

PHÁC ĐỒ CẤP CỨU CÁC VẾT THƯƠNG TỬ CHI: VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM, VẾT THƯƠNG KHỚP, VẾT THƯƠNG HỖ

I. ĐẠI CƯƠNG :

Vết thương là các tổn thương làm rách da hoặc niêm mạc và thường có chảy máu ra ngoài.

Vết thương chỉ làm tổn thương các mô mềm bao gồm da, mô liên kết dưới da, mỡ, gân, cơ được gọi là vết thương phần mềm.

Vết thương đứt gân, đứt thần kinh, đứt mạch máu là các vết thương đặc biệt. Vết thương làm thông ổ khớp ra bên ngoài gọi là vết thương thấu khớp.

Vết thương làm thông ổ gãy xương ra ngoài gọi là vết thương gãy hở.

Tất cả các loại vết thương đều bao gồm vết thương phần mềm.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Vết thương tử chi là thương tổn có thể thấy ngay trên cơ thể bệnh nhân, trừ trường hợp vết thương gãy hở xương chậu làm thủng trực tràng hoặc âm đạo. Khi thăm khám và chẩn đoán cần ghi nhận: vị trí, kích thước, bờ mép, độ sâu, các tổn thương thấy được trong vết thương. Nếu bệnh nhân đến muộn sau 6 – 12 giờ phải mô tả sự viêm tấy, dịch xuất tiết, mùi và khám hạch vùng góc chi để xem vết thương bị nhiễm trùng hay không.

2. Cận lâm sàng

Cấy dịch vết thương đối với các vết thương lớn, dập nát nhiều để điều trị theo kháng sinh đồ sau này.

3. Chẩn đoán

- **Chẩn đoán vết thương khớp:** Khi có vết thương gần vùng khớp và thấy được mặt sụn khớp hoặc thấy dịch khớp chảy ra ngoài hoặc khi dùng que thăm dò vào vết thương thấy được mặt khớp trơn láng.
- **Chẩn đoán vết thương gãy xương hở:** Khi có vết thương gần ổ gãy xương và thấy máu chảy ra có váng mỡ hoặc thấy được đầu xương gãy hoặc qua vết thương sờ được đầu xương gãy.
- **Các vết thương rộng lớn, dập nát nhiều:** Cần phải xác định có gãy xương kèm theo hay không bằng cách chụp X-quang. Phải giải quyết nhanh nhưng hạn chế thăm khám vì gây đau đớn cho người bệnh. Việc thăm khám tỉ mỉ sẽ thực hiện tại phòng mổ.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị :

Tất cả các vết thương phải điều trị cấp cứu chống nhiễm trùng theo nguyên tắc như nhau. Trong quá trình điều trị, đặc biệt là lúc mổ cắt lọc phải phối hợp với việc xử trí các tổn thương đặc hiệu kèm theo như gãy xương, đứt thần kinh, đứt gân ...

- Sau khi thăm khám, băng vết thương sạch và bất động chi
- Ưu tiên hồi sức với các tổn thương khác đe dọa tính mạng bệnh nhân.
- Nguyên tắc điều trị cấp cứu bao gồm: cắt lọc – kháng sinh – bất động – kê cao chi.
- Thực hành theo thứ tự: kháng sinh – mổ cắt lọc – bất động chi – kê cao chi, chăm sóc hậu phẫu.

2. Kháng sinh

Cho kháng sinh càng sớm càng tốt ngay khi bệnh nhân vừa nhập viện.

Kháng sinh liều cao, phổ rộng, theo đường tĩnh mạch là tốt nhất.

3. Mổ cắt lọc

Làm các xét nghiệm tiền phẫu cần thiết.

Báo ngay cho phòng mổ biết có ca mổ để chuẩn bị.

Khẩn trương mổ càng sớm càng tốt.

Kỹ thuật mổ cắt lọc vết thương

Bắt đầu rửa thô vết thương để làm sạch bề mặt và môi trường xung quanh vết thương. Vết thương có dự định giải quyết các tổn thương đặc hiệu như kết hợp xương, khâu gân ... phải chú ý giai đoạn này, đôi khi phải cạo lông quanh vết thương trước khi mổ để phẫu trường hoàn toàn sạch sẽ. Sau khi trải khăn vô trùng, có thể ga-rô gốc chi nếu vết thương có khả năng chảy máu nhiều, nhưng ga-rô phải được tháo ra và phẫu thuật viên phải kiểm tra lại việc cắt lọc đã tốt chưa trước khi kết thúc cuộc mổ.

Công việc mổ cắt lọc bao gồm: cắt bỏ mô dập nát hoặc đã chết. lấy bỏ hết dị vật, lấy bỏ hết máu tụ, che phủ mô quý và dẫn lưu vết thương. Việc cắt lọc nên tiến hành từ ngoài vào trong và từ nông đến sâu. Trước hết dùng dao xén mép da cho sắc gọn đến vùng da sống. Tiếp theo cắt bỏ các mô dập, dị vật và tụ máu. Dùng kéo để cắt hớt toàn bộ bề mặt của vết thương sẽ giúp lấy hết máu tụ và dị vật bám trên bề mặt vết thương. Tiếp theo cắt bỏ các mô dập nát hoặc mô chết do thiếu máu nuôi. Sau giai đoạn này phải thấy được toàn bộ bề mặt vết thương là các mô sống, hồng hào và có trương lực mềm mại. Tiếp theo mở rộng vết thương về phía nghi ngờ còn có dị vật hay mô dập, mô chết một cách tỉ mỉ hơn. Rửa và cắt lọc có thể lập đi lập lại nhiều lần cho đến khi vết thương sạch hoàn toàn. Chú ý không thao tác trên đối với vết mổ sạch. Khi thăm máu vết thương phải dùng gạc mới hoàn toàn, không dùng gạc đã thấm máu chỗ này sang thấm máu chỗ khác trên vết thương, nếu không sẽ làm dấy bẩn từ nơi chưa cắt lọc sang nơi đã cắt lọc sạch. Sau khi làm sạch hoàn toàn vết thương, xử trí các tổn thương như khâu cơ, khâu gân, nối thần kinh, cố định xương ... Cuối cùng mới tính việc khâu lại vết thương và phải che phủ được các mô quý như gân, thần kinh, mạch máu, xương ... vì các mô này phơi bày ra ngoài sẽ bị khô và chết đi, nếu không che phủ được các mô này bằng da tại chỗ thì phải dùng thủ thuật xoay da, xoay cơ để che. Trong trường hợp không thể che phủ được phải đắp gạc ẩm liên tục và phải tính đến việc tiến hành làm kỹ thuật vi phẫu tạo hình cho vết

thương. Việc đóng kín vết thương sẽ giúp vết thương lành tốt hơn nhưng với điều kiện vết thương phải sạch hoàn toàn, khâu không bị căng. Tất cả các vết thương lớn, kèm gãy xương cần phải được dẫn lưu. Có thể dẫn lưu theo tư thế bằng cách để hở vết thương hoặc dẫn lưu kín bằng ống nếu vết thương được đóng kín.

4. Bất động

Tùy tính chất vết thương mà có cách bất động thích hợp. Vết thương phần mềm nhỏ không cần bất động, nhưng nếu ở vùng khớp cử động như gối, cổ chân, khuỷu, cổ tay ... thì cần phải bất động. Các vết thương lớn thì phải bất động tốt, kể cả khi không bị tổn thương xương khớp.

IV. CHĂM SÓC HẬU PHẪU

Các vết thương nhỏ có thể cho xuất viện ngay ngày hôm sau, hay chuyển về điều trị tại các tuyến y tế cơ sở. Các vết thương phức tạp phải giữ lại bệnh viện để theo dõi, kê cao chi vừa phải để chống phù nề, thay băng mỗi ngày để theo dõi diễn tiến vết thương, nếu có dấu hiệu nhiễm trùng hoặc xuất hiện mô chết phải cắt lọc lại, tiếp tục dùng kháng sinh từ 5 đến 7 ngày.

Sau 5-7 ngày, nếu vết thương không nhiễm trùng có thể khâu da thì hai hoặc ghép da kín vết thương./.