

1. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BƯỚU LÀNH SỤN

I. ĐỊNH NGHĨA

Bướu lành sụn là bướu lành của sụn hyalin, phát triển từ sụn tiếp hợp.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Triệu chứng thương gặp là đau, sưng có thể xuất hiện từ nhiều tuần đến nhiều năm trước khi được chẩn đoán.
- Bướu ở bàn tay kích thước thường 1 – 3 cm, giới hạn vận động khớp kế cận, đa số đau do gãy xương “mỏi”.
- Một số trường hợp phát hiện tình cờ, do bệnh nhân đến khám vì lý do khác.

2. Cận lâm sàng

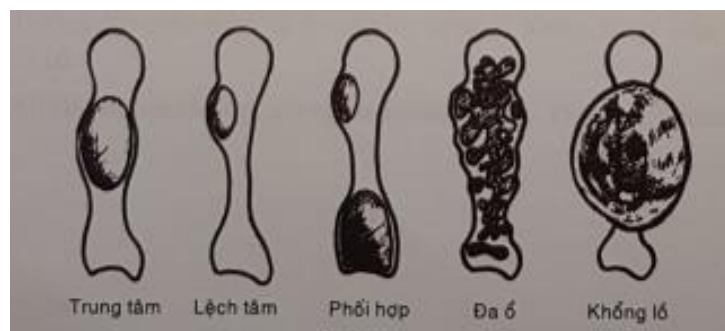
XQ: hình ảnh hủy xương “kiểu khối” vùng đầu thân hoặc đầu thân – thân xương. Bướu có thể trung tâm, lệch tâm hay nhiều nơi, ngấm calci mịn hoặc khô, kích thước thường nhỏ hơn 3cm.

- Bướu lành nội sụn: có giới hạn rõ, làm mỏng và phình vỏ xương, tạo hình ảnh sóng vỗ bờ nhưng vỏ xương còn nguyên vẹn. ở người lớn bướu ít ăn mòn vỏ xương từ bên trong và không làm phình mỏng vỏ xương.
- Bướu lành sụn màng xương: tổn thương hình tròn, nhô ra khỏi xương, có đường viền xương xơ đặc phân cách với xương xốp vùng đầu thân, đây là tiêu chuẩn phân biệt với bướu sụn xương.

CT Scan: giúp thấy rõ hơn tổn thương hủy xương, hủy vỏ xương đặc biệt là các xương có cấu trúc giải phẫu phức tạp hoặc nằm sau và các vùng ngấm Calci có thể không thấy trên phim XQ quy ước.

3. **Giải phẫu bệnh:** dựa vào hình ảnh đại thể và vi thể của bướu.

4. **Phân độ:** Takigawa (1971) dựa trên XQ chia làm 5 dạng:



III. ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI – TÁI KHÁM

1. Chỉ định, phương pháp điều trị

a. **Bướu lành sụn màng xương:** mổ cắt rộng bướu cùng đường viền xương đặc.

b. **Bướu lành nội sụn:**

- ở xương dài lớn: luôn phải sinh thiết để xác định chẩn đoán cho dù hình ảnh XQ điển hình.
- ở xương bàn ngón: do tỷ lệ hóa ác rất thấp nên có thể không cần sinh thiết trước mà có thể mổ cắt trọn bướu hoặc nạo hết bướu.

c. **Các phương pháp phẫu thuật thường được áp dụng:**

- Nạo bướu + ghép xương.
- Cắt rộng bướu + ghép xương + KHX.
- Nạo bướu đơn thuần.
- Cắt bỏ ngón tay: trường hợp bướu ớn, xâm lấn mô mềm nhiều, mất chức năng ngón tay.

2. Thuốc sử dụng:

- Dịch truyền
- Kháng sinh: sử dụng loại kháng sinh phổ rộng (có thể dùng kết hợp 2 nhóm)
- Giảm đau: dùng riêng lẻ hoặc phối hợp.
- Kháng viêm
- Thuốc chống sưng

3. Theo dõi

- Sự lành vết mổ.
- Sự lành xương ghép.
- Hướng dẫn tập vật lý trị liệu và theo dõi chức năng chi.

4. Tái khám

- Tái khám sau mổ 1 tuần/ 1 lần trong 1 tháng đầu, 1 tháng / 1 lần trong 3 tháng kế tiếp. Sau đó tái khám định kỳ mỗi 3 tháng / lần.
- Cận lâm sàng khi tái khám:
XQ quy ước và XQ phổi cho mỗi lần tái khám.
CT Scan khi nghi ngờ bướu tái phát hay hóa ác.

IV. BIẾN CHỨNG

- Theo dõi sự nhiễm trùng, lành xương ghép, mất máu,...
- Theo dõi sự tái phát , hóa ác và di căn xa.

2. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỌC XƯƠNG PHÒNG MÁU

I. ĐỊNH NGHĨA

Bọc xương phòng máu là một tổn thương hủy xương, lành tính và làm xương nở phòng lên. Thường xảy ra nhất ở vùng đầu thân của xương dài, đốt sống hoặc những xương dẹt. Gồm vô số những khoang chứa máu, phân cách nhau bằng những cách mô liên kết chứa những đại bào đa nhân và sự tạo xương phản ứng.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Chủ yếu xảy ra ở lứa tuổi thanh thiếu niên.
- Là một tổn thương lành tính tương đối ít gặp, chiếm 1 % các bướu xương nguyên phát, 1.5 – 4 các bướu xương lành tính.
- Bọc xương phòng máu có thể xảy ra ở hầu hết các xương trong cơ thể. Trong đó xương dài và cột sống chiếm khoảng 60 – 70%.
- Đau, sưng là những triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất.
- ở cột sống các thành phần phía sau hoặc cả thân đốt sống bị hủy và nở phòng lên. Sự tổn thương nhiều thân đốt sống kế cận làm hư đĩa đệm, gây xẹp đốt sống hoặc lan vào ống sống, xương sườn, mô mềm cạnh sống.

2. Cận lâm sàng

- XQ : là một tổn thương hủy xương lệch tâm, nở phòng nhiều cách ngăn tạo nên biểu hiện “bọt xà phòng”.
- CT Scan: rất cần thiết trong việc khảo sát các tổn thương ở cột sống, xương chậu. Một số trường hợp thấy mức dịch – dịch.
- MRI: giúp xác định đúng mức lan rộng của tổn thương. Tổn thương nở phòng, chia thùy hoặc có vách ngăn, tạo nên nhiều hốc chứa đầy dịch, với mức dịch – dịch thường thấy tốt nhất trên hình ảnh T2.
- Xạ hình xương: luôn tăng hấp thu xạ, tạo nên biểu hiện “vòng sáng”, nhưng dấu hiệu này cũng không đặc hiệu.

3. Giải phẫu bệnh

- Đại thể: là một tổn thương nở phòng. Mặt các có nhiều hốc kích thước rất khác nhau từ 1mm – 4cm được lấp đầy máu không đông và dịch máu.

- Ví dụ: gồm vô số hốc kích thước khác nhau chứa đầy máu. Vách của hốc không được lót bởi mô cơ trơn và nội mô như mạch máu bình thường. Mô đệm gồm những nguyên bào sợi và những đại bào đa nhân (kiểu hủy cốt bào) nhưng nhỏ hơn.

III. PHÂN LOẠI

- Bọc xương phòng máu nguyên phát, xảy ra mà không có tổn thương xương khác đi kèm, không biết căn nguyên.
- Bọc xương phòng máu thứ phát: xảy ra thường kết hợp với một bứu xương hoặc tổn thương xương đã có trước đây. Việc điều trị phải tùy thuộc vào tổn thương kèm hợp.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Sinh thiết

2. Điều trị

- Cắt bỏ tổn thương đềm đoạn xương (xương mác, xương trụ)
- Cắt nạo tổn thương (dùng máy mài cao tốc) + ghép xương (tự thân hoặc đồng loại)
- Cắt nạo tổn thương (dùng máy mài cao tốc) + ghép xương tự thân + xi măng: tổn thương có kích thước lớn, không đủ xương ghép.
- KHX khi có gãy xương bệnh lý hoặc dọa gãy xương bệnh lý.
- Bó bột hoặc nẹp tăng cường cố định xương.

3. Tái khám và theo dõi

- Tái khám định kỳ sau 2 tuần, 4 tuần, 3 tháng, 6 tháng, 1 năm, 2 năm.
- Thuốc:
Kháng sinh đường uống
Giảm đau, kháng viêm
Chống phù nề
Calci + Vit D3.

V. BIẾN CHỨNG

- Chảy máu
- Nhiễm trùng
- Tái phát.

3. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BƯỚU ĐẠI BÀO MÀNG GÂN

I. ĐỊNH NGHĨA

Bướu đại bào màng gân là một trong những tổn thương phát triển từ màng gân được mô tả đầu tiên vào năm 1852 bởi Chassagnac. Bướu đại bào màng gân thường ở bàn tay, bàn chân còn có tên gọi khác là viêm màng gân dạng nốt (Nodular Tenosynovitis). Đôi khi bướu dính gân, bao khớp và có thể ăn lẹm xương.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Lứa tuổi thường gặp từ 30 – 50 tuổi và đỉnh cao là từ 40 – 50 tuổi. Tỷ lệ bướu xảy ra ở nữ cũng cao hơn nam với tỷ lệ 3 :2. Bướu đại bào màng gân thường xảy ra ở các ngón tay và ngón chân, đặc biệt ở ngón tay chiếm 59 %. Tỷ lệ bướu xảy ra ở gân gấp tương đối cao chiếm 70.22%,nhưng cũng không phải là hiếm xảy ra ở gân duỗi và cả hai gấp.
- Bướu đại bào màng gân thường không gây triệu chứng khó chịu gì cho bệnh nhân ngoại trừ bướu ngày càng to, cũng có một số trường hợp bướu gây ra đau và tê đầu ngón tay (chiếm 16.21%). Những trường hợp bướu quá lớn có thể làm mất chức năng ngón.

2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: phát hiện tổn thương với vị trí và kích thước.
- XQ: có thể phát hiện hình ảnh khuyết xương.
- GPB: sau mổ khẳng định chẩn đoán.

III. ĐIỀU TRỊ THEO DÕI, TÁI KHÁM

1. Chỉ định, phương pháp điều trị

- a. Bảo tồn: bướu không có chỉ định bảo tồn.
- b. Phẫu thuật: theo các tác giả thì phương pháp cắt trọn bướu và các tổn thương vệ tinh là phương pháp phẫu thuật được lựa chọn. Tuy nhiên rất khó để cắt hoàn toàn bướu trong những trường hợp bướu dính với màng gân hoặc màng khớp. Thường thì cắt 1 phần của bao khớp hoặc gân được xem là biện pháp cần thiết để loại bỏ hoàn toàn khối bướu. Trong những trường hợp có khuyết xương dùng dụng Curette bạo để làm sạch ổ khuyết xương. Phẫu thuật cắt bỏ đốt ngón được chỉ định khi bướu quá lớn mất chức năng chi. Xét nghiệm giải phẫu bệnh là bắt buộc khi lấy bướu.

2. Thuốc sử dụng

- Kháng sinh: thời gian dùng 5 – 7 ngày.
- Giảm đau: dùng riêng lẻ hoặc phối hợp.
- Thuốc chống sưng.
- Thuốc cầm máu.

3. Theo dõi: ghi các dấu hiệu cần theo dõi, thời gian theo dõi: Tình trạng tưới máu ngón, tình trạng vết thương.

4. Tái khám

- Thời điểm tái khám: sau 1 tuần và sau mỗi 3 tuần nếu có biến chứng
- Các cận lâm sàng cần thiết: siêu âm + XQ.

IV. BIẾN CHỨNG

Nhiễm trùng vết mổ, tê đầu ngón, cứng khớp, hoại tử ngón, tái phát.

4. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỌC HOẠT DỊCH

I. **ĐỊNH NGHĨA:** Bọc hoạt dịch là tổn thương thường gặp, chứa dịch nhầy như dầu máy dùng để bôi trơn

Bản chất của tổn thương:

- Bệnh là một tổn thương giả bursơ, là một bọc chứa dịch nhầy Mucopolysaccharide không có sự tăng sinh của tế bào.
- Bệnh có 2 dạng tổn thương khác nhau : bọc hoạt dịch và bọc màng/ túi hoạt dịch.

II. BỌC HOẠT DỊCH

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán

a. Lâm sàng:

- Vị trí tổn thương thường gặp :
 - (1) Mặt lưng cổ tay, ở sát phía ngoài các gân duỗi ngón tay
 - (2) Mặt lòng cổ tay, nằm giữa các gân cơ gập cổ tay quay và dạng ngón cái dài.
 - (3) Lòng ngón tay, bàn tay và mặt lưng bàn chân.
Đôi khi bọc hoạt dịch còn được tìm thấy trong mô dưới da đầu ngón tay và ở vùng gối. Tổn thương dạng bọc “bọc hoạt dịch” có thể thấy trong xương, mô thần kinh.
 - Bọc hoạt dịch thường xảy ra chủ yếu ở người trẻ tuổi, nhất là phụ nữ từ 25 – 45 tuổi.
 - Phân nửa trường hợp có kèm đau, nhức nhẹ và ảnh hưởng đến chức năng. Tiền sử chấn thương gặp trong 50 % trường hợp.
- b. Đặc điểm bệnh học:
- Tổn thương thường dính vào màng bao khớp, màng gân, đôi khi nằm trong gân cơ, cơ trên sụn bán nguyệt. Tổn thương không thông với ổ khớp.
 - Đây là loại tổn thương được tạo nên bởi mô nhầy hay gặp nhất. Chất nhầy được tạo ra nhiều từ các nguyên bào sợi và tập ợp lại, hình thành bọc có 1 hoặc nhiều ngăn. Vách bọc không được lót bởi màng khớp mà bằng mô sợi. Như vậy bọc hoạt dịch được hình thành là do sự thoái hóa nhầy của mô liên kết.
 - Bọc hoạt dịch thường có kích thước 1.5 – 2.5 cm đường kính. Bọc chứa dịch nhầy trong.

c. Cận lâm sàng

- Tổn thương dạng bọc có vách ngăn và chứa dịch được phát hiện dễ dàng qua siêu âm, CT hoặc MRI. Những tổn thương này có thể có hình ảnh giống nhau trên CT và MRI không có chất cản quang. CT cho thấy hình ảnh ít cản quang. MRI cho thấy tổn thương có tín hiệu thấp trên T1 và rất cao trên T2. Siêu âm cho thấy có khối mất âm với thặng phía sau điểm hình cho khối chứa đầy dịch.
- Hình ảnh học khó phân biệt với các tổn thương dạng bọc khác. Vị trí là đặc tính quan trọng giúp nghĩ đến bọc hoạt dịch.

2. Xử trí

- Không cần thiết sinh thiết để xác định chẩn đoán.
- Hầu hết có thể điều trị bằng phương pháp không phẫu thuật hoặc cắt bỏ tổn thương. Đôi khi bọc có thể tự biến mất, đôi khi tái phát sau bó bề hoặc chọc hút dịch.
- Điều trị được ưa chuộng là cắt trọn tổn thương với viên mô màng khớp hoặc màng gân ở dưới đáy, tỷ lệ tái phát thấp. Bọc hoạt dịch ở màng gân gập ngón tay được điều trị bằng cách chọc bề một cách tỉ mỉ. Theo Nelson và cộng sự tỷ lệ khỏi là 94% sau mổ với gây mê hoặc tê từng nhánh, 84% với gây tê tại chỗ có garo và 65 % bằng bóp bề hay chích bề bọc sau chích Cortisone.

- 3. Tai khám, theo dõi:** tái phát là triệu chứng quang trọng cần theo dõi dù điều trị không phẫu thuật hoặc bằng phẫu thuật. Ngoài ra nhiễm trùng vết mổ cũng là triệu chứng cần theo dõi khi điều trị bằng phẫu thuật.

III. BỌC MÀNG HOẠT DỊCH

Bọc màng hoạt dịch hầu hết gặp ở khoeo chân, còn gọi là “bọc Baker”.

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán

a. Lâm sàng:

- Tổn thương ở khoeo chân, có giới hạn rõ, sờ có cảm giác căng chứa dịch, lộ rõ khi duỗi gối và chui và khớp khi gập gối. Đây là đặc điểm quan trọng để chẩn đoán phân biệt với các khối u phần mềm khác.
- Bọc có thể gây cảm giác căng, tức, khó chịu hoặc mỏi.
- Bọc màng hoạt dịch có thể rất lớn lan xuống bắp chân gây căng tức, đau, có thể nhầm với viêm kèm huyết khối tĩnh mạch.

- Ngoài ra còn có triệu chứng của các bệnh lý khớp đi kèm.
- b. Hình ảnh học:
 - Hình ảnh giống như của bọc hoạt dịch đã mô tả ở trên.
 - Tuy nhiên thấy được hình ảnh bọc màng hoạt dịch thông nối với ổ khớp.
- c. Đặc điểm bệnh học:
 - Hầu hết bọc Baker là do túi hoạt dịch giãn rộng nên có thể gọi là bọc túi hoạt dịch. Rất nhiều túi hoạt dịch hiện diện ở vùng khoeo nằm giữa các gân chân gối và các dây chằng bên hay mâm chày. Túi hoạt dịch còn hiện diện rất sâu ở mỗi đầu của cơ sinh đôi. Triệu chứng thường xảy ra nhất ở túi hoạt dịch nằm bên dưới đầu trong cơ sinh đôi hoặc ở túi hoạt dịch cơ bán màng. Túi hoạt dịch cơ bán màng là một túi đôi nằm giữa gân cơ bán màng và mâm chày trong và giữa gân cơ bán màng và đầu trong cơ sinh đôi.
 - Theo Meyerdin và Van Demark, bọc Baker có thể do : thoát vị của màng khớp qua phần sau bao khớp gối hoặc dịch từ khớp gối thoát qua đường thông nối bình thường vào túi hoạt dịch.
 - Bọc màng hoạt dịch lót bởi màng trung biểu mô (màng khớp, màng túi hoạt dịch) trụ cao hoặc dẹt tùy theo tế bào có hoạt động hay không.

2. Điều trị

- Bao gồm điều trị: các bệnh lý trong khớp và bọc màng hoạt dịch.
 - Xác định chẩn đoán các bệnh lý trong khớp (thấp khớp, lao khớp, bệnh nhiễm xạ khớp chèn – đùn, rách sừng sau sụn chêm trong), bằng lâm sàng, hình ảnh y học, xét nghiệm máu và dịch chọc hút. Các bệnh lý này được điều trị chuyên biệt bằng nội khoa hoặc phẫu thuật (mở, nội soi).
 - Điều trị bọc màng hoạt dịch bằng phương pháp không phẫu thuật (chọc hút dịch và tiêm Corticoid sau khi đã loại trừ các bệnh nhiễm trùng) hoặc cắt bỏ tổn thương. Tỷ lệ tái phát thay đổi tùy trường hợp.
- Tùy thuộc tổn thương thường xảy ra ở trẻ em (33 -55% các trường hợp) hay ở người lớn:

- Touloukian và Malloch nhấn mạnh sự khác biệt giữa bọc màng hoạt dịch khoeo chân ở trẻ em và người trưởng thành.
 - + Ở trẻ em, hiếm có khi sự thông thương giữa bọc với ổ khớp cũng như hiếm có các tổn thương bệnh lý trong khớp. Điều trị cắt bỏ bọc mang lại kết quả rất tốt hầu như không tái phát.
 - + Ở người trưởng thành 50% bọc màng hoạt dịch liên quan đến bệnh lý trong khớp nếu không giải quyết tốt các bệnh lý này thì bọc có thể tái phát.
- Gristina và Wilson nhận xét thấy bọc màng hoạt dịch hiếm gặp sau 7 tuổi và tổn thương ở trẻ em có thể từ từ tự biến mất nên không cần phải phẫu thuật cắt bỏ.
- Trong bệnh viêm khớp dạng thấp, có thể thấy các bọc màng hoạt dịch khoeo chân rất lớn, lan xuống bắp chân (Perri, Rodman và Mankin). Bọc khởi phát từ màng khớp và thông với ổ khớp gối, có thể thấy rõ qua chụp ổ khớp. Sau khi cắt bỏ bọc, cần cắt bỏ màng khớp để tránh bọc tái phát.
- Trường hợp có thể nhầm với viêm kèm huyết khối tĩnh mạch thì xử trí bằng cách điều trị nội khoa viêm huyết khối tĩnh mạch, 2 ngày sau cho làm siêu âm hoặc MRI hoặc chụp ổ khớp để xác định và cắt bỏ các bọc màng hoạt dịch.
- Sau khi cắt bọc màng hoạt dịch, cần cắt bỏ hết túi hoạt dịch, lỗ thông với ổ khớp được đóng lại bằng cách làm xơ hóa, khâu bằng chỉ, khâu che kín bằng gân cơ, hoặc để trống. Sau mổ khớp gối được bất động bằng nẹp, băng thu và cho phép đi chịu sức nặng. Ngay ngày đầu tiên sau mổ, cho bệnh nhân tập đưa thẳng cẳng chân lên cao và tập cơ tứ đầu đùi. Khi hết viêm cấp, tháo bỏ dụng cụ bất động khớp gối và cho tập gập duỗi gối chủ động.

3. Tái khám, theo dõi

Tái phát là triệu chứng quang trọng cần theo dõi dù điều trị không phẫu thuật hoặc bằng phẫu thuật. Ngoài ra nhiễm trùng vết mổ cũng là triệu chứng cần theo dõi khi điều trị bằng phẫu thuật.

- ❖ **Kết luận:** bọc hoạt dịch và bọc màng hoạt dịch là 2 tổn thương dạng bọc chứ chất hoạt dịch nhưng có bản chất khác nhau, cách

xử lý và dự hậu cũng khác nhau tùy trường hợp. Khi cần can thiệp phẫu thuật, phương pháp cắt bọc tận gốc kèm đốt mô màng gân – khớp quanh gốc bọc mang lại kết quả rất tốt với tỷ lệ tái phát thấp.

IV. THUỐC

- Kháng sinh dự phòng: kháng sinh phổ rộng.
- Giảm đau : kết hợp NSAIDs + nhóm Acetaminophen.
- Thuốc hỗ trợ lưu thông máu : Daflon 0.5g.
- Thuốc chống viêm loét dạ dày.

5. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BƯỚU ĐẠI BÀO MÀNG XƯƠNG

I. TỔNG QUAN

1. Định nghĩa

Bướu đại bào màng xương (BĐBX) là khối u lành tính về vi thể nhưng có tính chất xâm lấn tại chỗ, hiếm gặp di căn xa, điển hình bởi sự tăng trưởng các tế bào đơn nhân bầu dục và rải rác đều nhiều đại bào đa nhân.

2. Tỷ lệ:

- BĐBX hay gặp, chiếm 14.1% các bướu xương nguyên phát,
- Đứng thứ 3 sau sarcoma tạo xương và bướu sụn xương.
- Đa số thuộc lứa tuổi từ 20 -40 tuổi, nữ nhiều hơn nam.

3. Vị trí

- Hay gặp ở xương dài, gần gối, xa khuỷu.
- Bướu có thể gặp ở xương chậu nhưng hiếm ở xương bàn ngón của chi và xương sọ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Bướu tiến triển chậm, 90% có sưng và đau ít. Lâm sàng dễ nhầm với viêm và thấp khớp. Khoảng 10% trường hợp có gãy xương bệnh lý.

2. Cận lâm sàng

- Hủy xương ở đầu và thân xương lệch một bên, lan lát sụn khớp, tổn thương hình khối hoặc bọt xà phòng, như có vách ngăn, giới hạn tương đối rõ nhưng hiếm có đường viền xương đặc. Hầu hết không có phản ứng màng xương. Bướu lành hình mỏng rồi phá vỡ vỏ xương xâm nhập phần mềm.
- Campanacci chi BĐBX thành 3 độ:
 - Độ I: hủy xương có đường viền xương xơ đặc, vỏ xương nguyên vẹn hoặc bị ăn mòn ít, nhưng không bị phồng lên,
 - Độ II: hủy xương giới hạn rõ, nhưng không có đường viền xương xơ đặc luôn còn thấy cỏ xương dù bị biến dạng.
 - Độ III: hủy xương giới hạn không rõ, hủy vỏ xương, xâm lấn phần mềm.

3. Giải phẫu bệnh

a. Đại thể:

- Bướu phát triển từ xương xốp tạo thành khối. Vỏ xương bị mỏng và phình ra nhưng không đều. Mô bướu có giới hạn khá rõ màu thiếc, xám hoặc nâu đỏ do xuất huyết.

b. Vi thể:

Gồm 2 thành phần chính là địa bào đa nhân và tế bào đơn nhân giống nguyên bào sợi. Trong đó tế bào đơn nhân là thành phần quan trọng nhất.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Phương pháp điều trị

- Cắt trọng bướu có kết quả tốt hơn nhiều so với nạo bướu, không nên nạo bướu đơn thuần. Có thể sử dụng nhiệt độ lạnh, sức nóng hoặc phối hợp nhằm hạn chế tỷ lệ tái phát.
- Xạ trị: trước đây được dùng cho các trường hợp không mổ được, nhưng do tỷ lệ hóa ác cao nên ít sử dụng. Hiện nay xạ trị phân liều nhỏ, siêu điện thế giúp kiểm soát được bướu tại chỗ 85 – 90 % trường hợp nhưng không làm tăng tỷ lệ hóa ác.

2. Chỉ định điều trị.

- BDBX ở các xương nhỏ ít chịu lực hoặc chức năng ít quan trọng : cắt bướu. Chỉ ghép chỏm xương mác tự thân không có cuống cho BDB ở đầu dưới xương quay.
- BDBX gần các khớp xương lớn”
Cắt rộng bướu – thay khớp nhân tạo.
Cắt nạo bướu – mài cao tốc – ghép xương có hoặc không có xi măng.
- BDBX ở xương sống, xương chậu: cắt nạo bướu – ghép xương – xi măng. Có thể làm tắc mạch máu trước mổ để giảm tỷ lệ mất máu khi mổ.
- Đoạn chi khi bướu xâm lấn ra sát da.

6. PHÁP ĐỒ ĐIỀU TRỊ BƯỚU MẠCH MÁU

I. ĐỊNH NGHĨA

Do tăng sản các mạch máu lớn bờ các tế bào nội mô bình thường.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Thường gặp ở tuổi trẻ, đau ít, đau nhiều thường kèm gãy xương bệnh lý

2. Cận lâm sàng

X-Quang:

- Hình ảnh hủy xương, giảm mật độ xương, xâm lấn vỏ xương hoặc hình ảnh tổ ong, bọt xà phòng, sợi tĩnh mạch.
- Hiếm có phản ứng màng xương.
- Đôi khi thấy hình ảnh cản quang trong tổn thương do Calci hóa.

III. ĐIỀU TRỊ

- Điều trị ngoại trú: bướu nhỏ, không có triệu chứng đau, không đe dọa gãy xương bệnh lý. Tái khám theo dõi định kỳ mỗi tháng.
- Điều trị nội trú: khi bướu lớn nhanh, đau, ảnh hưởng vận động, đe dọa gãy xương bệnh lý.
- Nhập viện:
 - Cần có hình ảnh học MRI, siêu âm Doppler mạch máu.
 - Mổ cắt trọn bướu : không để sót bướu (tái phát nhanh).
 - Chiếu xạ.
 - Làm tắc mạch gốc đầu vào bướu.
- Thuốc sử dụng :
 - Kháng sinh trước, sau phẫu thuật.
 - Thuốc giảm đau.
 - Thuốc chống phù nề.
- Theo dõi:
 - Biến chứng hậu phẫu: chảy máu, nhiễm trùng.
 - Biến chứng xa: bướu tái phát.
- Tái khám: sau phẫu thuật định kỳ hằng tháng.

7. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BƯỚU SỤN XƯƠNG

A. BƯỚU SỤN XƯƠNG MỘT NƠI

I. ĐỊNH NGHĨA

Là khối u do tăng trưởng của một mô tủy xương và vỏ xương, bao phủ phía trên là lớp sụn, bấu nhô ra khỏi vỏ xương.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Thường gặp ở thiếu niên, thanh niên. Thường do bệnh nhân tự phát hiện do sờ thấy, đôi khi phát hiện do chụp X- Quang.
- Khám thấy khối u cứng, chắc, không di động dính vào thân hoặc đầu xương, hiếm khi gây đau, có thể vướng hoặc đau khi bệnh nhân vận động.

2. Cận lâm sàng

a. X – Quang:

- o Bướu cản quang, nhô ra khỏi vỏ xương, có hình ảnh vỏ liền vỏ - tủy liền tủy.
- o Đôi khi thấy hình ảnh cản quang trong tổn thương cơ Calci hóa.

b. MRI: cho đánh giá đúng độ dày của lớp chóp sụn trên bướu.

c. Phân độ : bướu lành có thể hóa ác.

III. ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI – TÁI KHÁM

1. Điều trị: theo dõi tái khám định kỳ mỗi 3 hoặc 6 tháng.

2. Phẫu thuật cắt bướu khi

- Bướu tiếp tục lớn khi bệnh nhân hết tuổi lớn (thường sau 20 tuổi)
- Bướu gây đau hoặc ảnh hưởng đến vận động hoặc làm biến dạng ảnh hưởng đến khớp gần bướu.
- Bướu nghi hóa ác (lớp chóp sụn dày)
- Làm mất thẩm mỹ.

3. Biến chứng

- Đau, chảy máu, nhiễm trùng, gãy xương sau phẫu thuật.
- Viêm cơ hóa cốt hóa, hóa ác thành Sarcoma sụn.

B. BƯỚU SỤN XƯƠNG NHIỀU NƠI

I. ĐỊNH NGHĨA: là bệnh di truyền gen trội nhiễm sắc thể thường, biểu hiện với bướu sụn xương nhiều nơi trên bộ xương.

II. CHẨN ĐOÁN: dễ dàng nhờ khám lâm sàng kết hợp X- Quang.

III. PHÂN ĐỘ: tỷ lệ hóa ác cao 5 -25% thành Sarcoma sụn.

IV. ĐIỀU TRỊ:

- Không thể cắt bỏ hết được các khối u, chỉ mổ các khối u khi”
Lớn nhanh.
Gây đau, ảnh hưởng đến vận động.
Làm các phẫu thuật chỉnh hình khi có biến dạng chi.
- Theo dõi tái khám định kỳ thường xuyên mỗi 3 tháng.
- Khi bứu hóa ác : điều trị như Sarcoma sụn.

8. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM BAO GÂN

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm/ nhiễm trùng bao gân gập là tình trạng viêm/ nhiễm trùng bao gân gập, hậu quả của viêm/ nhiễm trùng lan tỏa từ búp ngón hoặc từ vết thương đâm chọc ở mặt lòng bàn tay.

II. TÁC NHÂN

1. Vết thương đâm chọc

Vi khuẩn Gram dương: Staphylococcus aureus, Streptococcus,...

Vi khuẩn Gram âm: Pseudomonas,...

2. Vết thương động vật cắn

Pasteurella multocida là tác nhân thường gặp nhất, Streptococcus SPS,...

3. Bệnh nhân đái tháo đường, suy giảm miễn dịch

Nhiều tác nhân phối hợp, vi khuẩn kỵ khí.

III. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đau: ngang mức nếp gấp xa lòng bàn tay, mặt lòng gốc ngón tương ứng bao gân gập. Đau tăng khi ấn dọc bao gân hoặc duỗi thụ động ngón tay là triệu chứng chính
- Có thể kèm hoặc không kèm chấm xuất huyết.
- Sờ thấy tổn thương dạng nốt, đau, di động theo gân gập.
- Sốt: không hằng định.
- Dấu hiệu Kanavel:
 - Đau dọc theo bao gân gập.
 - Cứng ngón tay ở tư thế gập.
 - Đau khi duỗi ngón tay.
 - Sưng nề vùng tổn thương.

2. Cận lâm sàng:

Hình ảnh học: X –Quang bàn tay và ngón tay chuẩn hai bình diện nhằm loại trừ dị vật, viêm tủy xương, viêm khớp mủ hoặc chấn thương kín đáo.

- Bạch cầu, CRP : tăng trong 25% trường hợp.
- Tốc độ lắng máu: tăng trong 50% các trường hợp.
- Cây, nhuộm Gram, kháng sinh đồ.

3. Phân độ

Mức độ trung bình: ngón tay bất động tư thế gập hoàn toàn, đau khi thụ động duỗi ngón tay.

Mức độ nặng: giới hạn gập ngón tay, ngón tay kẹt ở tư thế gập

IV. ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI – TÁI KHÁM.

1. Điều trị ngoại trú

- Giai đoạn sớm: triệu chứng xuất hiện trong vòng 24h , chưa có dấu hiệu nhiễm trùng.
- Kháng viêm, giảm đau: NSAIDs.
- Nẹp bất động: khớp liên đốt ở tư thế duỗi tối đa.
- Theo dõi sát tuân thủ của bệnh nhân, đáp ứng với thuốc , giảm triệu chứng viêm, cải thiện biên độ vận động.
- Tái khám:

Đúng thời điểm tái khám.

Các cận lâm sàng cần thiết trong mỗi lần tái khám, thuốc cụ thể sử dụng trong mỗi lần tái khám.

2. Điều trị nội trú

a. Bảo tồn:

Giai đoạn trễ: triệu chứng xuất hiện hơn 24 -48h, không đáp ứng với điều trị kháng viêm NSAIDs, có dấu hiệu nhiễm trùng.

Kháng sinh tĩnh mạch: khi có dấu hiệu nhiễm trùng:

- Vancomycin: tác nhân Gram dương.
- Ciprofloxacin : tác nhân Gram âm.

Theo dõi sát đáp ứng của bệnh nhân : triệu chứng toàn thân, đáp ứng viêm tại chỗ.

b. Phẫu thuật : khi có mũ

- Triệu chứng xuất hiện hơn 24h.
- Không đáp ứng với điều trị kháng sinh tĩnh mạch với những bệnh nhân khởi phát triệu chứng trong vòng 24h.
- Bệnh nhân đái tháo đường hoặc suy giảm miễn dịch.

c. Dẫn lưu kín:

- Tưới rửa mỗi 2h với 30ml nước muối sinh lý, khám lại sau 48h để đánh giá dấu hiệu nhiễm trùng.

- Nếu còn mủ: tiếp tục tưới rửa mỗi 2h cho tới lúc đủ 24h, rút dẫn lưu khi hết dấu hiệu nhiễm trùng.
 - Nếu còn đau và chảy dịch từ vết thương: giữ dẫn lưu cho tới khi hết dấu hiệu nhiễm trùng.
 - Không có sự khác biệt giữa tưới rửa trong mổ và sau mổ 24 -48h.
 - Dẫn lưu hở: kéo dài sự lành vết thương và phục hồi chức năng, khó trở về biên độ vận động tối đa.
- d. Theo dõi:
- Chăm sóc vết thương, băng ép vết thương, kê cao tay.
 - Triệu chứng không cải thiện trong vòng 24 -48h : nhiễm trùng lan rộng hơn, cần cắt lọc lại, tưới rửa vết thương.
 - Tập phục hồi chức năng.
 - Theo dõi đáp ứng của bệnh nhân : triệu chứng toàn thân, đáp ứng viêm tại chỗ.

V. BIẾN CHỨNG

Tổn thương gân gập và bao gân:

- Dính gân, đứt gân.
- Vẹo trục ngón tay.
- Cứng khớp.
- Mất chức năng.

9. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM XƯƠNG – TỦY ĐƯỜNG MÁU

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm xương tủy là tình trạng viêm của xương gây ra bởi vi trùng sinh mủ, có thể giới hạn tại 1 vị trí trên xương hoặc liên quan đến nhiều vùng như tủy xương, vỏ xương, màng xương và mô mềm bao quanh. Nhiễm trùng có thể do 1 loại vi trùng hoặc nhiều loại vi trùng.

Viêm xương – tủy đường máu là do thứ phát từ một ổ nhiễm trùng tiên phát, vi khuẩn lan theo đường máu đến khu trú ở xương và gây viêm xương.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- a. Viêm xương tủy cấp tính:
 - Khởi phát đau đột ngột, ấn có điểm đau nhói trên xương bị viêm, sau đó phần mềm xung quanh bị sưng đỏ và nóng.
 - Triệu chứng toàn thân gồm sốt cao, mệt mỏi, kém ăn, vẻ mặt nhiễm trùng.
 - ở trẻ dưới 2 tuổi: mủ có thể lan và đầu xương rời vào khớp nhiễm trùng: dễ bị biến chứng gập góc và ngắn chi do sụn tiếp hợp và đầu xương bị tổn thương. Ngoài ra ổ áp xe ở tủy vỡ ra dưới màng xương gây ra áp xe dưới màng xương.
 - ở trẻ trên 2 tuổi: nhiễm trùng có khuynh hướng lan vào thân xương và mạch máu nội cốt mạc bị tổn thương cùng với áp xe dưới màng xương sẽ dẫn tới hình thành xương chết và viêm xương – tủy mạn tính.
- b. Viêm xương tủy bán cấp:
 - Đau âm thầm, ít triệu chứng thực thể, sốt nhẹ hoặc không sốt.
 - Tủy xương đầy mô hạt, sau đó được thay thế bởi mô sợi. Rải rác các ổ áp xe rất nhỏ bao quanh bởi mô sợi, các ổ áp xe lớn hóa thành các hốc.
- c. Viêm xương tủy mạn tính:
 - Vi trùng vẫn còn sống trong các ổ áp xe nhỏ và cả trong những mảnh xương chết. Cách quãng nhiều tháng hoặc nhiều năm, các vi trùng này lại bùng lên tạo những đợt viêm mới.

- Dần dần vùng trung tâm của xương chết bị xâm nhiễm bởi mô hạt. Nếu mô xương chết là xương xốp, các bè xương thường được hấp thụ bởi các đại bào hủy xương và được thay thế bởi mô sợi. Nếu là xương đặc vi trùng trong các kênh Havers sẽ shoongs lại sự thành lập mô hạt, nên xương chết có chưa vi trùng vẫn vòn tồn tại mãi.
- Khi số lượng và độc tố của vi trùng thấp và sức đề kháng cơ thể mạnh, mô hoại tử sẽ được hấp thu thay thế bởi mô sợi – mạch và tạo xương phản ứng. Nhờ vậy bệnh sẽ lành theo thời gian.
- Trong nhiều trường hợp khác, số lượng vi trùng nhiều và độc lực cao, sức đề kháng cơ thể lại kém. Khi đó các mô hoại tử chứa vi trùng sẽ tồn tại, không được tái cung cấp mạch máu. Mủ sẽ thoát qua mô xương phản ứng xung quanh vào mô mềm, tạo một đường dò ra da, qua đó mủ chảy ra ngoài và thỉnh thoảng tống xuất một ít xương chết. Diễn tiến này có thể kéo dài nhiều năm.

2. Cận lâm sàng

a. Xét nghiệm:

- Huyết học:

Trong giai đoạn viêm cấp tính bạch cầu gia tăng số lượng với công thức chuyển trái. Tốc độ lắng hồng cầu tăng luôn luôn có và phản ánh độ nặng của bệnh. Cây vi trùng trong máu (+) trong tuần lễ đầu của nhiễm trùng.

- Vi trùng học:

Cấy máu chỉ dương tính khoảng 50% ở các bệnh nhân bị viêm xương tủy cấp tính và không điều trị. ở các bệnh nhân có chẩn đoán lâm sàng là viêm xương – tủy thì làm xét nghiệm vi trùng học từ dịch chọc hút xương trực tiếp hoặc từ bệnh phẩm sinh thiết khi cấy máu âm tính.

b. Hình ảnh học

- X- Quang quy ước:

- Giai đoạn viêm cấp: ở giai đoạn đầu của bệnh nhân không thay đổi. Hình ảnh đầu tiên thấy được là những vùng thấu quang ít, không rõ rệt vùng bị viêm, thường gặp khoảng 1 -2 tuần sau khi khởi bệnh và tăng bóng mờ phần mềm xung quanh do phù, đẩy bóng mờ của mỡ lên.

- Giai đoạn viêm bán cấp: khi mật độ xương giảm 30% mới thấy thay đổi trên phim X – Quang (sau 7 – 14) ngày: nhiều vùng xương bị tiêu đi, thường đầu thân xương và lệch tâm, bắt đầu thấy xương chết trong vùng tủy và vỏ xương, màng xương tạo xương phản ứng hình vỏ hành, tam giác Codman và đôi khi hình ảnh tia lóe mặt trời.
 - Giai đoạn viêm mạn tính: viêm lan rộng với nhiều hình ảnh: hủy xương, xương chết, xương phản ứng,... Tủy xương có vùng hủy xương , vùng xương mới, xơ đặc xương có ranh giới không rõ ràng. Vỏ xương có nơi bị loãng, bị hủy xương, xương chết xen lẫn với xương mới làm bề dày vỏ xương thay đổi, không đều. Xương chết cản quang hơn bình thường và bao quanh bởi vòng thấu quang của mô hạt. Xương chết có thể là những mảnh xương nhỏ hoặc là cả đoạn thân xương. Màng xương tạo nhiều xương phản ứng đôi khi hình thành một ống vỏ xương mới bao quanh vỏ xương cũ đã chết. Xương phản ứng của màng xương thường không đều, không trơn láng và có những đường dò thấu quang xuyên qua.
- Nhấp nhảy đồ (Bone Scan):
Rất hữu ích trong việc định vị tổn thương và trong việc lượng giá nhiễm trùng ở giai đoạn sớm của bệnh, nhạy hơn trước có khi có dấu hiệu X – Quang rõ rệt 10 – 14 ngày. Nhấp nhảy đồ trong viêm xương – tủy thường là “nóng” nhưng cũng có thể lạnh hoặc âm. Chất đồng vị phóng xạ cho kết quả tốt nhất là Technetium Polyphosphate.
 - CT – Scan:
Giúp phát hiện các mảnh xương chết không thấy trên phim X – Quang quy ước, đồng thời thấy rõ độ lan rộng của mô xương phản ứng.
 - MRI:
Phát hiện viêm xương – tủy sớm hơn so với nhấp nhảy đồ và X- Quang quy ước.
- c. Giải phẫu bệnh.

Là xét nghiệm quan trọng để xác định chẩn đoán viêm xương – tủy và giai đoạn viêm của chúng. Ngoài ra giải phẫu bệnh giúp chẩn đoán phân biệt giữa viêm xương – tủy với các bệnh lý khác đặc biệt là ung thư xương.

III. ĐIỀU TRỊ.

1. Viêm xương – tủy cấp:

Vì viêm xương – tủy đường máu gây hủy xương, tiêu sụn rất nhanh dẫn đến tàn phế nhiều, vì vậy cần phải chẩn đoán và điều trị sớm trước khi có sự tạo mủ.

❖ Phác đồ:

- Chọc hút ổ áp xe dưới màng xương hoặc tủy xương để chẩn đoán sơ bộ về đại thể nếu thấy có mủ; giảm đau nhờ làm giảm áp suất trong xương; nuôi cấy vi trùng làm kháng sinh đồ.
- Cấy máu và làm kháng sinh đồ.
- Điều trị kháng sinh phổ rộng đường tiêm trong khi chờ đợi kết quả nuôi cấy vi khuẩn. Khi có kết quả nuôi cấy thì nên dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- Nếu kháng sinh đạt hiệu quả và không có ổ mủ thì triệu chứng toàn thân và tại chỗ sẽ giảm. Nếu sau 2 ngày không cải thiện bệnh thì có nghĩa là ổ áp xe đã được thành lập và cần mổ dẫn lưu bằng cách khoan nhiều lỗ 4mm vào tủy xương và mở rửa ổ vỏ xương 1.3 x 2.5 cm rồi lấy mô hoại tử và tháo hết mủ trong tủy xương ra, sau đó mổ làm nẹp bột.
- Bệnh nhân được theo dõi định kỳ bằng lâm sàng và X – Quang khoảng 1 năm.

2. Viêm xương – tủy bán cấp và mạn tính.

a. Cấy mủ - kháng sinh:

- KSD (+) : kháng sinh theo KSD.
- KSD (-): kháng sinh phổ rộng.

b. Chỉ định phẫu thuật:

Dò mủ, áp xe trong phần mềm, xương chết, xương tù.

c. Phẫu thuật:

Cắt bỏ đường dò, dẫn lưu ổ áp xe, lấy bỏ mảnh xương chết, cắt bỏ mô xương và phần mềm bị nhiễm trùng, nạo mô viêm.

d. Điều trị biến chứng – di chứng:

- Ngăn ngừa gãy xương bằng nẹp.
- Bất động ngoài trong trường hợp gãy xương bệnh lý.
- Kéo dài chi.
- Lấp khuyết hổng xương: ghép xương, ghép xương tự do hoặc có cuống mạch, chuyển vật cân – cơ, dùng xi măng trộn kháng sinh,...

e. Hạn chế tái phát:

Cần chế độ sinh hoạt phù hợp, tránh lao động nặng, tránh tập thể thao nặng, ăn uống đầy đủ, tinh thần thoải mái, dùng Vitamin để nâng cao sức đề kháng cơ thể.

10. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ÁP XE , NHỌT , NHỌT CỤM Ở CHI

I. ĐỊNH NGHĨA

Áp xe, nhọt, nhọt cụm ở chi là một ổ mủ nằm trong chi.

II. TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG

1. Lâm sàng:

- a. Tại chỗ: triệu chứng cấp tính là một vùng sưng, nóng, đỏ, đau cấp tính ở chi. Vùng này ấn đau, có thể phập phều và chọc hút ra mủ.
- b. Toàn thân: triệu chứng cấp tính là sốt, ớn lạnh, mệt mỏi.
- c. Áp xe do vi khuẩn lao có thể không có dấu hiệu cấp tính.

2. Cận lâm sàng

- a. Chẩn đoán hình ảnh:
 - Siêu âm xác nhận vùng echo trống, chứa dịch, có thể kèm dị vật.
 - X-Quang : sưng phần mềm, giúp phát hiện các dấu hiệu u bướu , gãy xương khi áp xe bội nhiễm u bướu, gãy xương.
- b. Xét nghiệm:
 - Công thức máu: thường tăng bạch cầu đa nhân trung tính.
 - VS, CRP: thường tăng.
 - Vi sinh: cấy mẫu bệnh phẩm thường do kết quả dương tính.
 - PCR lao: nếu nghi ngờ áp xe liên quan lao.
 - GPB: nếu nghi ngờ áp xe bội nhiễm của u bướu hoặc lao.

3. Phân độ

- Nhiễm trùng phần mềm đơn thuần : da, cơ.
- Liên quan nhiễm trùng xương: từ viêm xương mà ra, dự hậu, điều trị phức tạp hơn.

III. ĐIỀU TRỊ - THEO DỐI – TÁI KHÁM

1. Điều trị ngoại trú

- a. Chỉ định, phương pháp điều trị:
 - Ngoại khoa dẫn lưu mủ, phòng tiểu phẫu.
 - Nội khoa kháng sinh phù hợp tác nhân gây nhiễm trùng. Sử dụng kháng sinh đường uống trong thời gian 1 -4 tuần tùy đáp ứng với điều trị tốt hay không. Nếu áp xe do vi khuẩn lao : dùng thuốc kháng lao 12 tháng.
 - Săn sóc vết thương.

- b. Theo dõi: hướng dẫn BN các dấu hiệu điều trị và thời gian cần theo dõi tại nhà.
 - Dấu hiệu đáp ứng điều trị:
 - Tại chỗ: giảm sưng, nóng, đỏ, đau, rỉ dịch.
 - Toàn thân: khỏe, ăn ngủ được, hết sốt.
 - Thời gian theo dõi tại nhà : 2 tuần.
- c. Tái khám:
 - Thời điểm tái khám 1 – 2 tuần.
 - Tiến hành các cận lâm sàng cần thiết, chỉ định thuốc phù hợp, cụ thể trong mỗi lần tái khám.

2. Điều trị nội trú

- a. chỉ định, phương pháp điều trị:
 - bảo tồn: kháng sinh, giảm đau.
 - Phẫu thuật: rạch thoát mủ, dẫn lưu. Xem cô cần khoan vào xương để dẫn lưu xương.
 - Săn sóc vết thương.
- b. Thuốc sử dụng:
 - Kháng sinh tiêm tĩnh mạch 1 – 2 tuần tùy đáp ứng với điều trị. Sau đó chuyển qua kháng sinh đường uống trong thời gian 1 – 4 tuần.
 - Nếu áp xe do vi khuẩn lao : dùng thuốc kháng lao 12 tháng.
- c. Theo dõi: các dấu hiệu và thời gian cần theo dõi tại bệnh viện.
 - Các dấu hiệu cần theo dõi.
 - Dấu hiệu đáp ứng điều trị:
 - Tại chỗ: giảm triệu chứng sưng, nóng, đỏ, đau, rỉ dịch.
 - Toàn thân: khỏe, ăn ngủ được, hết sốt.
 - Thời gian theo dõi tại bệnh viện 1 tuần.
- d. Tái khám:
 - Thời điểm tái khám : 1 -2 tuần
 - Tiến hành các cận lâm sàng cần thiết, chỉ định thuốc phù hợp, cụ thể trong mỗi lần tái khám.

IV. BIẾN CHỨNG: nhiễm trùng huyết, hoại tử, viêm xương.

11. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG SAU MỔ KẾT HỢP XƯƠNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Nhiễm trùng sau mổ KHX là tình trạng nhiễm trùng vết thương sau mổ nắn xương và đặt dụng cụ kết hợp xương bên trong hoặc bên ngoài.

II. TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG

1. Lâm sàng

- a. Tại chỗ: triệu chứng cấp tính là mồm cụt sưng, nóng, đỏ, đau cấp tính. Rõ ràng nhất là vùng này ấn đau, phập phều và ra mủ hay sau khi cắt chi hoặc chọc hút.

Các triệu chứng sưng, đau, ấn đau, rỉ dịch vẫn có thể gặp sau mổ. Nhưng nếu chứng kéo dài sau mổ 3 – 5 ngày là phải cảnh giác.

Như vậy thời gian lưu bệnh nhân sau mổ KHX gãy kín nên là 3 -5 ngày trong bệnh viện, nhưng thời gian dùng kháng sinh sẽ không kéo dài hơn 3 -5 ngày. Gãy hở, nước dơ, xương nát, không dẫn lưu, may da kín; đặc biệt cảnh giác và theo dõi.

- b. Toàn thân: triệu chứng cấp tính là sốt, ớn lạnh, mệt mỏi.

Sốt nhẹ có thể gặp sau mổ 1 -2 ngày đầu, nhưng nếu sốt cao xảy ra sau mổ 3 – 5 ngày thì phải cảnh giác. Như vậy việc theo dõi nhiệt độ mỗi sáng, chiều và khi bệnh nhân than lạnh run, sốt phải được thi hành, ghi vào hồ sơ với mực đỏ ở trang điều trị nếu có sốt.

Các triệu chứng toàn thân có thể không rõ ràng ở người có sức đề kháng kém hoặc đang dùng kháng sinh.

- c. Yếu tố thuận lợi:

- Gãy hở.
- Môi trường nước bẩn.
- Tổn thương tại chỗ dập nát cơ nhiều, gãy xương nhiều tầng, lực chấn thương mạnh.
- Dị vật đất, đá, cỏ, lúa, rom,..., trong vết thương.
- Cơ địa đề kháng kém: hút thuốc, tiểu đường, AIDS,...

2. Cận lâm sàng

- a. Chẩn đoán hình ảnh:

- Siêu âm xác định vùng echo trống, chứa dịch.
- X –Quang: sưng phần mềm.

- b. Xét nghiệm:

- CTM: thường tăng bạch cầu đa nhân trung tính.
- VS, CRP: thường tăng.
- Vi sinh: cấy mẫu bệnh phẩm thường cho kết quả dương tính.
- PCR lao: nếu nghi ngờ nhiễm trùng liên quan lao.
- GPB: nếu nghi nhiễm trùng của bứu hoặc lao.

3. Phân độ

- Nhiễm trùng vết mổ nông: da, cơ.
- Liên quan nhiễm trùng xương: từ viêm xương mà ra, dự hậu, điều trị phức tạp.

III. ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI – TÁI KHÁM

1. Điều trị ngoại trú

- Chỉ định, phương pháp điều trị : khi mức độ nhiễm trùng nhẹ.
 - Ngoại khoa : cắt chỉ, dẫn lưu mũ, phòng tiểu phẫu để hở da.
 - Nội khoa : sử dụng kháng sinh phù hợp tác nhân gây nhiễm trùng. Kháng sinh uống 1 -4 tuần tùy đáp ứng với điều trị. Nếu áp xe do vi khuẩn lao : dùng thuốc kháng lao 10 tháng.
 - Săn sóc vết thương, cắt lọc tiếp, khâu da thứ cấp.
- Hướng dẫn bệnh nhân cách theo dõi dấu hiệu và thời gian cần theo dõi tại nhà.
 - Dấu hiệu đáp ứng điều trị:
 - Tại chỗ: giảm triệu chứng sưng, nóng, đỏ, đau, rỉ dịch.
 - Toàn thân: khỏe, ăn ngủ được, không sốt.
 - Thời gian theo dõi tại nhà : 2 tuần.
- Tái khám:
 - Thời điểm tái khám 1 – 2 tuần.
 - Tiến hành các cận lâm sàng cần thiết trong mỗi lần tái khám, thuốc cụ thể trong mỗi lần tái khám.

2. Điều trị nội trú

- Chỉ định, phương pháp điều trị: khi mức độ nhiễm trùng nặng.
 - Bảo tồn: sử dụng kháng sinh, giảm đau.
 - Phẫu thuật:
 - Trong 2 tuần sau khi KHX : rạch thoát mũ, dẫn lưu, để hở da.

- Sau 2 tuần: giai đoạn bán cấp: có thể phải đặt bất động ngoài và tháo dụng cụ KHX bên trong. Nếu đang bất động ngoài, giữ dụng cụ bất động ngoài, có thể lấy bỏ các vis và chỉ thép tại chỗ.
- Sau giai đoạn bán cấp: mạn tính mô lấy xương chết nếu có, ghép xương khi hết nguy cơ nhiễm trùng (lâm sàng hết rỉ dịch 6 tháng , VS, CRP về bình thường).
- Săn sóc vết thương : cắt lọc tiếp tục, khâu da, ghép da.

b. Thuốc sử dụng:

- Kháng sinh tiêm tĩnh mạch 1 – 2 tuần tùy đáp ứng với điều trị. Sau đó chuyển qua kháng sinh đường uống trong thời gian 1 – 4 tuần.
- Nếu áp xe do vi khuẩn lao : dùng thuốc kháng lao 12 tháng.

c. Theo dõi: các dấu hiệu và thời gian cần theo dõi tại bệnh viện.

- Các dấu hiệu cần theo dõi.
- Dấu hiệu đáp ứng điều trị:
 - Tại chỗ: giảm triệu chứng sưng, nóng, đỏ, đau, rỉ dịch.
 - Toàn thân: khỏe, ăn ngủ được, hết sốt.
- Thời gian theo dõi tại bệnh viện 1 tuần.

d. Tái khám:

- Thời điểm tái khám : 1 -2 tuần
- Tiến hành các cận lâm sàng cần thiết, chỉ định thuốc phù hợp, cử thể trong mỗi lần tái khám.

IV. BIẾN CHỨNG

1. Nhiễm trùng huyết.
2. Hoại tử tiếp tục.
3. Viêm xương.