khỏi khoang màng phổi để phổi nở hết

2. Lưu đồ xử trí



3. Điều trị cụ thể

3.1. Nội khoa

- Chỉ định với bệnh nhân tràn máu KMP lượng ít do chấn thương ngực kín.

- Nằm nghỉ ngơi tại giường, hạn chế tối đa vận động mạnh, thở oxy, sử dụng thuốc kháng sinh, giảm đau

- Hướng dẫn tập thở

- Chụp XQ ngực, CT ngực kiểm tra lại sau 24, 48 giờ hoặc ngay khi có biểu hiện khó thở tăng lên, mức độ thiếu máu tăng.

- Truyền máu nếu có thiếu máu, truyền dịch bồi phụ khối lượng tuần hoàn.

3.2. Ngoại khoa

3.2.1. Chỉ định

Tràn máu KMP lượng nhiều trong CTNK

- Tràn máu KMP trong vết thương ngực hở

- Máu đông KMP

3.2.2. Phẫu thuật

- PT dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi: vị trí dẫn lưu thường là KLS 5-7 đường nách giữa.

- PTNS làm sạch KMP

- PT mở ngực cầm máu cấp cứu: Máu ra bình dẫn lưu > 300 ml trong giờ đầu và liên tiếp chảy trong 3 giờ liền (sau khi ước lượng trừ lượng máu cũ). Máu chảy ra theo ống dẫn lưu > 1000 ml trong 24 giờ và vẫn còn tiếp diễn

- PT điều trị mảng sườn di động khi bệnh nhân kèm theo mảng sườn di động. [1] [4]

3.2.3. Rút ống dẫn lưu màng phổi

- Máu thoát qua ODL phải giảm dần trong 12 giờ đầu. Bằng ngược lại, coi chừng có TMMP tiếp diễn hoặc TMMP đông

- Dẫn lưu chỉ được rút khi:

o X quang ngực thẳng: phổi nở hoàn toàn.

o Không còn hiện tượng khí thoát ra và lượng máu thoát qua ống dẫn lưu phải < 75 ml/ trong 8 giờ. [1] [4]

4. Tiêu chuẩn ra viện

- Bệnh nhân có tràn máu lượng ít sau theo dõi 3-4 ngày không tăng thêm - Bệnh nhân sau rút dẫn lưu màng phổi: lâm sàng ổn, X-Quang và siêu âm hết dịch

VI. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

- Tràn máu KMP lượng ít sẽ được hấp thu và giảm dần sau 48-72 giờ.

- Tràn máu KMP lượng nhiều không được phát hiện điều trị kịp thời:

+ Khó thở, suy hô hấp, suy tim cấp

+ Đau do chèn ép + Sốc trụy mạch tử vong

+ Dày dính màng phổi

+ Máu đông KMP

+ Mủ màng phổi

+ Xơ màng phổi [3]

VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN NỘI TRÚ

- Bệnh nhân chấn thương ngực.

- Khám lâm sàng: có hội chứng 3 giảm.

- Cận lâm sàng: X-Quang ngực và siêu âm phát hiện dịch màng phổi.

VIII. PHÒNG BỆNH

- Tái khám ngay khi đau ngực, khó thở nhiều,

- Tái khám sau 1 tuần để chụp X-Quang phổi kiểm tra và cắt chỉ vết mổ (nếu có)

- Tuân thủ luật giao thông đường bộ

- Đảm bảo an toàn khi lao động

MỘT SỐ MÃ ICD PHỤC VỤ CHO CHUẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

STT	MÃ BỆNH	TÊN BỆNH
1	J94.2	Tràn máu màng phổi
2	S27.1	Tràn máu phổi do chấn thương
3	S27.10	Tràn máu màng phổi do chấn thương, không có vết thương mở vào ổ ngực
4	S27.11	Tràn máu màng phổi do chấn thương, có vết thương mở vào ổ ngực
5	S22	Gãy xương sườ, xương ức và gai sống ngực

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. PGS. TS. NGUYỄN TRƯỜNG GIANG. (2015). Bệnh học ngoại lồng ngựctim mạch. Nhà xuất bản quân đội nhân dân.

2. BỘ Y TẾ. (2012). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp. Nhà xuất bản y học.

3. GS. TS. Ngô Quý Châu . (2011). Bệnh Hô Hấp (SĐH). Nhà xuất bản y học.

4. JOSEPH LOCICERO, I. R. (2018). Shields general thoracic surgery 8th edition. USA: Wolters Kluwer.

ÁP XE DA, NHỌT DA, VIÊM MÔ TẾ BÀO

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm mô tế bào, nhọt da, áp xe một trong những bệnh nhiễm trùng da và mô mềm phổ biến nhất [1-3]. Viêm mô tế bào biểu hiện đặc trưng bởi một vùng da ửng đỏ, sung huyết, phù nề, nóng và đau (sưng, nóng, đỏ, đau); nó phát triển do sự xâm nhập của vi khuẩn thông qua các lỗ thủng ở hàng rào da [4]. Áp xe da là hiện tượng tụ mủ trong lớp bì hoặc lớp dưới da.

II. NGUYÊN NHÂN

1. Yếu tố nguy cơ:

Các yếu tố tiên lượng liên quan đến nguy cơ viêm mô tế bào và/hoặc áp xe da bao gồm [5- 8]:

- Sự phá vỡ hàng rào bảo vệ da do chấn thương (nứt da, vết thương xuyên thấu, loét tì đè, côn trùng cắn, tiêm chích ma túy…).
- Các cơ địa viêm da (bệnh chàm, xạ trị, bệnh vẩy nến).
- Phù do suy giảm dẫn lưu bạch huyết.
- Phù do suy tĩnh mạch.
- Béo phì.
- Cơ địa suy giảm miễn dịch (tiểu đường, HIV, ghép tạng…)
- Tiền căn mắc các bệnh lý nhiễm khuẩn ảnh hưởng đến da (VD: lang ben, chốc lở, thủy đậu…)

2. Nguyên nhân

2.1. Viêm mô tế bào

Nguyên nhân phổ biến nhất của viêm mô tế bào là liên cầu khuẩn tan huyết beta (nhóm A, B, C, G và F), thường gặp nhất là Streptococcus nhóm A hoặc Streptococcus pyogenes; S. aureus (kể cả các chủng kháng methicillin) là một nguyên nhân đáng chú ý nhưng ít phổ biến hơn [4,6,9-11]. Trực khuẩn hiếu khí gram âm được xác định trong một số ít trường hợp.

Các nguyên nhân ít phổ biến hơn của viêm mô tế bào bao gồm Haemophilus influenzae týp b, clostridia và vi khuẩn kỵ khí không tạo bào tử, Streptococcus pneumoniae và Neisseria meningitidis [12-15].

Nguyên nhân phổ biến nhất của áp xe da là S. aureus (S. aureus nhạy cảm với methicillin hoặc kháng methicillin [MRSA]), xảy ra tới 75% các trường hợp.

2.2. Áp xe da

Áp xe da có thể do nhiều mầm bệnh gây ra [16-18]; Việc phân lập nhiều sinh vật (bao gồm S. aureus cùng với S. pyogenes, trực khuẩn gram âm và vi khuẩn kỵ khí) phổ biến ở những bệnh nhân bị áp xe da liên quan đến vùng quanh miệng, quanh trực tràng hoặc âm hộ [16]. Các sinh vật có nguồn gốc từ đường miệng, bao gồm cả vi khuẩn kỵ khí, được thấy thường xuyên nhất ở những người sử dụng ma túy qua đường tĩnh mạch [16].

Hầu hết các áp xe là do nhiễm trùng. Tuy nhiên, áp xe vô trùng có thể xảy ra khi tiêm thuốc hoặc hóa chất (đặc biệt là thuốc gốc dầu), có thể không được hấp thụ hoàn toàn và do đó vẫn còn tại chỗ tiêm, gây kích ứng tại chỗ và hình thành ổ áp xe.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

Việc chẩn đoán viêm mô tế bào, áp xe da thường dựa trên các biểu hiện lâm sàng.

Viêm mô tế bào biểu hiện bằng các vùng da ửng đỏ, sung huyết, phù nề, nóng và đau (sưng, nóng, đỏ, đau). Tổn thương quầng thâm nhô cao hơn vùng da xung quanh với sự phân chia rõ ràng giữa viêm và mô lành.

Áp-xe da biểu hiện bằng một nốt ban đỏ đau đớn, dao động, có hoặc không có viêm mô tế bào xung quanh, phần trung tâm mật độ phập phều chứa nhiều mủ.

Triệu chứng toàn thân (sốt cao, mạch nhanh…) thường gặp trong trường hợp nặng

1.2. Cận lâm sàng

Xét nghiệm máu:

Tổng phân tích tế bào máu, CRP, Procalcitonin.

Sinh hóa máu: Đường huyết đói, Chức năng gan, chức năng thận.

Cấy mủ và cấy máu không cần thực hiện thường quy đối với bệnh nhân nhiễm trùng không biến chứng, không có tiền căn sử dụng kháng sinh kéo dài và không có các bệnh lý nội khoa nặng đi kèm. Cấy mủ và cấy máu (trước khi bổ sung liệu pháp kháng sinh) thường được khuyến cáo trong các trường hợp sau [19,20]:

- Nhiễm trùng cục bộ nghiêm trọng (ví dụ: viêm mô tế bào lan rộng).
- Các dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân (Sốt, mạch nhanh…).
- Tiền sử áp xe tái phát nhiều lần hoặc nhiều ổ áp xe.
- Thất bại của liệu pháp kháng sinh ban đầu.
- Độ tuổi nguy cơ cao (trẻ sơ sinh hoặc người lớn tuổi).
- Có các bệnh nội khoa kèm theo (phù bạch huyết, bệnh ác tính, giảm bạch cầu hạt, suy giảm miễn dịch, cắt lách, tiểu đường).
- Có chỉ định điều trị dự phòng viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.
- Các mô hình cộng đồng về tính nhạy cảm với S. aureus không được biết rõ hoặc thay đổi nhanh chóng.

X quang thường quy.

Siêu âm Doppler phần mềm.

2. Chẩn đoán phân biệt

Bọc thượng bị (Epidermoid cyst).

Viêm nang 121ong.

Viêm hạch bạch huyết dạng nốt (Nodular lymphangitis).

Bệnh nấm da.

U hạt nhiễm khuẩn (Botryomycosis).

Myiasis.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Kháng sinh.

Rạch Thoát lưu mủ.

Điều trị nguyên nhân.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị toàn thân

Kháng sinh và nâng cao thể trạng.

Kháng sinh theo kinh nghiệm với nguyên tắc xuống thang, và điều chỉnh kháng sinh khi có kết quả kháng sinh đồ.

2.2. Điều trị tại chỗ:

Rạch thoát lưu Kỹ thuật:

- Vô cảm.
- Rạch da vị trí thấp nhất và phồng nhất của ổ áp xe.

- Bộc lộ ổ áp xe và dẫn lưu mủ.
- Cấy mủ làm kháng sinh đồ và PCR lao trong trương hợp cần thiết (phần cận lâm sàng)
- Bơm rửa.
- Đặt dẫn lưu.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Nếu dẫn lưu mủ phối hợp với điều trị kháng sinh phù hợp với tác nhân vi sinh thì có kết quả điều trị tốt.

2. Biến chứng

- Viêm tấy lan tỏa.
- Nhiễm trùng huyết.

TÀI LIÊU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng (2016)

2. Liu C, Bayer A, Cosgrove SE, et al. Clinical practice guidelines by the infectious diseases society of america for the treatment of methicillin-resistant Staphylococcus aureus infections in adults and children. Clin Infect Dis 2011; 52:e18.

3. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2014; 59:e10.

4. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the infectious diseases society of America. Clin Infect Dis 2014; 59:147.

5. Raff AB, Kroshinsky D. Cellulitis: A Review. JAMA 2016; 316:325.

6. McNamara DR, Tleyjeh IM, Berbari EF, et al. A predictive model of recurrent lower extremity cellulitis in a population-based cohort. Arch Intern Med 2007; 167:709.

7. Semel JD, Goldin H. Association of athlete's foot with cellulitis of the lower extremities: diagnostic value of bacterial cultures of ipsilateral interdigital space samples. Clin Infect Dis 1996; 23:1162.

U MỠ

I. ĐỊNH NGHĨA

U mỡ là một lớp chất béo tích tụ dần dần dưới da, nằm giữa da và lớp cơ. Chúng thường xuất hiện nhất ở cổ, lưng, vai, cánh tay và đùi. Chúng cũng có thể phát triển ở các bộ phận khác của cơ thể như ruột. U mỡ là các khối u lành tính thường gặp nhất ở người trưởng thành.

1. U (bướu) mỡ ở vú

a. Bướu mỡ thông thường (Lipoma)

Bướu có chứa tế bào mỡ thường gặp nhất ở vú là bướu mỡ thông thường, không khác biệt với bướu mỡ lành tính ở các vị trí khác trên cơ thể. Bướu mỡ ở vú không thường gặp, hầu hết xuất hiện ở phụ nữ độ tuổi 40 – 50. Sang thương thường biểu hiện dưới dạng khối có thể sờ thấy dưới da, kích thước trung bình từ 2 – 3cm. Các đặc điểm mô học chính bao gồm mô mỡ trưởng thành được bao quanh bởi bao xơ mỏng, có thể đi kèm các thoái hóa như hoại tử mỡ khu trú, vôi hóa, hyalin hóa và nhầy hóa, không có sự hiện diện của ống tuyến và tiểu thùy. Các mẫu sinh thiết lõi kim có thể không giúp chẩn đoán chắc chắn vì trong trường hợp phụ nữ mãn kinh khi tuyến vú đã thoái hóa, sinh thiết vào các thùy mỡ cho kết quả tương tự . Đặc biệt đối với các khối lớn, sâu hơn trong vú hoặc thành ngực, cần chẩn đoán phân biệt với sarcoma mỡ biệt hóa tốt hay bướu mỡ không điển hình.

b. Bướu mỡ - mạch máu (Angiolipoma)

Bướu mỡ - mạch máu thường ít gặp, nằm ở giữa mô dưới da và mô vú. Chúng có thể xuất hiện dưới dạng đa bướu và gây đau đớn. Đặc điểm mô học bao gồm mô mỡ trưởng thành với các cụm mao mạch rải rác, một vài trong số đó có chứa huyết khối fibrin. Loại bướu này có thể gây khó chẩn đoán nếu thành phần mao mạch chiếm đa số hơn thành phần tế bào mỡ, gây nhầm lẫn với sarcoma mạch máu biệt hóa tốt.

c. Bướu mỡ nâu (Hibernoma)

Ngực là vị trí thường gặp nhất, tuy nhiên hiếm khi xảy ra ở vú (chiếm <2%). Biểu hiện lâm sàng điển hình là một khối phát triển chậm, không đau. Bướu biểu hiện là một khối bờ đều cùng đậm độ mô vú trên nhũ ảnh và echo dày có tăng sinh mạch máu trên siêu âm, còn trên MRI có tín hiệu T1 T2 ở mức giữa so với cơ và mô dưới da. Vi thể bao gồm các tế bào mỡ có không bào chưa bạch cầu ái toan còn nhân chứa mỡ nâu

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán

1.1. Lâm sàng:

U mỡ có thể xảy ra bất cứ nơi nào trong cơ thể. Chúng thường có đặc điểm là:

- Nằm ngay dưới da. Chúng thường xảy ra ở cổ, vai, lưng, bụng, cánh tay và đùi.
- Có nhiều thùy và có mật độ mềm, đôi khi có chất lỏng bên trong.
- Mềm mại và nhão.
- Dễ di chuyển khi ấn bằng ngón tay.
- Thường có kích thước nhỏ. U mỡ thường nhỏ hơn 5 cm đường kính, nhưng chúng có thể phát triển.

Các triệu chứng của biến chứng như đau, tê, sưng… nguyên nhân do u mỡ phát triển lớn chèn ép thần kin, mạch máu.

1.2. Cận lâm sàng

- Sinh thiết
- Siêu âm
- Chụp cộng hưởng từ (MRI)

• Chụp cắt lớp vi tính (CT scan)

1.3. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán u mỡ qua trọng nhất là phải loại trừ các loại u ác tính khác. Để chẩn đoán được u mỡ cần dựa vào các triệu chứng, khám tổng quát và một số xét nghiệm.

• Hỏi kĩ tiền sử cá nhân, gia đình. Đặc biêt tiền căn về ung bướu.

• Khám tổng quát xác định tính chất khối u. Khám rất quan trọng vì các khố u ác tính thường có biểu hiện nguy hiểm.

• Để có kết quả chính xác nhất, phương pháp sinh thiết được sử dụng rất phổ biến.

Sinh thiết là một thủ thuật lấy ra một mô ở khối u để xét nghiệm qua kính hiển vi.

Đây là xét nghiệm giúp phân biệt chính xác các loại u. Tuy nhiên cũng phụ thuộc vào kinh nghiệm người đọc kết quả.

• Siêu âm đánh giá khối u. Có thể khảo sát mật đôh, đặc điểm bên trong khối u. Từ đó cung câp thêm thông tin chẩn đoán.

• Khi khối u nằm sâu hoặc có dấu hiệu nguy hiểm, các xét nghiệm hình ảnh như CTscan hay MRI được chỉ định. Nó giúp khảo sát rõ hơn và hướng dẫn cho thủ thuật sinh thiết.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Sarcom mỡ

III. XẾP GIAI ĐOẠN

U mỡ là u lành tính nên không xếp giai đoạn.

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc – Mục tiêu điều trị:

U mỡ thường không cần thiết điều trị. Nếu u mỡ gây triệu chứng khó chịu, là đau đớn hoặc đang phát triển, sẽ cần được điều trị. Một số yếu tố quyết định điều trị gồm:

• Kích thước của khối u lớn gây chèn ép

• Số lượng các khối u mỡ nhiều

• Tiền sử cá nhân của bệnh ung thư da

• Tiền sử gia đình của bệnh ung thư da

• Gây đau, tê, sưng…

Mục tiêu điều trị:

• Loại bỏ khối u mỡ bằng các phương pháp: Phẫu thuật, hút mỡ.

• Thu gọn kích thước u mỡ: Tiêm steroid.

2. Phác đồ điều trị cụ thể

Phương pháp điều trị: Phẫu thuật

Tư thế:

• Người bệnh nằm ngửa, đầu thẳng hoặc nghiêng bên đối diện

• Vô cảm:

• Gây tê tại chỗ hoặc gây mê nội khí quản

Các bước tiến hành:

• Sát trùng trải toan

• Thiết kế đường rạch da, theo nếp gấp tự nhiên. Tùy thuộc kích thước, vị trí u mà đường rạch có thể trực tiếp trên u hoặc gián tiếp từ xa.

• Gây tê tại chỗ đường rạch (Lidocain và Adrenalin 1/100000)

• Rạch da theo đường thiết kế

• Bóc tách các lớp theo giải phẫu đến u, tránh tổn thương các thành phần quan trọng (mạch máu, thần kinh, ống tuyến nước bọt…).

• Cắt một phần hoặc toàn bộ u nếu có thể

- Sinh thiết tức thì nếu nghi ngờ ác tính
- Bơm rửa, cầm máu kỹ
- Đặt dẫn lưu vết mổ
- Khâu đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu
- Băng ép
- Gửi giải phẫu bệnh khối u

4.3. Điều trị hỗ trợ

Không có điều trị hỗ trợ.

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

1. Các chỉ số cần theo dõi:

Theo dõi:

- Thay băng, cắt chỉ. Dẫn lưu rút sau 48 giờ nếu ra ít

Biến chứng và chăm sóc:

- Các dấu hiệu sinh tồn: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở
- Chảy máu vết mổ: Băng ép chặt hoặc mổ lại cầm máu
- Nhiễm trùng vết mổ: Kháng sinh và thay băng tại chỗ
- Tổn thương mạch máu, thần kinh
- Các tai biến liên quan đến bệnh phối hợp: tăng đường huyết, tăng huyết áp…

2. Thời gian tái khám:

Người bệnh nên chú ý thay băng khi bẩn, vệ sinh sạch sẽ vết thương và sau 7 – 19 ngày mổ cần đi tái khám để tránh biến chứng.

VI. TIÊN LƯỢNG

- Tiên lượng sau phẫu thuật đối với u mỡ thường tốt.
- U mỡ có thể được loại bỏ hoàn toàn bằng phương pháp phẫu thuật và thường không tái phát.
- Đối với u mỡ kích thước lớn, việc phẫu thuật loại bỏ hoàn toàn đôi khi khó thực hiện. Khi đó, nguy cơ tái phát sau phẫu thuật có thể được đặt ra, cần được thăm khám định kỳ để kiểm tra đánh giá.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Khối u vùng cổ, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng (2016).

2. Lipomas: Review and Evaluatıon of the Literature -Alper Tunga Derin and Neslihan Yaprak - Department of Otolaryngology Head and Neck Surgery, Akdeniz University Faculty of Medicine, Turkey.

3. Lipomas Treatment & Management - Todd A Nickloes, DO, FACOS Associate Professor, Department of Surgery, Division of Trauma/Critical Care, University of Tennessee Medical Center-Knoxville.

4. Michael S Sabel (2020), "Overview of benign breast disease", Uptodate 2020.

5. J. Jordi Rowe, Alison L. Cheah and Benjamin C. Calhoun (2017), "Lipomatous Tumors of the Breast: A Contemporary Review", Seminars in Diagnostic Pathology.

6. Hoon Tan P, Ellis I, Allison K, (2019), "The 2019 WHO classification of tumours of the breast", Histopathology.

UNG THƯ TUYẾN GIÁP BIỆT HÓA TỐT

I. ĐỊNH NGHĨA

Ung thư tuyến giáp (UTTG) là loại ung thư phổ biến nhất trong các ung thư của hệ thống tuyến nội tiết. Tỷ lệ mắc ung thư tuyến giáp có xu hướng ngày càng gia tăng.

Theo GLOBOCAN 2018, trên thế giới UTTG đứng thứ 11, chiếm 3,1% trong tổng số các loại ung thư, tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi trên 100.000 dân là 3,1 ở nam và 10,2 ở nữ. Tại khu vực Đông Nam Á tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 2,2 ở nam và 6,2 ở nữ. Ở Việt Nam UTTG đứng thứ 9, chiếm khoảng 3,54% các loại ung thư, tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi trên 100.000 dân là 1,6 ở nam và 7,8 ở nữ.

Ung thư tuyến giáp biệt hóa gồm thể nhú, thể nang, hỗn hợp nhú và nang chiếm 80%; 20% còn lại là ung thư tuyến giáp không biệt hóa bao gồm thể tủy, thể thoái biến, ung thư tổ chức liên kết, lymphoma.

II. II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

- Triệu chứng sớm:

Thường thầm lặng ít có dấu hiệu lâm sàng. Nhiều bệnh nhân tự phát hiện thấy có u tuyến giáp trạng, u thường có đặc điểm: cứng chắc, bờ rõ, bề mặt nhẵn hay gồ ghề, di động theo nhịp nuốt.

Nhiều trường hợp, phát hiện qua khám sức khỏe định kỳ, siêu âm tuyến giáp thấy có u tuyến giáp, có nốt vôi hóa trong u.

Có thể có hạch ở vùng cổ, hạch thường nhỏ, di động và thường cùng bên với khối u.

- Triệu chứng muộn, khi u lớn, bệnh nhân thường có các dấu hiệu:

- Khối u to, rắn, cố định ở trước cổ.
- Khàn tiếng, có thể khó thở.
- Khó nuốt, nuốt vướng do u chèn ép.
- Da vùng cổ có thể thâm nhiễm hoặc sùi loét, chảy máu.
- Ổ di căn xa (gãy xương bệnh lý)

- Hạt giáp đơn độc: Có dấu hiệu gợi ý ác tính: chắc, cứng, lớn nhanh, dính vào mô xung quanh, xâm lấn, chèn ép khí quản, khàn tiếng, khó thở...

1.2. Cận lâm sàng

1.2.1. Sinh hóa miễn dịch

- Đo chức năng tuyến giáp: TSH, fT3, fT4: đánh giá tình trạng cường giáp, suy giáp trước điều trị.

- Vai trò cuả TSH trong chức năng tuyến giáp: TSH kiểm soát hầu hết các hoạt động chức năng của tuyến giáp, bao gồm việc lấy iod, tổng hợp và tiết T3, T4 vào máu. Ngoài ra nó còn kiểm soát dòng máu qua tuyến giáp và sự lớn lên của tuyến giáp. Nồng độ TSH cao hơn giới hạn là yếu tố nguy cơ ác tính với tuyến giáp.

- Đo nồng độ thyroglobulin huyết thanh có giá trị theo dõi tái phát sau điều trị cắt giáp toàn phần + I131. (BN chưa cắt giáp toàn phần đo TG không có giá trị, mô giáp bình thường vẫn tiết TG)

- Đo kháng thể kháng giáp anti-TPO (thyroperoxidase), anti-Thyroglobulin (anti-TG) nếu nghi ngờ có viêm giáp tự miễn vì đôi khi viêm giáp Hashimoto cũng biểu hiện lâm sàng là hạt giáp.

- Liên quan tới viêm giáp lymphô bào mạn tính, đa số anti-TPO bình thường.

- Xạ hình tuyến giáp được chỉ định trong 1 số trường hợp nghi ngờ hạt giáp độc "nhân nóng", thử TRAb (anti TSH receptor Antibody)

1.2.2. Siêu âm tuyến giáp

- Siêu âm với độ phân giải cao có thể giúp phát hiện hạt giáp kích thước nhỏ ≥2 mm, xác định số lượng, tính chất, đặc, nang, hỗn hợp (>90%) gợi ý các dấu hiệu ác tính: xâm lấn vỏ bao, tăng sinh mạch máu, vi vôi hóa (80%), echo kém.
- Xác định tình trạng hạch di căn cổ - hạch trung tâm (nhóm VI).
- Hướng dẫn làm FNA: vị trí cần làm, định vị trí chính xác nơi cần chọc hút đối với bướu hỗn hợp đặc & nang, hay hướng dẫn đến các hạt không sờ thấy trên lâm sàng.

1.2.3. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA): tiêu chuẩn xác định.

- Chẩn đoán hạt giáp trước điều trị
- FNA có độ chính xác 95%
- Giúp giảm # 50% trường hợp mổ không cần thiết và tăng gấp đôi số trường hợp ung thư được mổ
- Chỉ định FNA đối với hạt giáp d >1 cm sờ thấy trên lâm sàng, nếu thất bại có thể làm lại dưới siêu âm. Hạt giáp d <1 cm có yếu tố nghi ngờ trên siêu âm → FNA dưới siêu âm.

1.2.4. Xạ hình tuyến giáp: chủ yếu chỉ định trong trường hợp mô giáp lạc chỗ, đáng giá mô giáp sau mổ để chỉ định liều iod phóng xạ.

1.2.5. CT & MRI:

- Đánh giá độ xâm lấn tại chỗ tại vùng, xâm lấn sụn giáp, khí quản, cơ, thực quản, trung thất...
- MRI đánh giá xâm lấn mô mềm xung quanh tốt hơn CT
- PET – CT đánh giá sự gia tăng hoạt động chuyển hóa tế bào thông qua sự hấp thu chất tương đồng glucose có đánh dấu, có giá trị đánh giá toàn thân các trường hợp tái phát, di căn, theo dõi sau điều trị.

1.2.6. Nội soi thanh quản: cần thiết đánh giá độ di động dây thanh, đường thở (chèn ép – xâm lấn)

1.2.7. Xquang cổ thẳng – nghiêng, Xquang phổi: đánh giá chèn ép khí quản, thòng trung thất

1.2.8. Xét nghiệm mô bệnh học: sinh thiết u, hạch thường thấy các hình ảnh tổn thương sau:

- Ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú (Papillary Thyroid Carcinoma - PTC) chiếm khoảng 60-80%, tiến triển chậm, tiên lượng tốt.
- Ung thư biểu mô tuyến giáp thể nang (Follicular Thyroid Carcinoma - FTC) ít gặp hơn, chiếm khoảng 10-20% các loại, tiên lượng loại này xấu hơn so với PTC.
- Ung thư biểu mô tuyến giáp thể hỗn hợp nhú-nang, khoảng 20% (mix thyroid carcinoma) tiến triển chậm, tiên lượng gần như thể nhú.
- Ung thư tế bào Hurthle: tế bào Hurthle bắt iod phóng xạ kém hơn, tần suất di căn nhiều hơn, tỷ lệ sống thêm thấp hơn.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với các bướu lành khác của tuyến giáp cũng như các bướu vùng trước cổ khác

III. XẾP GIAI ĐOẠN

Phân loại giai đoạn TNM theo AJCC lần thứ 8 năm 2017

T U nguyên phát

Tx Không đánh giá được u nguyên phát

T0 Không có bằng chứng của u nguyên phát

T1 U có kích thước lớn nhất 2cm, còn giới hạn trong tuyến giáp.

T1a U có kích thước lớn nhất 1cm, còn giới hạn trong tuyến giáp.

T1b U có kích thước lớn nhất >1cm và 2cm, còn giới hạn trong tuyến giáp

T2 U có kích thước lớn nhất >2cm và 4cm, còn giới hạn trong tuyến giáp

T3 U có kích thước lớn nhất >4cm, còn giới hạn trong tuyến giáp hoặc u kích thước bất kì mới xâm lấn đại thể vào cơ ức móng, cơ ức giáp, cơ giáp móng hoặc cơ vai móng.

T3a U >4cm, còn giới hạn trong tuyến giáp

T3b U kích thước bất kỳ xâm lấn đại thể vào cơ ức móng, cơ ức giáp, cơ giáp móng hoặc cơ vai móng.

T4 U kích thước bất kỳ đã xâm lấn qua các cơ ức móng, cơ ức giáp, cơ giáp móng hoặc cơ vai móng.

T4a U kích thước bất kỳ xâm lấn đại thể ra tổ chức mô mềm dưới da, thanh quản, khí quản, thực quản hoặc dây thần kinh thanh quản quặt ngược.

T4b U kích thước bất kỳ, xâm lấn vào cân trước cột sống hoặc bao động mạch cảnh, hoặc mạch máu trung thất.

Lưu ý: Tất cả giai đoạn u nguyên phát có thể chia thành s (khối u đơn độc) và m (u nhiều khối).

N Hạch vùng

Nx Không đánh giá được hạch vùng.

N0 Không có bằng chứng di căn hạch vùng.

N1 Di căn hạch vùng

N1a Di căn hạch lympho nhóm VI hoặc VII (hạch trước khí quản, cạnh khí quản, trước thanh quản/hạch Delphian, hoặc hạch trung thất trên) một bên hoặc hai bên.

N1b Di căn hạch lympho nhóm I, II, III, IV hoặc V hoặc hạch sau hầu

M Di căn xa

M0 Chưa di căn xa

M1 Có di căn xa.

Phân loại giai đoạn bệnh theo AJCC (American Joint Committe on Cancer)

Bảng 1. Phân loại giai đoạn ung thư tuyến giáp biệt hóa theo AJCC lần thứ 8 năm 2017

Ung thư biểu mô thể nhú hoặc thể nang		
Giai đoạn	**Bệnh nhân <55 tuổi**	**Bệnh nhân ≥55 tuổi**
Giai đoạn I	Tbất kỳNbất kỳM0	$T_{1,2}N_0/N_xM_0$
Giai đoạn II	Tbất kỳNbất kỳM1	$T_{1,2}N_1M_0$
		$T_{3a,3b}$Nbất kỳM0
Giai đoạn III		T4aNbất kỳM0
Giai đoạn IV_A		T4bNbất kỳM0
Giai đoạn IV_B		Tbất kỳNbất kỳM1

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc – Mục tiêu điều trị

- Nguyên tắc điều trị chính của ung thư tuyến giáp biệt hóa tốt là phẫu thuật trong trường hợp còn mổ được tại chỗ tại vùng, ngay cả khi có di căn xa, sau đó tùy chỉ định sẽ điều trị tiếp tục bằng iod phóng xạ.

- Tế bào ung thư tuyến giáp thể biệt hóa có khả năng bắt giữ và tập trung $_{131}I$ như tế bào tuyến giáp bình thường, bởi vậy với một liều $_{131}I$ đủ cao có thể tiêu diệt được tế bào và tổ chức ung thư tại chỗ hoặc di căn.

4.2. Phẫu thuật

Chỉ định phẫu thuật:

• Cắt thùy:

- Kích thước <1 cm
- Nguy cơ thấp
- Đơn ổ
- Không tiền căn xạ trị vùng cổ
- Không tổn thương đối bên
- Không di căn hạch
- Rìa diện cắt (-)

• Cắt giáp gần toàn phần – toàn phần:

- Kích thước >1 cm
- Nguy cơ cao
- Đa ổ
- Tiền căn xạ trị vùng cổ
- Tiền căn gia đình K giáp
- 45 tuổi

• Đối với carcinôm tuyến giáp dạng tủy:

- >1cm, bướu 2 thùy: cắt giáp toàn phần, nạo hạch cổ nhóm VI, nạo hạch II III IV V cùng bên, xạ trị
- <1cm, đơn ổ: cắt giáp toàn phần + nạo hạch cổ VI

Điều trị nội tiết sau phẫu thuật:

- Thyroxine nhằm duy trì TSH ở giới hạn dưới.

4.3. Điều trị I131

4.3.1. Chỉ định điều trị I_{131}:

1. Diệt giáp đối với mô tuyến giáp còn lại (Ablation): loại bỏ mô giáp còn lại, dễ theo dõi bằng TG, phát hiện tái phát sớm (TG, WBS).
2. Hỗ trợ: diệt ung thư vi thể còn sót sau phẫu thuật
3. Điều trị di căn xa, mổ không lấy hết bướu

Chỉ định

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa bao gồm thể nhú, thể nang, thể hỗn hợp nhú và nang, ung thư tế bào Hurthle, đã được phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp toàn phần và vét hạch cổ (nếu có) hoặc bệnh nhân giai đoạn muộn không còn chỉ định phẫu thuật.

4.3.2. Chống chỉ định điều trị I_{131}:

- Có thai
- Cho con bú: (Do tuyến giáp thai nhi hoạt động từ tuần 12, iod phóng xạ gây suy giáp) Ngưng cho con bú 6 – 8 tuần trước khi điều trị phóng xạ

4.3.3. Hướng dẫn triệt giáp bằng iod phóng xạ (ATA 2009)

Xếp loại yếu tố nguy cơ:

Nguy cơ	Rất thấp	Thấp	Trung gian	Cao
Tuổi	<45	<45	<45 PTC >4 cm. Hoặc xâm lấn mạch máu, Hoặc mô học không thuận lợi.	>45
Kích thước bướu	<1 cm	1-4 cm	>45 tuổi PTC <4cm. Hoặc xâm lấn mạch máu, Hoặc mô học không thuận lợi	>4cm, hoặc xâm lấn ngoài tuyến giáp.
Mô học	PTC khu trú	PTC khu trú	PTC kinh điển	Mô học không thuận lợi >1-2 cm
Cắt tận gốc	+	+	+	-
N	-	±	±	±
M	-	-	-	+

• Có chỉ định: nguy cơ cao

- Ung thư tuyến giáp có di căn xa
- Ung thư tuyến giáp xâm lấn ra khỏi giường tuyến giáp (bất kể kích thước)
- Bướu đường kính >4 cm

• Lựa chọn tùy trường hợp: nguy cơ trung gian, nguy cơ thấp

- Bướu đường kính 1 – 4cm còn chưa xâm lấn
- Giải phẫu bệnh: xâm lấn mạch máu, loại giải phẫu bệnh bất lợi (subtype): TB cao, TB tại, đảo
- Di căn hạch: số lượng – kích thước – xâm lấn

• Không thường quy:

- Đơn ổ kích thước <1 cm
- Đa ổ kích thước <1 cm không kèm các yếu tố nguy cơ khác

4.3.4. Quy trình điều trị

4.3.4.1. Các bước tiến hành

a. Chuẩn bị bệnh nhân

• Không dùng các thuốc, chế phẩm và thực phẩm có iod, không chụp CT với thuốc cản quang chứa iod trong vòng 1 tháng.

• Không dùng các hormon tuyến giáp (T3, T4). Nếu đang uống T4 thì ngừng 03 tuần, nếu đang uống T3 thì ngừng 02 tuần trước khi điều trị I_{131}.

• Đảm bảo chắc chắn không có thai (lâm sàng, siêu âm, test HCG), không cho con bú.

• Khám lâm sàng: toàn thân, tuyến giáp, hạch vùng.

• Làm các xét nghiệm cơ bản: công thức máu, chức năng gan, thận, hormon tuyến giáp, TSH, thyroglobulin (Tg), AntiTg.

• Siêu âm: tuyến giáp, hạch cổ, ổ bụng, tim.

• Xạ hình xương, chụp CT xác định di căn (nếu cần).

• Xạ hình toàn thân sau phẫu thuật với $_{131}$I: liều 2-5mCi uống xa bữa ăn. Sau 24 hoặc 48 giờ hoặc 72 giờ: đo độ tập trung $_{131}$I vùng tuyến giáp, xạ hình toàn thân và vùng cổ. Đánh giá: tổ chức tuyến giáp còn lại, di căn vùng, di căn xa.

• Có thể đánh giá tổ chức tuyến giáp còn lại sau mổ bằng xạ hình với 99mTcpertechnetate, liều 2-5mCi, tiêm tĩnh mạch, ghi hình sau tiêm 15 phút.

• Tiến hành điều trị bằng $_{131}$I khi bệnh nhân đang ở tình trạng nhược giáp, với TSH 30UI/ml, thường sau mổ >2-3 tuần.

b. Xác định liều $_{131}$I

• Liều hủy mô tuyến giáp: 30-50-100mCi.

• Bệnh nhân đã có di căn hạch vùng: 100-150mCi.

• Bệnh nhân đã có di căn xa: 200-250mCi; di căn phổi dùng liều 100-150mCi/1 lần điều trị.

c. Phổ biến, hướng dẫn bệnh nhân về đảm bảo an toàn phóng xạ

• Phổ biến các quy định bảo đảm vệ sinh, an toàn phóng xạ cho từng bệnh nhân trước khi uống 131I.

d. Chăm sóc bệnh nhân trước điều trị

• Tăng lipid máu: dùng các thuốc hạ mỡ máu fenofibrat 100-200mg/ngày/uống sau ăn tối hoặc rosuvastatin 10-20mg/ngày/uống sau ăn tối.

• Bổ sung canxi nếu cần

• Nâng cao thể trạng chung, dùng các thuốc điều biến miễn dịch.

e. Bệnh nhân nhận liều điều trị

• Liều $_{131}$I đã chỉ định dạng viên nang hoặc dung dịch.

• Uống $_{131}$I xa bữa ăn (2-4giờ), uống nhiều nước, nhai kẹo cao su, đi tiểu nhiều lần.

f. Phòng chống các tác dụng phụ của $_{131}$I

• Trước khi cho bệnh nhân nhận liều điều trị $_{131}$I khoảng 20-30 phút, cho bệnh nhân dùng các thuốc sau để chống tác dụng phụ khi uống $_{131}$I liều cao:

• Ondansetron 8mg x 01 ống hoặc primperan 10mg x 01 ống tiêm tĩnh mạch.

• Dimedrol 10mg x 01 ống tiêm tĩnh mạch.

• Dexamethason 4mg hoặc methylprednisolone 40mg x 01 lọ tiêm tĩnh mạch.

g. Theo dõi và xử trí các biến chứng sớm nếu có

• Nhức đầu, ù tai: dùng giảm đau, an thần: Paracetamol viên 0,5g uống lần 1 viên ngày 2-3 lần hoặc efferalgan codein viên 0,5g uống lần 1 viên ngày 2-3 lần.

• Buồn nôn, nôn: chống nôn Ondansetron 8mg uống hoặc tiêm tĩnh mạch lần 1 ống hoặc Primperan viên 10mg uống lần 1-2 viên ngày 1-2 lần.

• Viêm tuyến nước bọt, tuyến giáp, phần mềm vùng cổ do bức xạ: chườm lạnh, dùng các thuốc chống viêm, giảm đau: paracetamol viên 0,5g uống lần 1 viên ngày 2-3 lần hoặc efferalgan codein viên 0,5g uống lần 1 viên ngày 2-3 lần, nếu nặng dùng methylprednisolone 40mg x 02 lọ tiêm, truyền tĩnh mạch.

• Viêm thực quản, dạ dày do bức xạ: dùng thuốc bọc niêm mạc gastropulgit uống

• 1 gói/lần ngày 2 lần; giảm tiết acid: omeprazol hoặc pantoprazol viên 40mg uống mỗi lần 1 viên/ngày 1-2 lần; an thần: seduxen 5mg uống tối.

• Viêm tổ chức phổi do bức xạ khi có tổn thương di căn phổi tập trung nhiều 131I: Efferalgan codein viên 0,5g uống lần 1 viên ngày 2-3 lần; Medrol 16mg uống ngày 1-2 viên; Methylprednisolon 40mg x 02 lọ tiêm, truyền tĩnh mạch.

• Phù não: chống phù não mannitol 20% 250-500ml, truyền tĩnh mạch;

• Methylprednisolone 40mg x 02 lọ tiêm tĩnh mạch.

h. Bổ sung hormon tuyến giáp

• 3-5 ngày sau uống liều điều trị $_{131}$I, bệnh nhân được uống T4, liều T4 2-4 µg/kg cân nặng/ngày. Sau 1 tháng uống T4, cần định lượng lại các hormon tuyến giáp, TSH để điều chỉnh liều T4 nhằm đảm bảo chắc chắn là bệnh nhân ở tình trạng bình giáp. Bệnh nhân phải được uống liên tục hormon tuyến giáp cho đến hết đời, duy trì liều T4 đủ ức chế TSH <0,1UI/ml.

i. Đo suất liều $_{131}$I và xạ hình sau khi nhận liều điều trị

• 3-7 ngày sau uống liều điều trị $_{131}$I, khi hoạt độ phóng xạ trong máu đã thấp, tiến hành: Xạ hình vùng cổ và toàn thân, đánh giá:

- Sự tập trung $_{131}$I tại tuyến giáp.

- Tập trung $_{131}$I tại vùng cổ, ngoài tuyến giáp (hạch, di căn). Tập trung $_{131}$I tại nơi khác trong cơ thể (di căn xa).

• Đo suất liều cách người bệnh 1 m.

k. Bệnh nhân xuất viện

• Bệnh nhân xuất viện khi đã được bù T4; tình trạng chung ổn định; suất liều cách

• 01 mét 50Sv/giờ hoặc 5mR/giờ hoặc hoạt độ phóng xạ dưới 30mCi (1110MBq).

• Tiếp tục dùng T4 liều 2-4g/kg cân nặng/ngày, duy trì liều T4 đủ ức chế TSH <0,1UI/ml, bệnh nhân ở trạng thái bình giáp.

4.3.5. Đánh giá kết quả và theo dõi sau điều trị $_{131}$I

• Tái khám đánh giá kết quả điều trị sau 3-6 tháng:

- Bệnh nhân uống Iod 131 liều thấp tái khám sau 3 tháng, ngưng thuốc 3 tuần và chế độ ăn ít iod 2 tuần trước tái khám.

- Bệnh nhân uống iod 131 liều cao tái khám sau 3 tháng, uống bù giáp liên tục được xét nghiệm chức năng tuyến giáp và công thức máu. Sau 6 tháng điều trị Iod 131 liều cao, ngưng thuốc 3 tuần và chế độ ăn ít iod 2 tuần trước tái khám.

a. Cách 1

+ Bệnh nhân sau uống liều 131I điều trị, được dùng T4 liều 2-4g/kg cân nặng/ngày liên tục 2-5 tháng sau đó ngừng T4 trong 3 tuần, đến tái khám.

+ Lâm sàng: khám toàn thân, tuyến giáp, hạch.

+ Xét nghiệm: hormon tuyến giáp, TSH, Tg, anti Tg; chức năng gan, thận, công thức máu (làm tủy đồ nếu cần); siêu âm tuyến giáp, hạch…

b. Cách 2

+ Sau điều trị 131I 3-6 tháng bệnh nhân không ngừng uống T4, dùng TSH ngoại sinh (Thyrogen) tiêm bắp ngày 1 và ngày 2 mỗi lần 0,9mg.

• Đánh giá sau đợt điều trị 131I:

- Kết quả hủy mô tuyến giáp còn lại sau mổ: còn hay hết.

- Diệt các tổn thương di căn vùng; diệt các di căn xa: còn hay hết.

- Xuất hiện ổ tập trung 131I mới tại tuyến giáp, tại vùng cổ, tại nơi khác trong cơ thể?

- Hủy hoàn toàn tổ chức tuyến giáp còn lại sau mổ, không còn tổ chức bệnh lý (Disease free) khi Tg (-): nồng độ Tg trong máu <2ng/ml và AntiTg (-); Xạ hình toàn thân với 131I (-): không có các ổ tập trung 131I bất thường trong cơ thể, thì không cần điều trị 131I tiếp, mà tiếp tục cho uống T4 liều 2-4g/kg cân nặng/ngày. Khám lại định kỳ 6 tháng một lần trong 2 năm đầu, sau đó một năm một lần trong nhiều năm tiếp sau.

-Xạ hình toàn thân với 131I (+): có các ổ tập trung 131I bất thường trong cơ thể, Tg (+) hoặc Tg (-): xem xét chỉ định điều trị 131I tiếp tục.

- Xạ hình toàn thân với 131I (-): không có ổ tập trung 131I bất thường trong cơ thể và Tg trong máu ≥10ng/ml và AntiTg (-): xem xét chỉ định điều trị 131I tiếp tục.

- Xạ hình toàn thân với 131I (-) và nồng độ Tg trong khoảng từ 2ng/ml đến dưới 10ng/ml, AntiTg (-): cần theo dõi thêm, đánh giá các yếu tố nguy cơ, chỉ định điều trị 131I tiếp tục cần được xem xét một cách thận trọng.

• Chú ý:

- Bệnh nhân sau phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần và điều trị 131I phải uống hormon tuyến giáp thay thế suốt đời.

- Điều trị ung thư tuyến giáp bằng 131I chỉ được tiến hành ở các cơ sở Y học hạt nhân có phòng điều trị 131I đã được cấp phép về an toàn bức xạ, có bác sĩ, kỹ sư, điều dưỡng, kỹ thuật viên có chứng chỉ hành nghề Y học hạt nhân, có chứng chỉ an toàn bức xạ.

4.4. Điều trị bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa kháng hoặc không đáp ứng với $_{131}$I

Bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa bao gồm thể nhú, thể nang, hỗn hợp nhú nang và thể tế bào Hurthle điều trị 131I không đáp ứng, bệnh tiến triển hoặc bệnh tái phát, di căn không còn đáp ứng với 131I có chỉ định dùng thuốc điều trị đích nhóm ức chế tyrosine kinase (Tyrosine Kinase Inhibitors: TKIs), cụ thể:

• Nhóm multitargeted kinase Inhibitor: lenvatinib*, sorafenib, sunitinib, axitinib*, everolimus, vandetanib, cabozatinib*, pazopanib.

• Nhóm BRAF V600E mutation inhibitor: vemurafenib*, dabrafenib*, selumetinib,*trametinib

• Nhóm ALK inhibitor (Anaplastic lymphoma kinase inhibitor): có thể có hiệu quả cho các bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú có đột biến gen ALK.

• Lenvatinib* và sorafenib đã được FDA phê chuẩn điều trị, các thuốc điều trị đích khác đang tiếp tục được nghiên cứu.

• Lenvatinib* liều 24mg/ngày. Trường hợp có tác dụng phụ hoặc thể trạng bệnh nhân yếu, có thể giảm liều xuống 20mg/ngày, lần giảm liều tiếp còn 14mg/ngày, nếu cần giảm tiếp xuống còn 10mg/ngày.

• Sorafenib liều 800mg chia uống 2 lần trong ngày, trước khi ăn một giờ hoặc sau khi ăn hai giờ. Trường hợp cần giảm liều do tác dụng phụ hoặc thể trạng bệnh nhân cho dùng liều giảm dần xuống 600mg/ngày, có thể xuống tới 400mg/ngày.

• Đánh giá đáp ứng điều trị sau mỗi 8 tuần. Nếu có đáp ứng, các thuốc trên được dùng cho tới khi bệnh tiến triển.

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Năm đầu: mỗi 3 tháng
- 2 năm kế: suốt 6 tháng
- Năm tiếp theo mỗi năm

• Khám lâm sàng

• Siêu âm cổ - Xquang phổi

• Thyglobulin

• CT MRI PET-CT

• Chức năng tuyến giáp

• Xạ hình

VI. TIÊN LƯỢNG

Tiên lượng của ung thư giáp biệt hóa tốt phần lớn là tốt ngay cả khi bệnh đã di căn hạch vùng. Tiên lượng xấu khi bệnh có di căn xa.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2020), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh Ung bướu.

2. Mai Trọng Khoa (2014). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung bướu. Nhà xuất bản Y học.

3. Mai Trọng Khoa (2015). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh bằng Y học hạt nhân. Nhà xuất bản Y học.
4. Mai Trọng Khoa (2012). Y học hạt nhân (sách dùng sau Đại học). Giáo trình Trường Đại học Y Hà Nội. Nhà xuất bản Y học.
5. Mai Trọng Khoa (2013). Điều trị bệnh Basedow và ung thư tuyến giáp thể biệt hóa bằng 131I. Nhà xuất bản Y học.
6. Mai Trọng Khoa, Phạm Cẩm Phương (2017). Điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa bằng 131I. Nhà xuất bản Y học.
7. Mai Trọng Khoa (2016). Kháng thể đơn dòng và phân tử nhỏ trong điều trị bệnh ung thư. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
8. Mai Trọng Khoa, Nguyễn Xuân Cử (2012). Một số tiến bộ về kỹ thuật xạ trị ung thư và ứng dụng trong lâm sàng. Nhà xuất bản Y học.
9. Mai Trọng Khoa (2013). Ứng dụng kỹ thuật PET/CT trong ung thư. Nhà xuất bản Y học.
10. Brose MS, Nutting CL, Jarzab B et al (2014). Sorafenib in radioactive iodinerefractory, locally advanced or metastatic differentiated thyroid cancer: a randomised, doubleblind, phase 3 trial. Lancet. 2014 jul 26;384(9940):319-2810. Christian Schiepers (2006). Diagnostic Nuclear Medicine. Springer – Verlag - Verlag Berlin Heidelberg.
11. National Comprehensive Cancer N etwork (2019). Thyroid carcinoma, version 1.2019. NCCN Clinical Practice Guideline in Oncology.
12. Revised American Thyroid Association Management Guidelines for patients with Thyroid nodules and differentiated thyroid cancer 2015.
13. Schlumberger M, Tahara M, Wirth LJ et al (2015). Lenvatinib versus placebo in radioiodine-refractory thyroid cancer. N Engl J Med;372(7): 621-30.
14. Vincent T DeVita, Theodore S. Lawrence, Steven A. Rosenberg (2014). Cancer Principles and Practice of Oncology, 10th edition. Lippincott Ravell publishers. Philadelphia, United States.
15. Drilon A, Laetsch TW, Kummar S, et al (2018). Efficacy of larotrectinib in TRK fusion positive cancers in adult and children. N Engl J Med;378(8):731-739.
16. ATA Guidline 2015

UNG THƯ VÚ

I. ĐỊNH NGHĨA

Ung thư vú (UTV) là loại ung thư thường gặp và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở phụ nữ trên toàn thế giới. Mỗi năm nước ta có khoảng hơn 15.230 phụ nữ mới mắc và hơn 6.100 người tử vong do UTV. Ung thư vú nam chiếm khoảng 1% các trường hợp UTV. Đa số UTV xuất phát từ các tế bào biểu mô của vú. Bệnh Paget của vú có thể kèm theo UTV. Do vậy, khi có thành phần ung thư trên Paget vú cần được điều trị như UTV thông thường với giai đoạn tương ứng.

Các yếu tố tiên lượng quan trọng bao gồm: kích thước u nguyên phát, số lượng hạch di căn, thể mô bệnh học, độ mô học, tình trạng thụ thể nội tiết, tình trạng thụ thể yếu tố phát triển biểu bì người số 2 (human epidermal growth factor receptor-HER2), tuổi.

Tỷ lệ sống 5 năm của bệnh nhân UTV ngày càng được cải thiện. Thống kê tại Hoa kỳ năm 2001-2002: giai đoạn 0: 100%; giai đoạn I: 88%; giai đoạn II: 74-81%; giai đoạn III: 41- 67%; giai đoạn IV: 15%. Đến năm 2012, tỷ lệ này là: giai đoạn 0 và I: 100%; giai đoạn II: 93%; giai đoạn III: 72%; giai đoạn IV: 22%.

II. NGUYÊN NHÂN - CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

Trong các yếu tố nguy cơ mắc bệnh, nổi bật là tiền sử gia đình có người mắc UTV, đặc biệt có từ 2 người mắc trở lên ở lứa tuổi trẻ. Người ta cũng tìm thấy sự liên quan giữa đột biến gen BRCA1 và BRCA2 với UTV, ung thư buồng trứng và một số ung thư khác. Một số yếu tố khác bao gồm: có kinh lần đầu sớm, mãn kinh muộn, phụ nữ độc thân, không sinh con, không cho con bú, sinh con đầu lòng muộn. Béo phì, chế độ ăn giàu chất béo, sử dụng rượu cũng góp phần tăng nguy cơ bị bệnh. Viêm vú trong khi sinh đẻ và một số bệnh vú lành tính cũng là các yếu tố tăng nguy cơ mắc UTV. Tuổi càng cao, nguy cơ mắc bệnh càng tăng. Tuy nhiên, bệnh cũng có thể xuất hiện ở những người rất trẻ.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng

- Hỏi bệnh:

+ Quá trình phát hiện u vú, hạch nách, hạch thượng đòn, chảy dịch núm vú, các phương pháp can thiệp trước đó.

+ Một số bệnh nhân có các triệu chứng cơ năng: cảm giác đau nhẹ như kiến cắn trong vú, giai đoạn muộn có thể căng tức khó chịu, đau do u xâm lấn, chảy dịch hôi, chảy máu…

+ Khai thác tiền sử:

• Tiền sử bản thân: bệnh vú trước đây, các bệnh lý nội khoa, ngoại khoa…, tiền sử sản, phụ khoa, tình trạng kinh nguyệt hiện tại.

• Tiền sử gia đình, đặc biệt tiền sử ung thư vú, buồng trứng.

- Khám thực thể:

+ Khámvú hai bên, hạch vùng (nách, thượng đòn).

+ Khám các cơ quan, bộ phận khác

+ Khám toàn thân, lưu ý các triệu chứng, dấu hiệu di căn xa (đau đầu, đau xương, khó thởv.v.).

- Đánh giá toàn trạng (chỉ số hoạt động cơ thể).

3.1.2. Cận lâm sàng

3.1.2.1. Chẩn đoán hình ảnh

- Chụp X-quang tuyến vú (mammography): chụp vú 2 bên, mỗi bên ít nhất 2 tư thế. Trường hợp mật độ mô vú đậm hoặc khó chẩn đoán, có thể cần chụp tuyến vú số hóa có

tiêm thuốc cản quang (contrast-enhanced digital mammography), chụp 3D (breast tomosynthesis), chụp ống dẫn sữa cản quang (galactography). Những phụ nữ đã phẫu thuật thẩm mỹ đặt túi ngực, chụp X-quang vú có thể gây biến dạng, dò, vỡ túi. Do vậy, cần thay chụp X-quang vú bằng chụp cộng hưởng từ (MRI) tuyến vú kết hợp siêu âm vú.

- Siêu âm vú và hạch vùng: siêu âm thông thường hoặc siêu âm 3D, siêu âm đàn hồi, siêu âm quét thể tích vú tự động (automated volume breast scanner-AVBS) để có kết quả chính xác hơn.

- Chụp cộng hưởng từ (MRI) tuyến vú: đặc biệt với các trường hợp không phát hiện được khối u trên chụp X-quang vú, vú đã được phẫu thuật tạo hình, thể tiểu thùy, nghi ngờ đa ổ, hoặc đánh giá trước khi phẫu thuật bảo tồn, trước khi điều trị tân bổ trợ. Đối với UTBM thể ống tại chỗ, MRI tuyến vú chỉ có ý nghĩa trong một số tình huống nhất định, đặc biệt khi cần thêm thông tin mà trên chụp X- quang vú cảnh báo có khả năng u lan rộng.

-Chụp X-quang ngực thẳng, nghiêng.

- Siêu âm ổ bụng.

-Chụp cắt lớp vi tính lồng ngực, ổ bụng, tiểu khung, sọ não...

-Chụp MRI sọ não; xương, khớp (đặc biệt cột sống); ổ bụng - tiểu khung...

3.1.2.2. Y học hạt nhân

- Xạ hình xương bằng máy SPECT, SPECT/CT với 99mTc-MDP để đánh giá tổn thương di căn xương, chẩn đoán giai đoạn bệnh trước điều trị, theo dõi đáp ứng điều trị, đánh giá tái phát và di căn. Xạ hình xương giúp phát hiện di căn xương sớm hơn CLVT, MRI, mặc dù chưa có triệu chứng lâm sàng.

- Xạ hình khối u bằng máy SPECT, SPECT/CT với 99mTc-MIBI để chẩn đoán u nguyên phát, tổn thương di căn.

- Xạ hình thận chức năng bằng máy SPECT, SPECT/CT với 99mTc-DTPA để đánh giá chức năng thận trước điều trị và sau điều trị.

- Chụp PET/CT: giúp đánh giá gia đoạn, phát hiện tái phát, di căn, mô phỏng lập kế hoạch xạ trị.

- Xác định hạch cửa (hạch gác): Sử dụng đồng vị phóng xạ 99mTc- Nanocolloid cùng đầu dò Gamma hoặc xạ hình hạch cửa với 99mTc-Nanocolloid trên máy Gamma camera hoặc SPECT.

3.1.2.3. Giải phẫu bệnh, tế bào

- Tế bào học: Chọc hút bằng kim nhỏ (fine needle aspiration – FNA) khối u, hạch, các tổn thương nghi ngờ. Đối với các trường hợp khó xác định tổn thương, cần chọc hút tế bào dưới hướng dẫn của chẩn đoán hình ảnh. Tế bào học có thể làm với dịch tiết núm vú, dịch các màng.

- Sinh thiết tổn thương (u nguyên phát, hạch, các tổn thương nghi ngờ di căn): để chẩn đoán mô bệnh học và đánh giá các dấu ấn sinh học. Tùy từng trường hợp mà áp dụng các biện pháp: sinh thiết kim lõi, sinh thiết vú có hỗ trợ hút chân không (vacuumassisted breast biopsy -VABB), sinh thiết định vị dưới hướng dẫn của chẩn đoán hình ảnh, sinh thiết định vị kim dây, sinh thiết mở, sinh thiết tức thì trong mổ. Đối với tổn thương nghi ngờ bệnh Paget cần sinh thiết kim tổn thương vú (nếu có) và sinh thiết da phức hợp quầng-núm vú với đủ độ sâu (full- thickness skin biopsy).

- Đánh giá trên mô bệnh học cần bao gồm số lượng u, vị trí u, đường kính lớn nhất của khối u, đánh giá bờ diện cắt, thể mô bệnh học, độ mô học, xâm lấn mạch, số lượng hạch di căn trên số lượng hạch lấy được.

- Đối với các trường hợp ung thư vú được điều trị hóa chất tân bổ trợ, cần làm xét nghiệm mô bệnh học để đánh giá đáp ứng trên bệnh phẩm phẫu thuật.

- Các trường hợp bệnh tái phát, di căn cũng cần sinh thiết các tổn thương di căn mỗi khi có thể.

- Dưới đây là trích lược phân loại hình thái mô bệnh học của UTBM vú theo Tổ chức Y tế Thế giới năm 2012:

Các khối u biểu mô (Epithelial tumours)

o UTBM vi xâm nhập (Microinvasive carcinoma)

UTBM vú xâm nhập (Invasive breast carcinoma)

o UTBM xâm nhập không phải loại đặc biệt (Invasive carcinoma of no o UTBM tiểu thùy xâm nhập (Invasive lobular carcinoma)

o UTBM ống nhỏ (Tubular carcinoma)

o UTBM thể mặt sàng (Cribriform carcinoma)

o UTBM thể nhầy (Mucinous carcinoma)

o UTBM với đặc điểm tủy (Carcinoma with medullary features)

♣ UTBM thể tủy (Medullary carcinoma)

♣ UTBM thể tủy không điển hình (Atypical medullary carcinoma)

♣ UTBM xâm lấn không phải loại đặc biệt với các đặc điểm tủy (Invasive carcinoma NST with medullary features)

o UTBM với biệt hóa tiết rụng đầu (Carcinoma with apocrine

o UTBM với biệt hóa tế bào nhẫn (Carcinoma with signet-ring-cell differentiation)

o UTBM thể vi nhú xâm nhập (Invasive micropapillary carcinoma)

o UTBM thể dị sản không phải loại đặc biệt (Metaplastic carcinoma of no special)

o Các loại hiếm gặp (Rare types)

Các tổn thương tiền ung thư (Precursor lesions)

o UTBM ống tại chỗ (Ductal carcinoma in situ)

o Tân sản tiểu thùy (Lobular neoplasia)

♣ UTBM tiểu thùy tại chỗ (Lobular carcinoma in situ)

♣ Quá sản tiểu thùy không điển hình (Atypical lobular hyperplasia)

Các tổn thương thể nhú (Papillary lesions)

o U nhú nội ống (Intraductal papilloma)

o UTBM nhú nội ống (Intraductal papillary carcinoma)

o UTBM nhú trong vỏ (Encapsulated papillary carcinoma)

o UTBM nhú đặc (Solid papillary carcinoma)

♣ Tại chỗ (In situ)

♣ Xâm nhập (Invasive)

Các khối u vú nam (Tumours of the male breast)

o Phì đại tuyến vú (Gynaecomastia)

o UTBM (Carcinoma)

♣ UTBM xâm nhập (Invasive carcinoma)

♣ UTBM tại chỗ (In situ carcinoma)

- Làm xét nghiệm hóa mô miễn dịch: đánh giá tình trạng thụ thể estrogen (estrogen receptor- ER), thụ thể progesteron (progesteron receptor- PR), HER2 và Ki67. Đối với UTBM thể ống tại chỗ đơn thuần không cần xác định tình trạng HER2 (không thay đổi tiên lượng, can thiệp) nhưng cần xác định tình trạng ER để cân nhắc điều trị nội tiết bổ trợ. Đánh giá MSI, MMR giúp tiên lượng bệnh.

- Xác định tình trạng gen ErbB2 (quy định HER2): các xét nghiệm lai tại chỗ (in situ hybridization- ISH)..., đặc biệt cần thiết khi kết quả nhuộm hóa mô miễn dịch HER2 (++).

- Xét nghiệm đột biến BRCA1/2 với các trường hợp HER2 âm tính có dự định sử dụng thuốc ức chế PARP, phác đồ hóa trị có platin. Các trường hợp khác cũng có thể làm xét nghiệm này, đặc biệt những người có tiền sử gia đình bị UTV, ung thư buồng trứng.

- Xác định tình trạng đột biến PIK3CA (phosphatidylinositol-4,5-bisphosphate 3-kinase catalytic subunit alpha) tại khối u hoặc tế bào u lưu hành trong máu với các trường hợp thụ thể nội tiết dương tính, HER2 âm tính dự kiến dùng thuốc ức chế PI3K.

- Xác định tình trạng PD-L1 trên các tế bào miễn dịch xâm nhập khối u đối với các trường hợp bộ ba âm tính có dự định sử dụng thuốc kháng PD-L1.

- Phân tích bộ gen đánh giá tiên lượng (bằng RT-PCR hoặc giải trình tự nhiều gen, v.v.) đối với các trường hợp lòng ống A hoặc lòng ống B, HER2 âm tính khó quyết định có hóa trị bổ trợ hay không.

- Do tính đa dạng của khối u, cần xét nghiệm mô bệnh học và đánh giá các dấu ấn ER, PR, HER2, Ki67 (cả ISH nếu cần thiết).... trên bệnh phẩm trước và sau phẫu thuật, trước và sau điều trị tân bổ trợ, tổn thương tái phát, di căn.

- Phân loại phân tử UTV dựa vào các dữ liệu của hóa mô miễn dịch và ISH (Bảng 1).

Bảng 1. Các thể phân tử ung thư vú theo Hội nghị đồng thuận St. Gallen 2015

Thể bệnh học	**Đặc điểm phân định**
Lòng ống A	ER dươngtính HER2 âm tính Ki-67 thấp* PR
Lòng ống B - HER2 âm tính	ER dương tính HER2 âm tính Ki-67 cao hoặc
Lòng ống B - HER2 dương tính	ER dương tính HER2 dương tính Ki-67 bất kỳ
HER2 dương tính (không lòng ống)	HER2 dương tính ER và PR âm tính
Bộ ba âm tính (thể ống-ductal***)	ER, PR, HER2 âm tính

Chú thích:

* Điểm của Ki67 tùy thuộc giá trị của từng phòng xét nghiệm. Ví dụ: nếu một phòng xét nghiệm có trung vị của điểm Ki67 đối với bệnh có thụ thể nội tiết dương tính là 20% thì giá trị từ 30% trở lên được coi là cao, 10% trở xuống là thấp.

** Giá trị cut-off gợi ý là 20%.

*** Bộ ba âm tính cũng bao gồm các thể mô học đặc biệt như ung thư biểu mô thể tủy (điển hình) và ung thư biểu mô dạng tuyến nang (adenoid cystic carcinoma) với nguy cơ thấp bị tái phát di căn xa.

3.1.2.4. Chất chỉ điểm u

- CA15-3, CEA, CA27-29

3.1.2.5. Các xét nghiệm khác

- Bộ xét nghiệm hoàn chỉnh về chuyển hóa: glucose máu, protein toàn phần, albumin, chức năng gan (AST, ALT, bilirubin), chức năng thận (ure, creatinine), phosphatase kiềm (ALP), điện giải đồ (can-xi huyết có thể tăng trong di căn xương)
- Nồng độ estradiolvà FSH nếu lâm sàng không rõ tình trạng mãn kinh.
- Beta HCG với bệnh nhân đang độ tuổi sinh đẻ.
- Các xét nghiệm thường quy trước khi phẫu thuật, xạ trị, hoá trị: Công thức máu, nhóm máu, chức năng đông máu, HIV, viêm gan virút, điện tâm đồ, siêu âm tim…
- Các xét nghiệm khác tùy theo từng trường hợp cụ thể…

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- U xơ tuyến vú (fibroadenoma)
- Nang vú (cyst)
- Các biến đổi xơ nang (fibrocystic changes)
- Nang sữa (galactocele)
- Viêm tuyến vú, áp xe vú
- Hoại tử mỡ (fat necrosis)
- U phyllode lành
- U nhú trong ống dẫn sữa
- U mỡ của vú (hiếm gặp)
- Ung thư mô liên kết (sarcoma) vú
- U lym phô tại vú
- Các khối u ác tính từ nơi khác di căn đến vú

IV. XẾP GIAI ĐOẠN

4.1. Xếp giai đoạn TNM

Theo phân loại TNM lần thứ 8 của UICC (Union International Contre le Cancer) và AJCC (American Joint Committee on Cancer) năm 2017. Trong đó, cTNM (xếp giai đoạn lâm sàng ban đầu) và pTNM (sau khi có mô bệnh học) có chung đặc điểm của T và M, chỉ khác về đặc điểm giữa cN và pN.

Sử dụng tiền tố yc để xếp giai đoạn khi kết thúc điều trị tân bổ trợ và tiền tố yp sau khi có mô bệnh học ở các bệnh nhân này.

Bảng 2. Xếp giai đoạn TNM ung thư vú

U nguyên phát (T)	
Tx	Không đánh giá được u nguyên phát.

T0	Không có bằng chứng u nguyên phát.
Tis (DCIS)*	Ung thư biểu mô thể ống tại chỗ
Tis (Paget)	Bệnh Paget của núm vú nhưng không kèm theo ung thư xâm lấn và/hoặc DCIS ở nhu mô phía dưới.
T1	U có đường kính lớn nhất ≤ 20mm.
T1mi	U có đường kính lớn nhất ≤1mm.
T1a	U có đường kính lớn nhất >1 mm nhưng ≤5mm.
T1b	U có đường kính lớn nhất >5 mm nhưng ≤ 10mm.
T1c	U có đường kính lớn nhất > 10mm nhưng ≤ 20mm.
T2	U có đường kính lớn nhất >20mm nhưng ≤ 50mm.
T3	U có đường kính lớn nhất > 50mm.
T4	U với mọi kích thước nhưng xâm lấn trực tiếp tới thành ngực và/hoặc da (loét hoặc nốt trên da); xâm lấn vào lớp hạ bì đơn thuần không đủ điều kiện xếp vào T4.
T4a	U xâm lấn tới thành ngực, không tính trường hợp chỉ dính/xâm lấn cơ ngực.
T4b	Loét và/hoặc có nốt vệ tinh trên da vú cùng bên và/hoặc phù da (bao gồm đỏ da cam), mà không đủ tiêu chuẩn của UTBM thể viêm.
T4c	Bao gồm cả T4a và T4b.
T4d	Ung thư biểu mô thể viêm.
Hạch vùng (N)	
cN	
cNx	Hạch vùng không đánh giá được (ví dụ: hạch đã được lấy bỏ trước đó).
cN0	Không di căn hạch vùng (xác định trên chẩn đoán hình ảnh hoặc khám lâm sàng).
cN1 cN1mi**	Di căn hạch nách chặng I, II cùng bên, di động. Vi di căn (xấp xỉ 200 tế bào, > 0,2mm, nhưng ≤ 2,0 mm)
cN2	Di căn hạch nách chặng I, II cùng bên nhưng trên lâm sàng hạch dính nhau hoặc dính tổ chức khác, hoặc chỉ di căn hạch vú trong cùng bên nhưng không có bằng chứng trên lâm sàng di căn hạch nách.
cN2a	Di căn hạch nách chặng I, II cùng bên nhưng trên lâm sàng hạch dính nhau hoặc dính tổ chức khác.
cN2b	Chỉ di căn hạch vú trong cùng bên nhưng không di căn hạch nách.

cN3	Di căn hạch hạ đòn cùng bên (hạch nách chặng III) có hoặc không kèm theo di căn hạch nách chặng I, II; hoặc di căn hạch vú trong cùng bên có kèm di căn hạch nách chặng I, II; hoặc di căn hạch thượng đòn cùng bên có hoặc không kèm theo di căn hạch nách hoặc hạch vú trong.
cN3a	Di căn hạch hạ đòn cùng bên.
cN3b	Di căn hạch vú trong cùng bên kèm theo di căn hạch nách.
cN3c	Di căn hạch thượng đòn cùng bên.
pN	
pNx	Hạch vùng không đánh giá được (ví dụ: hạch đã được lấy bỏ trước đó hoặc đã lấy để làm mô bệnh học).
pN0	Không di căn hạch vùng trên mô bệnh học.
pN0 (i+)	Các tế bào ác tính trong hạch vùng không quá 0,2 mm (phát hiện qua nhuộm HE hoặc IHC bao gồm cả các tế bào u biệt lập (isolated tumor cells-ITCs).
pN0 (mol+)	Xét nghiệm phân tử dương tính; không phát hiện di căn hạch vùng trên mô bệnh học (cả HE và IHC)
pN1	Vi di căn; hoặc di căn 1-3 hạch nách; và/hoặc không di căn hạch vú trong trên lâm sàng kèm theo có di căn đại thể hoặc vi thể phát hiện bởi sinh thiết hạch cửa.
pN1mi	Vi di căn (200 tế bào, > 0,2 mm, nhưng không quá 2 mm)
pN1a	Di căn 1 đến 3 hạch nách, ít nhất 1 hạch có di căn >2mm.
pN1b	Di căn hạch gác vú trong cùng bên không bao gồm cả các tế bào u biệt lập (ITCs)
pN1c	Kết hợp cả pN1a và pN1b
pN2	Di căn 4-9 hạch nách; hoặc di căn hạch vú trong cùng bên phát hiện được trên chẩn đoán hình ảnh mà không di căn hạch nách.
pN2a	Di căn 4-9 hạch nách (ít nhất 1 hạch có vùng di căn >2mm).
pN2b	Di căn hạch vú trong phát hiện được trên lâm sàng có hoặc không khẳng định trên vi thể; với hạch nách âm tính trên mô bệnh học
pN3	Di căn ≥10 hạch nách; hoặc di căn hạch hạ đòn (hạch chặng III); hoặc di căn hạch vú trong cùng bên phát hiện được trên chẩn đoán hình ảnh kèm theo ≥ 1 hạch nách chặng I, II dương tính; hoặc di căn ≥ 3 hạch nách kèm theo di căn hạch vú trong trên vi thể hoặc đại thể phát hiện qua sinh thiết hạch cửa nhưng không phát hiện được trên lâm sàng; hoặc di căn hạch thượng đòn cùng bên.
pN3a	Di căn≥ 10 hạch nách (ít nhất 1 hạch có vùng di căn >2mm); hoặc di căn hạch hạ đòn (hạch nách chặng III).
pN3b	pN1a hoặc pN2a kèm theo cN2b (hạch vú trong dương tính trên chẩn đoán hình ảnh) hoặc pN2a kèm theo pN1b.
pN3c	Di căn hạch thượng đòn cùng bên.
Di căn xa (M)	
M0	Không có bằng chứng lâm sàng hoặc hình ảnh của di căn

	xa.
cMo(i+)	Không có bằng chứng lâm sàng hoặc hình ảnh của di căn xa, nhưng phát hiện qua vi thể hoặc kỹ thuật phân tử có các tế bào u hoặc cụm tế bào u (deposits)có kích thước ≤0,2 mm trong máu, trong tủy xương hay các mô khác
cM1	Di căn xa phát hiện được bằng lâm sàng và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh
pM1	Di căn tới bất kể cơ quan xa nào được chứng minh bằng mô học; hoặc trong trường hợp chưa di căn hạch vùng mà có di

Chú thích: căn kích thước >0,2 mm.

* Ung thư biểu mô tiểu thùy tại chỗ (LCIS) đã được loại ra khỏi hệ thống xếp giai đoạn TNM của AJCC lần thứ 8 do tính chất lành tính.

** cN1mi hiếm được sử dụng nhưng có thể phù hợp trong trường hợp có làm sinh thiết hạch cửa trước khi lấy bỏ khối u, thường xuất hiện trong trường hợp điều trị tân bổ trợ.

4.2. Nhóm giai đoạn

Bảng 3. Nhóm giai đoạn ung thư vú

Giai đoạn	T	N	M
0	Tis	N0	M0
IA	T1	N0	M0
IB	T0 T1	N1mi N1mi	M0 M0
IIA	T0 T1 T2	N1 N1 N0	M0 M0 M0
IIB	T2 T3	N1 N0	M0 M0
IIIA	T0 T1 T2 T3 T3	N2 N2 N2 N1 N2	M0 M0 M0 M0 M0
IIIB	T4 T4 T4	N0 N1 N2	M0 M0 M0
IIIC	Bất kỳ T	N3	M0
IV	Bất kỳ T	Bất kỳ N	M1

V. ĐIỀU TRỊ

5.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị UTV phụ thuộc giai đoạn bệnh lúc chẩn đoán, đặc điểm bệnh học khối u (thể mô bệnh học, độ mô học, tình trạng thụ thể nội tiết, HER2, chỉ số tăng sinh khối u, các

đột biến gen, các yếu tố nguy cơ về gen...), tốc độ phát triển trên lâm sàng của bệnh, sự ưa thích của bệnh nhân và các bệnh kèm theo.

- Đối với hầu hết các trường hợp, điều trị cần phối hợp đa phương pháp, bao gồm phẫu thuật, xạ trị, và điều trị hệ thống. Việc sử dụng phương pháp, thuốc với thời điểm và liều lượng cần được cá thể hóa theo từng người bệnh. Các phương pháp được lựa chọn sao cho kết quả điều trị cao nhất mà độc tính, tác dụng không mong muốn cấp và mãn thấp nhất, đảm bảo chất lượng sống tốt nhất. Đồng thời, cần quan tâm đến các vấn đề khác: thẩm mỹ, tâm lý, khả năng quay lại công việc, đời sống tình dục, sinh đẻ…

5.2. Các phương pháp điều trị

5.2.1. Phẫu thuật

- Đối với khối u nguyên phát: có các hình thái phẫu thuật như cắt tuyến vú vét hạch nách, cắt tuyến vú tiết kiệm da, cắt tuyến vú bảo tồn quầng núm, phẫu thuật bảo tồn kết hợp với các kỹ thuật tái tạo.

- Đối với hạch vùng: có các hình thái phẫu thuật như nạo vét hạch nách hoặc sinh thiết hạch cửa.

- Tạo hình và tái tạo tuyến vú cho bệnh nhân UTV: đây là nhu cầu cấp thiết và chính đáng của người bệnh trong những năm gần đây. Có nhiều biện pháp tạo hình, tái tạo tuyến vú như sử dụng chất liệu độn (implant), sử dụng các vạt da cơ có cuống hay vạt da cơ tự do với kỹ thuật vi phẫu. Việc chỉ định loại phẫu thuật này cần được đưa ra bởi bác sỹ chuyên ngành ung bướu sau khi đã có đánh giá tổng thể toàn diện các vấn đề liên quan đến tiên lượng bệnh ung thư và chất lượng sống của người bệnh.

- Phẫu thuật sạch sẽ, phẫu thuật triệu chứng: đối với giai đoạn muộn.

5.2.2. Xạ trị

5.2.2.1. Chỉ định xạ trị

<table>
<tr><th colspan="2">SAU PHẪU THUẬT BẢO TỒN</th><th colspan="2">SAU ĐOẠN NHŨ NẠO HẠCH</th></tr>
<tr><td>Toàn bộ tuyến vú</td><td>Toàn bộ tuyến vú</td><td colspan="2">Thành ngực</td></tr>
<tr><td>Nền bướu
Thành ngực</td><td>- DCIS
- Ung thư vú xâm lấn giai đoạn I – III
Xạ tăng cường nền bướu
- Ung thư vú xâm lấn giai đoạn I – III
Ngoại trừ:
▪ BN > 70 tuổi và
▪ Diện cắt (-) và
▪ T1 và
▪ Thụ thể nội tiết (+)</td><td>- pT2 ≥4cm
- Diện cắt/ cân cơ (+)
- pT2 <4cm + Bướu nằm ở ½ ngoài + pN(+) <20% + một trong các yếu tố:
• ≤ 40 tuổi, đa ổ, grad 3, LVI, tam âm
- pT_2 <4cm + Bướu ở ½ trong + pN(+)<20%
- pT_2 <4cm + Bướu ở ½ trong + pN(-) + một trong các yếu tố:
• ≤ 40 tuổi, đa ổ, grad 3, LVI, tam âm</td><td>- ≥ pN2
- pN1 với tỉ lệ di căn ≥ 20%
- Số lượng hạch nạo < 7
- Còn sót hạch trên đại thể/ lâm sàng</td></tr>
<tr><td>Hạch nách nhóm 3 – 4</td><td>- pN (+)
- pN (-) kèm:
▪ T ≥ 5cm hoặc
▪ 2cm ≤ T ≤ 5 cm và pN <10 và 1 trong 3 yếu tố: Grad 3, ER(-), LVI (+)</td><td colspan="2">- pN (+) ≥ 20%
- pT2 < 4cm + pN(+) <20%
- pT2 < 4cm + pN(-) + một trong các yếu tố: ≤ 40 tuổi, đa ổ, grad 3, xâm lấn lympho/ mạch máu/cơ/da, tam âm
- pN(-) và Số lượng hạch nạo < 7</td></tr>
</table>

Hạch nách nhóm 1 → 4	- pN(+) + Số lượng hạch nạo < 7 - Xâm lấn đại thể vùng nách - Xâm lấn mô mỡ vùng nách - pN(+) ≥10 hạch nạo
Hạch vú trong	Xạ khi hạch (+) trên lâm sàng: hình ảnh học hoặc tế bào học
Trường hợp bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ, nhưng không thuộc các nhóm trên: hội chẩn khoa hoặc liên khoa xét chỉ định xạ Chỉ định xạ được dựa trên mức chứng cứ của NCCN [1] và các nghiên cứu [2, 3,4] và các nghiên cứu khác.	

1. *National Comprehensive Cancer, N. NCCN Guideline update: Breast Cancer Version 3.2018. J Natl Compr Canc Netw 2018 January; 03/2018: Available from: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf*
2. *Poortmans, P.M., et al., Internal Mammary and Medial Supraclavicular Irradiation in Breast Cancer. N Engl J Med, 2015. **373**(4): p. 317-27: EORTC 2851*
3. *Truong, P.T., et al., The ratio of positive to excised nodes identifies high-risk subsets and reduces inter-institutional differences in locoregional recurrence risk estimates in breast cancer patients with 1-3 positive nodes: an analysis of prospective data from British Columbia and the M. D. Anderson Cancer Center. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2007. **68**(1): p. 59-65*
4. *Whelan, T.J., et al., Regional Nodal Irradiation in Early-Stage Breast Cancer. N Engl J Med, 2015. **373**(4): p. 307-16.*

5.2.2.2. Phác đồ xạ trị

	Thể tích xạ trị	Liều xạ
Sau điều trị bảo tồn [1]		
Pha 1	Hạch nhóm 3 – 4 Hoặc nhóm 1→ 4 Hoặc hạch vú trong nếu có chỉ định	42,56Gy / 2,66Gy x 5 ngày/tuần x 3 tuần
	Toàn bộ tuyến vú	42,56Gy / 2,66Gy x 5 ngày/tuần x 3 tuần
Pha 2	Tăng cường vào nền bướu	10 – 14Gy / 2 – 2,5 Gy x 5 ngày/tuần x 3 tuần
Sau đoạn nhũ nạo hạch [2, 3]		
	Hạch nhóm 3 – 4 Hoặc nhóm 1→ 4 Hoặc hạch vú trong nếu có chỉ định	42,56Gy / 2,66Gy x 5 ngày/tuần x 3 tuần
	Thành ngực	42,56Gy / 2,66Gy x 5 ngày/tuần x 3 tuần
Cân nhắc xạ phân liều chuẩn 50Gy/2Gy: còn hạch / bướu đại thể, Carcinôm in situ sau phẫu thuật bảo tồn, BN đặt túi ngực.		
Trường hợp cần chuyển IMRT [4]: - Plan xạ 3D đã làm tối ưu nhưng vẫn không hạn chế được liều cơ quan lành - Độc tính trên tim V25 >10% - IMRT có thể giảm tối thiểu 20% thể tích chịu liều 25Gy so với 3D - Có chỉ định xạ hạch vú trong - Thể tích ≥ 110% > 2cm^3 dù đã dùng Field in Field		

- Đã từng xạ trước đó
Trường hợp xạ trị có phối hợp hít sâu nín thở (Deep Inspiration Breath Hold - DIBH): Bệnh nhân ung thư vú trái có chỉ định xạ trị bổ túc và một trong các tiêu chuẩn sau: - Bệnh nhân có tiền căn bệnh tim mạch. - Bệnh nhân trẻ tuổi, giai đoạn sớm, có tiên lượng sống còn lâu dài, điều trị toàn thân với thuốc có độc tính tim. - Bệnh nhân bất thường về cấu trúc cơ thể. - Cân nhắc khi bệnh nhân có xạ trị vào hạch vú trong. - Bệnh nhân đã được lập kế hoạch điều trị với nhịp thở tự do, có liều trung bình lên tim vượt quá ngưỡng dung nạp.

1. *Vicini, F.A., A Phase III Trial Of Accelerated Whole Breast Irradiation With Hypofractionation Plus Concurrent Boost Versus Standard Whole Breast Irradiation Plus Sequential Boost For Early-Stage Breast Cancer. 2014.*
2. *Whelan, T., et al., Randomized trial of breast irradiation schedules after lumpectomy for women with lymph node-negative breast cancer. J Natl Cancer Inst, 2002. 94(15): p. 1143-50.*
3. *Whelan, T.J., et al., Long-term results of hypofractionated radiation therapy for breast cancer. N Engl J Med, 2010. 362(6): p. 513-20.*
4. *Oncology, A.C.A.G.f.R.; Available from: http://aimspecialtyhealth.com/PDF/Guidelines/2018/Jan01/AIM_Guidelines_RadiationOncology.pdf.*

5.2.3. Điều trị hệ thống

- Hóa trị: được áp dụng cho phần lớn các bệnh nhân UTV vào một thời gian nào đó. Đây là phương pháp hiệu quả cao, mang lại rất nhiều lợi ích về sống thêm cho người bệnh.
- Điều trị nội tiết: được áp dụng cho các trường hợp UTV có thụ thể nội tiết dươngtính.
- Điều trị đích: là phương pháp điều trị sử dụng các thuốc là kháng thể đơn dòng nhắm vào các đích đặc hiệu của tế bào ung thư vú
- Điều trị miễn dịch: là phương pháp dùng các thuốc tác động vào các đích là các cơ chế miễn dịch xác định, giúp cơ thể loại trừ tế bào ung thư.

Việc sử dụng một hay nhiều phương pháp điều trị nêu trên căn cứ vào giai đoạn và các yếu tố bệnh học trên từng bệnh nhân cụ thể. Hướng dẫn chi tiết được trình bày dưới đây.

5.3. Điều trị theo giai đoạn

5.3.1. Giai đoạn 0 (UTBM thể ống tại chỗ)

- Phẫu thuật cắt rộng u (bảo tồn) nếu bệnh nhân không có chống chỉ định. Sau mổ cần chụp lại X-quang tuyến vú và đặt bệnh phẩm lên máy chụp X-quang kiểm tra cũng như phân tích mô bệnh học để đảm bảo lấy bỏ hoàn toàn tổn thương cũng như bờ diện cắt với khoảng cách âm tính an toàn (tối thiểu 2mm đối với UTBM thể ống tại chỗ). Có thể phải mổ cắt lại nếu chưa đạt yêu cầu.
- Nếu bệnh nhân có chống chỉ định bảo tồn, hoặc khối u lan rộng (từ hai góc một phần tư trở lên), việc cắt rộng u không đảm bảo diện cắt âm tính, hoặc bệnh nhân không muốn bảo tồn, nên phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú. Có thể phẫu thuật tái tạo tuyến vú ngay hoặc trì hoãn nếu bệnh nhân có nhu cầu tái tạo.
- Đối với hạch nách, nếu bệnh nhân chỉ có tổn thương nội ống đơn thuần thì không cần thiết phải vét hạch nách. Tuy nhiên, có một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân có ung thư xâm nhập. Do vậy, có thể cần sinh thiết hạch cửa đối với một số trường hợp nghi ngờ có ung thư xâm nhập. Khi có ung thư xâm nhập hoặc hạch dương tính, cần điều trị theo giai đoạn tương ứng.
- Xạ trị toàn bộ vú sau mổ (có hoặc không tăng cường liều vào diện u) các trường hợp có nguy cơ tái phát cao (khối u sờ thấy trên lâm sàng, kích thước lớn, độ ác tính cao, diện cắt sát hoặc còn tế bào u, tuổi 3mm). Các trường hợp nguy cơ rất thấp, có thể bỏ qua xạ trị.
- Đối với bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt rộng u và xạ trị, điều trị nội tiết bổ trợ giảm được nguy cơ tái phát vú cùng bên ở các trường hợp ER dương tính. Tamoxifen được sử dụng đối với phụ nữ chưa mãn kinh và mãn kinh, thuốc ức chế aromatase (aromatase inhibitor- AI) chỉ sử dụng đối với phụ nữ đã mãn kinh (đặc biệt dưới 60 tuổi và lo ngại tắc mạch huyết khối), thời gian là 5 năm. Với bệnh nhân có ER âm tính, người ta chưa rõ lợi ích của điều trị nội tiết.

5.3.2. Giai đoạn I, II và T3N1M0

a. Phẫu thuật

- Phẫu thuật bảo tồn (cắt rộng u và vét hạch nách) nếu không có chống chỉ định và bệnh nhân có nhu cầu. Cần kiểm tra diện cắt khi phẫu thuật bảo tồn. Nếu diện cắt dương tính, cần cắt lại. Đặt clip giường u để lập kế hoạch xạ trị chính xác. Chống chỉ định tuyệt đối phẫu thuật bảo tồn trong các trường hợp UTV đa ổ, UTV trong 6 tháng đầu thời kỳ mang thai, có hình ảnh vi canxi hóa lan tỏa trên phim chụp x-quang vú, đã được xạ trị vào ngực/diện vú trước đó hoặc diện cắt dương tính dai dẳng mặc dù đã cắt lại. Chống chỉ định tương đối phẫu thuật bảo tồn ở các trường hợp u lớn (so với kích thước vú), bệnh nhân có tiền sử bệnh hệ thống, u nằm dưới núm vú.

- Phẫu thuật cắt bỏ tuyến vú và vét hạch nách (cắt tuyến vú triệt căn biến đổi), một số trường hợp có thể cắt tuyến vú tiết kiệm da (skin-sparing mastectomy), cắt tuyến vú có bảo tồn núm vú (nipple sparing mastectomy) nếu không có chống chỉ định.

- Vét hạch nách là thủ thuật thường quy. Đối với các trường hợp không thấy di căn hạch nách trên lâm sàng, chỉ cần vét chặng I và II. Những trường hợp khi vét thấy di căn hạch ở chặng I và II nên vét tiếp ở chặng III.

- Các trường hợp N0 trên lâm sàng có thể sinh thiết hạch cửa (hạch gác). Nếu trên lâm sàng nghi ngờ hạch dương tính cần chọc hút kim nhỏ hoặc sinh thiết kim, nếu hạch âm tính mới sinh thiết hạch cửa. Hạch cửa có thể được phát hiện bằng phương pháp nhuộm màu (bằng xanh methylene hoặc isosulfan) hoặc đồng vị phóng xạ 99mTc hoặc kết hợp cả nhuộm màu và đồng vị phóng xạ. Khi tìm được hạch cửa, tiến hành sinh thiết hạch này. Nếu hạch âm tính khi sinh thết tức thì, có thể không cần vét hạch nách. Nếu hạch cửa dương tính sẽ vét hạch nách thường quy. - Đối với các trường hợp được phẫu thuật cắt bỏ tuyến vú có thể xem xét phẫu thuật tái tạo tuyến vú nếu bệnh nhân có nhu cầu và về mặt ung thư học không có chống chỉ định. Có thể sử dụng các chất liệu ngoại lai hoặc các vạt da cơ tự thân hoặc kết hợp cả hai. Tái tạo tuyến vú có thể tiến hành ngay trong khi cắt tuyến vú hoặc vào thời điểm nào đó sau khi hoàn thành điều trị. Người ta có thể đặt túi giãn mô trước, sau đó mới đặt mô vú nhân tạo. Các trường hợp đủ điều kiện có thể cắt tuyến vú tiết kiệm da, tạo hình ngay hoặc cấy túi giãn mô tạm trước xạ trị. Một số trường hợp phẫu thuật bảo tồn, mô vú bị khuyết, có thể lấp chỗ khuyết bằng vạt da (có mô mỡ dày và mạch nuôi).

- Ngoài ra, người ta cũng cần phẫu thuật sửa vú đối bên để cho cân đối với bên vú bị bệnh được phẫu thuật. Các trường hợp đã được tạo hình bằng vạt tự thân có thể cần phẫu thuật sửa lại tại vú được tạo hình và tại nơi lấy vạt da cơ.

- Phẫu thuật tái tạo vú tức thì, tái tạo quầng vú và núm vú hoặc xăm quầng vú cũng được tiến hành để đạt sự hoàn mỹ.

b. Điều trị tân bổ trợ

- Với các trường hợp bệnh có thể mổ được khi mới chẩn đoán, đủ tiêu chuẩn bảo tồn vú và bệnh nhân có nhu cầu bảo tồn ngoại trừ vấn đề u lớn cần điều trị toàn thân trước mổ với các phác đồ hóa trị như điều trị bổ trợ. Nếu có thể, nên đánh dấu (bằng clip) ranh giới u trước khi điều trị dưới hướng dẫn của chụp X-quang tuyến vú hoặc siêu âm tuyến vú.

- Nếu khối u đáp ứng với hoá trị, xem xét điều trị bảo tồn khi đủ tiêu chuẩn. Việc sinh thiết hạch cửa cũng được đặt ra khi hạch âm tính cả trước và sau điều trị tân bổ trợ (cN0 và ycN0). Các trường hợp ban đầu hạch dương tính (≥cN1) nhưng chuyển sang âm tính sau điều trị tân bổ trợ (ycN0), chỉ sinh thiết hạch cửa ở một số trường hợp rất chọnlọc.

- Nếu sau hoá trị, khối u không đáp ứng hoặc bệnh tiến triển, cần phẫu thuật cắt bỏ tuyến vú, vét hạch nách.

- Bệnh nhân có HER2 dương tính, nên kết hợp hóa trị với trastuzumab trước mổ. Nếu có điều kiện cân nhắc kết hợp trastuzumab và pertuzumab với các trường hợp khối u >2cm hoặc hạch dương tính. Không dùng đồng thời thuốc kháng HER2 với anthracycline. Sau mổ, tiếp tục sử dụng kháng HER2 bổ trợ (như trình bày trong mục hóa trị bổ trợ).

- Điều trị nội tiết tân bổ trợ đơn thuần hoặc kết hợp điều trị đích chỉ dành cho một số ít trường hợp không thể hóa trị, thể lòng ống nguy cơ thấp.

- Bệnh nhân có thai không được sử dụng hóa trị trong quý đầu (3 tháng đầu) nếu giữ thai, chỉ hóa trị từ quý thứ hai trở đi với các thuốc ít gây hại thai nhi như doxorubicin, cyclophosphamide, 5 fluorouracil, taxane... Các thuốc kháng HER2 và điều trị nội tiết chống chỉ định trong suốt thời kỳ mang thai.

c. Hóa trị và điều trị đích bổ trợ

- Sau khi phẫu thuật, điều trị bổ trợ toàn thân cần được xem xét. Quyết định điều trị dựa trên cân nhắc giữa lợi ích giảm được nguy cơ tái phát, di căn với nguy cơ về độc tính của từng phương pháp điều trị. Hội nghị đồng thuận St. Gallen 2015 đã đề xuất chỉ định điều trị bổ trợ hệ thống theo các thể bệnh học một cách khái quát (Bảng 4). Bên cạnh thể bệnh học, việc cân nhắc điều trị cần dựa vào giai đoạn u, hạch sau mổ cùng các yếu tố nguy cơ, thể trạng chung, bệnh kèm theo và sự lựa chọn của bệnh nhân.

Bảng 4. Điều trị bổ trợ hệ thống theo các thể bệnh học (Hội nghị đồng thuận St. Gallen 2015)

Thể bệnh học	**Điều trị được đề nghị**	**Chú thích bổ sung**
Lòng ống A	Điều trị nội tiết đơn thuần ở phần lớn trường hợp	Cân nhắc hóa trị nếu gánh nặng u lớn (≥4 hạch dương tính, ≥ T3), độ mô học 3
Lòng ống B - HER2 âm tính	Điều trị nội tiết + hóa trị ở phần lớn trường hợp	
Lòng ống B - HER2 dương tính	Hóa trị + kháng HER2 + điều trị nội tiết ở gần như tất cả bệnh nhân	Nếu chống chỉ định hóa trị, cân nhắc điều trị nội tiết + kháng HER2
HER2 dương tính (không lòng ống)	Hóa trị + kháng HER2	
Bộ ba âm tính (thể ống-ductal)	Hóa trị	

- Các trường hợp thụ thể nội tiết dương tính, HER2 âm tính (lòng ống A, lòng ống BHER2 âm tính) là các trường hợp cần cân nhắc nhiều nhất việc có hóa trị hay không. Đối với typ lòng ống A, di căn từ 4 hạch hoặc khối u từ T3 trở lên cần hóa trị. Nếu di căn từ 1 đến 3 hạch, cần dựa vào nguy cơ tái phát trên lâm sàng và mô bệnh học bao gồm giai đoạn u, các đặc điểm gợi ý mức độ ác tính (độ mô học, sự tăng sinh, xâm lấn mạch), mức độ đáp ứng với điều trị nội tiết. Các đặc điểm liên quan đáp ứng kém với điều trị nội tiết bao gồm mức bộc lộ thụ thể nội tiết thấp, không bộc lộ PR, độ mô học cao, bộc lộ cao các chỉ điểm tăng sinh. Do đó, phần lớn các trường hợp typ lòng ống B-HER2 âm tính sẽ cần hóa trị tiếp theo bằng điều trị nội tiết. Đối với các trường hợp khó phân định cần làm xét nghiệm gen để xác định nguy cơ tái phát, từ đó có thể chỉ định hóa trị hay không. Với các trường hợp hạch âm tính, khối u ≤0,5cm, có thể không cần hóa trị. Đối với các các trường hợp khối u trên 0,5 cm nhưng chưa di căn hạch, nên làm xét nghiệm gen đánh giá điểm nguy cơ tái phát. Nếu không có điều kiện làm xét nghiệm gen, cân nhắc giữa chỉ điều trị nội tiết hay hóa trị tiếp theo bằng điều trị nội tiết sẽ dựa vào các đặc điểm bệnh học. Về số lượng hạch di căn, cần lưu ý đến cả số hạch vét được.

- Các trường hợp HER2 dương tính (lòng ống và không lòng ống), đường kính khối u >1cm cần được hóa trị kết hợp trastuzumab. Các trường hợp ≤pT1bN0 cũng nên cân nhắc với chỉ định này (xem xét thêm các đặc điểm lâm sàng, bệnh học khác). Thời gian điều trị trastuzumab chuẩn là 1 năm. Đối với một số trường hợp nguy cơ thấp hoặc bệnh nhân có điều kiện kinh tế hạn chế, có thể sử dụng trastuzumab với thời gian ngắn hơn, tối thiểu 9 tuần. Với các trường hợp hạch dương tính, cân nhắc kết hợp hóa trị với trastuzumab và pertuzumab. Không dùng đồng thời thuốc kháng HER2 với anthracycline.

- Ung thư vú bộ ba âm tính cũng có lợi ích từ hóa trị bổ trợ, đặc biệt từ pT1bN0 trở lên. Cân nhắc hóa trị với các trường hợp u nhỏ hơn.

- Đối với các thể ít gặp, nên chỉ điều trị nội tiết cho các thể mô học đáp ứng với nội tiết như thể ống nhỏ (tubular), thể nhú (papillary) và thể nhầy (mucinous), cân nhắc hóa trị với các trường hợp hạch dương tính. Hầu hết các thể này đều có thụ thể nội tiết dương tính và HER2 âm tính. Nếu thụ thể nội tiết âm tính và/hoặc HER dương tính; hoặc ER và PR âm tính và độ mô học 1 thì cần làm lại xét nghiệm hóa mô miễn dịch. Nếu làm lại xét nghiệm, kết quả ER và PR âm tính thì điều trị như các thể mô bệnh học thông thường. Hóa trị cho các thể không đáp ứng với nội tiết như thể tủy (medullary), thể dị sản (metaplastic); và không cần điều trị hệ thống bổ trợ với các thể thiếu niên chế tiết (secretory juvenile), dạng tuyến nang (adenoid cystic) và tiết rụng đầu (apocrine) nếu không có các yếu tố nguy cơ cao.

- Có nhiều phác đồ hoá trị khác nhau có thể áp dụng điều trị bổ trợ. Với mục đích điều trị triệt căn, các thuốc nên được sử dụng đủ liều. Các trường hợp chống chỉ định dùng anthracycline có thể dùng các phác đồ không có anthracycline. Các trường hợp nguy cơ tái phát thấp có thể dùng các phác đồ AC hoặc TC với 4 chu kỳ.

- Với bệnh nhân UTV bộ ba âm tính, sau hóa trị tân bổ trợ với anthracycline, taxane, Bệnh viện Ung Bướu TP. HCM Năm 2020 189 Tài liệu lưu hành nội bộ alkyl hóa....đủ số đợt cần thiết và phẫu thuật, nếu bệnh còn tồn tại trên mô bệnh học, có thể cân nhắc dùng thêm capecitabine 6-8 đợt.

- Trường hợp đã điều trị tân bổ trợ (với hóa trị đủ số đợt và kháng HER2), nếu không còn bệnh trên mô bệnh học sau phẫu thuật, duy trì kháng HER2 cho đủ 1 năm với trastuzumab (có thể kết hợp pertuzumab hoặc không). Các trường hợp bệnh còn tồn tại sau điều trị tân bổ trợ, có thể sử dụng T-DM1 (trastuzumab- emtansine) 14 đợt. Nếu bệnh nhân không dung nạp được với T-DM1, sử dụng trastuzumab (có thể kết hợp pertuzumab hoặc không) cho đủ 1 năm.

d. Xạ trị bổ trợ

- Sau phẫu thuật bảo tồn nhất thiết phải xạ trị. Xạ trị toàn bộ vú 45-50,4Gy chia thành 25-28 phân liều hoặc 40-42,5Gy chia thành 15-16 phân liều (xạ trị giảm phân liều-hypofractionated radiation therapy). Tăng cường liều (boost) đối với các trường hợp nguy cơ tái phát tại chỗ cao: tuổi<50, độ mô học 3, UTBM tại chỗ thể ống lan rộng, xâm lấn mạch hoặc cắt bỏ u không triệt căn. Liều tăng cường điển hình là 10-16Gy chia thành 4-8 phân liều. Xạ trị một phần tuyến vú sau phẫu thuật bảo tồn cũng có thể được sử dụng đối với bệnh nhân UTV giai đoạn sớm (giai đoạn I), u đơn ổ, ER dương tính, 60 tuổi trở lên. Xạ trị có thể bằng áp sát 34 Gy chia 10 phân liều, 2 lần/ngày hoặc xạ trị ngoài vào nền u 38,5 Gy chia 10 phân liều, 2 lần/ngày.

- Sau phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn biến đổi, chỉ định xạ trị theo hạch vùng di căn trước, tiếp theo đến các yếu tố khác:

+ Các trường hợp có từ 4 hạch nách trở lên dương tính, luôn cần xạ trị (thành ngực, vùng hạ đòn, thượng đòn, vú trong và bất kỳ phần nách có nguy cơ).

+ Các trường hợp từ 1-3 hạch nách dương tính, cân nhắc (thiên về) xạ trị thành ngực và hạch vùng như trên.

+ Các trường hợp hạch nách âm tính, khối u >5cm hoặc diện cắt dương tính nhưng không thể cắt lại được (bất khả kháng), cần xạ trị thành ngực có thể kèm theo hoặc không xạ trị vùng hạ đòn, thượng đòn, vú trong và bất kỳ phần nách có nguy cơ tùy từng trường hợp cụ thể. Các trường hợp hạch nách âm tính, khối u ≤ 5cm nhưng bờ diện cắt < 1mm, cân nhắc (thiên về) xạ trị thành ngực có thể

kèm theo hoặc không xạ trị hạch vùng ở bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ (u trung tâm hoặc phía trong của vú, hoặc u >2cm, thể tích vú nhỏ, tuổi trẻ, xâm nhập bạch mạch). Các trường hợp hạch nách âm tính, khối u ≤ 5cm, bờ diện cắt ≥ 1mm, không có các yếu tố nguy cơ nói trên, có thể không cần xạ trị. Ngoài ra, việc cân nhắc xạ trị nên được tính đến các đặc điểm khối u (thể mô bệnh học, độ mô học, tình trạng các thụ thể nội tiết, HER2,...) cũng như các bệnh kèm theo.

+ Liều xạ tại thành ngực là 45-50,4Gy chia thành 25-28 phân liều, có thể tăng cường vào sẹo mổ với tổng liều xấp xỉ 60Gy. Liều xạ tại hạch vùng là 45- 50,4 Gy chia thành 25-28 phân liều. Tất cả đều theo liệu trình 5 ngày/tuần

- Cần lập kế hoạch xạ trị theo từng cá thể và nên lập kế hoạch dựa trên chụp cắt lớp vi tính để tăng tính chính xác. Sử dụng các kỹ thuật mới như xạ trị điều biến liều (IMRT), xạ trị theo vòng cung điều biến thể tích (VMAT) mỗi khi có thể vì sẽ cho liều xạ tối ưu tới khối u, giảm thiểu tác dụng có hại tới mô lành.

- Trường hợp hóa trị tân bổ trợ, kế hoạch xạ trị cần dựa vào giai đoạn trước và sau điều trị tân bổ trợ và giai đoạn theo mô bệnh học sau mổ.

- Với bệnh nhân có thai, xạ trị là chống chỉ định trong suốt thời kỳ mang thai, chỉ được xạ trị sau khi đã sinh hoặc đình chỉ thai nghén.

e. Điều trị nội tiết bổ trợ

Điều trị nội tiết áp dụng cho bệnh nhân có thụ thể nội tiết dương tính hoặc không rõ.

Bệnh nhân còn kinh

- Nếu có các yếu tố nguy cơ cao (dựa trên kích thước khối u, di căn hạch, độ mô học...), đặc biệt là phụ nữ dưới 35 tuổi, phối hợp ức chế buồng trứng (bằng chất đồng vận GnRH) hoặc cắt buồng trứng (bằng phẫu thuật hoặc xạ trị) và tamoxifen. Ở nhóm đối tượng này kết hợp cắt hoặc ức chế buồng trứng với AI cho kết quả tốt hơn kết hợp với tamoxifen. Thời gian ức chế buồng trứng có thể đến 5 năm. Nếu sau 5 năm, bệnh nhân vẫn chưa mãn kinh, cần cân nhắc sử dụng tiếp. Các trường hợp nguy cơ thấp có thể điều trị tamoxifen đơn thuần. Các trường hợp nguy cơ thấp có chống chỉ định tamoxifen, nên sử dụng ức chế buồng trứng hoặc cắt buồng trứng phối hợp với AI.

- Sau 5 năm sử dụng tamoxifen, các trường hợp nguy cơ cao (dựa trên kích thước khối u, di căn hạch và độ mô học) có thể tiếp tục điều trị tamoxifen đến 10 năm hoặc chuyển sang AI trong 5 năm (nếu bệnh nhân chuyển sang mãn kinh).

- Thuốc AI đơn thuần (không kết hợp với ức chế buồng trứng) không có tác dụng điều trị ở bệnh nhân chưa mãn kinh. Vì vậy, thuốc không được sử dụng ở bệnh nhân không đánh giá được chức năng buồng trứng, chỉ dựa vào hiện tượng mất kinh sau hoá trị.

Bệnh nhân đã mãn kinh

- Sử dụng AI từ đầu trong 5 năm. Sau AI 5 năm có thể cân nhắc thêm 5 năm AI nữa.

- Lựa chọn khác là AI trong 2-3 năm rồi chuyển sang tamoxifen cho đủ 5 năm. Cách sử dụng khác là tamoxifen trong 2-3 năm rồi chuyển sang AI cho đủ 5 năm hoặc tiếp tục để AI đủ 5 năm.

- Các bệnh nhân mãn kinh đã sử dụng 4,5-6 năm tamoxifen, có thể chuyển sang AI trong 5 năm hoặc cân nhắc điều trị tiếp tamoxifen cho đủ 10 năm.

- Các bệnh nhân mãn kinh nhưng có chống chỉ định AI, không dung nạp với AI hoặc không thể dùng AI vì các lý do khác, nên sử dụng tamoxifen trong 5 năm hoặc cân nhắc lên đến 10 năm.

Bệnh nhân nam

Bệnh nhân UTV nam có ER dương tính nên được điều trị nội tiết bổ trợ bằng tamoxifen.

Nếu thực sự có chống chỉ định tamoxifen, sử dụng chất đồng vận GnRH kết hợp AI.

Bệnh nhân có thai

Chỉ được sử dụng thuốc nội tiết sau khi bệnh nhân đã sinh hoặc đình chỉ thai nghén.

f. Điều trị bổ trợ với thuốc tái tạo xương

Bisphosphonate điều trị bổ trợ có tác dụng làm giảm nguy cơ di căn xương ở bệnh nhân đã mãn kinh và bệnh nhân chưa mãn kinh nhưng đã ức chế hoặc cắt buồng trứng. Các thuốc được dùng hiện nay: zoledronic acid, clodronate.

4.3.1. Giai đoạn III (trừ T3N1M0) và ung thư vú thể viêm

- Hầu hết các trường hợp này không mổ được và nên được hoá trị tân bổ trợ với các phác đồ như điều trị bổ trợ nói trên. Khi bệnh đáp ứng, tiếp tục hóa trị cho đủ số đợt cần thiết. Các bệnh nhân có bộc lộ quá mức HER2 cần kết hợp trastuzumab với hóa trị tân bổ trợ (không dùng đồng thời với các đợt có anthracycline) ngoại trừ có chống chỉ định. Có thể kết hợp pertuzumab với trastuzumab và hóa trị trong điều trị tân bổ trợ (khối u> 2cm hoặc hạch dương tính). Điều trị nội tiết tân bổ trợ đơn thuần hoặc kết hợp điều trị đích chỉ dành cho một số ít trường hợp không thể hóa trị, thể lòng ống nguy cơ thấp.

- Sau hoá trị, bệnh chuyển thành mổ được, có thể phẫu thuật cắt bỏ tuyến vú triệt căn kèm vét hạch nách hoặc phẫu thuật bảo tồn (cắt rộng u kèm vét hạch nách). Sau phẫu thuật cần xạ trị thành ngực (hoặc vú) và hạch vùng bao gồm cả thượng đòn. Nếu có di căn hạch vú trong, trường xạ nên bao gồm cả hạch vú trong. Nếu không di căn hạch vú trong, có thể cân nhắc xạ trị vùng này hoặc không tuỳ tình huống cụ thể. Thông thường cần xạ trị theo giai đoạn cao nhất trên lâm sàng đánh giá trước điều trị, giai đoạn bệnh học và đặc điểm khối u. Các bệnh nhân có thụ thể nội tiết dương tính hoặc không rõ tình trạng thụ thể nội tiết nên được điều trị nội tiết như các trường hợp ở giai đoạn sớm nói trên. Các bệnh nhân có HER2 dương tính đã điều trị tân bổ trợ với trastuzumab, pertuzumab và hóa trị, nếu không còn bệnh tích trên mô bệnh học sau mổ, duy trì cho đủ 1 năm với trastuzumab (có thể kết hợp pertuzumab hoặc không). Các trường hợp bệnh còn tồn tại sau điều trị tân bổ trợ, có thể sử dụng T-DM1 (trastuzumab-emtansine) 14 đợt. Nếu bệnh nhân không dung nạp được với T-DM1, sử dụng trastuzumab (có thể kết hợp pertuzumab hoặc không) cho đủ 1 năm.

- Nếu bệnh không mổ được (giữ nguyên hoặc tiến triển), cân nhắc chuyển phác đồ hóa trị khác hoặc xạ trị vào tất cả các vị trí lan rộng của u (50Gy), tăng cường liều vào nơi bệnh còn lại (10-26Gy tuỳ thuộc liều cơ quan có nguy cơ). Đánh giá trong khi xạ trị để chọn ra các bệnh nhân có thể mổ được (sau 45-50Gy).

- Một số trường hợp bệnh tiến triển trong thời gian hoá trị, cần phẫu thuật sạch sẽ, sau đó có thể điều trị toàn thân.

5.3.3. Giai đoạn IV

Đối với UTV di căn, được coi là bệnh không thể chữa khỏi. Điều trị nhằm mục đích giảm triệu chứng liên quan khối u, nâng cao chất lượng sống và kéo dài thời gian sống. Vì vậy, nên áp dụng các phương pháp vừa có hiệu quả vừa có độc tính thấp.

a. Điều trị nội tiết và điều trị đích

- Điều trị nội tiết nên được sử dụng ở bệnh nhân có thụ thể nội tiết dương tính, chỉ tổn thương ở xương, phần mềm hoặc ở tạng nhưng số lượng và kích thước tổn thương nhỏ, bệnh tiến triển chậm, không đe dọa tính mạng.

- Các bệnh nhân không điều trị nội tiết trong vòng 1 năm trước đó có thể điều trị bằng các thuốc AI nếu đã mãn kinh. Cắt buồng trứng (bằng phẫu thuật hoặc xạ trị) hoặc ức chế buồng trứng (bằng chất đồng vận GnRH) ở phụ nữ chưa mãn kinh và kết hợp với thuốc như đối với phụ nữ đã mãn kinh. Lựa chọn khác đối với các bệnh nhân này là tamoxifen nhưng đây là phương pháp kém hiệu quả hơn.

- Các bệnh nhân đang hoặc ngưng điều trị nội tiết trong vòng 1 năm, nếu đã mãn kinh, cần chuyển sang các thuốc khác với các thuốc dùng trước đó. Các trường hợp còn kinh, có thể cắt buồng trứng hoặc ức chế buồng trứng (bằng chất đồng vận GnRH) kết hợp với thuốc như đối với phụ nữ đã mãn kinh.

- Nếu trước đó bệnh nhân đã dùng tamoxifen, hiện đã mãn kinh có thể chuyển sang AI hoặc ngược lại, bệnh nhân đã điều trị AI có thể chuyển sang tamoxifen. Các bệnh nhân mãn kinh đã thất bại với AI loại không steroid vẫn có thể có lợi ích khi dùng AI loại steroid. Fulvestrant cũng là một lựa chọn ngay bước đầu hoặc sau thất bại với tamoxifen và/hoặc AI ở phụ nữ đã mãn kinh.

- Đối với bệnh nhân nam, khi sử dụng AI, nên dùng chất đồng vận GnRH đồng thời.

- Đối với bệnh nhân có thụ thể nội tiết dương tính, HER2 âm tính, các thuốc ức chế mTOR (như everolimus...), ức chế CDK 4/6 (ribociclib) kết hợp với điều trị nội tiết cho kết quả điều trị tốt hơn so với điều trị nội tiết đơn thuần. Một số thuốc ức chế CDK 4/6 có thể được sử dụng đơn thuần trong những tình huống đặc biệt.

- Đối với bệnh nhân có thụ thể nội tiết dương tính, HER2 âm tính, kèm theo có đột biến PIK3CA, đã thất bại điều trị với AI, kết hợp thuốc ức chế PI3K (alpelisib) với fulvestrant cho kết quả tốt hơn fulvestrant đơn thuần.

- Đối với các trường hợp thụ thể nội tiết dương tính, HER2 dương tính có thể kết hợp điều trị nội tiết với thuốc kháng HER2 nếu chống chỉ định hóa trị kết hợp kháng HER2 hoặc bệnh tiến triển chậm. Các trường hợp không có điều kiện kinh tế để sử dụng kháng HER2, có thể hóa trị đơn thuần hoặc điều trị nội tiết đơn thuần nếu không thể hóa trị.

- Điều trị nội tiết đồng thời với hóa trị không cho lợi ích về thời gian sống thêm, không nên áp dụng ngoài các thử nghiệm lâm sàng.

- Điều trị nội tiết duy trì ở bệnh nhân có thụ thể nội tiết dương tính, đã ổn định sau hóa trị cho bệnh di căn là một lựa chọn hợp lý.

- Đối với UTV nam, điều trị nội tiết cũng được ưu tiên nếu ER dương tính, trừ khi lo ngại hoặc có bằng chứng bệnh kháng điều trị nội tiết hoặc bệnh tiến triển nhanh cần hóa trị.

b. Hóa trị và điều trị đích

- Các bệnh nhân có thụ thể nội tiết âm tính, hoặc thụ thể nội tiết dương tính nhưng di căn tạng có triệu chứng, bệnh tiến triển nhanh, đe dọa tính mạng hoặc đã kháng với điều trị nội tiết nên được hoá trị nếu không có chống chỉ định. Có thể dùng đơn hoá chất hoặc phối hợp đa thuốc. Điều trị với đơn hóa chất tuần tự được ưu tiên hơn do độc tính thấp, chất lượng sống của bệnh nhân được đảm bảo. Phối hợp đa thuốc trong trường hợp bệnh tiến triển nhanh, di căn tạng đe dọa tính mạng, khi cần bệnh đáp ứng nhanh để kiểm soát triệu chứng. Gần đây, hóa trị liều thấp, nhịp độ dày (metronomic chemotherapy) là một lựa chọn hợp lý trong trường hợp không yêu cầu đáp ứng nhanh.

- Các trường hợp HER2 dương tính cần phối hợp hóa trị với thuốc kháng HER2 (hóa trị kết hợp trastuzumab hoặc hóa trị kết hợp cả trastuzumab và pertuzumab) hoặc sử dụng đơn chất T-DM1, hoặc hóa trị kết hợp thuốc ức chế tyrosine kinase của thụ thể HER2 (lapatinib), hoặc phối hợp trastuzumab với lapatinib.

- Các bệnh nhân có đột biến BRCA1/2 dòng mầm, thuộc nhóm bộ ba âm tính hoặc thụ thể nội tiết dương tính và HER2 âm tính đã tiến triển sau điều trị nội tiết, đã hóa trị anthracycline có hoặc không taxane (bổ trợ hoặc cho bệnh di căn) có thể ưu tiên sử dụng các thuốc ức chế PARP. Các bệnh nhân có đột biến BRCA1/2 dòng mầm, thuộc nhóm bộ ba âm tính có thể lựa chọn phác đồ có platin.

- Các bệnh nhân bộ ba âm tính, PD-L1 dương tính, kết hợp thuốc kháng PD-L1 (atezolizumab) với hóa trị có thể là một lựa chọn.

- Thông thường, một phác đồ hóa trị được sử dụng liên tục đến khi bệnh tiến triển hoặc khi độc tính không chấp nhận được (bao gồm độc tính tích lũy với tim của anthracycline).

c. Thuốc tái tạo xương

- Đối với bệnh nhân có di căn xương có thể sử dụng các thuốc tái tạo xương (còn gọi là các thuốc biến đổi xương) cùng với các phương pháp hóa trị, điều trị nội tiết, điều trị đích nói trên. Các thuốc thường dùng là bisphosphonate: zoledronic acid, pamidronate, clodronate; kháng thể đơn dòng ức chế RANK.

d. Các biện pháp can thiệp khác

- Các trường hợp gãy xương dài hoặc có nguy cơ gãy xương cần cân nhắc cố định xương, sau đó xạ trị. Nếu không có nguy cơ gãy xương, xạ trị là một lựa chọn.

- Chèn ép tủy sống cần được đánh giá và xử lý cấp cứu. Thông thường, phẫu thuật giải phóng chèn ép được xem xét trước. Nếu không thực hiện được phẫu thuật, có thể xạ trị cấp cứu. Tạo hình đốt sống (vertebroplasty) cũng là một lựa chọn.

- Các trường hợp di căn não đơn ổ hoặc ổ nhỏ, có thể phẫu thuật hoặc xạ phẫu định vị bằng dao Gamma, Cyber, xạ trị định vị trên máy gia tốc.... Xạ trị toàn não sau đó cần được cân nhắc giữa lợi ích kiểm soát bệnh và di chứng đối với não của xạ trị (với bệnh nhân sống lâu sau di căn não). Các trường hợp không thể điều trị tại chỗ, xem xét xạ trị toàn não.

- U vú vỡ loét, đau do u, hạch chèn ép cũng có thể xạ trị để giảm nhẹ triệu chứng.

- Tràn dịch màng phổi cần điều trị toàn thân có hoặc không kết hợp với điều trị tại chỗ. Chọc tháo dịch khi có triệu chứng, tràn dịch màng phổi đáng kể trên lâm sàng. Sử dụng bột talc, bleomycin, các thuốc biến đổi sinh học gây xơ dính màng phổi cũng là một lựa chọn nhưng cần cân nhắc tới di chứng ảnh hưởng tới chất lượng sống của bệnh nhân.

- Tràn dịch màng bụng, màng tim cũng cần được chọc tháo nếu có triệu chứng.

- Phẫu thuật lấy bỏ u nguyên phát cho UTV giai đoạn IV mới chẩn đoán chỉ nên thực hiện có chọn lọc ở một số bệnh nhân, đặc biệt khi chỉ di căn xương, có thể lấy trọn u, với mục đích cải thiện chất lượng sống.

- Một số trường hợp di căn đơn ổ, di căn với lượng bệnh ít, nhạy với điều trị toàn thân, có thể thoái lui hoàn toàn, thời gian sống lâu dài, cân nhắc điều trị đa phương pháp bao gồm cả điều trị tại chỗ, tại vùng với dự định điều trị triệt căn

- Các phương pháp điều trị triệu chứng cần được tiến hành cùng với các biện pháp điều trị đặc hiệu nhằm nâng cao chất lượng sống của bệnh nhân.

5.3.4. Ung thư vú đã điều trị tái phát, di căn

a. Tái phát tại chỗ, tại vùng

- Đối với bệnh nhân tái phát tại thành ngực mà trước đây đã được phẫu thuật cắt bỏ tuyến vú và vét hạch, có thể lấy bỏ u tái phát (nếu như phẫu thuật không quá khó khăn) và xạ trị tại chỗ (nếu chưa xạ trị hoặc liều xạ thêm này vẫn an toàn). Nếu không thể phẫu thuật cắt bỏ có thể xạ trị nếu như vùng thành ngực đó chưa được xạ trị. Đối với bệnh nhân đã điều trị bảo tồn vú nên phẫu thuật cắt bỏ tuyến vú. Nếu trước đó chưa vét hạch nách, nên vét hạch.

- Các trường hợp tái phát tại hạch nách cần phẫu thuật vét hạch hoặc lấy hạch và xạ trị nếu có thể. Tái phát tại hạch thượng đòn (cùng bên), hạch vú trong cần cân nhắc xạ trị nếu có thể.

- Sau điều trị tại chỗ nên xem xét điều trị hệ thống (hoá trị, nội tiết).

b. Di căn xa

Điều trị như bệnh nhân giai đoạn IV, cần xem xét đến các phương pháp đã điều trị trước đây.

5.4. Điều trị khác

5.4.1. Cắt buồng trứng

- Phẫu thuật cắt buồng trứng ở phụ nữ chưa mãn kinh có thụ thể nội tiết dương tính là một phần của điều trị nội tiết. Có thể phẫu thuật mở hay nội soi.

-Cắt buồng trứng bằng xạ trị cũng là phương pháp điều trị nội tiết ở bệnh nhân chưa mãn kinh có thụ thể nội tiết dương tính.

5.4.2. Đặt catheter có buồng tiêm truyền dưới da

Trong trường hợp khó tiếp cận tĩnh mạch ngoại vi hoặc cần truyền tĩnh mạch lâu dài thì có thể đặt buồng tiêm truyền dưới da.

5.4.3. Dự phòng giảm bạch cầu trung tính có sốt

- Ngoài các phác đồ hóa trị luôn cần G-CSF dự phòng nguyên phát cho mọi bệnh nhân, đối với các phác đồ hóa trị có nguy cơ giảm bạch cầu hạt có sốt từ 10- 20%, nếu bệnh nhân có kèm theo ≥ 1 yếu tố nguy cơ sau thì cũng phải cân nhắc dùng G-CSF dự phòng nguyên phát:

+ Đã hóa trị hoặc xạ trị trước đây

+ Giảm bạch cầu hạt dai dẳng

+ Khối u xâm lấn tủyxương

+ Phẫu thuật hoặc bị vết thương hở gầnđây

+ Chức năng gan giảm (bilirubin >34,2μmol/L)

+ Chức năng thận giảm (độ thanh thải creatinine < 50 mL/phút)

+ Tuổi > 65, dùng đủ liều hóa chất mạnh.

- Các phác đồ có nguy cơ giảm bạch cầu hạt có sốt 10-20% bao gồm:

+ Docetaxel trong thành phần của phác đồ bổ trợ, tân bổ trợ hoặc trong bệnh di căn.

+ FEC tiếp theo bằng docetaxel.

+ Paclitaxel chu kỳ 21 ngày, trong thành phần của phác đồ bổ trợ, tân bổ trợ hoặc trong bệnh di căn.

- Nguy cơ giảm bạch cầu hạt có sốt tăng lên khi hóa trị được kết hợp với kháng thể đơn dòng.

- Các bệnh nhân xuất hiện giảm bạch cầu hạt có sốt hoặc giảm bạch cầu hạt ảnh hưởng tới liều, liệu trình theo kế hoạch của phác đồ hóa trị mà các chu kỳ trước chưa dùng GCSF dự phòng, cần dùng G-CSF dự phòng ở các chu kỳ tới (dự phòng thứ phát).

VI. THEO DÕI

6.1. Theo dõi trong quá trình điều trị

- Đối với điều trị bổ trợ, tân bổ trợ:

+ Khám lâm sàng, xét nghiệm công thức máu, đánh giá chức năng gan thận trước mỗi đợt điềutrị.

+ Đánh giá tổng thể sau mỗi 3-4 đợt: khám lâm sàng, siêu âm ổ bụng, chụp X- quang ngực. Với điều trị tân bổ trợ có thể làm thêm siêu âm vú, chụp MRI vú.

+ Đánh giá chức năng tim (siêu âm tim...) 3 tháng/lần với các bệnh nhân đang điều trị kháng HER2.

+ Khi bệnh nhân có bất thường, cần khám lâm sàng và làm các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh y học hạt nhân phù hợp bất kể lúc nào trong quá trình điều trị.

- Đối với điều trị bệnh tái phát, di căn

Cần theo dõi, đánh giá bệnh nhân liên tục trong quá trình điều trị, thời điểm và phương thức đánh giá nên được cá thể hóa. Không có lịch trình chung cho việc đánh giá trong quá trình điều trị. Phương pháp đánh giá hợp lý như sau:

+ Khám lâm sàng, xét nghiệm công thức máu, chức năng gan, thận trước mỗi đợt điều trị

+ Làm nhắc lại chẩn đoán hình ảnh sau mỗi 2-4 đợt.

+ Xét nghiệm chất chỉ điểm u CA15-3, CA27-29, CEA trước mỗi đợt

+ Các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh y học hạt nhân được chỉ định tùy từng trường hợp cụ thể.

6.2. Theo dõi sau điều trị

6.2.1. Giai đoạn 0

- UTMB thể tiểu thùy tại chỗ: khám lâm sàng 6-12 tháng/lần. Chụp X-quang tuyến vú hàng năm. - UTBM thể ống tại chỗ: khám lâm sàng 6-12 tháng/lần trong 5 năm, sau đó hàng năm. Chụp X-quang tuyến vú lần khám lại đầu tiên: 6-12 tháng, sau đó hàng năm.

6.2.2. Giai đoạn I-III

- Khám định kỳ 3-4 tháng/1 lần trong 2 năm đầu, 6 tháng/1 lần từ năm thứ 3 đến năm thứ 5, sau đó khám 1 năm/1 lần trong những năm tiếp theo.

- Chụp X-quang vú và siêu âm vú bên bệnh (nếu điều trị bảo tồn) và vú đối bên 1 năm/lần.

- Các bệnh nhân sử dụng tamoxifen: khám phụ khoa kèm theo siêu âm phụ khoa 1 năm/lần nếu còn tử cung.

- Các bệnh nhân sử dụng thuốc ức chế men aromatase (AI) hoặc những bệnh nhân chưa mãn kinh nhưng mất kinh sau hoá trị cần được theo dõi mật độ xương.

- Các xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh khác: CA15-3, CEA, lipid máu, siêu âm ổ bụng, chụp X-quang ngực, CLVT/MRI sọ não, ngực, bụng, tiểu khung, xạ hình xương, PET/CT...áp dụng tùy theo từng trường hợp cụ thể.

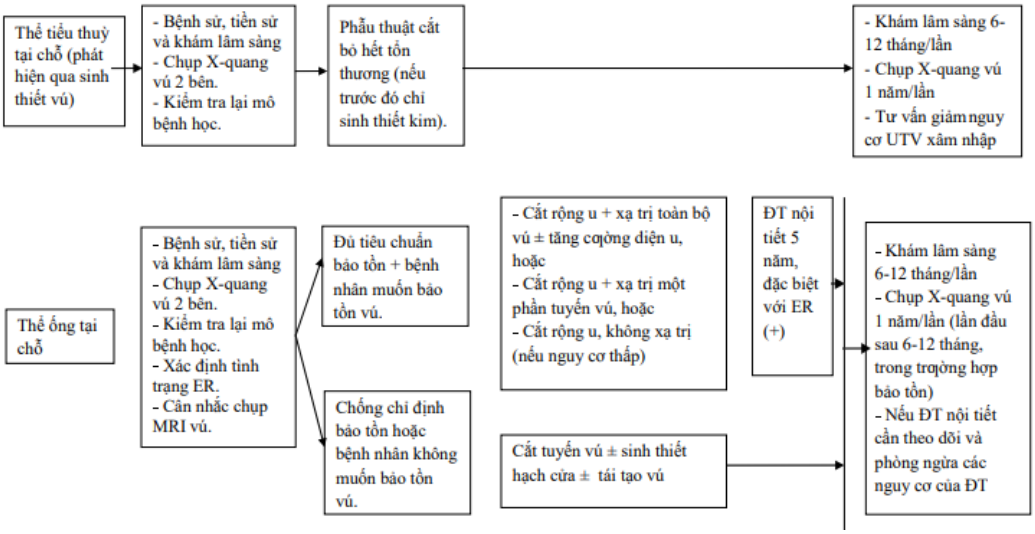
6.2.3. Giai đoạn IV hoặc di căn, tái phát đã điều trị ổn định

- Khám lâm sàng 1-3 tháng/1 lần tùy theo từng trường hợp

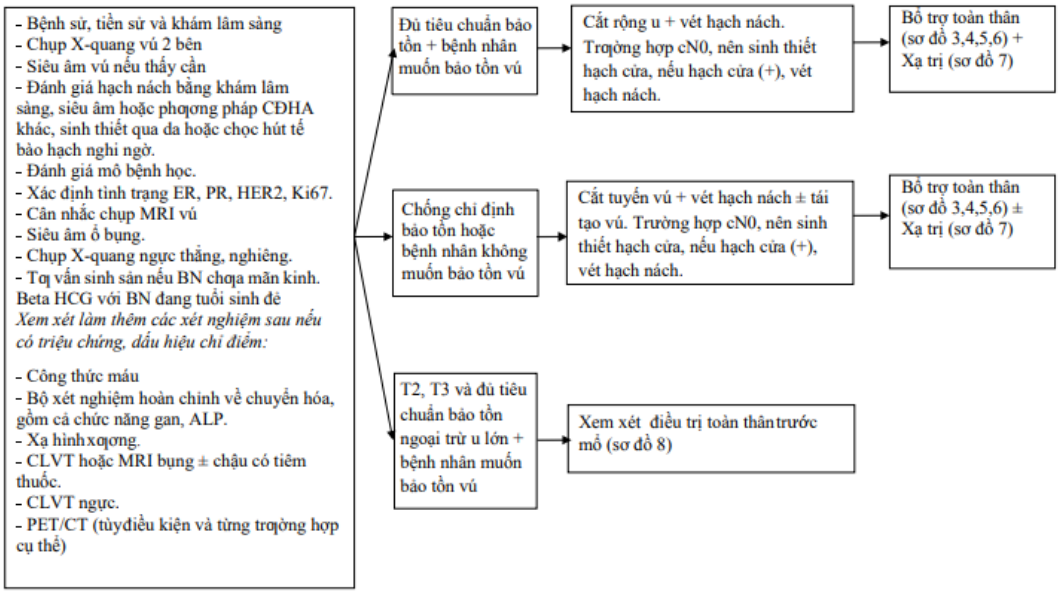
- Các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh được chỉ định tùy theo từng trường hợp cụ thể

VII. CÁC SƠ ĐỒ ĐÁNH GIÁ VÀ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ VÚ

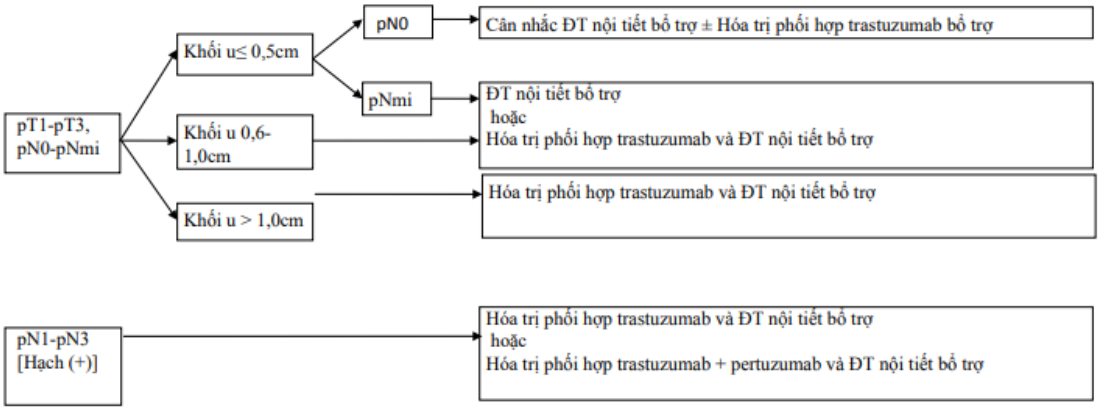
Sơ đồ 1: ĐÁNH GIÁ VÀ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN 0



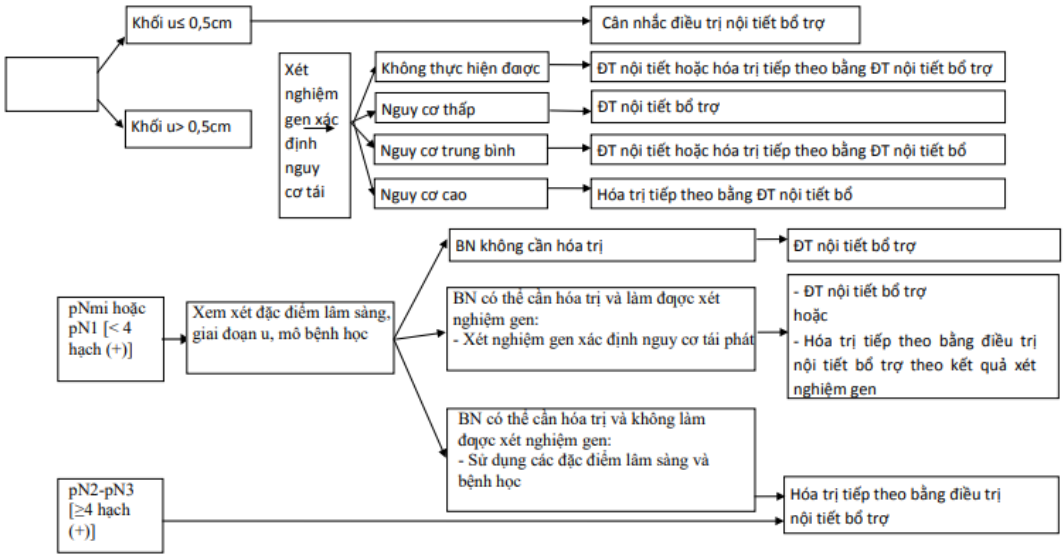
Sơ đồ 2: ĐÁNH GIÁ VÀ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN I, II, VÀ T3N1M0



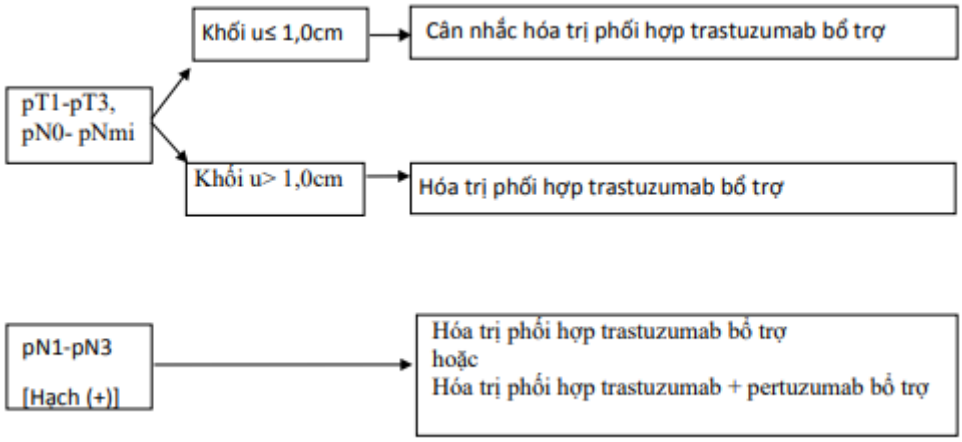
Sơ đồ 3: ĐIỀU TRỊ BỔ TRỢ HỆ THỐNG UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN I, II, VÀ T3N1M0, THỤ THỂ NỘI TIẾT DƯƠNG TÍNH, HER2 DƯƠNG TÍNH



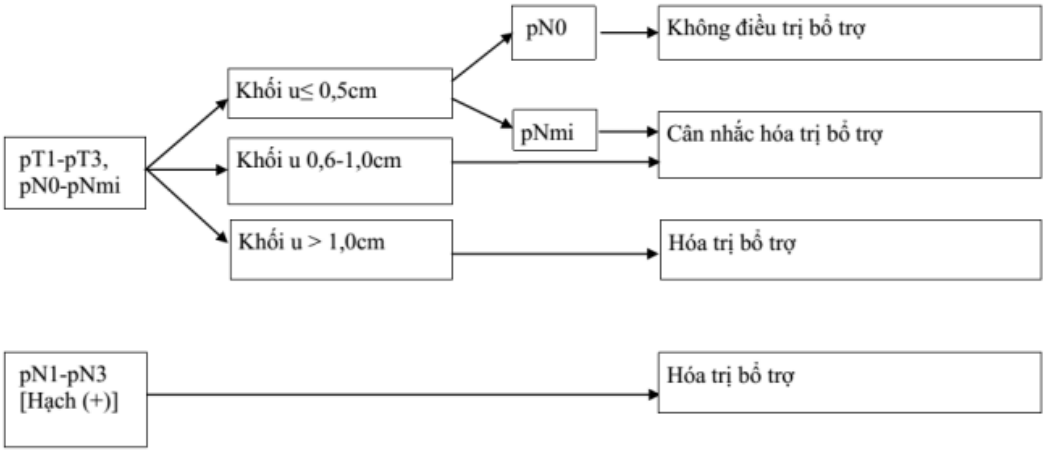
Sơ đồ 4: ĐIỀU TRỊ BỔ TRỢ HỆ THỐNG UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN I, II, VÀ T3N1M0, THỤ THỂ NỘI TIẾT DƯƠNG TÍNH, HER2 ÂM TÍNH



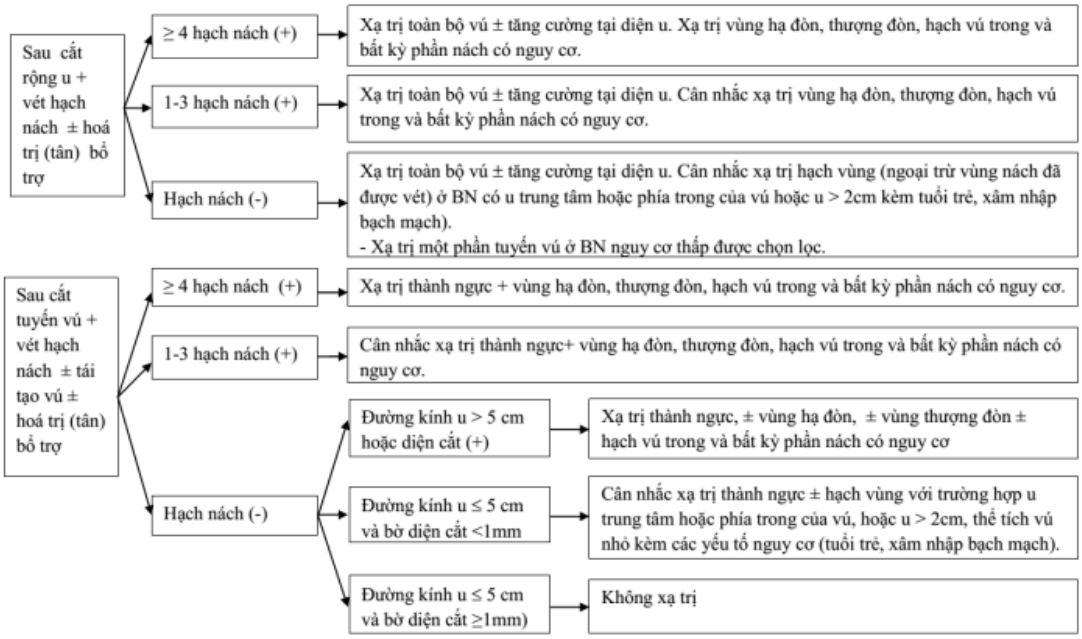
Sơ đồ 5: ĐIỀU TRỊ BỔ TRỢ HỆ THỐNG UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN I, II, VÀ T3N1M0, THỤ THỂ NỘI TIẾT ÂM TÍNH, HER2 DƯƠNG TÍNH



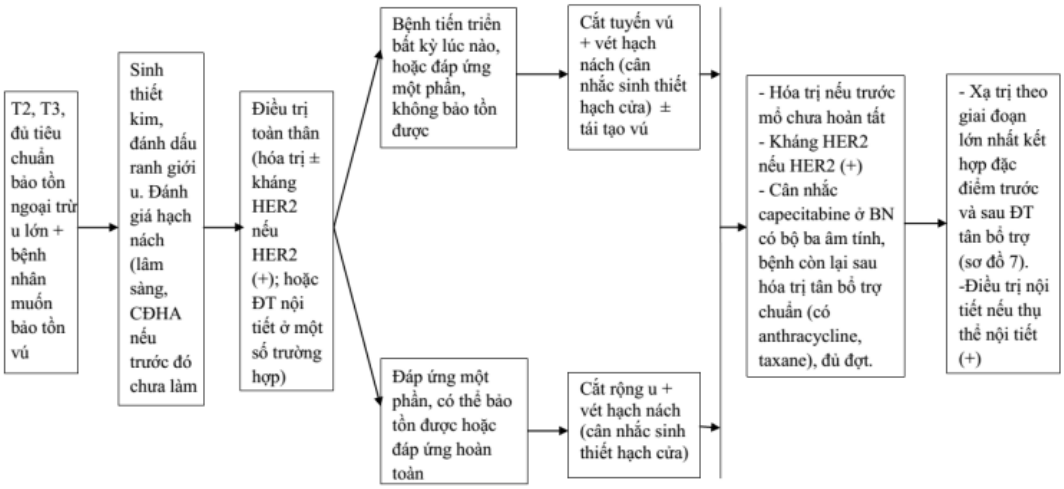
Sơ đồ 6: ĐIỀU TRỊ BỔ TRỢ HỆ THỐNG UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN I, II, VÀ T3N1M0, THỤ THỂ NỘI TIẾT ÂM TÍNH, HER2 ÂM TÍNH



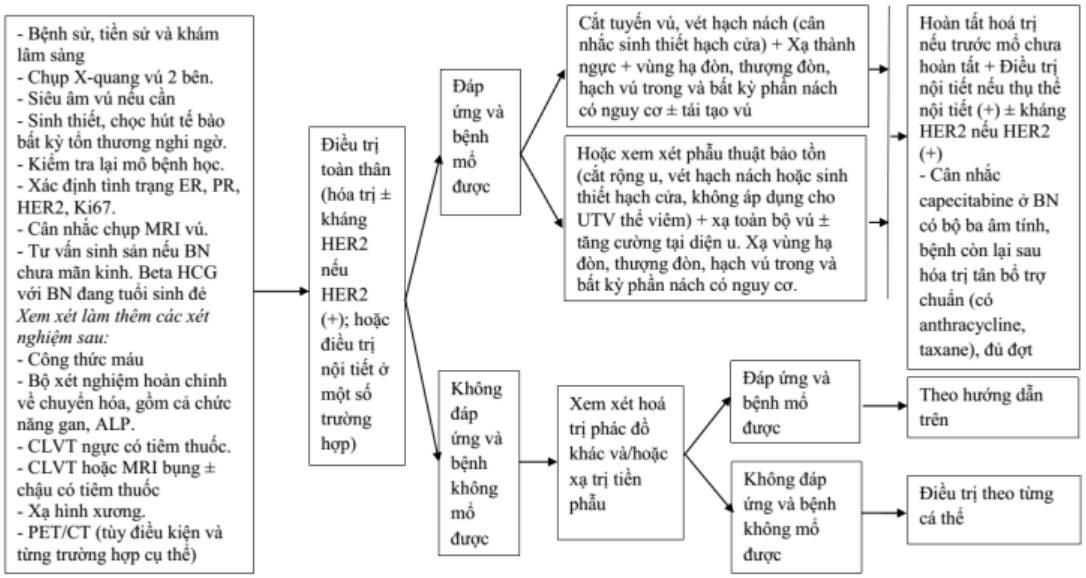
Sơ đồ 7: XẠ TRỊ BỔ TRỢ UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN I, II, VÀ T3N1M0



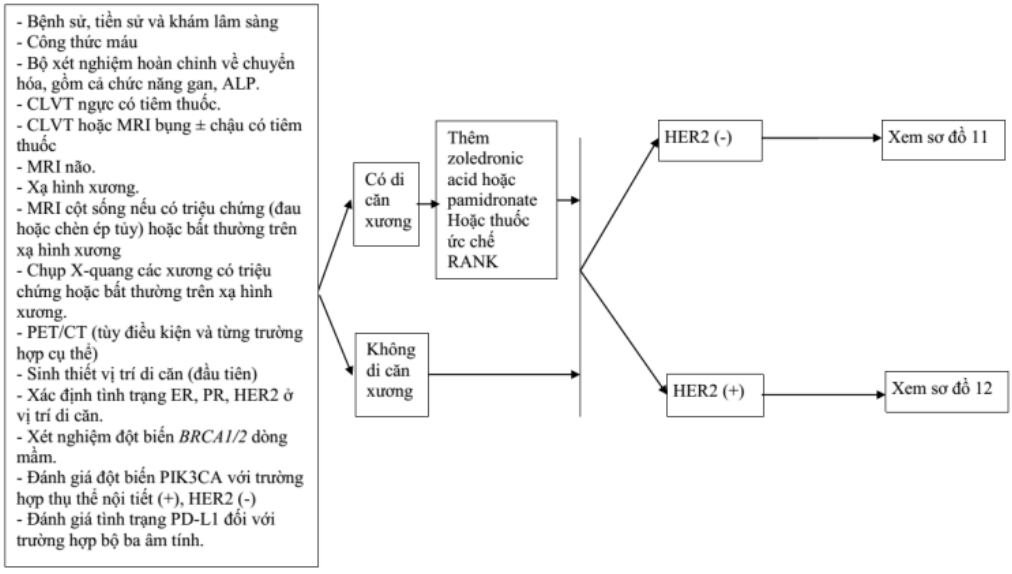
Sơ đồ 8: ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ MỔ ĐƯỢC CÓ ĐIỀU TRỊ TOÀN THÂN TRƯỚC MỔ NHẰM BẢO TỒN VÚ



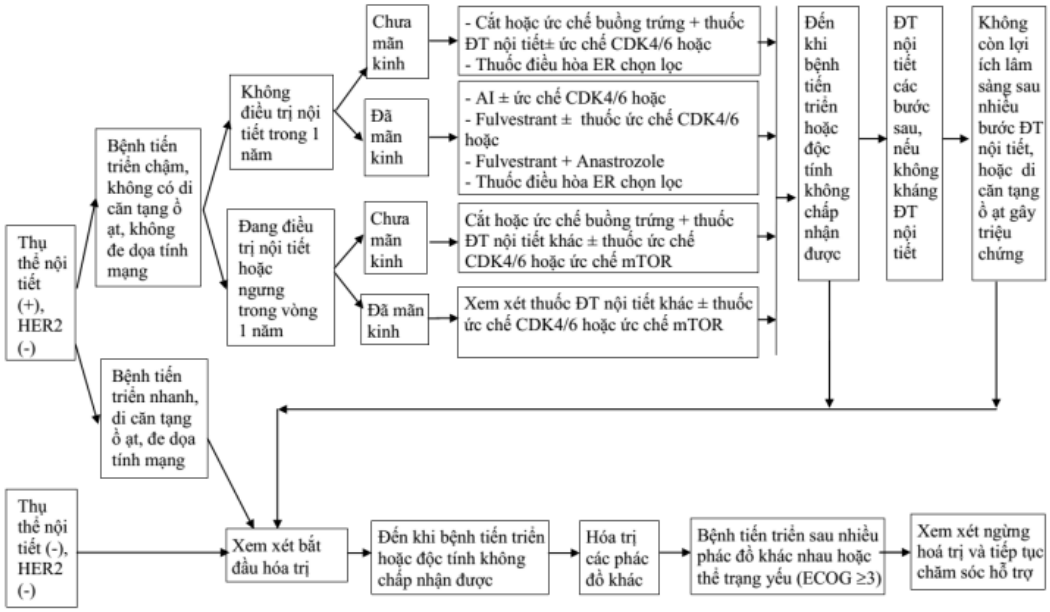
Sơ đồ 9: ĐÁNH GIÁ VÀ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN III (TRỪ T3N1M0)



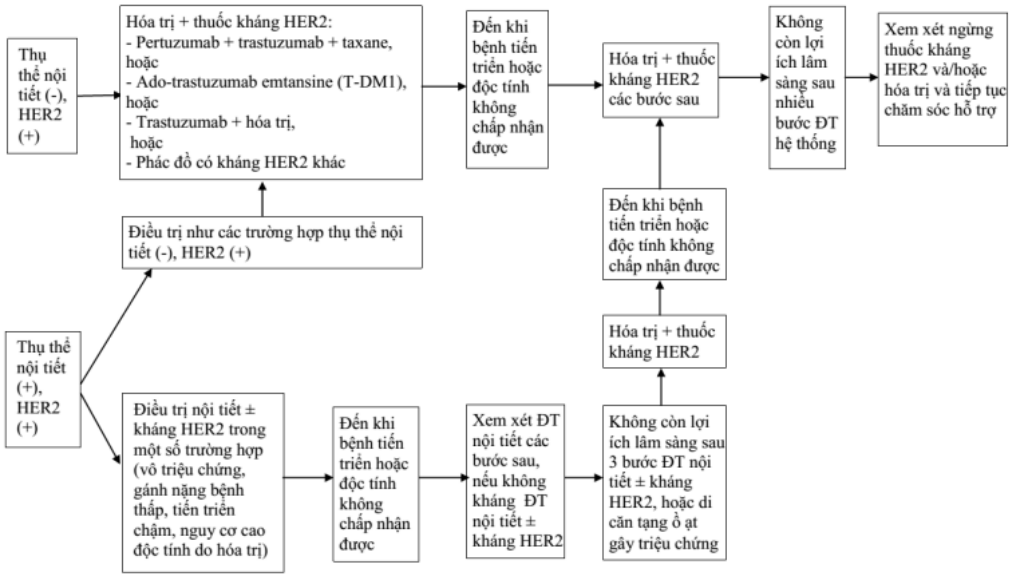
Sơ đồ 10: ĐÁNH GIÁ VÀ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ DI CĂN XA



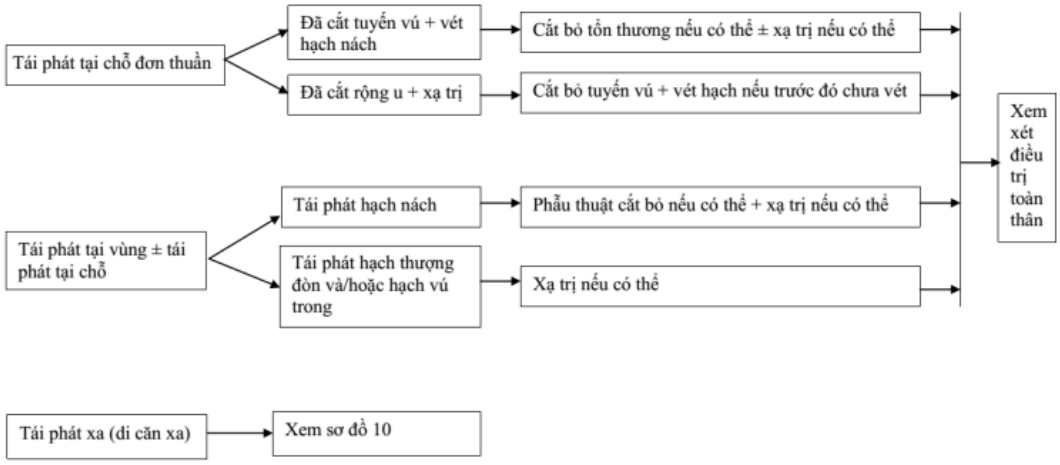
Sơ đồ 11: ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ DI CĂN XA, HER2 ÂM TÍNH



Sơ đồ 12: ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ DI CĂN XA, HER2 DƯƠNG TÍNH



Sơ đồ 13: ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ TÁI PHÁT



VIII. CÁC PHÁC ĐỒ, LIỆU TRÌNH ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA UNG THƯ VÚ

8.1. Điều trị nội tiết bổ trợ ung thư vú thể ống tại chỗ

- Phụ nữ chưa mãn kinh và mãn kinh: Tamoxifen x 5 năm
- Phụ nữ đã mãn kinh: thuốc ức chế aromatase (aromatase inhibitor- AI) x 5 năm.

8.2. Điều trị nội tiết bổ trợ ung thư vú xâm nhập

8.2.1. Phụ nữ chưa mãn kinh

- Tamoxifen 5-10 năm ± cắt buồng trứng hoặc ức chế buồng trứng bằng chất đồng vận GnRH.
- Tamoxifen 5 năm ± cắt buồng trứng hoặc ức chế buồng trứng bằng chất đồng vận GnRH. Sau đó nếu bệnh nhân mãn kinh có thể điều trị thêm 5 năm thuốc ức chế aromatase.
- Hoặc ức chế aromatase 5 năm + cắt buồng trứng hoặc ức chế buồng trứng đồng thời bằng chất đồng vận GnRH.

8.2.2. Phụ nữ đã mãn kinh

- Ức chế aromatase 5-10 năm

- Hoặc ức chế aromatase 2-3 năm → tamoxifen cho tới khi đủ 5 năm điều trị nội tiết.

- Hoặc tamoxifen 2-3 năm → ức chế aromatase cho tới khi đủ 5 năm hoặc dùng thêm 5 năm ức chế aromatase.

- Hoặc tamoxifen 4,5-6 năm → ức chế aromatase 5 năm, hoặc cân nhắc kéo dài tamoxifen cho tới khi đủ 10 năm.

- Phụ nữ có chống chỉ định với thuốc ức chế aromatase, không dung nạp, từ chối hoặc không có điều kiện dùng thuốc ức chế aromatase, có thể dùng tamoxifen 5-10 năm.

8.3. Hóa trị và điều trị đích bổ trợ, tân bổ trợ ung thư vú xâm nhập

8.3.1. HER2 âm tính

Các phác đồ ưu tiên

- 4AC (doxorubicin/cyclophosphamide) liều dày → 4P (paclitaxel) liều dày (chu kỳ 2 tuần). Kèm theo thuốc kích thích dòng bạch cầu hạt (G-CSF) dự phòng nguyên phát.

+ Doxorubicin 60mg/m2 , truyền tĩnh mạch ngày 1

+ Cyclophosphamide 600mg/m2 , truyền tĩnh mạch ngày 1 Chu kỳ 14 ngày x 4 chu kỳ. Theo sau:

+ Paclitaxel 175 mg/m2 /tuần, truyền tĩnh mạch trong 3 giờ, chu kỳ 14 ngày x 4 chu kỳ

- 4AC (doxorubicin/cyclophosphamide) liều dày → 12 tuần paclitaxel. Kèm theo G-CSF dự phòng nguyên phát khi dùng AC liều dày.

+ Doxorubicin 60mg/m2 , truyền tĩnh mạch ngày 1

+ Cyclophosphamide 600mg/m2 , truyền tĩnh mạch ngày 1

Chu kỳ 14 ngày x 4 chu kỳ. Theo sau:

+ Paclitaxel 80mg/m2 /tuần, truyền tĩnh mạch trong 1 giờ, chu kỳ mỗi tuần x 12 tuần

- 4AC (doxorubicin/cyclophosphamide) → 4P (paclitaxel), chu kỳ 3 tuần.

+ Doxorubicin 60mg/m2 , truyền tĩnh mạch ngày 1

+ Cyclophosphamide 600mg/m2 , truyền tĩnh mạch ngày 1

Chu kỳ 21 ngày x 4 chu kỳ. Theo sau:

+ Paclitaxel 175 mg/m2 /tuần, truyền tĩnh mạch trong 3 giờ, chu kỳ 21ngày x 4 chu kỳ

- TC (docetaxel/cyclophosphamide). Kèm theo G-CSF dự phòng nguyên phát.

+ Doxetaxel 75mg/m2 , truyền tĩnh mạch ngày 1

+ Cyclophosphamide 600mg/m2 , truyền tĩnh mạch ngày 1

Chu kỳ 21 ngày x 4 chu kỳ.

Các phác đồ khác *(xem thêm phác đồ điều trị K vú của BV Ung Bướu)*

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư vú – Bộ y tế (17/07/2020)

2. NCCN (Breast cancer Version 05/2020)

3. Katz, A., et al., Recursive partitioning analysis of locoregional recurrence patterns following mastectomy: implications for adjuvant irradiation. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2001. 50(2): p. 397-403.

4. Trovo, M., et al., Locoregional failure in early-stage breast cancer patients treated with radical mastectomy and adjuvant systemic therapy: which patients benefit from postmastectomy irradiation? Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2012. 83(2): p. e153-7.

5. Truong, P.T., et al., Locoregional recurrence risks in elderly breast cancer patients treated with mastectomy without adjuvant radiotherapy. Eur J Cancer, 2005. 41(9): p. 1267-77.

6. Truong, P.T., et al., Selecting breast cancer patients with T1-T2 tumors and one to three positive axillary nodes at high postmastectomy locoregional recurrence risk for adjuvant radiotherapy. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2005. 61(5): p. 1337-47.

7. Yang, P.S., et al., Radiotherapy can decrease locoregional recurrence and increase survival in mastectomy patients with T1 to T2 breast cancer and one to three positive nodes with negative estrogen receptor and positive lymphovascular invasion status. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2010. 77(2): p. 516-22.
8. Yu, J.I., et al., Prognostic Modeling in Pathologic N1 Breast Cancer Without Elective Nodal Irradiation After Current Standard Systemic Management. Clin Breast Cancer, 2015. 15(4): p. e197-204.
9. Abi-Raad, R., et al., Patterns and risk factors of locoregional recurrence in T1-T2 node negative breast cancer patients treated with mastectomy: implications for postmastectomy radiotherapy. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2011. 81(3): p. e151-7.
10. Kent, C., et al., Whose Disease Will Recur After Mastectomy for Early Stage, Node-Negative Breast Cancer? A Systematic Review. Clin Breast Cancer, 2015. 15(6): p. 403-12.
11. Truong, P.T., et al., Patient subsets with T1-T2, node-negative breast cancer at high locoregional recurrence risk after mastectomy. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2005. 62(1): p. 175-82.
12. Yildirim, E. and U. Berberoglu, Can a subgroup of node-negative breast carcinoma patients with T1-2 tumor who may benefit from postmastectomy radiotherapy be identified? Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2007. 68(4): p. 1024-9.
13. Jennifer R.Bellon, J.S.W., Shannon M. MacDonald, Alice Y.Ho, Radiation Techniques and Treatment Planning for Breast cancer. Practical Guides in Radiation Oncology, ed. J.J.L. Nancy Y.Lee. 2016: Springer. 79.
14. Borst GR, S.J.-J., den Hollander S, et al Clinical results of image-guided deep inspiration breath hold breast irradiation. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2010. 78: p. 1345-1351.
15. Hayden, A.J., M. Rains, and K. Tiver, Deep inspiration breath hold technique reduces heart dose from radiotherapy for left-sided breast cancer. J Med Imaging Radiat Oncol, 2012. 56(4): p. 464-72.
16. Joo, J.H., et al., Cardiac dose reduction during tangential breast irradiation using deep inspiration breath hold: a dose comparison study based on deformable image registration. Radiat Oncol, 2015. 10: p. 264.
17. Nissen, H.D., & Appelt, A. L. , Improved heart, lung and target dose with deep inspiration breath hold in a large clinical series of breast cancer patients. Radiotherapy and Oncology, 2013. 106(1): p. 28-32.
18. Yeung, R., et al., Cardiac dose reduction with deep inspiration breath hold for left-sided breast cancer radiotherapy patients with and without regional nodal irradiation. Radiat Oncol, 2015. 10: p. 200

THOÁT VỊ BẸN

I. KHÁI NIỆM

- Thoát vị bẹn là hiện tượng các tạng trong ổ bụng chui qua ống bẹn hay một điểm yếu của thành bụng vùng trên nếp bẹn ra dưới da hay xuống bìu [1].

- Các mã ICD có thể sử dụng

STT	MÃ ICD	TÊN CHẨN ĐOÁN TƯƠNG ỨNG
1	K40	Thoát vị bẹn
2	K40.0	Thoát vị bẹn hai bên, có tắc, không hoại tử
3	K40.1	Thoát vị bẹn hai bên, có hoại tử
4	K40.2	Thoái vị bẹn hai bên, không tắc hay hoại thư
5	K40.3	Thoát vji bẹn một bên hay không đặc hiệu, có tắc, không hoại tử
6	K40.4	Thóat vị bẹn một bên hay không đặc hiệu, có hoại tử
7	K40.9	Thóat vị bẹn một bên hay không đặc hiệu, không tắc hay hoại tử

II. NGUYÊN NHÂN

- Thoát vị bẹn có thể là bệnh bẩm sinh hoặc mắc phải.

- Về nguyên nhân, theo một số nghiên cứu cho rằng thoát vị bẹn ở trẻ em là do còn ống phúc tinh mạc; ở người lớn là do sự suy yếu của các lớp cân cơ – mạc của thành bụng vùng bẹn.

- Ngoài ra, còn có một số yếu tố thuận lợi gây ra thoát vị bẹn được đề cập đến:

+ Ho nhiều.

+ Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính

+ Táo bón.

+ U phì đại tuyến tiền liệt.

+ Bụng aciste

+ Phụ nữ có thai...[3]

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định [3]

1.1. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng

+ Hầu hết thoát vị bẹn không có triệu chứng gì cho đến khi bệnh nhân chợt phát hiện được một khối phồng ở vùng bẹn.

+ Đôi khi một số ít bệnh nhân có thể mô tả là bị đau và có khối phồng ra ở vùng bẹn khi nâng một vật nặng hay khi rặn.

+ Cũng có khi thoát vị bẹn được phát hiện trong lúc đi khám sức khỏe. Một số bệnh nhân mô tả là có cảm giác co kéo hoặc bị đau lan xuống bìu, nhất là đối với thoát vị bẹn gián tiếp.

+ Cũng có bệnh nhân đến viện cấp cứu vì đau dữ dội vùng bẹn, nôn do biến chứng nghẹt.

+ Khi khối thoát vị lớn dần nó tạo cảm giác không thỏa mái hoặc đau chói và bệnh nhân phải nằm hoặc dùng tay đẩy nó vào.

- Triệu chứng toàn thân: thoát vị bẹn không biến chứng không ảnh hưởng đến toàn trạng. Các triệu chứng này nếu có trên bệnh nhân thì thường là do những bệnh khác đi kèm (u đại tràng, u phì đại lành tính tuyến tiền liệt, viêm phế quản mạn,...) có thể có hoặc không tạo yếu tố thuận lợi cho thoát vị xảy ra.

- Triệu chứng thực thể

Khám thoát vị tốt nhất ở tư thế đứng, sau đó chuyển qua nằm, bộc lộ toàn bộ vùng bẹn và bìu hai bên.

Khi nhìn có thể thấy một khối phồng ở bẹn, kích thước khác nhau, to lên khi ho hoặc rặn và biến mất cùng với tiếng ọc ọc khi bệnh nhân nằm.

Gõ lên túi phồng thấy trong nếu nội dung thoát vị là tạng rỗng và gõ đục nếu nội dụng thoát vị là mạc nối.

Sờ nắn: trong trường hợp điển hình, sờ thấy khối phồng ở vùng bẹn khi bệnh nhân đứng hoặc khi ho, rặn; ngược lại khi nằm hay dùng tay đẩy vào thì khối phồng này biến mất. Trong trường hợp thoát vị nhỏ có thể khó nhận thấy, khi đó có thể dùng ngón tay đội da bìu lên để sờ lỗ bẹn nông, nếu lỗ bẹn nông quá nhỏ không thể đưa tay vào ống bẹn thì rất khó xác định khối trồi ra cảm nhận được khi ho có thực sự là khối thoát vị hay không. Ngược lại lỗ bẹn nông quá rộng cũng không tự nó khẳng định là có thoát vị, cần phải sờ thấy khối đang chạy xuống ống bẹn khi ho hoặc rặn thì mới chắc chắn là có thoát vị bẹn.

Sự phân biệt giữa thoát vị bẹn gián tiếp và trực tiếp có thể dễ dàng nhưng đôi khi cũng có thể rất khó; trong thực tế sự phân biệt hai kiểu thoát vị này trước mổ thực ra không quan trọng vì cách tiếp cận phẫu thuật thì giống nhau và không phụ thuộc vào kiểu thoát vị.

- Thoát vị mà đi xuống tận bìu thì bao giờ cũng là gián tiếp.

- Thoát vị trực tiếp thường có dạng khối tròn, đối xứng, ở cạnh xương mu khi bệnh nhân ho và dễ biến mất khi bệnh nhân nằm ngửa, trong khi đó khối thoát vị gián tiếp thường có dạng ê-líp và khó tự biến mất hơn.

- Nghiệm pháp chạm ngón: Dùng ngón tay trỏ đội da bìu ngược lên vào lỗ bẹn nông, ước lượng khẩu kính của nó. Tiếp đó quay áp mặt múp của ngón vào thành sau ống bẹn rồi bảo bệnh nhân ho hoặc rặn. Đón nhận cảm giác chạm túi thoát vị vào ngón tay, nếu ở đầu ngón là thoát vị bẹn gián tiếp, nếu ở mặt múp của ngón là thoát vị bẹn trực tiếp.

- Nghiệm pháp chẹn lỗ bẹn sâu: khi dùng tay chẹn lỗ bẹn sâu rồi cho bệnh nhân ho, nếu là thoát vị bẹn gián tiếp thì khối thoát vị không xuống được nhưng khối thoát vị trực tiếp thì vẫn trồi ra được.

Sau khi khám xong bên có thoát vị, cần khám cả bên đối diện vì tỉ lệ thoát vị bẹn hai bên chiếm từ 10% đến 20% tổng số thoát vị bẹn.

1.2. Triệu chứng cận lâm sàng

- Các xét nghiệm dùng trong chẩn đoán xác định:

+ Siêu âm vùng bẹn bìu: xác định có thoát vị hay không, đường kính lỗ thoát vị, nội dung thoát vị là mạc nối lớn, ruột,...

+ Chụp cắt lớp ổ bụng: xác định khối thoát vị ở vùng bẹn và nội dung bên trong khối thoát vị là ruột, mạc nối; phân biệt với các khối u khác ở vùng bẹn,...

- Các xét nghiệm dùng trong chẩn đoán bệnh kèm theo và phục vụ phẫu thuật:

+ Xét nghiệm huyết học: công thức máu, Prothrombin, APTT, máu chảy, Fibrinogen, HIV, HbsAG, HCV, nhóm máu, co cục máu

+ Xét nghiệm sinh hóa: glucose, ure, creatinine, điện giải đồ, GOT, GPT, protein, albumin.

+ Xquang ngực thẳng.

+ Điện tim

+ Các xét nghiệm khác: tùy trường hợp cụ thể như làm điện tim, siêu âm tim nếu có bệnh lý về tim mạch; Xquang ổ bụng nếu nghi ngờ đau do nguyên nhân khác (sỏi niệu quản, tắc ruột),...

2. Chẩn đoán phân biệt [3]

- Các bệnh lý khác của ống bẹn: u nang thừng tinh, tràn dịch màng tinh hoàn (khối phồng cố định, không ấn xẹp được, siêu âm thấy chứa dịch).

- Các bệnh lý của tinh hoàn: u, viêm, xoắn tinh hoàn.

- Giãn tĩnh mạch thừng tinh: trong thoát vị nếu đẩy các tạng lên ổ bụng, dùng ngón tay bịt lỗ bẹn nông và bảo bệnh nhân đứng dậy sẽ không thấy thừng tinh to trở lại vì các tạng không sa xuống được. Nhưng nếu là giãn tĩnh mạch thừng tinh thì thấy thừng tinh vẫn to trở lại và nắn có cảm giác như bó đũa do các tĩnh mạch giãn to gây nên.

- Các khối vùng bẹn như u mỡ, hạch, và có khi cả tinh hoàn lạc chỗ. Trong các trường hợp này có thể dùng siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính xác định

3. Chẩn đoán biến chứng [3]

Nếu không điều trị, thoát vị ngày càng to ra, dần dần chiếm hết cả bìu. Thoát vị càng to, việc phục hồi thành bụng càng khó, và dễ tái phát.

Một số biến chứng có thể gặp trong thoát vị bẹn, như:

3.1. Thoát vị nghẹt: khối thoát vị thường rất đau, không đẩy lên được. Dần dần sẽ xuất hiện bệnh cảnh tắc ruột và hoại tử ruột (do thiếu máu mạc treo). Khi khám ấn cổ túi thoát vị rất đau. Các thoát vị Richter (ít gặp) cũng có thể bị nghẹt nhưng chẩn đoán trước mổ thường khó khăn do tắc ruột thường xảy ra muộn, trong khi vách ruột đã bị hoại tử do nghẹt.

3.2. Thoát vị kẹt: tạng thoát vị chui xuống nhưng không đẩy lên được do dính vào túi thoát vị hoặc do tạng trong túi dính với nhau. Khác với thoát vị nghẹt, trong trường hợp này chức năng và sự tưới máu của tạng thoát vị không bị ảnh hưởng, do đó thoát vị dính không đau và không gây tắc ruột. to không đẩy lên được nhưng bệnh nhân không đau, không có dấu hiệu tắc ruột hoặc hoại tử ruột. Nguyên nhân thường do các tạng thoát vị dính với thành túi hoặc các quai ruột dính với nhau và với mạc nối.

3.3. Chấn thương thoát vị: gặp trong trường hợp khối thoát vị lớn và xuống tương đối thường xuyên, bị chấn thương từ bên ngoài gây nên dập, vỡ các tạng bên trong.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị [2]

- Ngoại trừ đối với trẻ sơ sinh nên chờ một thời gian cho ống phúc tinh mạc có thể tự bít, thoát vị bẹn ở trẻ lớn và người lớn chỉ có thể điều trị bằng phẫu thuật.

- Mục đích phẫu thuật thoát vị vùng bẹn để:

+ Loại bỏ bao thoát vị.

+ Tạo hình thành bụng bằng sử dụng mô tự thân hay lưới nhân tạo.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Các phương pháp phẫu thuật [2],[4]

2.1.1. Các phương pháp tạo hình thành bụng sử dụng mô tự thân

- Phương pháp Bassini.
- Phương pháp Fergueson.
- Phương pháp Shouldice
- Phương pháp McVay

2.1.2. Các phương pháp tạo hình thành bụng sử dụng lưới nhân tạo

- Phương pháp Lichtenstein.
- Phương pháp phẫu thuật nội soi qua ổ phúc mạc (TAPP)

- Phương pháp phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP)

2.2. Điều trị sau mổ

* Thuốc:

- Các thuốc kháng sinh: thường sử dụng nhóm Cephalosporin thế hệ 1, thế hệ 2, thế hệ 3, thế hệ 4; nhóm Quinolon; nhóm Beta-lactam; nhóm Metronidazole; Tinidazole;… trong trường hợp có nguy cơ nhiễm trùng nặng, nhất là ở bệnh nhân có đặt lưới nhân tạo cần sử dụng kháng sinh liều cao, phổ rộng phối hợp với Metronidazole.

- Sử dụng thuốc giảm đau: tùy thuộc vào mức độ đau, tuổi, bệnh lý phối hợp của người bệnh,...Một số nhóm thuốc giảm đau có thể sử dụng: Dẫn xuất của Anilin (paracetamol); dẫn xuất của acid phenylacetic (Diclophenac); nhóm giảm đau trung ương (Morphine, Pethidin);…

- Các thuốc chống viêm: alphachymotripsin, lydosinat …

- Các thuốc điều trị bệnh lý phối hợp (nếu có): thuốc điều trị đái tháo đường; thuốc hạ huyết áp; thuốc lợi tiểu;...

* Chế độ chăm sóc:

- Thay băng vết mổ

- Chăm sóc ống dẫn lưu (nếu có)

- Vận động nhẹ nhàng.

* Chế độ dinh dưỡng:

- Các dung dịch nuôi dưỡng đường tĩnh mạch (nếu người bệnh chưa được ăn hoặc ăn uống kém) gồm: Dung dịch chứa acid amin (Amigol); dung dịch chứa Lipid (Lipovenous); dung dịch 3 thành phần chứa đạm, mỡ, đường (Compilipid, MgTan,…); dung dịch keo (albumin);…

- Ăn cháo, uống sữa, ăn cơm (tùy theo diễn biến của từng người bệnh).

* Các chỉ tiêu cần theo dõi, đánh giá trong quá trình điều trị:

- Lâm sàng: có sốt không; đau vùng bẹn đùi; bìu, tinh hoàn 2 bên đau/sưng; vết mổ khô/nhiễm trùng; tiểu tiện và đại tiện.

- Cận lâm sàng: Xét nghiệm lại công thức máu; sinh hóa máu (chức năng gan, thận, đạm máu…); siêu âm ổ bụng, bẹn bìu; CT scan ổ bụng khi nghi ngờ các biến chứng sau mổ.

V. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG [4]

1. Bí tiểu - Nguyên nhân có thể liên quan đến thuốc gây tê, gây mê; đau sau mổ; truyền dịch;... - Xử trí: chườm ấm vùng hạ vị, nếu không đi tiểu được phải đặt sonde tiểu.

2. Nhiễm trùng vết mổ - Lâm sàng: vết mổ tấy đỏ, có dịch đục hoặc dịch mủ - Xử trí: cắt chỉ cách, cấy dịch mủ làm kháng sinh đồ và điều trị bằng kháng sinh.

3. Đau vùng bẹn

- Có thể đau cấp hoặc đau mãn tính (đau kéo dài trên 03 thấng sau phẫu thuật).

- Các loại đau:

+ Đau thực thể: do tổn thương dây chằng và cơ. Xử trí: dùng thuốc giảm đau, chống viêm Nosteroid, nghỉ ngơi.

+ Đau nội tạng do tổn thương đám rối thần kinh tự động hoặc đau do tổn thương trực tiếp dây thần kinh. Xử trí: có thể dùng thuốc giảm đau, chống viêm Nosteroid, tiêm thuốc giảm đau trực tiếp; nếu không đỡ phải can thiệp cắt dây thần kinh.

4. Tổn thương thừng tinh và tinh hoàn

- Đau thừng tinh, tinh hoàn. Xử trí: nghỉ ngơi, nâng đỡ bìu, dùng thuốc giảm đau.

- Viêm tinh hoàn do thiếu máu hoặc teo tinh hoàn. Xử trí: nghỉ ngơi, dùng thuốc giảm đau chống viêm Nosteroid.

- Tổn thương ống dẫn tinh: Xử trí: nối lại ống dẫn tinh.

5. Tụ dịch

Tụ dịch vết mổ hoặc tụ dịch bìu. Xử trí: băng ép gạc ấm, sẽ tự hấp thu sau vài tuần.

6. Tụ máu

Tụ máu có thể ở vết mổ, ở bìu, ở bao cơ thẳng bụng, sau phúc mạc. Xử trí: Nâng đỡ bìu, chườm ấm thường tự hết sau vài tuần; nếu tụ máu lớn cần kiểm tra có tổn thương bó mạch chậu, bó mạch bịt.

7. Tổn thương bàng quang

Bàng quang có thể bị tổn thương trong khi phẫu thuật. Xử trí: khâu bàng quang và lưu sonde tiểu 01 – 02 tuần.

8. Tái phát. Xử trí: phẫu thuật lại

9. Các biến chứng liên quan đến sử dụng lưới: dị ứng lưới, nhiễm trùng lưới; ró lưới vào cơ quan trong ổ bụng. Xử trí: mổ lấy lưới, xử lý rò.

10. Các tai biến, biến chứng liên quan phẫu thuật nội soi thoát vị bẹn [5]

- Các biến chứng liên quan đến bơm khí vào ổ bụng:

+ Biến chứng tim mạch: rối loạn nhịp tim, hạ huyết áp đột ngột do thay đổ tư thế.

+ Biến chứng hô hấp: ưu thán C02 và toan máu hô hấp do hấp thu CO2; tràn khí màng phổi, trung thất; phù phổi cấp.

+ Tắc mạch do khí.

- Tổn thương tạng: ruột non, đại tràng, bàng quang. Xử trí: khâu các tổn thương.

- Tổn thương mạch máu: nếu tổn thương bó mạch thượng vị dưới, xử trí bằng kẹp clip; mạch máu lớn như bó mạch chậu mổ mở để khâu, nối mạch.

- Tăc ruột: có thể do thoát vị qua lỗ trocar hoặc qua khe phúc mạc không được đóng kín. Xử trí: mổ giải phóng tắc.

VI. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Chẩn đoán xác định thoát vị bẹn dựa vào khám có khối vùng bẹn; Siêu âm hoặc cắt lớp vi tính có hình ảnh thoát vị bẹn

VII. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Người bệnh tỉnh táo, không sốt, ăn uống được.
- Vết mổ liền tốt; không có các biến chứng sau mổ.
- Tái khám sau 1 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trinh Cơ (1976). Thoát vị bẹn. Bệnh học ngoại khoa, Tái bản lần 3, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, Tập 1, 1-346.

2. Nguyễn Đình Hối (2004). Điều trị thoát vị vùng bẹn – đùi. Điều trị ngoại khoa tiêu hóa, Nhà xuất bản Y học, Chi nhánh TP. Hồ Chí Minh, 1-188.

3. Nguyễn Đình Hối, Nguyễn Mậu Anh (2003). Thoát vị thành bụng. Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa, Nhà xuất bản Y học, Chi nhánh TP. Hồ Chí Minh, 247 -257.

4. Macho J.R. (2010). Inguinal Hernias. Schwartz's Principles of Surgery, ninth Edition, McGraw-Hill's Access Medicine, United States of America.

5. Trần Bình Giang (2013). Tai biến, biến chứng của phẫu thuật nội soi. Bài giảng phẫu thuật nội soi cơ bản, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 228-236