

BỎNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Bỏng nhiệt là tổn thương do nhiệt độ cao (nước sôi, lửa, dầu nóng, hơi nóng, kim loại nóng) gây ra trên da và mô sâu.

Đây là tai nạn thường gặp, đặc biệt ở trẻ em, người lớn tuổi và lao động.

Bỏng gây mất nước, rối loạn điện giải, sốc bỏng, nhiễm trùng, suy đa cơ quan nếu diện tích lớn hoặc sâu.

Tại tuyến cơ sở: Tập trung sơ cứu làm mát, bù dịch cơ bản, chăm sóc vết thương bỏng nhẹ; chuyển tuyến khẩn nếu bỏng nặng.

II. PHÂN LOẠI

1. Độ sâu bỏng (lâm sàng)

Độ bỏng	Đặc điểm lâm sàng	Thời gian lành	Xử trí ưu tiên tuyến huyện
Độ I (biểu bì)	Da đỏ, đau, khô, không bóng nước	5-10 ngày, không sẹo	Bảo tồn tại chỗ
Độ II nông (trung bì nông)	Đỏ, bóng nước, đau nhiều, ẩm ướt	10-21 ngày, sẹo nhẹ	Bảo tồn, thay băng
Độ II sâu (trung bì sâu)	Trắng xám, giảm đau, bóng nước vỡ	Chậm, sẹo xấu	Bảo tồn nếu nhỏ; chuyển nếu rộng
Độ III (toàn bộ da)	Trắng bệch/xám/đen, khô, mất cảm giác, hoại tử	Không tự lành, cần ghép da	Chuyển tuyến
Độ IV (sâu hơn da: cơ, xương)	Đen, khô, lộ cơ/xương	Nặng, cắt cụt nếu cần	Chuyển tuyến

2. Diện tích bỏng (quy tắc số 9 cho người lớn)

TBSA (Total Body Surface Area): Tổng diện tích bề mặt cơ thể (=100%)

- Đầu-cổ: 9%
- Mỗi tay: 9%
- Ngực trước/sau: 9% mỗi phần

- Bụng trước: 9%, lưng: 18%
- Mỗi chân: 18%
- Bộ phận sinh dục: 1%

Trẻ em: Đầu lớn hơn (18-20%), chi dưới nhỏ hơn. Bỏng >10-15% TBSA hoặc sâu >3-5% cần hồi sức dịch.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Hỏi bệnh

- Tác nhân (nước sôi, lửa, dầu...), thời gian tiếp xúc, môi trường (có khói → bỏng hô hấp?).

- Triệu chứng: Đau, khát nước, tiểu ít, sốt.

2. Khám lâm sàng

- Toàn thân: Sốc (mạch nhanh, HA tụt, lạnh chi), khát, tiểu ít.
- Tại chỗ: Độ sâu, diện tích (vẽ sơ đồ), bóng nước, hoại tử, phù nề, mùi hôi (nhiễm trùng).

- Phổi hợp: Hô hấp (khò khè, khò), mất, bộ phận sinh dục.

3. Cận lâm sàng

- Công thức máu, nhóm máu, đông máu.
- Điện giải, ure/creatinin, đường huyết.
- Khí máu nếu nghi bỏng hô hấp.
- X-quang ngực nếu nghi bỏng đường thở.

4. Chẩn đoán xác định

Ví dụ: "Bỏng nhiệt độ II nông căng tay phải 6% TBSA, không sốc, không nhiễm trùng".

5. Chẩn đoán phân biệt

- Bỏng hóa chất/điện: Cơ chế khác, tổn thương sâu.
- Viêm da tiếp xúc: Không tiền sử nhiệt.
- Nhiễm trùng da: Không tổn thương nhiệt ban đầu.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc tại tuyến cơ sở

- **Sơ cứu:** Ngừng nhiệt, làm mát, giảm đau.
- **Hồi sức:** Bù dịch nếu >10-15% TBSA.

- **Vết thương:** Làm sạch, kháng sinh tại chỗ, thay băng.
- **Chuyên tuyến:** Bỏng sâu rộng (>10-15% TBSA), mặt/hô hấp/bộ phận sinh dục, trẻ em <5 tuổi/người già, sốc, nhiễm trùng nặng.

2. Sơ cứu ban đầu

- Loại bỏ tác nhân: Dập lửa, cởi quần áo nóng.
- Làm mát: Ngâm/rửa nước sạch mát (15-20°C) 20-30 phút (không dùng đá lạnh).
- Giảm đau: Paracetamol/NSAID; Morphine nếu nặng.
- Băng vết thương: Gạc sạch khô, không bôi kem dân gian.
- Ủ ấm, cho uống nước đường/muối nếu tỉnh táo.
- Không: Chọc bóng nước, bôi kem đánh răng/mật ong.

3. Điều trị tại TTYT

- **Hồi sức dịch** (nếu >10-15% TBSA): Công thức Parkland (Ringer lactate 4 ml/kg/% TBSA trong 24 giờ đầu, nửa đầu trong 8 giờ đầu).
- **Kháng sinh:** Dự phòng nếu bỏng sâu (Cephalosporin thế hệ 1-2); điều trị nếu nhiễm trùng.
- **Xử trí vết thương:**
 - Làm sạch: Rửa nước muối sinh lý, cắt lọc hoại tử nếu có.
 - Bỏng độ I-II: Bôi bạc sulfadiazine (Silvadene) hoặc thuốc mỡ kháng sinh, băng gạc vô trùng thay 1-2 ngày/lần.
 - Không chọc bóng nước trừ khi lớn gây đau.
- **Dinh dưỡng:** Ăn giàu protein, calo; bổ sung vitamin C, kẽm.
- **Giảm đau và hỗ trợ:** Morphine nếu cần, bất động chi nếu bỏng rộng (nếu cần cố định để tránh co rút, dùng nẹp thay vì bó bột kín).

4. Chăm sóc và theo dõi

- Theo dõi: Dấu hiệu sốc (mạch, HA, nước tiểu >0,5 ml/kg/giờ), nhiễm trùng (sốt, mủ).
- Thay băng: Hàng ngày hoặc khi ướt/bẩn.
- Phục hồi: Tập vận động sớm tránh co rút; tư vấn sẹo sau lành.
- Dẫn dò: Tránh nắng, dưỡng ẩm sẹo, tái khám nếu sốt/sung tăng.

V. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- Sốc bỏng: Bù dịch khẩn, chuyên tuyến.

- Nhiễm trùng: Kháng sinh phổ rộng, cắt lọc.
- Co rút sẹo: Phục hồi chức năng, tạo hình sau.
- Hô hấp: Chuyển tuyến nếu khói/hô hấp suy.
- Phòng ngừa: Giáo dục cộng đồng, bình chữa cháy, giám sát trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 638/QĐ-BYT ngày 28/02/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành bỏng.
2. Hướng dẫn sơ cứu bỏng nhiệt - Công thông tin Bộ Y tế (moh.gov.vn) và Cục Quản lý Khám chữa bệnh.

****** Hướng dẫn này ưu tiên kỹ thuật cơ bản, an toàn tại tuyến huyện. Trường hợp bỏng sâu rộng (>10-15% TBSA), bỏng mặt/hô hấp/bộ phận sinh dục, trẻ em/người già, sốc, nhiễm trùng nặng cần chuyển tuyến trên ngay lập tức. ******

GÃY THÂN HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy thân hai xương cẳng chân (xương chày và xương mác) là gián đoạn toàn vẹn thân xương chày (xương chịu lực chính) và xương mác (xương phụ hỗ trợ), thường từ dưới lồi củ trước xương chày 1 cm (dưới khớp gối 3 ngón tay) đến trên khớp cổ chân 3 ngón tay.

Nguyên nhân chủ yếu: tai nạn giao thông, tai nạn lao động, chấn thương trực tiếp/gián tiếp (xoắn vặn). Thường gãy hở do xương chày nằm sát da, mất máu 0,5-1,5 lít, nguy cơ nhiễm trùng, chèn ép khoang cao.

Tại tuyến cơ sở: Ưu tiên bảo tồn (nắn bó bột) ở gãy kín ổn định; chuyển tuyến nếu gãy hở nặng, di lệch phức tạp, tổn thương mạch-thần kinh.

II. PHÂN LOẠI

Loại gãy	Đặc điểm chính	Nguy cơ biến chứng	Xử trí ưu tiên tại tuyến huyện
Gãy kín	Không thông ra ngoài, chiếm đa số	Thấp nếu ổn định	Bảo tồn (bó bột)
Gãy hở (Gustilo)	Độ I: Vết <1 cm sạch; Độ II: 1-10 cm ô nhiễm nhẹ; Độ III: >10 cm nặng	Cao (nhiễm trùng)	Rửa sạch lọc, kháng sinh; chuyển tuyến
Theo AO/ASIF (xương chày)	A: Đơn giản (ngang/chéo vát); B: Có mảnh rời; C: Phức tạp (vụn)	Cao ở C	Bảo tồn nếu A; chuyển nếu B/C
Theo di lệch	Không di lệch; chồng ngấn, gập góc, xoay	Cao nếu di lệch nặng	Nắn chỉnh sớm
Gãy một xương (chủ yếu mác)	Gãy xương mác đơn thuần hoặc chày đơn thuần	Thấp	Bảo tồn

III. CHẨN ĐOÁN

1. Hỏi bệnh

- Cơ chế chấn thương (trực tiếp/gián tiếp, thời gian), môi trường (sạch/bẩn), tổn thương phối hợp.
- Triệu chứng: Đau dữ dội, không vận động được chi, tiền sử mất máu.

2. Khám lâm sàng

- Toàn thân: Sốc mất máu (mạch nhanh, HA tụt, da lạnh); kiểm tra đa chấn thương.
- Tại chỗ: Cẳng chân sưng nề, biến dạng (cong vẹo, ngấn chi, xoay ngoài); đau chói điểm gãy; tiếng lạo xạo; đầu xương gồ dưới da; kiểm tra mạch chày sau/mu chân, cảm giác/vận động (tồn thương thần kinh); dấu hiệu chèn ép khoang (đau tăng khi duỗi thụ động ngón chân, sung căng).
- Khám phối hợp: Khớp gối, cổ chân, mạch máu.

3. Cận lâm sàng

- X-quang cẳng chân thẳng-nghiêng (toàn bộ, bao gồm khớp gối và cổ chân): Xác định vị trí, đường gãy, di lệch, tổn thương phối hợp.
- Công thức máu, nhóm máu, đông máu (chuẩn bị truyền máu nếu mất máu nhiều).
- Siêu âm Doppler mạch máu nếu nghi tổn thương mạch.

4. Chẩn đoán xác định

Ví dụ: "Gãy kín thân hai xương cẳng chân phải, di lệch chùng ngấn và gập góc, không tổn thương mạch-thần kinh".

5. Chẩn đoán phân biệt

- Gãy đầu trên/dưới xương chày (mâm chày, mắt cá): Đau vùng khớp, X-quang phân biệt vị trí.
- Tổn thương phần mềm đơn thuần: Không biến dạng xương, X-quang bình thường.
- Gãy xương đùi dưới: Đau vùng đùi, X-quang đùi.
- Chấn thương khớp gối/cổ chân: Không gãy xương, X-quang khớp.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc tại TTYT

- Cấp cứu: Hồi sức chống sốc, cầm máu, bất động chi.
- Đặc hiệu: Bảo tồn (nắn bó bột) là chính ở gãy kín ổn định; phẫu thuật nếu có điều kiện cơ bản (kết hợp xương đơn giản) hoặc chuyển tuyến.
- Ưu tiên trẻ em: Bảo tồn; người lớn: Bảo tồn nếu ổn định, chuyển nếu phức tạp.

2. Điều trị cấp cứu

- Theo ABC: Đảm bảo hô hấp, tuần hoàn; truyền dịch, giảm đau (Paracetamol 10-15 mg/kg TMC ± Morphine 0,02-0,04 mg/kg TMC/TDD).
- Sơ cứu: Nẹp cố định tạm (nẹp ngoài từ 1/3 trên đùi đến cổ chân); nâng cao chi; truyền dịch/máu nếu mất máu.
- Gãy hở: Rửa sạch vết thương, cắt lọc, kháng sinh (Cephazolin/Cefoxitin ± Gentamycin), ngừa uốn ván (SAT 1500-3000 UI).

3. Điều trị đặc hiệu

- **Nắn chỉnh kín + bó bột** (chỉ định chính cho gãy kín ít di lệch):
 - Chuẩn bị: Gây tê cục bộ hoặc phong bế huyết tụ; bàn chỉnh hình nếu có.
 - Kỹ thuật nắn: Kéo thẳng trục, chỉnh di lệch chông/gập góc/xoay; gói gấp nhẹ 20°.
 - Bó bột: Bột đùi-cẳng-bàn chân (rạch dọc nếu phù nề); gói gấp 20°, bàn chân 90°; sau 3-4 tuần thay bột ôm gói (Sarmiento).
 - Thời gian: 8-12 tuần (kiểm tra X-quang 1-2 tuần).
- **Kéo liên tục** (nếu di lệch nặng): Kéo xương gót 3 tuần rồi bó bột.
- **Phẫu thuật (nếu có điều kiện cơ bản)**: Kết hợp xương nẹp vít/đinh nội tủy đơn giản; chuyển tuyến nếu phức tạp.

4. Chăm sóc và theo dõi

- **Theo dõi**: Mạch, cảm giác, màu da chi hàng giờ; X-quang kiểm tra 1-2 tuần.
- **Phục hồi**: Tập ngón chân sớm; sau tháo bột tập gấp-đuỗi cổ chân, đi nặng.
- **Dặn dò**: Nghỉ ngơi, kê cao chi, dinh dưỡng, tái khám nếu đau tăng/sưng.

V. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- **Sốc**: Sốc mất máu (truyền máu); chèn ép khoang (rạch giải ép); tổn thương mạch-thần kinh (chuyển tuyến); nhiễm trùng (kháng sinh, cắt lọc).
- **Muộn**: Can lệch/không lành (chuyển tuyến mổ sửa); ngắn chi (tạo hình sau); teo cơ (phục hồi chức năng).
- **Phòng ngừa**: Theo dõi chặt, bó bột đúng kỹ thuật, ngừa uốn ván.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 5728/QĐ-BYT ngày 21/12/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Chấn

thương chỉnh hình” (bao gồm phẫu thuật kết hợp xương gãy thân hai xương cẳng chân).

2. Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột”.

****** Hướng dẫn này ưu tiên kỹ thuật cơ bản, an toàn tại tuyến cơ sở. Trường hợp gãy hở nặng (độ III), tổn thương mạch máu, đa chấn thương, gãy phức tạp cần chuyển tuyến trên ngay lập tức.******

GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy đầu dưới xương quay (hay gãy cổ tay xương quay) là gián đoạn toàn vẹn đầu dưới xương quay (cách khe khớp cổ tay khoảng 2-3 cm), thường do ngã chống tay xuống (nguyên nhân phổ biến 75-85%), tai nạn giao thông, lao động. Thường gặp ở người lớn tuổi (loãng xương) và trẻ em (gãy cành tươi).

Các kiểu điển hình:

- Gãy Colles (Pouteau-Colles): Di lệch ra sau, ra ngoài, lên trên (biến dạng "lưng nĩa").
- Gãy Smith (Goyrand-Smith): Di lệch ra trước (biến dạng "bụng nĩa").

Tại tuyến cơ sở: Ưu tiên bảo tồn (nắn chỉnh kín + bó bột/nẹp); chuyển tuyến nếu gãy hở, thấu khớp phức tạp, tổn thương mạch-thần kinh, hoặc thất bại bảo tồn.

II. PHÂN LOẠI

Dựa trên mức độ, di lệch và phạm khớp:

Loại gãy	Đặc điểm chính	Nguy cơ biến chứng	Xử trí ưu tiên tại tuyến huyện
Gãy kín	Không thông ra ngoài, chiếm đa số	Thấp nếu ít di lệch	Bảo tồn (nắn + bó bột)
Gãy hở	Vết thương thông ổ gãy	Cao (nhiễm trùng)	Rửa sạch lọc, kháng sinh; chuyển tuyến
Gãy Colles (ngoài khớp)	Di lệch mặt lưng (ra sau, ra ngoài, lên trên)	Thấp nếu nắn tốt	Nắn bó bột
Gãy Smith	Di lệch mặt lòng (ra trước)	Cao (không vững)	Nắn bó bột hoặc chuyển tuyến
Gãy thấu khớp	Phạm khớp cổ tay, mảnh vụn	Cao (cứng khớp)	Bảo tồn nếu ổn định; chuyển nếu phức tạp
Gãy cành tươi (trẻ em)	Không di lệch hoàn toàn	Thấp	Bảo tồn nhanh lành

III. CHẨN ĐOÁN

1. Hỏi bệnh

- Cơ chế chấn thương (ngã chống tay duỗi/gập, thời gian), môi trường (sạch/bẩn).
- Triệu chứng: Đau cổ tay dữ dội, sưng nề, không vận động được tay.

2. Khám lâm sàng

- Toàn thân: Kiểm tra đa chấn thương, sốc nếu mất máu.
- Tại chỗ: Sưng nề, bầm tím cổ tay; biến dạng ("lưng nĩa" Colles: bàn tay lệch ra sau; "bụng nĩa" Smith: lệch ra trước); đau chói điểm gãy; tiếng lạo xạo; dấu Laugier (mỏm trâm quay cao ngang mỏm trâm trụ); hạn chế vận động cổ tay (gấp-duỗi, sấp-ngửa); kiểm tra mạch quay, cảm giác ngón tay (tổn thương thần kinh giữa); màu da ngón tay (tổn thương mạch).

3. Cận lâm sàng

- X-quang cổ tay thẳng-nghiêng: Xác định vị trí, đường gãy, di lệch, tổn thương phối hợp (gãy mỏm trâm trụ, trật khớp quay-trụ dưới).
- Công thức máu, nhóm máu nếu nghi mất máu.

4. Chẩn đoán xác định

Ví dụ: "Gãy kín đầu dưới xương quay phải kiểu Colles, di lệch ra sau và ra ngoài, không tổn thương mạch-thần kinh".

5. Chẩn đoán phân biệt

- Trật khớp cổ tay: Không biến dạng xương, X-quang khớp bình thường.
- Bong gân khớp cổ tay: Đau khi ấn dây chằng, không tiếng lạo xạo, X-quang không gãy.
- Chấn thương phần mềm cổ tay: Không biến dạng xương, X-quang bình thường.
- Gãy đầu dưới xương trụ: Đau vùng trụ, X-quang phân biệt.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc tại TTYT

- Cấp cứu: Giảm đau, bất động tạm, hồi sức nếu cần.
- Đặc hiệu: Bảo tồn là chính (nắn chỉnh kín + bó bột/nẹp); phẫu thuật (xuyên Kirschner nếu có điều kiện) hoặc chuyên tuyến (gãy hở, thẩu khớp phức tạp, tổn thương mạch-thần kinh).
- Thời gian lành: 4-6 tuần trẻ em, 6-8 tuần người lớn.

2. Điều trị cấp cứu

- Giảm đau: Paracetamol 500-1000 mg hoặc NSAID; Morphine nếu nặng.
- Bất động tạm: Nẹp vải hoặc nẹp bột tạm từ 1/3 dưới cẳng tay đến bàn tay.
- Gãy hở: Rửa sạch, cắt lọc, kháng sinh (Cephazolin/Cefoxitin), ngừa uốn ván (SAT 1500-3000 UI).

3. Điều trị đặc hiệu

- **Nắn chỉnh kín + bó bột/nẹp** (chỉ định chính cho gãy kín ít di lệch hoặc Colles):
 - Chuẩn bị: Gây tê cục bộ hoặc phong bế huyết tụ; bàn chỉnh hình nếu có.
 - Kỹ thuật nắn (Colles): Người nắn nắm sát chỗ gãy, 4 ngón tay vòng ra trước tỳ đầu gãy trung tâm (đôi lực), 2 ngón cái đẩy đoạn ngoại vi ra trước; phụ gấp cổ tay tối đa; kéo thẳng trục, chỉnh di lệch chông, ra sau/ra ngoài.
 - Bó bột: Từ 1/3 dưới cẳng tay đến khớp bàn-ngón tay; cổ tay duỗi 15-30°, nghiêng trụ nhẹ; bột tròn rạch dọc hoặc nẹp Sugar Tong.
 - Thời gian: 4-6 tuần; kiểm tra X-quang sau nắn 1 tuần.
- **Gãy Smith**: Nắn tương tự nhưng chỉnh di lệch ra trước; cố định cổ tay gấp nhẹ.
- **Phẫu thuật (nếu có điều kiện cơ bản)**: Xuyên Kirschner qua da cố định mảnh gãy; chuyển tuyến nếu phức tạp.

4. Chăm sóc và theo dõi

- **Theo dõi**: Đau, sưng, màu da ngón tay, cảm giác; X-quang kiểm tra 1-2 tuần.
- **Phục hồi**: Tập ngón tay sớm (24h); sau tháo bột tập gấp-duỗi cổ tay, sấp-ngửa; tránh mang vác nặng.
- **Dặn dò**: Kê cao tay, dinh dưỡng giàu canxi, tái khám nếu đau tăng/sưng.

V. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- **Sớm**: Di lệch thứ phát (nắn lại hoặc chuyển tuyến); chèn ép thần kinh giữa (rạch giải ép); tổn thương mạch (chuyển tuyến); nhiễm trùng (kháng sinh, cắt lọc).
- **Muộn**: Cứng khớp cổ tay (phục hồi chức năng); can lệch (chuyển tuyến mổ sửa); rối loạn dinh dưỡng (loạn dưỡng giao cảm: thuốc, phong bế).
- **Phòng ngừa**: Nắn đúng kỹ thuật, theo dõi chặt, ngừa uốn ván.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 5728/QĐ-BYT ngày 21/12/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình” (bao gồm nắn, bó bột gãy đầu dưới xương quay).
2. Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột”.

******Hướng dẫn này ưu tiên kỹ thuật cơ bản, an toàn tại tuyến cơ sở. Trường hợp gãy hở nặng, đầu khớp phức tạp, tổn thương mạch-thần kinh, đa chấn thương cần chuyển tuyến trên ngay lập tức.******

GÃY XƯƠNG BÁNH CHÈ

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy xương bánh chề (vỡ xương bánh chề) là gián đoạn toàn vẹn xương bánh chề – xương nhỏ hình tam giác nằm trước khớp gối, tham gia cơ chế duỗi gối (qua gân bánh chề nối cơ tứ đầu đùi với mấu chày). Chiếm khoảng 1-3% tổng số gãy xương, thường gặp ở nam giới 20-50 tuổi.

Nguyên nhân chủ yếu: chấn thương trực tiếp (đạp gối vào vật cứng, tai nạn giao thông), gián tiếp (co cơ tứ đầu đột ngột khi gối gấp). Đây là gãy nội khớp, thường kèm tràn máu ổ khớp, mất khả năng duỗi gối chủ động.

Tại tuyến cơ sở: Ưu tiên bảo tồn (bó bột duỗi gối) ở gãy không di lệch hoặc di lệch nhẹ; chuyển tuyến nếu di lệch lớn (>3-4 mm), gãy vụn phức tạp, gãy hở.

II. PHÂN LOẠI

Dựa trên mức độ di lệch, hình thái gãy và phạm khớp:

Loại gãy	Đặc điểm chính	Nguy cơ biến chứng	Xử trí ưu tiên tại tuyến huyện
Gãy kín	Không thông ra ngoài, chiếm đa số	Thấp nếu không di lệch	Bảo tồn (bó bột)
Gãy hở	Vết thương thông ổ gãy	Cao (nhiễm trùng)	Rửa cắt lọc, kháng sinh; chuyển tuyến
Gãy không di lệch/rạn	Di lệch <2-3 mm, chênh mặt khớp <1 mm	Thấp	Bảo tồn
Gãy di lệch	Di lệch >3-4 mm, giãn cách hai mảnh	Cao (mất duỗi gối)	Chuyển tuyến phẫu thuật
Gãy ngang (phổ biến nhất)	Gãy ngang giữa xương bánh chề	Trung bình	Bảo tồn nếu di lệch nhẹ
Gãy dọc/rìa/vụn	Gãy dọc, rìa hoặc nhiều mảnh vụn	Cao nếu vụn	Chuyển tuyến

III. CHẨN ĐOÁN

1. Hỏi bệnh

- Cơ chế chấn thương (đạp trực tiếp đầu gối, té ngã gối gấp, thời gian), môi trường (sạch/bẩn).

- Triệu chứng: Đau chói mặt trước khớp gối, sưng nề, không duỗi gối chủ động được.

2. Khám lâm sàng

- Toàn thân: Kiểm tra đa chấn thương, sốc nếu mất máu.
- Tại chỗ: Đầu gối sưng nề, bầm tím; đau chói khi ấn xương bánh chè; khoảng trống giữa hai mảnh gãy (nếu di lệch); không duỗi gối chủ động (dấu hiệu chính); tiếng lạo xạo; tràn dịch khớp (dấu ballotement); kiểm tra mạch chày sau/mu chân, cảm giác (tôn thương phối hợp).

- Khám phối hợp: Khớp gối (dây chằng, sụn chêm), chi dưới.

3. Cận lâm sàng

- X-quang khớp gối thẳng-nghiêng: Xác định vị trí gãy, mức độ di lệch, tổn thương phối hợp (gãy mâm chày, mấu chày).
- Công thức máu, nhóm máu nếu nghi mất máu/tràn dịch nhiều.
- Chọc hút dịch khớp nếu tràn máu nhiều (giảm đau, chẩn đoán).

4. Chẩn đoán xác định

Ví dụ: "Gãy kín xương bánh chè ngang phải, di lệch giãn cách >3 mm, không tổn thương mạch-thần kinh".

5. Chẩn đoán phân biệt

- Trật xương bánh chè: Đau vai gối, biến dạng khác; X-quang khớp bình thường.
- Bong gân/chấn thương phần mềm khớp gối: Đau khi ấn dây chằng, vẫn duỗi gối được; X-quang không gãy.
- Gãy mâm chày/mấu chày: Đau vùng mâm chày; X-quang phân biệt vị trí.
- Tràn máu ổ khớp do nguyên nhân khác: Không đau chói xương bánh chè.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- **Cấp cứu:** Giảm đau, bất động tạm, hồi sức nếu cần.
- **Đặc hiệu:** Bảo tồn (bó bột duỗi gối) là chính ở gãy không di lệch hoặc di lệch nhẹ (<3 mm); phẫu thuật (kết hợp xương, buộc chỉ thép) nếu có điều kiện cơ bản hoặc chuyên tuyến (di lệch lớn, gãy vụn, gãy hở).
- **Thời gian lành:** 6-9 tuần người lớn, nhanh hơn ở trẻ em.

2. Điều trị cấp cứu

- Giảm đau: Paracetamol/NSAID; Morphine nếu nặng.

- **Bất động tạm:** Nẹp cứng cố định đầu gối duỗi thẳng; chườm lạnh 15-20 phút.
- **Gãy hở:** Rửa sạch, cắt lọc, kháng sinh (Cephazolin/Cefoxitin), nẹp uốn ván (SAT 1500-3000 UI).
- **Chọc hút máu tụ ổ khớp** nếu tràn nhiều (kim 16-18G, mặt trong/ngoài khớp cách xương bánh chè 1,5 cm).

3. Điều trị đặc hiệu

- **Bó bột đùi-cẳng-bàn chân (bột Tutto):** Chỉ định chính cho gãy không di lệch hoặc di lệch <3 mm.
 - Tư thế: Duỗi gối hoàn toàn (hoặc gấp nhẹ 5-10° nếu cần).
 - Thời gian: 6-9 tuần người lớn; kiểm tra X-quang 1-2 tuần.
 - Sau bó: Tập co cơ tứ đầu sớm (isometric), tập gấp duỗi nhẹ sau tháo bột.
- **Phẫu thuật (nếu có điều kiện cơ bản):** Kết hợp xương bằng chỉ thép vòng, vis, hoặc buộc chữ U; chuyển tuyến nếu gãy vụn phức tạp (lấy bỏ xương bánh chè nếu cần).

4. Chăm sóc và theo dõi

- **Theo dõi:** Đau, sưng, màu da chi, dấu hiệu nhiễm trùng; X-quang kiểm tra 1-2 tuần.
- **Phục hồi:** Tập co cơ tứ đầu sớm (ngày 1-2); sau tháo bột tập gấp duỗi gối tăng dần, vật lý trị liệu.
- **Dặn dò:** Nghỉ ngơi, kê cao chi, dinh dưỡng giàu canxi, tái khám nếu đau tăng/sưng.

V. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- **Sớm:** Nhiễm trùng (gãy hở: kháng sinh, cắt lọc); mất duỗi gối (phẫu thuật sửa); cứng khớp (phục hồi chức năng).
- **Muộn:** Không liền xương/khớp giả (chuyển tuyến mỡ sửa); teo cơ tứ đầu (tập phục hồi); thoái hóa khớp gối sớm (theo dõi lâu dài).
- **Phòng ngừa:** Bất động đúng, theo dõi chặt, nẹp uốn ván.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 5728/QĐ-BYT ngày 21/12/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình” (bao gồm phẫu thuật lấy toàn bộ xương bánh chè).

2. Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột” (điều trị bảo tồn vỡ xương bánh chè).

***** Hướng dẫn này ưu tiên kỹ thuật cơ bản, an toàn tại tuyến cơ sở. Trường hợp gãy di lệch lớn (>3-4 mm), gãy vụn phức tạp, gãy hở nặng, tổn thương phối hợp (dây chằng, sụn chêm) cần chuyển tuyến trên ngay lập tức.*****

GÃY XƯƠNG ĐÒN

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy xương đòn (xương quai xanh) là gián đoạn toàn vẹn xương đòn (thân xương cong hình chữ S, nối xương ức với mỏm cùng vai), thường gặp nhất ở 1/3 giữa (do điểm yếu cơ học).

Nguyên nhân chủ yếu: té ngã chống tay, tai nạn giao thông, chấn thương thể thao. Thường gãy kín, di lệch do lực kéo cơ (cơ ức đòn chũm kéo đầu trong lên trên, trọng lượng chi kéo đầu ngoài xuống dưới).

Tại tuyến cơ sở: Ưu tiên điều trị bảo tồn (đai số 8, băng treo tay, bó bột nếu cần); phẫu thuật ít áp dụng trừ trường hợp có điều kiện cơ bản hoặc chuyển tuyến.

II. PHÂN LOẠI

Dựa trên vị trí, mức độ di lệch và loại :

Loại gãy	Đặc điểm chính	Nguy cơ biến chứng	Xử trí ưu tiên tại tuyến huyện
Gãy kín	Không thông ra ngoài, chiếm đa số	Thấp nếu ít di lệch	Bảo tồn (đai số 8)
Gãy hở	Vết thương thông ổ gãy	Cao (nhiễm trùng)	Rửa cắt lọc, kháng sinh; chuyển tuyến
Theo vị trí	1/3 giữa (phổ biến nhất); 1/3 ngoài; 1/3 trong	Cao ở 1/3 ngoài (gần khớp vai)	Bảo tồn nếu ổn định
Theo di lệch	Không/lít di lệch; di lệch chông, gập góc, chọc thủng da	Cao nếu chọc thủng da	Nắn chỉnh sớm
Gãy trẻ em	Thường gãy xanh (cành tươi)	Thấp	Bảo tồn nhanh lành

III. CHẨN ĐOÁN

1. Hỏi bệnh

- Cơ chế chấn thương (té ngã chống tay, va đập trực tiếp), thời gian, môi trường (sạch/bẩn).
- Triệu chứng: Đau vai dữ dội, tăng khi cử động tay, không nâng tay được.

2. Khám lâm sàng

- Toàn thân: Kiểm tra đa chấn thương (đầu, ngực, bụng), sốc nếu mất máu.
- Tại chỗ: Vai sưng nề, bầm tím; biến dạng (đầu xương gãy gồ dưới da); đau chói điểm gãy; ấn có cảm giác bập bềnh (như phím đàn piano); tiếng lạo xạo; khoảng cách khớp ức-đòn-mỏm cùng vai ngắn hơn bên lành; hạn chế vận động vai/cánh tay.
- Khám phối hợp: Kiểm tra mạch quay, cảm giác tay (tổn thương thần kinh đám rối cánh tay); hô hấp (tràn khí màng phổi nếu gãy 1/3 ngoài).

3. Cận lâm sàng

- X-quang vai thẳng-nghiêng (bao gồm xương đòn toàn bộ): Xác định vị trí, đường gãy, di lệch.
- Công thức máu, nhóm máu nếu nghi mất máu.

4. Chẩn đoán xác định

Ví dụ: "Gãy kín xương đòn 1/3 giữa phải, di lệch chông và gập góc, không tổn thương mạch-thần kinh".

5. Chẩn đoán phân biệt

- Trật khớp vai/acromioclavicular: Đau vùng vai, biến dạng khác; X-quang khớp vai.
- Tổn thương phần mềm vai (dập cơ quay vai): Không biến dạng xương, X-quang bình thường.
- Gãy xương bả vai: Đau vùng sau vai; X-quang bả vai.
- Tổn thương đám rối thần kinh cánh tay: Tê liệt tay mà không gãy xương.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc tại TTYT

- Cấp cứu: Giảm đau, bất động tạm, hồi sức nếu cần.
- Đặc hiệu: Bảo tồn là chính (đai số 8, băng treo tay); bó bột nếu di lệch nhiều; phẫu thuật (nẹp vít/đinh Kirschner) nếu có điều kiện hoặc chuyển tuyến (gãy hở, chọc thủng da, tổn thương mạch-thần kinh).
- Trẻ em: Bảo tồn nhanh lành (4-6 tuần); người lớn: 6-8 tuần.

2. Điều trị cấp cứu

- Giảm đau: Paracetamol 500-1000 mg hoặc NSAID; Morphine nếu đau nặng.
- Bất động tạm: Treo tay bằng khăn (áo Desault tạm thời), băng ép nhẹ.

- Gãy hở: Rửa sạch, cắt lọc, kháng sinh (Cephazolin/Cefoxitin), ngừa uốn ván (SAT 1500-3000 UI).

3. Điều trị đặc hiệu

- **Đai số 8 (băng số 8 hoặc đai vai):** Chỉ định chính cho hầu hết gãy kín ít di lệch.
 - Chuẩn bị: Băng thun rộng 10-12 cm hoặc đai vải chuyên dụng.
 - Các bước: Nắn chỉnh nhẹ (kéo vai ra sau, lên cao); băng bắt chéo sau lưng hình số 8, cố định vai gãy; treo tay trước ngực.
 - Thời gian: 4-6 tuần (trẻ em 3-4 tuần); kiểm tra X-quang 1-2 tuần.
- **Băng treo tay (Rieunau hoặc áo Desault):** Gãy ít di lệch, người già.
 - Kê gối dưới vai nằm ngửa 1-2 tuần; băng dính to bản cố định; treo tay khi ngồi.
- **Bó bột (nếu di lệch nhiều):** Bó bột số 8 hoặc ngực-vai-cánh tay (theo Quyết định 5728/QĐ-BYT).
 - Thời gian: 4-6 tuần; rạch dọc nếu phù nề.
- **Phẫu thuật (nếu có điều kiện cơ bản):** Kết hợp xương bằng đinh Kirschner nội tủy hoặc nẹp vít; chuyển tuyến nếu phức tạp.

4. Chăm sóc và theo dõi

- **Theo dõi:** Đau, sưng, màu da tay, cảm giác; X-quang kiểm tra 1-2 tuần.
- **Phục hồi:** Tập vận động ngón tay/cổ tay sớm; sau 3-4 tuần tập vai nhẹ (pendulum); tránh mang vác nặng.
- **Dặn dò:** Nghỉ ngơi, kê cao tay, dinh dưỡng giàu canxi, tái khám nếu đau tăng/sưng.

V. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- **Sốt:** Nhiễm trùng (gãy hở: kháng sinh, cắt lọc); tổn thương mạch-thần kinh (chuyển tuyến); chọc thủng da (phẫu thuật).
- **Muộn:** Can lệch (teo cơ, hạn chế vai); không liền xương/khớp giả (chuyển tuyến mổ sửa); cứng vai (phục hồi chức năng).
- **Phòng ngừa:** Bất động đúng, theo dõi chặt, ngừa uốn ván.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 5728/QĐ-BYT ngày 21/12/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình” (bao gồm nắn, bó bột gãy xương đòn).

2. Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Nấn chỉnh hình, bó bột”.

******Hướng dẫn này ưu tiên kỹ thuật cơ bản, an toàn tại tuyến cơ sở. Trường hợp gãy hở nặng, di lệch nhiều chỏc thủng da, tổn thương mạch-thần kinh, đa chấn thương cần chuyển tuyến trên ngay lập tức.******

GÃY THÂN XƯƠNG ĐÙI

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy thân xương đùi là gián đoạn toàn vẹn thân xương đùi (từ dưới khối máu chuyển đến trên lồi cầu xương đùi khoảng 4-9 cm), thường do chấn thương mạnh (tai nạn giao thông, ngã cao). Đây là chấn thương nặng, mất máu lớn (500-1500 ml), nguy cơ sốc mất máu, chèn ép khoang, tổn thương mạch-thần kinh.

Tại tuyến cơ sở: Ưu tiên xử trí bảo tồn (kéo liên tục, bó bột) ở trẻ em và người lớn không phẫu thuật được; chuyển tuyến nếu gãy hở nặng, tổn thương mạch máu lớn, đa chấn thương.

II. PHÂN LOẠI

Dựa trên mức độ, vị trí và cơ chế:

Loại gãy	Đặc điểm chính	Nguy cơ biến chứng cao	Xử trí ưu tiên tại tuyến huyện
Gãy kín	Không thông ra ngoài	Thấp nếu sớm	Bảo tồn (kéo + bó bột)
Gãy hở (Gustilo)	Độ I: Vết <1 cm sạch; Độ II: 1-10 cm ô nhiễm nhẹ; Độ III: >10 cm, nặng	Cao (nhiễm trùng)	Cấp cứu rửa, kháng sinh; chuyển tuyến
Theo vị trí	1/3 trên; 1/3 giữa; 1/3 dưới	Cao ở 1/3 dưới	Bảo tồn nếu ổn định
Theo đường gãy	Ngang, chéo, xoắn, nát vụn	Cao ở nát vụn	Bảo tồn nếu không di lệch nặng
Theo di lệch	Không di lệch; chồng ngắn, gập góc, xoay	Cao nếu di lệch nặng	Nắn chỉnh sớm

III. CHẨN ĐOÁN

1. Hỏi bệnh

- Cơ chế chấn thương (trực tiếp/gián tiếp, thời gian), môi trường (sạch/bẩn), tổn thương phối hợp.
- Triệu chứng: Đau dữ dội, không vận động được chi, tiền sử mất máu.

2. Khám lâm sàng

- Toàn thân: Sốc mất máu (mạch nhanh, HA tụt, da lạnh); kiểm tra đa chấn thương.
- Tại chỗ: Đùi sưng nề, biến dạng (ngắn chi, xoay ngoài, gập góc); đau chói điềm gãy; kiểm tra mạch chày sau/mu chân, cảm giác/vận động (tổn thương thần kinh); dấu hiệu chèn ép khoang (đau tăng khi duỗi thụ động ngón chân).
- Khám phối hợp: Khớp háng, gối, cột sống, bụng.

3. Cận lâm sàng

- X-quang đùi thẳng-nghiêng (bao gồm khớp háng và gối): Xác định vị trí, đường gãy, di lệch.
- Công thức máu, nhóm máu, đông máu (chuẩn bị truyền máu nếu mất máu nhiều).
- Siêu âm Doppler mạch máu nếu nghi tổn thương mạch.

4. Chẩn đoán xác định

Ví dụ: "Gãy kín thân xương đùi 1/3 giữa phải, di lệch chông ngắn và xoay ngoài, không tổn thương mạch-thần kinh".

5. Chẩn đoán phân biệt

- Gãy cổ/lồi cầu xương đùi: Đau vùng háng/gối, xoay ngoài; X-quang phân biệt vị trí.
- Tổn thương phần mềm đơn thuần: Không biến dạng xương, X-quang bình thường.
- Gãy xương chậu: Đau vùng chậu, không ngắn chi đùi; X-quang chậu.
- Chấn thương khớp háng/gối: Không gãy xương, X-quang khớp.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị tại TTYT

- **Cấp cứu:** Hồi sức chống sốc, cầm máu, bất động chi.
- **Đặc hiệu:** Bảo tồn (kéo liên tục + bó bột) là chính; phẫu thuật nếu có điều kiện cơ bản (kết hợp xương đơn giản) hoặc chuyển tuyến.
- **Ưu tiên trẻ em (<10 tuổi):** Bảo tồn; người lớn: Bảo tồn nếu ổn định, chuyển nếu phức tạp.

2. Điều trị cấp cứu

- Theo ABC: Đảm bảo hô hấp, tuần hoàn; truyền dịch, giảm đau (Paracetamol 10-15 mg/kg TMC ± Morphine 0,02-0,04 mg/kg TMC/TDD).

- Sơ cứu: Nẹp cố định tạm (nẹp ngoài từ nách đến cổ chân); nâng cao chi; truyền dịch/máu nếu mất máu.
- Gãy hở: Rửa sạch vết thương, cắt lọc, kháng sinh (Cephazolin/Cefoxitin ± Gentamycin), ngừa uốn ván (SAT 1500-3000 UI).

3. Điều trị đặc hiệu

Kéo liên tục trên giàn Braun hoặc kéo tạ (chỉ định chính cho gãy kín, ổn định huyết động):

- + Chỉ định: Gãy kín/độ I Gustilo, trẻ em hoặc người lớn không mỡ.
- + Chuẩn bị: Gây tê/mê nhẹ nếu cần; bàn kéo, tạ 5-10% cân nặng.
- + Các bước: Nắn chỉnh (kéo thẳng, sửa di lệch); kéo tạ liên tục 4-6 tuần (điều chỉnh theo X-quang); theo dõi mạch, cảm giác hàng ngày.
- + Thời gian: 8-12 tuần người lớn, 4-8 tuần trẻ em.

Bó bột chậu-lưng-chân (bó bột Whitman hoặc Pelvie)

- + Chỉ định: Sau kéo ổn định, gãy kín.
- + Chuẩn bị: Bột thạch cao 15-20 cuộn, bàn chỉnh hình Pelvie, gây mê nếu cần.
- + Các bước: Nắn chỉnh; bó bột 2 thì (thì 1: chậu-lưng-đùi; thì 2: cẳng-bàn chân); rạch dọc nếu phù nề.
- + Thời gian: 10-12 tuần người lớn.

Phẫu thuật (nếu có điều kiện cơ bản): Kết hợp xương nẹp vít hoặc đinh nội tủy đơn giản; chuyển tuyến nếu phức tạp (gãy hở độ II+, tổn thương mạch).

4. Chăm sóc và theo dõi

- Theo dõi: Mạch, cảm giác, màu da chi hàng giờ; X-quang kiểm tra 7-10 ngày.
- Phục hồi: Giảm đau/phù, tập vận động khớp háng/gối sớm (sau 1-2 tuần), đi nặng sau lành xương.
- Dặn dò: Nghỉ ngơi, kê cao chi, dinh dưỡng, tái khám nếu đau tăng/sung.

V. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- Sốc: Sốc mất máu (truyền máu); chèn ép khoang (rạch giải ép khẩn); tổn thương mạch-thần kinh (chuyển tuyến); nhiễm trùng (kháng sinh, cắt lọc).
- Muộn: Can lệch/không lành (chuyển tuyến mổ sửa); ngắn chi (tạo hình sau); teo cơ (phục hồi chức năng).
- Phòng ngừa: Theo dõi chặt, bó bột đúng kỹ thuật, ngừa uốn ván.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột”.

2. Quyết định số 5728/QĐ-BYT ngày 21/12/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình”.

NHIỄM TRÙNG VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm trùng vết thương phần mềm là tình trạng vi khuẩn xâm nhập và phát triển tại vết thương hở (cắt, rách, dập, xuyên, cắn), gây viêm cục bộ (sưng nóng đỏ đau, mủ) và có thể lan rộng (viêm mô tế bào, áp xe, hoại tử, nhiễm trùng huyết nếu nặng). Nguyên nhân chính: tụ cầu (*Staphylococcus*), liên cầu (*Streptococcus*), vi khuẩn kỵ khí (*Clostridium*), *Pseudomonas* ở vết thương do hoặc chậm trễ xử trí.

Đây là biến chứng thường gặp nếu vết thương không được cắt lọc, rửa sạch, khâu phù hợp hoặc dự phòng kháng sinh kém. Tại tuyến cơ sở: Tập trung nhận biết sớm, cắt lọc lại, kháng sinh theo kinh nghiệm, thay băng; chuyển tuyến nếu lan rộng, hoại tử, nhiễm trùng huyết, áp xe sâu, hoặc bệnh nhân suy giảm miễn dịch/đồng mắc nặng.

II. PHÂN LOẠI

1. Theo mức độ

- Nhẹ: Viêm cục bộ (đỏ, sưng, đau quanh vết thương).
- Trung bình: Viêm mô tế bào (cellulitis) lan rộng, mủ tại chỗ.
- Nặng: Áp xe, hoại tử (necrotizing fasciitis), nhiễm trùng huyết.

2. Theo thời gian

- Sớm: <72 giờ sau chấn thương (thường tụ cầu, liên cầu).
- Muộn: >72 giờ (vi khuẩn kỵ khí, *Pseudomonas* ở vết thương do).

III. CHẨN ĐOÁN

1. Hỏi bệnh

- Thời gian chấn thương, cơ chế (do, dập nát, dị vật, cắn thú vật).
- Triệu chứng: Đau tăng dần, sốt, rét run, mệt mỏi, tiểu ít (nếu nhiễm trùng huyết).

- Xử trí trước: Rửa, khâu, kháng sinh.

2. Khám lâm sàng

- Toàn thân: Sốt (>38°C), mạch nhanh, HA tụt (sốc), lạnh chi.
- Tại chỗ:
 - Đỏ lan rộng (vết đỏ → lymphangitis), sưng nóng đau.
 - Dịch mủ, mùi hôi (kỵ khí), hoại tử da (đen, khô).
 - Áp xe: Khối sưng, ấn đau, dao động.

- Dấu toàn thân: Rét run, buồn nôn, suy đa cơ quan.

3. Cận lâm sàng

- Công thức máu: Bạch cầu tăng ($>12.000/\text{mm}^3$), đa nhân trung tính $>80\%$.
- CRP (nếu có): Tăng cao.
- Cây mũ/dịch vết thương + kháng sinh đồ (nếu có điều kiện, gửi tuyến trên).
- X-quang: Loại trừ dị vật, khí dưới da (hoại tử khí).
- Siêu âm: Phát hiện áp xe sâu.

4. Chẩn đoán xác định

Ví dụ: "Nhiễm trùng vết thương phần mềm cẳng chân phải, viêm mô tế bào lan rộng, sốt 38.5°C , bạch cầu $15.000/\text{mm}^3$, chưa áp xe".

5. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm mô tế bào không do vết thương (erysipelas).
- Hoại tử do tiểu đường.
- Nhiễm trùng huyết từ ổ khác.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị tại TTYT

- Cắt lọc lại vết thương (loại bỏ mũ, mô chết, dị vật).
- Kháng sinh theo kinh nghiệm (phổ rộng ban đầu).
- Thay băng, kê cao chi, bất động.
- Chuyển tuyến: Hoại tử lan rộng, áp xe sâu, nhiễm trùng huyết, sốc, vết thương vùng đặc biệt (mặt, tay, sinh dục).

2. Xử trí tại chỗ

- Rửa vết thương mạnh bằng nước muối sinh lý (áp lực nếu có).
- Cắt lọc: Loại bỏ mô hoại tử, mũ, dị vật (dưới gây tê tại chỗ).
- Để hở nếu nặng (không khâu ngay), dẫn lưu nếu áp xe.
- Băng: Gạc vô trùng, thay hàng ngày hoặc khi ướt/bẩn.
- Bôi tại chỗ: Bạc sulfadiazine nếu có, tránh kem dân gian.

3. Kháng sinh (theo kinh nghiệm, điều chỉnh theo đáp ứng sau 48-72 giờ)

- Nhẹ/trung bình: Cephalexin 500mg x 4 lần/ngày uống hoặc Amoxicillin-clavulanate 1g x 2 lần/ngày (7-10 ngày).

- Nặng (viêm mô tế bào lan rộng, sốt cao): Cefazolin/Ceftriaxone 1-2g TM/ngày + Metronidazole 500mg TM x 3 lần (nếu nghi kỵ khí) hoặc Clindamycin nếu nghi tụ cầu kháng methicillin.

- Nếu nghi Pseudomonas (vết thương dơ, lâu ngày): Ciprofloxacin hoặc Piperacillin-tazobactam (chuyển tuyến nếu nặng).

- Thời gian: 7-14 ngày, ngừng khi lâm sàng ổn (hết sốt, giảm sưng, mủ).

4. Hỗ trợ

- Giảm đau: Paracetamol, NSAID.
- Dinh dưỡng: Giàu protein, vitamin C, kẽm.
- Kê cao chi, bất động nẹp nếu chi.
- Tiêm uốn ván nếu chưa đủ (SAT 1500 UI nếu vết thương bẩn).

5. Chăm sóc và theo dõi

- Theo dõi: Sốt, sưng lan, mủ tăng, dấu sống.
- Thay băng: Hàng ngày, theo dõi lành vết thương.
- Tái khám: 2-3 ngày/lần, rút chỉ nếu khâu muộn.
- Dặn dò: Giữ khô, tránh tự ý dùng kháng sinh, tái khám nếu sốt tăng/sưng lan.

V. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- Áp xe/hoại tử: Cắt lọc rộng, dẫn lưu, chuyển tuyến.
- Nhiễm trùng huyết/sốc: Bù dịch khẩn, kháng sinh phổ rộng, chuyển ICU.
- Uốn ván: Chuyển tuyến khẩn (dù hiếm nếu dự phòng tốt).
- Phòng ngừa: Giáo dục sơ cứu vết thương sớm, tiêm uốn ván định kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định 3671/QĐ-BYT năm 2012: Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ (Bộ Y tế).
2. Quyết định 1526/QĐ-BYT năm 2023: Hướng dẫn giám sát nhiễm khuẩn vết mổ (Bộ Y tế).
3. Quyết định 5728/QĐ-BYT năm 2017: Quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chấn thương chỉnh hình (Bộ Y tế).
4. Phác đồ "Chẩn đoán và xử trí vết thương phần mềm" - Sở Y tế TP.HCM 2017.

***** Hướng dẫn này ưu tiên kỹ thuật cơ bản, an toàn tại tuyến cơ sở. Trường hợp nhiễm trùng nặng (hoại tử lan, áp xe sâu, nhiễm trùng huyết, sốc), vùng đặc biệt, hoặc không đáp ứng sau 48-72 giờ cần chuyển tuyến trên ngay lập tức.*****

TRẬT KHỚP VAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Trật khớp vai (trật khớp ổ chảo - cánh tay) là tình trạng chỏm xương cánh tay lệch khỏi ổ chảo xương bả vai, thường do chấn thương mạnh (ngã chống tay, tai nạn giao thông, thể thao).

Chiếm 50-60% tổng số trật khớp, phổ biến ở người trẻ (20-40 tuổi), nam nhiều hơn nữ. Thường trật ra trước (95%), ít gặp trật ra sau hoặc xuống dưới.

Tại tuyến cơ sở: Ưu tiên nắn chỉnh kín sớm + bất động; chuyển tuyến nếu thất bại nắn, tổn thương phối hợp (gãy xương, tổn thương mạch-thần kinh), hoặc trật tái diễn.

II. PHÂN LOẠI

Dựa trên hướng di lệch và mức độ:

Loại trật khớp	Đặc điểm chính	Tỷ lệ	Nguy cơ biến chứng	Xử trí ưu tiên tại tuyến huyện
Trật ra trước (phổ biến)	Chỏm cánh tay ra trước và xuống dưới ổ chảo	95%	Thấp nếu nắn sớm	Nắn kín + bất động
Trật ra sau	Chỏm cánh tay ra sau ổ chảo, thường do co giật	2-4%	Cao (gãy xương)	Chẩn đoán X-quang; chuyển tuyến
Trật xuống dưới (luxatio erecta)	Cánh tay dạng cao trên đầu, hiếm gặp	<1%	Cao (tổn thương thần kinh)	Chuyển tuyến khẩn
Trật tái diễn	≥2 lần trật, dễ nắn tự phát	-	Cao (mất vững)	Chuyển tuyến phẫu thuật
Trật kèm gãy xương	Kèm gãy máu chuyển lớn, bờ ổ chảo	30%	Cao	Chuyển tuyến

III. CHẨN ĐOÁN

1. Hỏi bệnh

- Cơ chế chấn thương (ngã chống tay dạng, va đập trực tiếp, co giật động kinh/điện giật), thời gian, môi trường (sạch/bẩn).

- Triệu chứng: Đau dữ dội vai, không cử động được tay, cảm giác "lỏng vai".

2. Khám lâm sàng

- Toàn thân: Kiểm tra đa chấn thương, sốc nếu mất máu.
- Tại chỗ:
 - Vai sưng nề, bầm tím; biến dạng (vai vuông, móm cùng vai nhô, chỏm cánh tay sờ ở hõm nách hoặc dưới móm quạ).
 - Cánh tay dạng 20-30°, khuỷu rời thân, dấu hiệu "lò xo" (ấn khuỷu vào thân thì bật ra).
 - Không duỗi/sờ chỏm ở vị trí bình thường; hạn chế vận động hoàn toàn.
 - Kiểm tra mạch quay, cảm giác (thần kinh mũ: mất cảm giác vùng delta), vận động (liệt nếu tổn thương thần kinh).
- Khám phối hợp: Khớp khuỷu, cổ tay, cột sống cổ.

3. Cận lâm sàng

- X-quang vai thẳng-nghiêng (Y-view): Xác định hướng trật, loại trừ gãy xương (mẫu chuyển lớn, bờ ổ chảo).
- Công thức máu, nhóm máu nếu nghi mất máu.

4. Chẩn đoán xác định

Ví dụ: "Trật khớp vai phải ra trước, không tổn thương mạch-thần kinh, không gãy xương kèm theo".

5. Chẩn đoán phân biệt

- Gãy đầu trên xương cánh tay: Đau vai, biến dạng khác; X-quang phân biệt vị trí.
- Bong gân/chấn thương phần mềm vai: Đau khi cử động, vẫn sờ được chỏm; X-quang bình thường.
- Trật khớp cùng đòn: Đau vùng móm cùng vai, đầu xương đòn nhô; X-quang khớp cùng đòn.
- Tổn thương đám rối thần kinh cánh tay: Tê liệt tay mà không biến dạng khớp.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị tại TTYT

- Cấp cứu: Giảm đau, bất động tạm, nắn chỉnh sớm (trong 6-12 giờ).
- Đặc hiệu: Nắn chỉnh kín + bất động 2-4 tuần; phục hồi chức năng sớm.

- Chuyển tuyến nếu: Nắn thất bại, tổn thương mạch-thần kinh, gãy xương kèm, trật tái diễn.

2. Điều trị cấp cứu

- Giảm đau: Paracetamol/NSAID; Morphine nếu nặng; giãn cơ (diazepam) nếu co cứng.
- Bất động tạm: Treo tay bằng khăn (tư thế chức năng: khuỷu gấp 90°, vai dạng nhẹ).
- Nắn chỉnh kín (phương pháp phổ biến tại tuyến huyện):
 - Phương pháp Hippocrates: Bệnh nhân nằm ngửa, bác sĩ ngồi bên, gót chân ấn nách bệnh nhân, kéo tay dọc trục + xoay ngoài.
 - Phương pháp Kocher: Khuỷu gấp 90°, dạng vai 45°, xoay ngoài tối đa, đưa tay qua ngực.
 - Sau nắn: Kiểm tra X-quang xác nhận vị trí, kiểm tra mạch-thần kinh.
- Bất động: Băng Desault hoặc áo nẹp vai-tay (cánh tay xoay trong, khuỷu gấp 90°), thời gian 2-4 tuần (trẻ em ngắn hơn).

3. Điều trị đặc hiệu

- Bất động 2-4 tuần: Treo tay, tránh dạng/xoay ngoài.
- Thuốc: Giảm đau, kháng viêm (NSAID), ngừa uôn ván nếu vết thương hở.
- Phục hồi chức năng sớm (sau 1-2 tuần): Tập cơ cơ delta, pendulum (lắc lu tay), tăng dần tầm vận động.

4. Chăm sóc và theo dõi

- **Theo dõi:** Đau, sưng, màu da tay, dấu hiệu thần kinh; X-quang kiểm tra 1 tuần.
- **Phục hồi:** Tập isometric cơ chóp xoay sớm; sau tháo bất động tập đầy đủ tầm vận động, sức mạnh.
- **Dặn dò:** Tránh cử động mạnh 3-6 tháng, khởi động trước thể thao, tái khám nếu đau tái phát.

V. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- **Sớm:** Tổn thương thần kinh mũ (liệt delta: chuyển tuyến); tổn thương mạch cánh tay (chuyển tuyến khẩn); nhiễm trùng (nếu hở).
- **Muộn:** Trật tái diễn (chuyển tuyến phẫu thuật nội soi); cứng vai (phục hồi chức năng); teo cơ.

- **Phòng ngừa:** Bất động đúng, tập phục hồi sớm, ngừa uốn ván.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 5728/QĐ-BYT ngày 21/12/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình” (bao gồm nắn chỉnh trật khớp vai).
2. Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột”.

****** Hướng dẫn này ưu tiên kỹ thuật cơ bản, an toàn tại tuyến cơ sở. Trường hợp trật ra sau, tổn thương mạch-thần kinh, gãy xương kèm, trật tái diễn, nắn thất bại cần chuyển tuyến trên ngay lập tức. ******

VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM

I. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương phần mềm là tổn thương làm rách da hoặc niêm mạc, thường kèm tổn thương mô mềm dưới da (mô liên kết, mỡ, gân, cơ), có thể chảy máu ra ngoài. Không bao gồm tổn thương sâu kèm gãy xương, đứt gân/thần kinh/mạch máu lớn (nếu có → xử trí chuyên sâu hoặc chuyển tuyến).

Đây là chấn thương thường gặp (tai nạn giao thông, lao động, sinh hoạt), nguy cơ chính là **nhiễm trùng** (đặc biệt vết thương dơ, dập nát, có dị vật). Nếu xử trí sớm và đúng nguyên tắc (cắt lọc, rửa sạch, khâu phù hợp), hầu hết lành tốt mà không di chứng nặng.

Tại tuyến cơ sở: Tập trung xử trí vết thương sạch/ít dơ, đơn giản (khâu ngay hoặc trì hoãn), cắt lọc cơ bản, kháng sinh dự phòng; chuyển tuyến nếu vết thương phức tạp (sâu rộng, dập nát nặng, dị vật lớn, nghi tổn thương mạch/thần kinh/gân, vùng mặt/hàm mặt/sinh dục, trẻ em/người già, nhiễm trùng nặng).

II. PHÂN LOẠI

1. Theo cơ chế chấn thương

- Vết cắt/sạch: Bờ gọn, ít dập nát (dao, kính vỡ).
- Vết rách: Bờ nham nhở, dập nát (va đập, tai nạn).
- Vết dập/bầm tím: Không rách da, tụ máu dưới da.
- Vết thương dơ/bẩn: Có dị vật, đất, phân, nước bẩn.

2. Theo mức độ nguy cơ nhiễm trùng

- Sạch: Vết mổ, vết cắt sạch.
- Sạch-nhiễm: Vết thương hở <6 giờ, không dơ.
- Nhiễm: Vết thương >6-8 giờ, dơ, dập nát.
- Dơ/nhiễm nặng: Có dị vật, phân, nước bẩn, chạm trễ >24 giờ.

3. Theo thời gian

- Cấp tính: <6-8 giờ → khâu ngay nếu sạch.
- Trì hoãn: 8-24 giờ → cắt lọc, khâu trì hoãn (secondary closure).
- Muộn: >24-48 giờ → để hở, thay băng, khâu muộn nếu sạch.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Hỏi bệnh

- Cơ chế chấn thương (va đập, cắt, xuyên).

- Thời gian chấn thương (quan trọng quyết định khâu ngay hay không).
- Môi trường (đất, phân, nước bẩn → nguy cơ uốn ván cao).
- Xử trí ban đầu (rửa, băng...).
- Triệu chứng: Đau, chảy máu, sốt, tê, yếu chi.

2. Khám lâm sàng

- Toàn thân: Dấu hiệu mất máu (mạch nhanh, HA tụt), sốc, sốt.
- Tại chỗ:
 - Vị trí, số lượng, kích thước, bờ mép (gọn/nham nhở), độ sâu, tổ chức dập nát.
 - Dị vật (đất, gỗ, thủy tinh...), dịch chảy (máu, mủ, phì phò → thủng mạch).
 - Dấu tổn thương kèm: Mạch (mất mạch xa), thần kinh (tê, yếu), gân (không duỗi/gấp được), khớp (dịch khớp?).
 - Nhiễm trùng: Đỏ, nóng, sưng, mủ, mùi hôi.

3. Cận lâm sàng

- Công thức máu, đông máu cơ bản.
- X-quang: Loại trừ dị vật kim loại, gãy xương kèm.
- Siêu âm: Nếu nghi tụ máu sâu, tổn thương mạch.
- Cây dịch: Nếu nhiễm trùng nặng (chuyên tuyến).

4. Chẩn đoán xác định

Ví dụ: "Vết thương phần mềm rách da cẳng tay phải 5cm, sạch, <4 giờ, không dị vật, không tổn thương gân/thần kinh/mạch".

5. Chẩn đoán phân biệt

- Vết thương hở kèm tổn thương sâu (gân, thần kinh, mạch, xương → chuyển tuyến).
- Nhiễm trùng da mô mềm (cellulitis, áp xe).
- Vết thương do động vật cắn (đặc biệt uốn ván).

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị tại TTYT

- Cấp cứu: Ngừng chảy máu, làm sạch, cắt lọc, khâu nếu phù hợp.
- Chống nhiễm trùng: Rửa sạch, kháng sinh dự phòng, huyết thanh uốn ván.

- Chuyển tuyến: Vết thương phức tạp (đập nát nặng, dị vật lớn, tổn thương gân/thần kinh/mạch, vùng đặc biệt: mặt, tay, sinh dục, đầu), nhiễm trùng lan rộng, sốc.

2. Sơ cứu ban đầu

- Ngừng chảy máu: Ép trực tiếp bằng gạc sạch.
- Rửa vết thương: Nước sạch hoặc nước muối sinh lý (không dùng oxy già, betadine đậm đặc).
- Băng tạm: Gạc sạch, không băng chặt.
- Giảm đau: Paracetamol.
- Tiêm uốn ván: Nếu vết thương dơ hoặc chưa tiêm đủ (SAT 1500 UI nếu cần + nhắc vaccine).

3. Điều trị

- Gây tê tại chỗ (lidocain 1-2%).
- **Cắt lọc:** Loại bỏ mô chết, dị vật, rửa mạnh bằng nước muối sinh lý (áp lực nếu có).
- **Khâu vết thương:**
 - Sạch, <6-8 giờ: Khâu lớp một lớp hoặc nhiều lớp.
 - Dơ hoặc >8 giờ: Để hở, thay băng, khâu trì hoãn sau 3-5 ngày nếu sạch.
- Kháng sinh dự phòng:
 - Vết thương sạch: Không cần hoặc Cephazolin 1g TM.
 - Vết thương dơ: Cephalosporin thế hệ 1-2 + Metronidazole (nếu nghi kỵ khí).
 - Thời gian: 3-5 ngày uống nếu khâu, lâu hơn nếu để hở.
- Bất động: Nẹp nếu chi, kê cao giảm phù.
- Dinh dưỡng: Giàu protein, vitamin C, kẽm.

4. Chăm sóc và theo dõi

- Thay băng: Hàng ngày hoặc khi ướt/bẩn.
- Theo dõi: Nhiễm trùng (sốt, đỏ lan, mủ), lành vết thương.
- Tái khám: 2-3 ngày/lần, rút chỉ sau 7-14 ngày tùy vị trí.
- Dặn dò: Giữ khô, tránh nắng, dinh dưỡng tốt, tái khám nếu sốt/sung tăng.

V. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- Nhiễm trùng: Kháng sinh phổ rộng, cắt lọc lại, chuyển tuyến nếu lan rộng.
- Hoại tử: Cắt lọc rộng, chuyển tuyến.
- Sẹo xấu/co rút: Phục hồi chức năng, tạo hình sau (chuyển tuyến).
- Uốn ván: Chuyển tuyến khẩn (dù hiếm nếu dự phòng tốt).
- Phòng ngừa: Giáo dục cộng đồng sơ cứu vết thương, tiêm uốn ván định kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định 5728/QĐ-BYT năm 2017: Tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình" (Bộ Y tế)
2. Phác đồ "Chẩn đoán và xử trí vết thương phần mềm" - Sở Y tế TP.HCM 2017.
3. Phác đồ "Điều trị ngoại khoa" - BV Chợ Rẫy 2013 (cập nhật thực hành).

***** Hướng dẫn này ưu tiên kỹ thuật cơ bản, an toàn tại tuyến cơ sở. Trường hợp vết thương phức tạp (đập nát nặng, tổn thương sâu, nhiễm trùng lan rộng, vùng đặc biệt), sốc, hoặc không ổn định cần chuyển tuyến trên ngay lập tức.*****

VIÊM RUỘT THỪA CẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm ruột thừa cấp là cấp cứu ngoại khoa phổ biến nhất tại tuyến huyện, thường gặp ở người trẻ (10-30 tuổi), nam hơi nhiều hơn nữ. Tỷ lệ tử vong thấp (<1% nếu không biến chứng), nhưng tăng cao nếu vỡ (5-15% ở người cao tuổi).

Bệnh do tắc nghẽn lòng ruột thừa (sỏi phân, tăng sản lympho, ký sinh trùng, hiếm hơn khối u), dẫn đến ứ đọng, vi khuẩn phát triển, viêm, hoại tử và vỡ nếu chậm trễ (thường trong 24-72 giờ từ khởi phát).

Tại tuyến cơ sở: Nguồn lực hạn chế (ít nội soi, CT hiếm), nên ưu tiên **chẩn đoán lâm sàng + siêu âm** (phương pháp đầu tay, sẵn có ở TTYT), điều trị bằng **mổ mở cắt ruột thừa** là tiêu chuẩn vàng. Không khuyến cáo routine điều trị không phẫu thuật (kháng sinh đơn thuần) do tỷ lệ tái phát cao (20-40% sau 1 năm) và khó theo dõi. Chuyển tuyến nếu biến chứng nặng hoặc bệnh nhân không ổn định.

II. PHÂN LOẠI

1. Độ nặng lâm sàng

- Không biến chứng: Viêm cấp tính, chưa vỡ (phổ biến nhất).
- Biến chứng: Vỡ → viêm phúc mạc khu trú/toàn thể, áp xe, đám quánh.

2. Thể lâm sàng

- Điển hình (70%): Đau khu trú hố chậu phải.
- Không điển hình (30%): Đau lan tỏa (trẻ em <10 tuổi, người già >60 tuổi, phụ nữ mang thai, ruột thừa lạc chỗ - retrocecal, pelvic).

III. CHẨN ĐOÁN

1. Hỏi bệnh

- Đau bụng khởi phát quanh rốn/thượng vị (vị trí nội tạng), sau 6-24 giờ di chuyển khu trú hố chậu phải (vị trí thực thể).
- Chán ăn (dấu hiệu sớm nhất và thường gặp nhất), buồn nôn/nôn (thường sau đau), sốt nhẹ.
- Không có tiêu chảy hoặc táo bón rõ ràng (nếu có → nghĩ phân biệt khác).

2. Khám lâm sàng

- Toàn thân: Sốt nhẹ (37.5-38.5°C), mạch nhanh, vẻ mặt nhiễm trùng (môi khô, lưỡi bẩn).
- Bụng:

- Ấn đau điểm McBurney (1/3 ngoài đường nối gai chậu trước trên phải - rốn) → dấu hiệu đặc hiệu nhất.
- Phản ứng thành bụng (+), dấu Blumberg (đau dội khi thả tay đột ngột).
- Dấu Rovsing (+): Ấn hố chậu trái → đau hố chậu phải.
- Dấu psoas (+): Duỗi chân phải đau (ruột thừa retrocecal).
- Dấu obturator (+): Xoay trong hông phải đau (ruột thừa pelvic).

3. Cận lâm sàng

- Công thức máu: Bạch cầu tăng (10.000-18.000/mm³), đa nhân trung tính >75%.
- CRP (nếu có): Tăng (hỗ trợ phân biệt biến chứng).
- Beta-hCG (phụ nữ tuổi sinh sản): Loại trừ thai ngoài tử cung.
- Siêu âm bụng: Phương pháp đầu tay (độ nhạy 80-95% ở tuyến huyện): Ruột thừa >6-7mm đường kính, thành dày >3mm, dịch quanh, giả mạc, áp xe, ấn không xẹp.
- X-quang bụng: Ít giá trị, chỉ loại trừ thủng tạng (khí tự do dưới hoành).
- CT bụng: Chỉ khi siêu âm không rõ + có điều kiện (hiếm ở huyện, tránh lạm dụng do bức xạ).

4. **Điểm số hỗ trợ: Alvarado score** (bảng chi tiết dưới, điểm ≥7: nghi ngờ cao, chỉ định mổ; ≥5-6: theo dõi sát)

Triệu chứng/Dấu hiệu	Điểm
Đau di chuyển xuống hố chậu phải	1
Chán ăn	1
Buồn nôn/nôn	1
Ấn đau điểm McBurney	2
Phản ứng thành bụng (Blumberg)	1
Sốt >37.3°C	1

Triệu chứng/Dấu hiệu	Điểm
Bạch cầu >10.000/mm ³	2
Đa nhân trung tính >75%	1
Tổng điểm	10

- 0-4: Khó xảy ra viêm ruột thừa.
- 5-6: Có thể, theo dõi + siêu âm.
- 7-10: Cao nghi ngờ, chỉ định mổ.

5. Chẩn đoán xác định

Ví dụ: "Viêm ruột thừa cấp không biến chứng, Alvarado 8, siêu âm ruột thừa 8mm + dịch quanh, chưa vỡ".

6. Chẩn đoán phân biệt

• Viêm túi thừa Meckel, sỏi niệu quản phải, thai ngoài tử cung, u nang buồng trứng vỡ/xoắn, viêm túi mật, thủng dạ dày/tá tràng, viêm đại tràng phải, lồng ruột (trẻ em).

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị tại TTYT

- Cấp cứu ngoại khoa: Cắt ruột thừa sớm (lý tưởng trong 12-24 giờ từ chẩn đoán) bằng **mổ mở** (McBurney incision) là tiêu chuẩn (ít nội soi, an toàn hơn khi biến chứng).
- Không routine điều trị không phẫu thuật (chỉ xem xét nếu bệnh nhân từ chối mổ + không biến chứng + theo dõi sát).
- Chuyển tuyến ngay nếu: Viêm phúc mạc lan tỏa, áp xe lớn, sốc nhiễm khuẩn, bệnh nhân cao tuổi/đồng mắc nặng, trẻ em <5 tuổi/phụ nữ mang thai nghi ngờ.

2. Sơ cứu và chuẩn bị trước mổ

- Nhịn ăn, đặt sonde dạ dày nếu nôn/chướng bụng.
- Truyền dịch tĩnh mạch (NaCl 0.9% hoặc Ringer lactate) bù nước điện giải.
- **Kháng sinh dự phòng** (tiêm TM 30-60 phút trước mổ):

- Cefotaxime/Ceftriaxone 1-2g + Metronidazole 500mg (phổ biến, dễ tìm).
- Thay thế: Amoxicillin-clavulanate 1-2g hoặc Levofloxacin 500mg + Metronidazole nếu dị ứng penicillin.
- Giảm đau: Paracetamol 500-1000mg; opioid nhẹ (tránh morphin nếu nghi thủng để không che lấp triệu chứng).

3. Phẫu thuật chính (mổ mở – McBurney incision)

- Vết rạch 5-10cm tại điểm McBurney.
- Xác định manh tràng → tìm ruột thừa → cắt gốc (ligation bằng chỉ thép hoặc chỉ hấp thụ, khâu vùi gốc nếu cần).
- Lau rửa ổ bụng bằng nước muối ấm nếu có mủ/dịch, đặt dẫn lưu nếu phúc mạc hoặc áp xe (thường rút sau 1-3 ngày).
- Thời gian mổ: 30-60 phút.
- Biến chứng:
- Viêm phúc mạc khu trú/toàn thể: Cắt + lau rửa kỹ + dẫn lưu đa vị trí.
- Áp xe: Nếu nhỏ → mổ giải quyết; lớn → chọc hút/dẫn lưu dưới siêu âm (nếu có) + kháng sinh, hẹn cắt ruột thừa chương trình sau 6-12 tuần (chuyên tuyến).
- Đám quánh: Kháng sinh, theo dõi, hẹn cắt sau 3 tháng (chuyên tuyến).

4. Sau mổ

- **Kháng sinh:**
- Không vỡ: 24-48 giờ (ngừng nếu ổn định lâm sàng).
- Có vỡ/phúc mạc: 5-7 ngày hoặc lâu hơn (cephalosporin + metronidazole, theo dõi sốt, CRP, bạch cầu).
- Ăn uống: Bắt đầu sớm (ngày 1 nếu ổn: nước → cháo loãng → ăn thường).
- Vận động sớm, theo dõi vết mổ (nhiễm trùng vết mổ ~5-10%).
- Xuất viện: 3-5 ngày nếu không biến chứng.
- Tái khám: 7-10 ngày, theo dõi dính ruột/tắc ruột lâu dài.

V. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- Viêm phúc mạc/sốc nhiễm khuẩn: Bù dịch khẩn, kháng sinh phổ rộng, chuyên tuyến ngay.
- Nhiễm trùng vết mổ/áp xe ổ bụng: Kháng sinh, cắt lọc, dẫn lưu.
- Dính ruột/tắc ruột muộn: Theo dõi, phẫu thuật nếu cần (chuyên tuyến).

- Phòng ngừa: Giáo dục cộng đồng về đau bụng cấp → khám sớm tại tuyến cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị viêm ruột thừa – Bệnh viện Đại học Y khoa Vinh (benhviendaihocykhoavinh.vn).
2. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines (World Journal of Emergency Surgery, 2020 - cập nhật mới nhất đến 2026).

****** Hướng dẫn này ưu tiên kỹ thuật cơ bản, an toàn tại tuyến cơ sở. Trường hợp biến chứng nặng (viêm phúc mạc lan tỏa, áp xe lớn, sốc), trẻ em/phụ nữ mang thai/người già, hoặc không ổn định cần chuyển tuyến trên ngay lập tức.******