

ĐIỀU TRỊ GÃY HỖ

Mục tiêu chính:

- Ngăn ngừa nhiễm trùng
- Đạt được sự liền xương
- Phục hồi chức năng sớm

Ở PHÒNG CẤP CỨU

- 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 povidone-iodine (Betadin). Nếu vết thương có dính dị vật lớn, có thể dùng kèm 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 để 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 \geq 3lần 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 dơ, 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)*

ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN : gãy hở độ I, vết thương sạch, bệnh nhân đến sớm và gãy xương vững.

PHẪU THUẬT: hầu hết các trường hợp:

1. 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

2. 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.

3. 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 vật 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 độ 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 $\geq 7đ$