

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN

NGOẠI KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN

NGUYỄN
ĐỨC LIỆU



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN

**NGOẠI KHOA
Y HỌC CỔ TRUYỀN**

(Tái bản lần thứ nhất có sửa chữa và bổ sung)

**NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI – 2007**

LỜI GIỚI THIỆU

Y học cổ truyền cũng như y học hiện đại là một ngành học, trong đó bao gồm rất nhiều chuyên khoa. Ngoại khoa y học cổ truyền ra đời rất sớm, kể từ khi con người phải chống đỡ với thiên nhiên để duy trì sự sinh tồn và phát triển của mình. Theo thời gian, chuyên ngành này càng ngày càng được xây dựng, củng cố và hoàn thiện hơn. Trong y học cổ truyền, quan niệm về ngoại khoa có khác với y học hiện đại ngày nay, những bệnh nằm trong lĩnh vực ngoại khoa không chỉ bao gồm những bệnh lý phải sử dụng sự can thiệp của dao kéo, băng bó, cố định như: chấn thương, gãy xương, trĩ... mà còn bao gồm cả những bệnh ngoài da như mụn nhọt, bệnh da liễu, trùng thú cắn... một phạm vi rộng. Để bảo tồn bản sắc của y học cổ truyền, sự phân loại, sắp xếp này vẫn được duy trì.

Cuốn Ngoại khoa y học cổ truyền đã được xuất bản lần thứ nhất năm 2002 và đã được tái bản có chỉnh sửa và bổ sung lần thứ hai năm 2006, do hai tác giả PGS. TS. Phạm Văn Trinh và TS. Lê Lương Đống, là những giảng viên chính chuyên sâu về chuyên ngành này trong Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội biên soạn chỉnh lý. Ngoại khoa Y học cổ truyền nhằm đáp ứng làm tài liệu tham khảo cho sinh viên và các học viên sau đại học của khoa, cũng như làm tài liệu tham khảo cho các bạn đồng nghiệp quan tâm tới lĩnh vực ngoại khoa y học cổ truyền.

Chúng tôi đánh giá đây là một cuốn sách có giá trị học tập và tham khảo cho các sinh viên, học viên và các bạn đồng nghiệp thuộc chuyên ngành y học cổ truyền. Chúng tôi xin giới thiệu với các bạn đọc cuốn sách Ngoại khoa y học cổ truyền với tấm lòng trân trọng.

PGS. TS. NGUYỄN NHỢC KIM
Trưởng khoa Y học cổ truyền
Trường Đại học Y Hà Nội

MỤC LỤC

	Trang
Lời nói đầu	3
Chương I. Biện chứng trong ngoại khoa y học cổ truyền	7
<i>PGS. TS. Phạm Văn Trịnh</i>	
Chương II. Các nguyên tắc chủ yếu điều trị bệnh ngoại khoa	20
<i>PGS. TS. Phạm Văn Trịnh</i>	
Chương III. Các bệnh nhiễm khuẩn cấp tính	41
<i>PGS. TS. Phạm Văn Trịnh</i>	
<i>TS. Lê Lương Đống</i>	
Mụn nhọt	41
Đinh râu	43
Chín mé	44
Viêm hạch	45
Viêm bạch mạch cấp	47
Nhiễm khuẩn huyết	48
Chương IV. Một số bệnh ngoại khoa khác	51
<i>PGS. TS. Phạm Văn Trịnh</i>	
<i>TS. Lê Lương Đống</i>	
Thoát thư	51
Sởi mặt, viêm đường mặt	55
Chứng hồi quyết	57
Viêm tụy cấp tính	58
Sởi tiết niệu	61
Nhiệt lâm	69
Bỏng	70
Rò hậu môn	72
Trĩ	76
	5

Chương V. Bệnh ngoài da	81
<i>PGS. TS. Phạm Văn Trịnh</i>	
<i>TS. Lê Lương Đồng</i>	
Chàm	82
Vẩy nến	88
Tổ đỉa	90
Mề đay	91
Chương VI. Thương khoa	94
<i>PGS. TS. Phạm Văn Trịnh</i>	
<i>TS. Lê Lương Đồng</i>	
Điều trị nửu thương	97
Toạ thương	99
Vết thương phần mềm	100
Gãy xương	108

CHƯƠNG I

BIỆN CHỨNG TRONG NGOẠI KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN

I. QUAN NIỆM VÀ PHÂN LOẠI

Bệnh ngoại khoa thực ra có rất sớm và có trước các bệnh của các khoa khác kể cả nội khoa vì con người sinh ra phải lao động để sinh tồn cho nên trước tiên phải xuất hiện các kinh nghiệm điều trị: tai nạn lao động, côn trùng và thú cắn... nhưng từ xưa các y văn để lại, ở nước ta chưa xếp riêng ngoại khoa. Ở Trung Quốc thời nhà Chu xếp đó là dương khoa, thầy thuốc điều trị bệnh dương khoa gọi là dương y.

Thời xưa cho rằng các bệnh sinh ra mà mắt nhìn thấy, tay sờ thấy, có chứng trạng cục bộ đều thuộc phạm vi của ngoại khoa (ví dụ: đinh, ung, thư, hậu bối, tiền bối, đơn độc, loa lịch, rò, nham, bướu cổ...). Sau này do khoa học phát triển và có sự kết hợp giữa y học cổ truyền với y học hiện đại cho nên phạm vi ngoại khoa rộng hơn, phong phú hơn (ví dụ: sa lâm, chấn thương, côn trùng và thú cắn, các bệnh da liễu, viêm tắc động mạch, trĩ...)

Trong ngoại khoa y học cổ truyền, người ta dựa vào các bệnh tình và nguyên nhân có thể chia các loại:

- Loại nhiệt (thuộc loại viêm nhiễm theo y học hiện đại): đinh, ung, thư, đơn độc, loa lịch, sỏi, đậu v.v.
- Chấn thương: triết thương, nửu thương, tọa thương, huyết ứ, khí trệ ở tạng phủ do chấn thương.
- Các loại khác: nham, bông (hoả sang), lạnh cóng (đông sang), côn trùng và thú cắn.

Ngoài ra dựa vào y học hiện đại người ta còn chia ra các bệnh theo vị trí tổn thương kết hợp với tính chất của bệnh:

- Các bệnh viêm nhiễm da, cơ, xương, khớp, hạch và tuyến vú.
- Các bệnh cấp tính.
- Các bệnh hậu môn - trực tràng.
- Các bệnh da liễu.
- Các bệnh thuộc chấn thương.

- Các bệnh u.
- Các bệnh bỏng.
- Các bệnh bị côn trùng và thú cắn.
- Các bệnh ngoại khoa khác: sỏi gan, sỏi mật, sỏi tiết niệu, viêm tắc động - tĩnh mạch, giun chui ống mật...

II. KHÁI QUÁT VỀ BIỆN CHỨNG BỆNH NGOẠI KHOA

1. Biện chứng nguyên nhân sinh bệnh

Nguyên nhân gây bệnh ngoại khoa là do các nguyên nhân bên ngoài (lục dâm), các nguyên nhân bên trong (nội nhân) và các nguyên nhân khác (bất ngoại nội nhân) gây nên nhưng có đặc tính gây bệnh khác với nội khoa. Cụ thể các nguyên nhân sau:

1.1. Nguyên nhân bên ngoài

Lục dâm, tà độc còn gọi là ngoại cảm lục dâm (tức là ngoại tà) gây nên (bao gồm: phong, hàn, thử, thấp, táo và hoả xâm nhập vào cơ thể làm tổn thương cơ thể mà phát bệnh). Bệnh có thể phát tại chỗ (cục bộ), cũng có thể phát ra toàn thân là tùy thuộc vào chính khí (sức đề kháng) của cơ thể. Chính khí toàn thân hư gây bệnh toàn thân (mụn, nốt toàn thân); chính khí tại chỗ hư gây bệnh tại chỗ (nốt, ung... tại chỗ). Bệnh cục bộ chiếm tỷ lệ 70 - 80%.

Nguyên nhân gây bệnh trong ngoại khoa thường do hoả. Năm loại tà khí khác kết hợp với hoả để gây bệnh, nhưng bản thân chúng cũng biến thành hoả để gây bệnh còn gọi là hoả độc hoặc nhiệt độc. Vì vậy sách Nội kinh có nói: “chính khí còn bên trong, tà khí không làm gì được”.

a. Phong tà

Phong tà là dương tà, tính của phong là táo nhẹ, tán, lên trên và ra ngoài, cho nên bệnh ở da thường rải rác nhiều nơi, có khi toàn thân, tập trung ở đầu, cổ, mặt, ngứa và khô hoặc có vẩy mỏng hoặc tê bì.

Ví dụ: phong xâm nhập làm cho huyết táo, bì phu kém nuôi dưỡng mà sinh bệnh (như viêm da thần kinh, vẩy nến...).

Phong thích hành (di động) mà lại biến hoá nên phát bệnh nhanh và thay đổi vị trí, hình dáng, phần nhiều thuộc dương chứng nên xuất hiện sưng, đỏ, đau, không có vị trí nhất định hoặc lên kinh giật cơ rút, ví dụ: bị vết thương cảm phải phong tà gây bệnh nội phong có thể gặp trong phá

thương phong (giống như uốn ván, nếu là uốn ván thì cần phải phòng và điều trị bằng y học hiện đại trước).

b. Hàn tà

Hàn tà là âm tà, tính chất bệnh ở sâu, thâm, tê bì, bệnh ở cân xương, bệnh phần nhiều thuộc âm chứng. Đặc điểm bệnh ngoại khoa của hàn là sưng mà không cứng, màu sắc da thâm tím hoặc màu da trước khi bị bệnh không đỏ, không nóng, đau nhiều ở một vị trí nhất định, bệnh âm thâm và nặng.

Ví dụ: nguyên nhân do hàn làm cho khí huyết ứ trệ gây nên nhức đầu, chi lạnh buốt tái nhợt, thậm chí thiếu huyết nuôi dưỡng làm cho cơ teo nhỏ, rụng tóc tay hoặc chân, gặp trong bệnh thoát thư (viêm tắc động mạch); hoặc nếu do hàn tà xâm nhập nhiều và lâu gây nên ngưng trệ khí huyết làm cho toàn thân cứng đờ và lạnh buốt, đó là bệnh đông thương (bệnh lạnh cóng).

c. Hoả tà

Hoả tà thuộc dương tà, biểu hiện triệu chứng chung: ngứa, đau, lở loét... Tất cả đều do hoả, phong, hàn, thử, thấp tà hoá hoả gây nên, phát bệnh đặc biệt nhanh và cấp tính (sưng, đỏ, nóng, đau).

Ví dụ: nhiệt vào huyết gây nên huyết nhiệt, có thể gây đơn độc hoặc hoả nhiệt độc như: bệnh đinh, thư, ung, nhọt... Tùy theo vị trí mà gây chứng bệnh khác nhau như ở da là đơn độc; ở cơ biểu là đinh, thư, ung, nhọt; ở kinh mạch như viêm hạch; ở trước ngực là tiên bối, ở sau lưng là hậu bối.

Từ vị trí của bệnh mà người ta có thể biết các nguyên nhân kết hợp với hoả, cụ thể: nếu phát bệnh ở bộ phận trên cơ thể như: đầu, mặt, cổ, chi trên là do hoả thường do hoả kết hợp với phong; nếu ở ngực, sườn, bụng thường do hoả ứ lâu, gọi là hoả uất vì khí hoả thường uất ở giữa cơ thể; nếu phát bệnh ở bộ phận dưới cơ thể như hậu môn, chi dưới, sinh dục, tiết niệu... thì thường là do hoả kết hợp với thấp vì tính chất của thấp là hạ giáng (đi xuống dưới). Tuy vậy khi chẩn đoán nguyên nhân cần phải kết hợp với triệu chứng toàn thân, tại chỗ và vị trí bệnh trên cơ thể để điều trị mới để lại kết quả tốt.

d. Thấp tà

Thấp tà là âm tà, có tính chất nhớt, dính, bần đục, thường kết hợp với hàn hoặc nhiệt tùy theo sự thiên lệch của hàn hoặc nhiệt trong cơ thể và của quý tiết (khí trời) mà hoá hàn, hoá nhiệt; hàn hoặc nhiệt kết hợp với thấp thành thấp hàn, thấp nhiệt.

Đặc điểm: nếu ở cơ (nhục) thì da loét nát, chảy nước hoặc chảy mủ; ở sâu thì gây rò rỉ, da ẩm ướt (ví dụ: thấp nhiệt gặp ở trĩ, loét nát, ung thũng; thấp hàn gặp ở chi dưới như: các vết loét lâu liền, rò mủ...).

e. Táo tà

Táo tà là dương tà, đặc điểm của táo là làm tổn hại tân dịch gây huyết táo sinh ra phong; do đó phần nhiều bệnh phát ở tay, chân và da (bì phu)... Tính chất của táo là bì phu khô, nẻ, ngứa, mẩn, bong vảy, nứt kẽ...

Ví dụ: nếu nhiệt táo xâm nhập vào huyết sinh huyết táo, huyết nhiệt có thể gặp ở bệnh vẩy nến; nếu huyết táo có thể gặp bệnh thấp chân mạn tính, da mẩn ngứa (như bệnh á sừng, chàm).

f. Thử tà

Thử tà là dương tà, thường hiệp (thấp), thấp bị thử chưng đốt lâu hoá nhiệt cho nên phần nhiều phát ra ở cơ, da, đầu, mặt. Đặc điểm là sưng, đỏ, nung mủ, đau, gặp lạnh các triệu chứng giảm.

Ví dụ: thử thấp nung đốt làm cho bì phu thành rôm sảy hoặc cảm phải thử độc thành vết thương lở loét, mụn nước (như: zona, đậu...).

1.2. Nguyên nhân bên trong

Nguyên nhân bên trong còn gọi là nội thương thất tình, đó là nhân tố tinh thần, cụ thể là: hỉ (vui), nộ (giận), bi (buồn), ai (lo), kinh (hãi), khủng (sợ), ưu (suy nghĩ) bị rối loạn làm cho âm dương không điều hoà, khí huyết không hoà hợp, công năng của các tạng phủ và kinh lạc bị hỗn loạn mà gây bệnh. Bệnh ngoại khoa hay gặp là do lo nghĩ hoặc tức giận quá độ. Ví dụ: tình chí không thông, tức giận quá độ làm cho can khí uất kết, khí trệ đàm ngưng; hay gặp trên lâm sàng là bệnh viêm hạch (loa lịch), viêm tuyến vú, tắc tia sữa, u giáp trạng, các khối u... Ngoài ra còn gặp các bệnh ngoài da như: viêm da thần kinh, bệnh sẩn ngứa... cũng do yếu tố thất tình gây nên.

1.3. Các nguyên nhân khác

a. Ăn uống không điều độ

Hải Thượng Lãn Ông đã nói: “Ăn uống là bồi đắp những chất cho chỗ thiếu, ăn uống quá mức thì thương tổn tới tỳ vị đạo trường”, cho nên ăn uống không điều độ cũng là nguyên nhân gây bệnh ngoại khoa.

Ví dụ: ăn nhiều thứ cay, nóng, béo, ngọt, làm cho vị trường tích nhiệt, hoả độc nội sinh gây nên bệnh lở loét, đinh, nhọt, rôm sảy...; ăn uống quá nhiều gây nên thực tích sinh bệnh cấp tính ở bụng như ngô thực, viêm tụy cấp; ăn thức ăn lạnh hoặc quá đói gây nên các bệnh giun như: tắc ruột do giun, giun chui ống mật (hồi quyết)...

b. Phòng dục

Trong tập Nội kinh yếu chỉ Hải Thượng Lãn Ông đã nói rõ: “Sinh hoạt là kỷ cương của hành động... say đắm về sắc gọi là phòng dục quá độ, tửu sắc bừa bãi gọi là bệnh hao; say đắm sắc dục quá mức thì gọi là tinh cạn, bừa bãi

thì tinh khí tản mạn”. Như vậy nếu phòng dục quá độ gây thận khí tổn thương phong tà, hàn thấp dễ xâm nhập mà sinh bệnh (ví dụ: viêm tuỷ xương, xương gãy lâu liền, cốt trùng...).

c. Nơi ở

Nơi ở cũng là nhân tố gây bệnh vì nơi ở có liên quan chặt chẽ tới lục dâm và cũng là yếu tố sinh ra lục dâm. Vì vậy bệnh ngoại khoa do nơi ở gây nên chính là do lục dâm gây nên các bệnh biểu hiện giống như các bệnh của lục dâm.

d. Các nguyên nhân khác

- Chấn thương.
- Côn trùng và thú cắn.
- Hoả thương và đông thương.

Các tổn thương trên nếu bệnh nhẹ thì cơ, da, gân, xương bị tổn thương; nếu bệnh nặng thì các tạng phủ bị tổn thương; nếu bệnh nghiêm trọng hơn thì biến bệnh toàn thân.

2. Biện chứng và bệnh lý

Bệnh lý là một khái niệm hiểu biết về bệnh, giải thích được nguyên nhân gây bệnh trong cơ thể và phân tích được sự biến hoá của bệnh, đánh giá tiên lượng của bệnh, cho nên nó hết sức quan trọng. Trên thực tế lâm sàng, nó có ý nghĩa chỉ đạo trọng yếu trong chẩn đoán, điều trị, phòng và tiên lượng bệnh.

2.1. Biện chứng về khí huyết

Khí huyết trong cơ thể giúp đỡ lẫn nhau mà lưu hành, tuần hoàn trong kinh mạch, ở trong thì nuôi dưỡng tạng phủ, ở ngoài thì nuôi dưỡng cơ da để duy trì sự sống và có tác dụng chống ngoại tà xâm nhập. Vì vậy khí huyết vượng thịnh, sự bảo vệ bên ngoài sẽ mạnh thì ngoại tà không dễ xâm nhập; khí huyết hư yếu, sự bảo vệ bên ngoài sẽ kém thì các nguyên nhân gây bệnh rất dễ xâm nhập mà gây nên bệnh. Sách Nội kinh nói: “Khí thương thì đau, hình (huyết) thương thì sưng. Sưng và đau là phản ứng bệnh lý không giống nhau của hai loại khí và huyết bị ngưng trệ”. Vì vậy phát sinh ra tổn thương bệnh lý ngoại khoa nhất thiết phải do khí huyết ngưng trệ gây nên.

Ví dụ trong ngoại khoa chấn thương: khí huyết ngưng trệ là nguyên nhân chủ yếu phát sinh và hình thành bệnh lý sưng nóng đỏ đau hoặc chảy máu (ví dụ bệnh lở loét, đinh, nhọt...); nếu khí huyết xung thịnh (đủ) thì ở thời kỳ đầu dễ dàng khỏi, ở thời kỳ có mũ dễ thu nhỏ và vỡ mũ, ở thời kỳ vỡ mũ dễ thu nhỏ miệng vết thương và sinh cơ (liền sẹo).

Vì vậy khi biện chứng trong lâm sàng nhất thiết phải làm rõ quan hệ khí huyết với bệnh nơi tổn thương mới hiểu được bản chất của bệnh mà tiến hành định ra phương hướng điều trị. Các biểu hiện của tổn thương khí huyết như sau:

a. Khí trệ

Khí tụ thì có hình, khí tán thì không có vết tích, khí gây bệnh thì đau, khí đau thì bất thường. Bệnh thường gặp như: ngực sườn đầy tức, khó thở do chấn thương vào ngực sườn (không có triệu chứng gãy xương, tràn khí, tràn dịch màng phổi, không vỡ gan lách); hoặc lôi kéo gây đau; hoặc đánh nhau vùng bụng gây tức bụng, chướng hơi; hoặc lún gãy cột sống gây chướng bụng, bí đại tiểu tiện; hoặc cũng có thể do tạng phủ bị rối loạn gây khí trệ như bệnh khí hư hạ hãm (sa các phủ tạng...)

b. Khí uất

Khí uất trong ngoại khoa có thể sinh ra tích tụ; hoặc khí uất hoá hoả, hoả đốt cháy tân dịch mà thành đờm, đờm tích lại thành khối. Nếu khí uất mà tích tụ, thành khối, màu sắc da không thay đổi, có thể thay đổi theo tình chí (ví dụ: viêm tuyến vú, tắc tia sữa, u giáp trạng...); nếu khí uất hoá hoả, hoả đốt cháy tân dịch thành đàm, đàm sẽ tích lại thành khối sưng nhưng mềm (ví dụ: viêm hạch mạn...).

c. Khí hư

Khí hư tức là dương khí không thể thông đạt cơ biểu vào bên trong cơ thể được. Nếu khí hư toàn thân gây cử động khó khăn, hay gặp trong di chứng của các chấn thương thần kinh, cơ, xương, khớp... Nếu khí hư tại chỗ thì sức chống đỡ tại chỗ yếu cho nên độc tà dễ xâm nhập gây ra lở loét, đinh, nhọt... làm cho các nơi bị tổn thương khó hồi phục (ví dụ: bệnh khí hư của tạng phủ như tý khí hư gây nên sa các phủ tạng). Nếu khí hư cả tại chỗ và toàn thân như bệnh sưng mủ thì khó phá mủ, khó thu miệng, thờ yếu, ăn kém, chất lưỡi nhợt, mạch tế.

d. Huyết ứ

Theo y học cổ truyền: trong ngoại khoa “Thương khí tắc khí trệ, thương huyết tắc huyết ngưng”. Khí trệ khiến huyết ngưng, huyết ngưng thì cản trở khí hành, vì vậy huyết ứ là gây ra bệnh. Nếu huyết ứ ngưng ở cơ nhục, bì phu thì sưng, đau, đỏ (ví dụ: tổn thương cơ, da, dây chằng - tổn thương phần mềm); nếu cản trở ở dinh vệ thì uất mà sinh nhiệt, bệnh có triệu chứng sưng, nóng, đỏ, đau ở da, cơ (ví dụ: bệnh đinh, nhọt, loét...); nếu huyết tích ở ngực sườn thì có triệu chứng đầy chướng, đau, tức ở ngực sườn (ví dụ: bệnh viêm đường mật, tổn thương vùng ngực do chấn thương).

Huyết ứ lâu uất thành nhiệt (nói ở phần dưới), huyết ứ cũng gây ra chảy máu (ví dụ: trĩ chảy máu).

e. Huyết nhiệt

Huyết nhiệt do huyết ứ lâu, uất ở trong mà sinh nhiệt hoặc nhiệt độc xâm phạm vào huyết phận. Nếu ở da, cơ, khớp... thì có triệu chứng nhiệt cấp tính như: sưng, nóng, đỏ, đau; gặp trong đình, đờn độc, nhọt... đó là do huyết ứ lâu uất thành nhiệt gây nên. Nếu có triệu chứng chảy máu thì do nhiệt vào huyết nên bức huyết loạn hành mà gây ra; thường gặp trong thổ huyết, nục huyết, do sang chấn...

f. Huyết hư

Huyết hư thường xuất hiện ở thời kỳ sau của bệnh. Y học cổ truyền cho rằng khí hư bất dụng, huyết hư bất nhân, cho nên các nơi tổn thương mà huyết hư thì không nuôi dưỡng được, do vậy nơi tổn thương sẽ teo cơ, cứng gân khó hồi phục vận động (ví dụ: các vết thương mà huyết hư thì rất khó thu miệng và liền sẹo hoặc trong các trường hợp gãy xương nếu huyết hư thì sẽ khó liền xương...).

2.2. Biện chứng về cân xương

Cân liên quan tới can, xương liên quan tới thận, cân và xương là ngọn của can thận, được khí huyết ôn ấm và can thận nhu dưỡng. Vì vậy can xương mà bị tổn thương thì nhất thiết tổn thương tới khí huyết và ảnh hưởng tới can thận.

Những người trẻ tuổi (nhất là lứa tuổi thanh niên) có can thận khí thịnh, cân xương phát triển chắc cho nên cân xương bị tổn thương thì rất dễ hồi phục. Người già thì can thận khí suy, cân xương hư yếu cho nên cân xương bị tổn thương thì hồi phục rất chậm, thậm chí không hồi phục. Vì vậy, điều trị bệnh cân xương cần phải chú ý đến điều lý của khí huyết can thận làm chủ.

Ví dụ: gãy xương giai đoạn đầu còn sưng, nóng, đỏ, đau thì cần hoạt huyết, hành khí, tiêu ứ làm chủ; đến giai đoạn hết sưng, nóng, đỏ phải chú ý làm liền xương, lấy bổ can thận làm chủ...

2.3. Biện chứng về tạng phủ

Trong ngoại khoa bệnh có quan hệ chặt chẽ với tạng phủ. Bệnh có thể từ biểu truyền vào tạng phủ (ví dụ: các bệnh ngoài da, cơ, gân, xương tuy do ngoại tà gây bệnh nhưng nếu không điều trị tốt sẽ gây bệnh ở tạng phủ như đình, nhọt; nếu người bệnh có chính khí kém sẽ gây sốt cao, hoá mủ toàn thân và co giật đưa đến tử vong...); ngược lại bệnh thuộc tạng phủ cũng có

Các bệnh ở da, cơ, xương, khớp dù chấn thương hay các độc tà gây nên đều làm khí huyết tắc trở gây nên khí huyết ở kinh lạc ngưng trệ, do vậy trên lâm sàng phải dựa vào bộ vị của đường kinh lạc mà biện chứng (ví dụ: bệnh ở gáy cổ (loét lở, nhọt...) là thuộc bộ vị của đường kinh bàng quang; bệnh viêm tuyến vú, tắc tia sữa là thuộc bộ vị của đường kinh vị...).

Nhờ các huyết nằm trên đường kinh lạc có liên quan chặt chẽ với các tạng phủ cho nên tạng phủ nào bị bệnh sẽ phản ứng trên đường kinh lạc đó, nhất là huyết chính của đường kinh (ví dụ: bệnh ở can đởm ấn huyết dương lăng tuyền thì thấy đau, bệnh của hệ thống đại tiểu trường mà ấn huyết túc tam lý thì thấy đau). Người ta dựa vào sự liên quan đó để chẩn đoán tạng phủ bị bệnh (ví dụ: chẩn đoán viêm ruột thừa ấn huyết lan vĩ thấy đau...).

Dựa vào liên quan giữa đường kinh lạc với ngũ quan và vị trí ngũ tạng lục phủ (nơi cư trú của tạng phủ) để chẩn đoán và điều trị, ví dụ:

- Bệnh ở đỉnh đầu thuộc kinh đốc.
- Bệnh ở tai thuộc kinh thận.
- Bệnh ở mũi thuộc kinh phế.
- Bệnh ở lòng bàn tay thuộc tâm bào lạc.
- Bệnh ở lòng bàn chân thuộc kinh thận.
- Bệnh ở vùng lưng thuộc đường kinh dương.
- Bệnh ở trong cánh tay thuộc thủ tam dương kinh.
- Bệnh phía trong đùi thuộc túc âm kinh.
- Bệnh phía ngoài đùi thuộc túc tam dương kinh.

Các kinh lạc liên quan chặt chẽ với khí huyết cho nên khi bệnh ở kinh lạc hoặc cơ quan nào cũng có thể dựa vào khí huyết để chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh ở cơ quan đó.

+ Nhiều khí, ít huyết:

Tam tiêu kinh.

Đởm kinh.

Tâm kinh.

Thận kinh.

+ Ít khí, nhiều huyết:

Tâm bào lạc.

Can kinh.

Tiểu trường.

Bàng quang.

+ Ít khí, ít huyết:

Phế kinh.

Tỳ kinh.

+ Nhiều huyết, nhiều khí:

Đại trường kinh.

Vị kinh.

Bệnh ở nơi nhiều huyết, nhiều khí hoặc nhiều huyết, ít khí dễ khỏi hơn nhiều khí, ít huyết hoặc ít khí, ít huyết vì huyết nuôi dưỡng khí và thúc đẩy khí hoạt động.

2.5. Biện chứng về sưng, đau, mủ, ngứa

Trong quá trình diễn biến của bệnh ngoại khoa thường có dấu hiệu sưng, đau, mủ và ngứa.

a. Sưng

Trong cơ thể người ta khí huyết tuần hành không ngừng, không nơi nào không đến, không nơi nào không qua. Nếu do nguyên nhân nào đó làm khí huyết đọng lại hoặc ngưng trệ thì tại nơi đó có sưng đau. Hình thái cũng như màu sắc ở mỗi chỗ sưng đều khác nhau: chỗ sưng tản mạn thuộc hư; chỗ sưng cao, tập trung thuộc thực; sưng thuộc phong thì chỗ sưng nổi phồng mà hay chạy; sưng thuộc đàm thì mềm nhũn như bông hoặc ngoài cứng trong mềm không đỏ, không nóng, màu da như thường. Vì ứ huyết mà sưng thì sắc hơi hồng hồng hoặc bầm tím. Nếu thành mủ thì màu sắc biến đổi (có thể tím bầm lẫn vàng, hoặc màu xanh); sưng do huyết không chạy; sưng do khí thì chạy.

b. Đau

Đau chính là do khí không lưu thông nhưng khí là thống soái của huyết, huyết là mẹ của khí nên khí không lưu thông thì huyết cũng không lưu thông, cho nên người ta nói rằng đau là do khí huyết không lưu thông và cũng tùy theo nguyên nhân mà có tính chất đau khác nhau. Nếu đau thuộc hư thì ưa xoa bóp, gặp lạnh lại đau tăng; đau thuộc hàn thì tụ lại một chỗ, màu da không thay đổi, gặp nóng thì bớt đau; đau thuộc nhiệt thì màu hồng đỏ, gặp lạnh thì đau giảm; vì làm mủ mà đau thì vừa đau vừa sưng to, vì phong mà đau thì đau chạy khắp người rất nhanh, kèm theo ngứa, tê bì hoặc kiến cắn; vì khí mà đau thì đau chạy quanh không nhất định chỗ nào.

c. Làm mủ

Mủ là do khí huyết hoá sinh ra, nếu khí huyết suy kém thì không thể đẩy độc ra ngoài được. Vì thế người ta nói rằng sự bài nung các chứng ung nhọt, sang ung... là do chính khí đẩy độc ra ngoài, làm cho độc theo mủ ra ngoài, cho nên bệnh làm mủ như ung, nhọt, thũng, độc đã đến giai đoạn thành hình thì phải khám xét kỹ xem đã làm mủ chưa, mủ ở sâu hay nông để xử lý cho đúng; hoặc nếu có mủ thì đã vỡ chưa và xem xét tính chất, mùi, màu của mủ.

Phương pháp khám nhọt mủ: lấy hai ngón tay ấn nhẹ nơi sưng, nếu thấy bập bênh là có mủ, có nước; ấn vào thấy cứng rắn là chưa có mủ, mềm nhũn ở trong là có mủ đã chín; ấn nhẹ thấy đau ngay là có mủ ở nông, ấn nặng mới thấy đau là mủ ở trong sâu; da phồng mỏng là mủ ở nông, màu da không thay đổi lại không co lên là mủ ở sâu.

Tính chất của mủ: do nguyên nhân khác nhau nên tính chất mủ cũng khác nhau. Người khí huyết thịnh vượng thì mủ ra đặc và vàng, người khí huyết hư yếu thì mủ ra loãng và trắng. Nếu mủ ra như nước đục hoặc nước bột (nếu là nước mủ thối), đó là chứng chữa được. Nếu lúc đầu ra mủ vàng đặc, sau ra mủ như màu hoa đào rồi ra nước đỏ nhọt thì đó là hiện tượng bình thường, dễ thu miệng và lên da non. Nếu sắc mủ như dầu trẩu hoặc chảy nước vàng (hoặc nước trong) thường nằm trong chứng chữa lâu và khó.

d. Ngứa

Nếu bệnh mụn nhọt... trước khi vỡ và phát ngứa là phong kết hợp nhiệt. Sau khi vỡ mụn mà phát ngứa là bình thường, là hiện tượng khí huyết dần dần đầy đủ, dễ lên da non nhưng phải ngứa như kiến bò thì là tốt.

Nếu bệnh biến mà phát ngứa có thể nơi mủ chảy cảm phải phong mà sinh ra, đó là bệnh nặng khó khỏi. Mụn nhọt lồi phình như bột gạo mà ngứa, khi gãi chảy nước là thuộc tỳ kinh có thấp, chảy ra máu tươi là tỳ kinh tảo quá.

2.6. Phân biệt bệnh lành, dữ và chứng thuận nghịch

a. Điểm lành và điểm dữ

Người xưa đã tổng kết kinh nghiệm lâm sàng lâu dài đã đưa ra:

- Năm điểm lành:
 - + Tinh thần tỉnh táo, khoan khoái, tiếng nói hoà nhã thông suốt, lưỡi nhuận không khô, ăn ngủ bình thường.
 - + Cơ thể hoạt động nhẹ nhàng, yên vui, không buồn bực, móng tay móng chân tươi nhuận, khi nằm khi dậy yên tĩnh.
 - + Môi hoạt nhuận, mủ đặc vàng mà không hôi thối.

- + Tiếng nói rần rỏi, da dẻ tươi nhuận, không ho suyễn, đại tiểu tiện bình thường.
- + Không phát nóng, miệng răng không khô.
- Bảy điểm dữ:
 - + Thần trí buồn bực không yên, miệng lưỡi khô ráo, nói năng líu khó, nơi tổn thương miệng rộng thâm đen.
 - + Thân thể cứng thẳng, mắt nhìn nghiêng, miệng vết thương chảy máu.
 - + Hình dáng gầy còm, không muốn ăn, chỗ vết thương có mũ mềm lõm sâu, không biết đau nhức; mũ trong, ít mà hôi thối.
 - + Da khô rộp, nhiều đờm, ngọng, líu lưỡi, ho suyễn, cánh mũi phập phồng.
 - + Da đen xám, cổ họng khô ráo, buồn bực, khát, bìu dái co lên.
 - + Tay chân mình mẩy phù thũng, nôn mửa, nấc, ỉa chảy, đầy bụng.
 - + Nơi tổn thương loét nát, nham nhở như tổ con lươn, máu tự nhiên chảy ra, tay chân quyết lạnh.

b. Chứng thuận, chứng nghịch

- Chứng thuận là nơi tổn thương và các chứng trạng của bệnh phát triển bình thường và tiên lượng tốt.
- Chứng nghịch là nơi tổn thương và các chứng trạng thể hiện biến chứng, tiên lượng bệnh xấu.

CHƯƠNG II

CÁC NGUYÊN TẮC CHỦ YẾU ĐIỀU TRỊ BỆNH NGOẠI KHOA

Phương pháp điều trị bệnh ngoại khoa bao gồm điều trị bên trong (nội trị) và điều trị bên ngoài (ngoại trị). Điều trị bên trong là điều trị toàn thân, điều trị bên ngoài là điều trị tại chỗ (cục bộ). Hai loại điều trị này thường thường phối hợp với nhau nhưng nếu bệnh nhẹ người bệnh khoẻ thì lấy điều trị tại chỗ là chính, nếu bệnh nặng thì nhất thiết phải kết hợp điều trị toàn thân kết hợp điều trị cục bộ.

Dù điều trị toàn thân hoặc điều trị cục bộ đều phải căn cứ vào thể chất tình trạng của bệnh nhân, nguyên nhân gây bệnh, những yếu tố ảnh hưởng tới người bệnh và biết đặc điểm không giống nhau trong từng giai đoạn của bệnh thì mới mang lại hiệu quả trong điều trị.

I. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ BÊN TRONG

1. Giải biểu tán kết

Cơ biểu là cơ quan bảo vệ cơ thể, nếu cơ biểu bị ngoại cảm tà độc xâm nhập thì bệnh xuất hiện giai đoạn đầu là biểu chứng (tức là khí (nguyên nhân gây bệnh) còn ở bên ngoài) cho nên phải dùng phương dược giải biểu tán tà để đuổi tà khí ra ngoài. Đó là phép giải biểu tán kết, trong lâm sàng hay dùng để điều trị các bệnh: giai đoạn đầu của dương thũng (mụn nhọt sưng tấy), lở loét, các bệnh ngoài da...

Pháp giải biểu tán kết lại bao gồm có 2 loại: tân lương giải biểu và tân ôn giải biểu.

1.1. Tân lương giải biểu

Dùng để điều trị các chứng ngoại cảm phong nhiệt (ứng với y học hiện đại là các loại viêm nhiễm da cơ) hay gặp mụn nhọt, lở loét, viêm da ... triệu chứng có sốt, nơi tổn thương đau, đỏ, nóng, sưng, nếu loét cũng đỏ, chảy máu nước vàng, chưa vỡ mủ, tiểu tiện vàng, đại tiện táo, rêu lưỡi vàng, mạch phù sắc.

Bài thuốc điển hình Ngân kiều tán

Kim ngân hoa	16g	Bạc hà	6g
Liên kiều	12g	Kinh giới	8g
Ngưu bàng tử	6g	Cam thảo	6g
Trúc diệp	8g	Lô căn	8g
Kết cánh	6g	Đậu xị	6g

Phân tích: bài thuốc có tác dụng tân lương bình chế, tức là vừa tân lương thấu biểu vừa thanh nhiệt giải độc làm phương thuốc. Trong ngoại khoa rất hay dùng kim ngân hoa và liên kiều làm thuốc thanh nhiệt giải độc; kinh giới dùng để khu phong trừ ngứa, kinh giới tính ôn nên trị chứng ớn lạnh do nhiệt kết ở biểu, các vị thuốc khác đều là thanh nhiệt giải biểu.

Bài thuốc Ngưu bàng giải cơ thang

Ngưu bàng	8g	Huyền sâm	10g
Bạc hà	6g	Liên kiều	12g
Kinh giới	8g	Chi tử	8g
Lan hoàng thảo	6g		

Bài thuốc này dùng để điều trị bệnh do phong nhiệt, hay dùng bệnh thũng ung dương sang (ung nhọt, mụn, lở loét, vết thương) ở cổ vai gáy hoặc họng hầu sưng đau. Bài này còn dùng trong bệnh ở da khác như viêm da dị ứng, ma chần (sởi), mẩn mề đay dị ứng...

1.2. Tân ôn giải biểu

Loại thuốc này dùng để điều trị các chứng ngoại cảm phong hàn (ứng với y học hiện đại là các bệnh viêm nhiễm da cơ nhưng không sốt nóng, tổn thương đỏ ít...) hay gặp trong lâm sàng là mụn nhọt lở loét hay tái phát, người lạnh, sợ lạnh, sốt nóng nhẹ hoặc nơi tổn thương đỏ ít, không sốt nóng, rêu lưỡi trắng, chất lưỡi nhạt bệu, mạch phù hoãn.

Bài thuốc điển hình Kinh giới bại độc tán

Kinh giới	8g	Chỉ xác	6g
Phòng phong	10g	Cát cánh	8g
Sài hồ	12g	Phục linh	12g
Khương hoạt	10g	Xuyên khung	10g
Độc hoạt	12g	Cam thảo	6g

Bài thuốc này dùng để điều trị bệnh do phong hàn. Kinh giới là thuốc tân ôn, tuy ôn nhưng không táo, bất luận là phong hàn hay phong nhiệt đều dùng được. Nó có tác dụng phối ngũ với thuốc tân lương giải biểu để tăng cường sơ tán phong nhiệt. Độc hoạt tính nhuận, hoà; khương hoạt tính hùng liệt. Vì vậy khương hoạt và độc hoạt cũng hỗ trợ nâng cao tác dụng nhưng không nên dùng lượng quá nhiều để gây nên ợ, nấc; về mùa hè càng nên dùng.

Chú ý khi dùng: nếu thể chất bệnh nhân hư nhược hoặc bệnh viêm loét đã lâu, miệng loét không kín được, khiến cho biểu chứng tồn tại thì không được phát hãn quá.

2. Thông lý pháp

Là dùng thuốc tả hạ làm cho độc tà tích trệ theo đại tiện ra ngoài, thường dùng nhiệt độc, loét lở ở lý như viêm loét trực đại tràng (trường ung) có triệu chứng háo khát, sốt, bụng trướng đầy, đại tiện táo kết, rêu lưỡi vàng nhớt, mạch trầm sắc hoặc có chấn thương bụng, ngực gây khí trệ uất nhiệt, bụng đầy trướng, bí đại tiểu tiện... cũng dùng thông lý tả hạ pháp.

2.1. Tả hạ

+ Táo kết gây đầy trướng, đau bụng (bán tắc ruột hoặc tắc ruột cơ năng) dùng bài Đại thừa khí thang

Đại hoàng	10g	Hậu phác	6g
Mang tiêu	8g	Chỉ thực	6g

Gốc của bài thuốc là đại diện của phương thuốc thông lý pháp, đại hoàng là tả hạ thanh nhiệt, kết hợp mang tiêu càng làm tăng tả hạ; phối hợp hậu phác, chỉ thực hành hạ khí trệ cho nên chữa đau trướng bụng, bí đại tiện.

+ Chấn thương bụng gây khí trệ huyết ứ, bụng ngực đầy tức, táo kết (rối loạn hoặc liệt ruột do chấn thương) dùng bài Nội sơ hoàng liên thang

Chi tử	6g	Cát cánh	8g
Liên kiều	12g	Đại hoàng	4g
Bạc hà	6g	Quy thân	10g
Cam thảo	6g	Xích thực	12g
Hoàng liên	12g	Mộc hương	8g
Xuyên liên	10g	Bình lang	6g

Bài thuốc có tác dụng thông hạ lý nhiệt, là đại biểu của phương thuốc điều trị thông hạ lý nhiệt trong ngoại khoa.

+ Chấn thương vùng ngực dùng bài Đại thành thang

Đương quy	10g	Trần bì	6g
Đại hoàng	4g	Cam thảo	6g
Mang tiêu	8g	Mộc thông	8g
Hồng hoa	6g	Chỉ xác	6g
Hậu phác	8g	Tô mộc	6g

Bài thuốc có tác dụng tả hạ, tiêu trệ khí huyết.

+ Nếu tổn thương ở lưng dùng bài Đào nhân thừa khí thang

Đào nhân	8g	Cam thảo	6g
Đại hoàng	6g	Mang tiêu	8g
Quế chi	4g		

2.2. Nhuận hạ

Dùng trong các bệnh ngoại khoa mà cần nhuận tràng. Bài thuốc điển hình là Nhuận tràng thang

Đương quy	10g	Ma nhân	10g
Cam thảo	6g	Đào nhân	10g
Sinh địa	12g		

Bài thuốc có tác dụng nhuận tràng, dưỡng huyết, thanh nhiệt.

Chú ý: không dùng pháp thông lý cho phụ nữ có thai và người già yếu.

3. Thanh nhiệt pháp

Thanh nhiệt pháp là dùng thuốc hàn lương để thanh giải nhiệt tà ở trong cơ thể (lý nhiệt), là phương pháp điều trị chủ yếu trong ngoại khoa. Phương pháp này dùng để điều trị dương chứng; hay dùng trong bệnh ung thư, sang, đĩnh tiết, dương thũng... Tùy theo chứng trạng mà vận dụng, thường có 5 loại: Thanh nhiệt giải độc, thanh nhiệt táo thấp, thanh nhiệt lương huyết, thanh nhiệt tả hỏa và thanh nhiệt dưỡng âm.

3.1. Thanh nhiệt giải độc

Dùng trong các bệnh thuộc nhiệt độc, hay gặp sang thũng sưng nóng, đỏ, đau: hạ trĩ viêm nghẽn, mụn nhọt, đĩnh, hậu bối, tiền bối... toàn thân sốt, miệng đắng, rêu lưỡi vàng, mạch sắc (thuộc chứng thực nhiệt).

Bài thuốc điển hình là Ngũ vị tiêu độc ẩm

Kim ngân hoa	16g	Địa đinh	10g
Cúc hoa	10g	Thiên quý tử (thiên hoa phấn)	12g
Bồ công anh	12g		

Gốc của bài thuốc là khổ hàn thanh nhiệt, thường dùng để giải độc tiêu thũng trong ngoại khoa, nhất là thanh nhiệt giải độc tương đối tốt, hay dùng trong sang dương thũng (vết thương sưng nề), có thể kết hợp với liên kiều để tiêu thũng giải độc, cũng thường thêm sinh cam thảo để tăng cường tính chất giải độc của bài thuốc.

3.2. Thanh nhiệt tả hoả

Dùng trong các chứng sang dương cực thịnh (rực cháy). Toàn thân: sốt cao, ra mồ hôi, miệng khát, thích uống, rêu lưỡi vàng, mạch sắc (ví dụ: viêm mô cơ tổ ong, viêm tuỷ, viêm quanh hậu môn trực tràng).

Bài thuốc điển hình là Hoàng liên giải độc thang

Hoàng liên	12g	Hoàng bá	12g
Hoàng cầm	12g	Chi tử	8g

Gốc bài thuốc là khổ hàn, thanh nhiệt, tả hoả; thường dùng các viêm nhiễm đang thời kỳ hoá mủ do nhiệt độc cực thịnh.

3.3. Thanh nhiệt lương huyết

Dùng ở chứng bệnh sang dương có kèm theo phát nhiệt, tâm phiền, miệng khát không muốn uống nhiều, chất lưỡi hồng hoặc đỏ tươi.

Bài điển hình Tê giác địa hoàng thang

Tê giác	8g	Bạch thược	12g
Sinh địa	12g	Đan bì	6g

Gốc bài thuốc là đại diện phương thuốc thanh nhiệt lương huyết (có thể thay ngưu giác (sừng trâu) nhưng lượng 2 - 3 lạng).

Trong ngoại khoa thường dùng phối ngũ với các thuốc khác tùy theo tiến triển của bệnh như toàn thân hoá mủ dùng An cung ngưu hoàng hoặc Sài tuyết đan để thanh tâm, khai khiếu.

3.4. Thanh nhiệt táo thấp

Dùng cho chứng bệnh khớp sưng đau, thấp chân, sang độc, miệng đắng, rêu vàng.

Bài thuốc 1: Long đởm tả can thang

Long đởm thảo	10g	Cam thảo	6g
Hoàng liên	12g	Sa tiền tử	12g
Chi tử	6g	Mộc thông	10g
Sinh địa	12g	Trạch tả	6g
Đương quy	10g	Sài hồ	12g

Bài thuốc có tác dụng thanh can hoá, lợi thấp nhiệt tương đối mạnh; trên lâm sàng thường dùng điều trị các mụn nước sản ngứa (bào chẩn thũng ung).

Chú ý: phương thuốc này là khổ hàn, dễ thương vị khí nên không dùng quá lâu.

Bài thuốc 2: Giải độc hoạt huyết thang

Dùng trong sản ngứa, thấp nhiệt như viêm da tiếp xúc. Tổn thương đỏ ngứa lan rộng, nơi tiếp xúc chảy nước vàng.

Liên kiều	12g	Đương quy	10g
Lô căn	8g	Chỉ xác	6g
Sài hồ	10g	Sinh địa	10g
Đào nhân	10g	Xích thược	12g
Hồng hoa	10g	Cam thảo	6g

3.5. Dương âm thanh nhiệt

Dùng để điều trị chứng bệnh nhiệt độc, thấp nhiệt nhưng kéo dài gây âm hư. Thí dụ: viêm tuỷ xương lâu ngày, các bệnh sang dương, ung thư, chấn thương lâu ngày gây chứng chiều nhiệt, cốt chùng, háo khát, lưỡi đỏ, rêu vàng khô, mạch tế sắc.

Bài thuốc điển hình là Bát vị tri bá

Thục địa	12g	Đan bì	8g
Sơn thù	12g	Phục linh	10g
Sơn dược	10g	Trạch tả	6g
Tri mẫu	6g	Hoàng bá	10g

3.6. Thanh cốt chùng chiều nhiệt

Dùng trong các bệnh viêm nhiễm mạn tính, xuất hiện âm hư chiều nhiệt mà phải dùng thanh nhiệt giải độc, dưỡng âm.

Bài thuốc điển hình là Thanh cốt tán

Ngân sài hồ	12g	Thanh hao	8g
Hoàng liên	10g	Tri mẫu	6g
Miết giáp	8g	Chích cam thảo	6g
Địa cốt bì	10g	Tần giao	8g

4. Ôn thông pháp (ôn kinh thông lạc pháp)

Là dùng thuốc ôn nhiệt, tán hàn, thông lạc. Ôn thông pháp là phương pháp điều trị khu tán âm hàn tích trệ. Thường dùng để điều trị chứng bệnh do phong hàn đàm trọc tích ở kinh mạch, cân cốt mà gây nên dương khí bất hoà, khí huyết ngưng trệ gây nên sang dương

Pháp điều trị: ôn kinh thông dương, tán hàn, hoá đàm

Bài thuốc điển hình là Dương hoà thang

Ma hoàng	6g	Nhục quế	4g
Thục địa	12g	Lộc giác giao	6g
Bạch giới tử	6g	Cam thảo	6g
Bào khương tán	6g		

Bài thuốc có tác dụng ôn dương, tán hàn, hoá đàm, bổ hư. Là bài thuốc đại diện để điều trị chứng âm ung sang dương (viêm loét có mủ lâu ngày); thường dùng trong chứng bệnh hư hàn, đàm ngưng tụ cân cốt, gây sưng đau không đỏ (nhất là ở khớp), toàn thân sợ lạnh, miệng không khát, tiểu tiện trong nhiều, rêu lưỡi trắng nhợt, mạch xích, gặp trong loét lở lâu liền, hư khớp, lao khớp, viêm tắc động mạch.

Bài thuốc 2: Tiểu hoạt lạc thang

Thiên nam tinh	8g	Nhũ hương	6g
Xuyên khung	10g	Một dược	6g
Địa lương	8g	Thảo ô chế	4g

Dùng trong các chấn thương lâu ngày, hàn thấp xâm nhập cân cốt như trật dả...

Bài thuốc 3: Đại hoạt lạc thang

Bạch hoa xà	8g	Dầu thảo ô	6g
Thiên ma	12g		

Chú ý: thuốc có tính ôn táo, giúp dương hại âm nên bệnh nhân có chứng bệnh âm hư hoả vượng cấm dùng.

5. Hành khí pháp

Là dùng các thuốc lý khí giải uất, dùng trong các bệnh do khí uất gây nên. Mục đích làm cho khí cơ thông xương, khí huyết điều hoà, từ đó đạt tới hành trệ, tiêu tán, chỉ thống. Tùy vị trí của khí trệ mà dùng pháp và bài thuốc khác nhau.

- Khí trệ ở ngực sườn:

+ Khí trệ ở can đởm như viêm túi mật, sỏi mật, sỏi gan dùng bài thuốc Đại sài hồ thang

Sài hồ	12g	Chỉ thực	6g
Hoàng cầm	12g	Đại hoàng	8g
Xích thực	10g	Sinh khương	6g
Bán hạ chế	6g	Đại táo	12g

Bài thuốc có tác dụng giải biểu, công lý.

+ Khí trệ ở ngực sườn do chấn thương thì dùng bài Sài hồ sơ can thang

Sài hồ	12g	Chỉ xác	6g
Bạch thực	10g	Trần bì	6g
Hương phụ	6g	Cam thảo	6g
Xuyên khung	10g		

Bài thuốc có tác dụng hành khí, chỉ thống, điều hoà can tỳ.

+ Khí trệ ở vú gây sưng đau thì dùng bài Tiêu nghịch tán

Sài hồ	10g	Phục linh	10g
Đương quy	10g	Cam thảo	6g
Bạch thực	12g	Sinh khương	6g
Bạch truật	8g	Bạc hà	6g

Bài thuốc có tác dụng sơ can, giải uất, điều hoà khí huyết.

- Khí trệ ở bụng thì dùng bài Phúc thương thang

Chỉ thực	6g	Đương quy	10g
Thanh bì	6g	Xích thực	10g
Ô dược	6g	Đào nhân	10g
Ngũ linh chi	6g	Hồng hoa	10g

- Khí trệ ở lồng ngực thì dùng bài Hạnh thương tán

Sài hồ	12g	Xích thước	10g
Chỉ xác	6g	Đương quy	10g
Hạnh nhân	6g	Uất kim	10g
Huyền hồ sách	6g	Đan sâm	10g
Qua lâu bì	6g	Cam thảo	6g

6. Hoạt huyết khứ ứ pháp

Là dùng thuốc hoạt huyết khứ ứ, loại trừ huyết ứ; có tác dụng phá tích, tiêu thũng, chỉ thống. Thường dùng trong ngoại khoa chấn thương và các chứng bệnh sang dương ung thư có huyết ứ (viêm nhiễm có rối loạn vận mạch sung huyết).

Cũng như khí trệ tùy theo vị trí huyết ứ mà có pháp và bài thuốc thuốc khác nhau.

- Huyết ứ do chấn thương:

+ Huyết ứ ở sườn thì dùng bài Phụ nguyên hoạt huyết thang

Sài hồ	12g	Xuyên sơn giáp	10g
Nguyên hoa phấn	12g	Đại hoàng tẩm rượu	10g
Quy vĩ	10g	Đào nhân tẩm rượu	10g
Hồng hoa	10g		

+ Huyết ứ ở bụng thì dùng bài Cách hạ trục ứ thang

Đương quy	10g	Diên hồ sách	6g
Xuyên khung	10g	Ngũ linh chi	8g
Hồng hoa	8g	Chỉ xác	6g
Đào nhân	10g	Hương phụ	6g
Xích thước	12g	Ô dược	6g
Đan bì	8g	Cam thảo	6g

+ Huyết ứ ở cân cơ thì dùng bài Sơ cân hoạt huyết thang

Khương hoạt	10g	Tục đoạn	10g
Phòng phong	10g	Thanh bì	6g
Kinh giới	8g	Ngưu tất	10g

Độc hoạt	10g	Ngũ gia bì	8g
Đương quy	10g	Đỗ trọng	10g
Hồng hoa	10g	Đào nhân	8g
+ Huyết ứ ở vùng lưng thì dùng bài Yêu thương thang			
Đương quy	10g	Diên hồ sách	8g
Xích thược	12g	Chỉ xác	6g
Tục đoạn	10g	Hậu phác	8g
Tần giao	6g	Tang chi	12g
Mộc thông	6g	Mộc hương	6g

– Huyết ứ do nhiệt:

Gặp trong các chứng bệnh như: sang dương, ung, thư... Thường ở giai đoạn đầu của các loại bệnh nhiệt độc thấp nhiệt (viêm nhiễm), cho nên ngoài pháp hoạt huyết cần phải dùng pháp thanh nhiệt.

Bài thuốc điển hình là Tiêu sang ẩm

Quy vĩ	10g	Xuyên sơn giáp	10g
Xích thược	12g	Bạch chỉ	6g
Nhũ hương	12g	Bối mẫu	8g
Một dược	10g	Phòng phong	10g
Cam thảo	6g	Thiên hoa phấn	10g
Kim ngân hoa	12g	Tạo giác thích	8g
Trần bì	6g		

Bài thuốc có tác dụng là tiêu ung, tán kết, hoạt huyết, chỉ thống.

7. Chỉ huyết pháp

Là dùng thuốc có tác dụng cầm máu để điều trị các chứng bệnh chảy máu như: thổ huyết, niệu huyết, tiện huyết...

Chảy máu ở ngoại khoa thường là do chấn thương mà nguyên nhân là do huyết ứ hoặc nhiệt phạm vào huyết (viêm nhiễm) làm cho huyết loạn hành, cho nên dùng thuốc chỉ huyết phải kết hợp thuốc điều trị nguyên nhân. Nếu chảy máu do huyết ứ thì phải kết hợp thuốc hoạt huyết, nếu do huyết nhiệt thì phải thanh nhiệt, nếu do tỳ không thống nhiếp huyết thì phải kiện tỳ (chảy máu dưới da, chảy máu tiêu hóa). Tùy theo vị trí chảy máu mà dùng bài thuốc khác nhau:

+ Thở huyết thì dùng:

Bài 1: Thập tán

Lá sen tán	6g	Chi tử tán	10g
Trắc bách diệp tán	10g	Tông lư tán	12g
Mao căn tán	10g	Đan bì tán	8g
Tây thảo căn tán		Đại hoàng tán	8g

Hoặc bài 2: Tứ sinh hoàn

Sinh địa	10g	Sinh hà diệp	12g
Sinh ngải diệp	12g	Sinh trắc bách diệp	12g

+ Niệu huyết thì dùng bài Đạo xích tán

Sinh địa hoàng	8g	Cam thảo	6g
Mộc thông	10g	Bạch mao căn tán	10g
Đạm trúc diệp	10g		

Bài thuốc có tác dụng lương huyết, lợi niệu, chỉ huyết

+ Đại tiện ra máu thì dùng Hòe hoa tán

Hòe hoa tán	12g	Kinh giới sao	8g
Trắc bách diệp tán	12g	Chỉ xác	8g

Bài thuốc có tác dụng thanh lợi tràng, chỉ huyết khái (đại tiện ra máu, nhất là trĩ).

+ Thở huyết thì dùng:

Bài 1: Bách diệp thang

Trắc bách diệp	12g	Ngải diệp	8g
Bào khương	8g		

Bài thuốc có tác dụng ôn trung, chỉ huyết.

Bài 2: Hoàng thổ thang

Tâm hoàng thổ	12g	Phục linh	12g
Sinh địa hoàng	10g	A giao	12g
Bạch truật	10g	Cam thảo	6g
Bào phụ tử	6g		

Chú ý: a giao để riêng, đốt phồng, hoà nước sắc uống.

Bài thuốc có tác dụng ôn trung, kiện tỳ, chỉ huyết.

8. Nhuyễn kiên tán kết pháp

- Là thuốc điều trị các khối rắn cứng; nếu do huyết thì dùng hoạt huyết, do khí thì dùng hành khí, nếu do đàm thì hoá đàm, nếu do thạch thì hoá bài thạch (sỏi).
- Nhuyễn kiên, tán kết, hoá đàm: là thuốc hoá đàm, tán kết. Khi ngoại cảm độc tà, người bệnh hư nhược, ăn uống không điều độ với tình chí không thông xướng, khí có ngưng trệ, dịch tích thành đàm, tích tụ lâu ngày không tan mà thành khối.

Tuỳ theo vị trí và tính chất của người bệnh mà dùng pháp và thuốc điều trị khác nhau.

+ Viêm hạch thì dùng bài Nhị trần thang để tảo thấp hoá đàm

Bán hạ chế	6g	Trần bì	6g
Phục linh	12g	Chích cam thảo	8g

Bài thuốc có tác dụng tảo thấp hoá đàm.

+ Nếu u ở giáp trạng thì dùng bài Hải tảo ngọc hồ thang

Rong biển	10g	Bán hạ chế	6g
Trần bì	6g	Thanh bì	6g
Bối mẫu	8g	Độc hoạt	10g
Liên kiều	12g	Xuyên khung	10g
Đương quy	10g	Cam thảo	6g
Hải đế	8g		

+ Nếu là u thì dùng bài Tiểu kim đơn

Bạch giao hương	8g	Địa long	12g
Ô đầu	6g	Nhũ hương	10g
Ngũ linh chi	8g	Một dược	12g
Đương quy	10g	Xạ hương	6g
Mã tiền chế (phan mộc miết)	8g		

+ Nếu loa lịch thì dùng bài Tiêu lịch hoàn để dưỡng dinh, hoá đàm (thanh nhiệt hoá đàm, nhuyễn kiên tán kết).

Huyền sâm	12g	Bối mẫu	12g
Thổ lịch	12g		

+ Tán sỏi: dùng bài Thạch vĩ tán

Thạch vĩ	12g	Tang bạch bì	12g
Mộc thông	12g	Hoạt thạch	12g
Sa tiền tử	12g	Cam thảo	6g
Xích linh	8g		

Dùng để điều trị sỏi tiết niệu.

9. Trừ thấp lợi thủy pháp (lý thấp pháp)

Trừ thấp lợi thủy là thuốc có tác dụng trừ thấp, lợi thủy; dùng để lợi niệu, táo thấp, tiêu thũng, thông lâm. Ngoại khoa hay dùng trong các chứng bệnh lâm chứng (ngũ lâm, chứng thũng do huyết ứ), trong chấn thương, trong nhiệt độc (đình, sang dương, ung, thư...), trong ban chẩn ...

Tùy theo thể bệnh mà dùng khác nhau, pháp này là điều trị triệu chứng nên phải phối hợp các phép điều trị nguyên nhân.

+ Nếu thấp chẩn cấp dùng bài Tỳ thảo giải thẩm thấp thang

Tỳ giải	12g	Hoàng bá	12g
Sinh ý dĩ	10g	Xích thực	12g
Đan bì	8g	Trạch tả	8g
Hoạt thạch	8g	Thông thảo	12g

+ Nếu lâm chứng có sỏi thì dùng bài Bát chính tán, gia thêm kim tiền thảo

Xa tiền tử	12g	Hoạt thạch	12g
Mộc thông	10g	Cam thảo	6g
Mạch đông	10g	Chi tử	10g
Biển súc	8g	Đại hoàng	8g

Bài thuốc có tác dụng lợi tiểu, thông lâm, thanh nhiệt tả hỏa.

+ Nếu do chấn thương thương thì dùng bài Tam diệu tán

Thương truật	12g	Hoàng bá	10g
Ngưu tất	12g		

Bài thuốc có tác dụng trừ thấp, tiêu thũng.

10. Túc phong chấn kinh pháp

Túc phong chấn kinh là dùng thuốc để túc phong, định thần, chỉ kinh; có tác dụng sơ giải cơ rút, khai khiếu tỉnh thần.

Ngoại khoa hay dùng hôn quyết, hôn thiêm đầu đầu chóng mặt, nôn, choáng, cơn giật chân tay, mồm cứng méo, lưng uốn cong... như bệnh chấn động não tủy. Tùy theo thể bệnh mà dùng phép điều trị khác kết hợp.

+ Nếu do chấn thương (chấn thương sọ não) thì dùng bài Tô hợp hương hoàn

Xạ hương	6g	Đinh hương	8g
An túc hương	8g	Mộc hương	8g
Trầm hương	10g	Hương phụ	8g
Hạt sen	12g	Tô hợp hương	6g
Bạch truật	12g	Nhũ hương	8g
Băng phiến	6g		

Chu sa 0,1g, gói riêng hoà nước thuốc sắc để nguội uống.

+ Nếu bị lên cơn uốn ván (co cứng, lưng cong hoặc giống động kinh), gọi là phá thương phong thì dùng bài Ngọc chân tán

Sinh nam tinh	6g	Khương hoạt	10g
Bạch chỉ	8g	Thiên ma	12g
Phòng phong	10g	Bạch phụ tử	6g

+ Mê sảng, tỉnh thoảng la hét thì dùng bài Thiên ma câu đằng

Thiên ma	12g	Thạch quyết minh	10g
Câu đằng	6g	Đỗ trọng	12g
Ngưu tất	12g	Hoàng kỳ	12g
Chi tử	8g	Ích mẫu	6g
Tang ký sinh	16g	Dạ giao đằng	8g
Phục thần	12g		

Bài thuốc có tác dụng bình can tiềm dương, thanh nhiệt hoá đàm, dùng trong chấn động não.

11. Tiếp liên xương pháp

Tiếp liên xương pháp là phương pháp dùng thuốc tăng cường tiếp liên xương và khử u để điều trị gãy xương

Các vị thuốc liên xương: cốt toái bổ, tục đoạn, nhũ hương, một dược, đỗ trọng, tang ký sinh.

Bài thuốc điển hình: Tiếp cốt tô kim đan, dùng ngoài:

Nhũ hương	6g	Cốt toái bổ	12g
Một dược	10g	Đại hoàng	12g
Tư nhiên đồng	6g	Huyết kiệt	12g
Băng sa (bóp đắp ngoài)		Đương quy	10g

Bài thuốc 2: Tích cốt tán

Đào nhân	12g	Chi tử	8g
Hoàng liên	12g	Sinh địa	12g
Kim nhĩ hoàn	12g	Hoàng bá	10g
Hồng hoa	10g	Hoàng cầm	12g
Phòng phong	10g	Cam thảo	6g
Bồ công anh	12g	Xích thực	10g
Tự nhiên đồng	8g	Trắc bách diệp	6g
Đại hoàng	6g	Cốt toái bổ	12g
Mao xạ hương (lông túi xạ hương)	6g	Bạc hà	6g
Kim ngân hoa	12g	Đan bì	12g

Ngoài ra còn dùng bài Dược vị gia vị.

12. Thác pháp

Thác pháp là lấy phù chính khu tà làm trọng yếu, thường dùng trong ngoại khoa, trong vết thương lâu liền không thể thoát mủ được; đồng thời cũng là một phương pháp đưa độc ra ngoài, phòng độc tà xâm phạm vào trong, như vậy trên lâm sàng có 2 loại thác pháp.

12.1. Thác độc pháp

Thác độc pháp là dùng thuốc có tác dụng giải độc và trừ mủ (thoát mủ) được dùng khi chính khí không hư, mủ hình thành không thoát ra được, cơ thể còn ít nhiệt mà cần phải làm thoát mủ ra ngoài.

Bài điển hình: Tấu nung pháp

Sơn giáp sao	8g	Đương quy	10g
Tạo giác thích	10g	Xuyên khung	12g
Hoàng kỳ (sinh)	12g		

Trên lâm sàng thường thêm kim ngân hoa, liên kiều để thanh nhiệt giải độc (hoàng kỳ phải dùng sống).

12.2. Bổ thác pháp

Bổ thác pháp là dùng thuốc bổ ích khí huyết và thác độc tấu nung. Vì chính khí hư, độc tà tích lại gây nên phù nề có mủ nhưng không thoát ra được.

Do vậy phải dùng phép phù trợ chính khí và thác độc, tiêu thũng, sinh cơ.

Bài thuốc điển hình: Thác lý tiêu độc tán

Sinh hoàng kỳ	12g	Bạch truật	10g
Đương quy	12g	Đảng sâm	12g
Bạch thược	12g	Phục linh	12g
Xuyên khung	10g	Tạo giác thích	8g
Bạch chỉ	6g	Ngân hoa	12g
Cát cánh	6g	Cam thảo	6g

Gốc bài thuốc dùng khi chính khí hư, độc tà thịnh mà thành mủ.

13. Bổ pháp

Còn gọi là bổ ích, điều hoà pháp; mục đích là để phù chính, khu tà.

Tùy theo tình hình bệnh mà dùng pháp điều trị khác nhau

+ Nếu khí huyết đều hư thì dùng bài Bát trân thang

Đảng sâm	10g	Đương quy	10g
Bạch truật	12g	Xuyên khung	12g
Cam thảo	6g	Bạch thược	12g
Bạch linh	10g	Thục địa	12g

+ Nếu khí hư thì dùng bài Tứ quân tử thang

Đảng sâm	10g	Đương quy	10g
Bạch truật	10g	Cam thảo	6g

+ Nếu huyết hư dùng bài Tứ vật tử thang

Đương quy	10g	Bạch thược	10g
Xuyên khung	12g	Thục địa	12g

+ Nếu âm hư thì dùng bài Bổ âm, Lục vị

Sơn thù	6g	Trạch tả	10g
Sơn dược	12g	Đan bì	10g
Phục linh	12g	Thục địa	12g

+ Nếu dương hư dùng bài Thận khí hoàn

Sơn thù	6g	Trạch tả	10g
Sơn dược	12g	Đan bì	12g
Phục linh	12g	Thục địa	12g
Nhục quế	6g	Phụ tử	4g

+ Nếu vị khí hư thì dùng pháp dưỡng vị khí.

Dưỡng vị pháp là dùng thuốc phù đỡ vị khí, khiến cho vị nạp thủy cốc mạnh để đạt mục đích thúc tiến sinh hoá từ nguyên.

Dùng với chứng: sau khi vỡ mủ thì nước vàng chảy, bệnh ngày càng nặng, vết thương ngày càng lan rộng, khó liền. Vì vậy cần làm hết mủ, thu miệng, sinh tân và sinh cơ thì cần phải dưỡng vị. Có thể dùng một trong các bài thuốc sau:

Bài Tứ quân thêm trần bì, sa nhân để hoà lý tỳ vị.

Bài Nhị trần thang gia trúc nhự sao, cốt nha để hoà vị hoá trọc.

Bài Ích vị thang

Sa sâm	10g	Ngọc trúc	8g
Mạch môn đông	10g	Nước đường	10g
Tế sinh địa	12g		

Để thanh dưỡng vị âm.

II. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ BÊN NGOÀI (ĐIỀU TRỊ TẠI CHỖ)

Điều trị bên ngoài chiếm một vị trí hết sức quan trọng trong điều trị ngoại khoa. Nó không những phối hợp với điều trị bên trong để nâng cao hiệu quả điều trị mà đa số các bệnh dùng điều trị đơn thuần tại chỗ cũng mang lại hiệu quả.

Điều trị tại chỗ cần phải chú ý thể chất người bệnh, tính chất và quá trình tiến triển của bệnh để dùng các phương pháp điều trị khác nhau.

Các phương pháp điều trị tại chỗ gồm phương pháp dùng thuốc và phương pháp không dùng thuốc.

1. Phương pháp dùng thuốc

1.1. Thuốc bôi, đắp

- Dùng thuốc tươi, giã đắp: lá ớt giã đắp điều trị mụn nhọt.
- Bèo cái giã đắp điều trị bấp chuối (viêm cơ tứ đầu đùi)
- Bột hoà rượu: bôi đắp nơi tổn thương

Bài 1: Tứ hoàng tán

Hoàng liên	1 phần	Hoàng cầm	3 phần
Hoàng bá	3 phần	Đại hoàng	3 phần

Trị ung thương nhiệt độc viêm mủ, u quanh hậu môn.

Bài 2: Sang bá tán

Trắc bách diệp	2 phần	Bạc hà	1 phần
Đại hoàng	2 phần	Trạch lan	1 phần
Hoàng bá	1 phần		

Trị chấn thương, viêm nhiễm giai đoạn đầu.

Bài 3: Tiêu sưng tán

Thương truật	5 lượng	Trần bì	3 lượng
Khương hoạt	3 lượng	Hương phụ	3 lượng
Đại hoàng	3 lượng	Cam thảo	1 lượng

1.2. Cao dán

Bài 1: Cao thống nhất (cao nhão) (lương y Nguyễn Tống Khôi)

Bột cúc tần	8 phần	Bột đại hồi	0,8 phần
Bột ngải cứu	4 phần	Sáp ong	2 phần
Bột quế chi	1,6 phần	Dầu ve	20 phần

Đắp vào các nơi tổn thương có tác dụng hoạt huyết hành khí, tiêu ứ liên xương thanh nhiệt dùng để điều trị chấn thương.

Bài 2: Trật đả cao

Nhũ hương	5 phần	Nga truật	3 phần
Một dược	5 phần	Đại hồi	3 phần

Huyết kiệt	3 phần	Tô mộc	3 phần
Băng phiến	3 phần	Huyết giác	3 phần
Quế chi	3 phần		

Giã đắp vào nơi tổn thương có tác dụng hoạt huyết, tiêu thũng để điều trị chấn thương, gãy xương, trật khớp.

Bài 3: Cao mỏ quạ

Giã đắp vào vết thương lâu lành, có tác dụng làm sạch vết thương, tăng tổ chức hạt chóng lên da non.

Bài 4: Cao sinh cơ

Bạch liên	16g	Nghệ khô	8g
Nhũ hương	8g	Chân châu	4g
Quy vĩ	10g	Bạch cập	16g
Hoàng đơn	4g	Một dược	8g
Phòng phong	8g	Tóc rối	8g
Bạch chỉ	16g	Dầu vừng	1000g

Nấu thành cao, bôi sau khi trĩ rụng có tác dụng chống nhiễm trùng máu, làm lành vết thương.

1.3. Xông, ngâm

Dùng xông khói hoặc hơi nước vào nơi tổn thương, thường dùng trong bệnh ở chân (eczema), di chứng chấn thương, gãy xương, bong gân, đung giập...

Bài 1. Thương truật	30g
Bã trấu	30g

Cho vào than hồng đốt, lấy khói hun vào nơi tổn thương như chàm, viêm tinh hoàn.

Bài 2. Quế chi	16g	Dây kim ngân	20g
Huyết giác	20g	Đại hồi	20g

Đun lấy nước, ngâm hoặc xông hơi nước, điều trị di chứng chấn thương.

1.4. Rắc

Là dùng các bột thuốc rắc vào vết thương để cầm máu, hút mủ, liền vết thương:

<i>Bài 1.</i> Phèn phi	55g	Băng sa	55g
Hoàng đằng	20g	Hoạt thạch	250g

Tán nhỏ, rây kỹ, rắc vào vết thương lâu lành

Bài 2: Bảo sinh cơ

Thạch cao	36g	Xích thạch	4g
Khinh phấn	36g	Nhũ hương	12g
Hoàng đơn	12g	Một dược	12g
Long cốt	12g		

Tán nhỏ, rây kỹ, rắc vào vết thương sâu khó liền kín miệng.

Thuốc rắc vào búi trĩ để gây hoại tử gọi là khô trĩ tán.

1.5. Rửa

Dùng các thuốc đun sắc hay vò lấy nước để rửa, bôi vào các nơi tổn thương

<i>Bài 1.</i> Bồ công anh	200g	Phèn phi	200g
Trầu không	200g		

Cho 2 lít nước, sắc còn 1/4 lít rồi rửa vết thương

Bài 2: Tứ hoàng

Hoàng cầm	Hoàng liên
Hoàng bá	Đại hoàng

Liều như nhau, sắc thành nước đặc để rửa vết thương lâu liền.

1.6. Tiêm

Dùng các thuốc đã chiết xuất.

2. Phương pháp không dùng thuốc

- *Nắn, chỉnh:* dùng trong điều trị gãy xương, sai khớp.
- *Tập luyện:* dùng trong điều trị gãy xương, sai khớp và di chứng ngoài khớp.
- *Thắt cắt:* dùng điều trị trĩ, các da thịt thừa.
- *Chích dẫn mủ:* dùng trong ung nhọt.

- *Châm cứu*: điều trị triệu chứng và tác dụng tại chỗ cũng như toàn thân, châm tê.
- *Xoa bóp bấm huyệt*: điều trị cơ cơ gây đau.
- *Cố định*: nẹp cố định

3. Các phương pháp kết hợp

3.1. Thủy châm tê

Dùng các thuốc như: lidocain, novocain..., các thuốc vitamin nhóm B hoặc thuốc khác khi có chỉ định dùng thuốc y học hiện đại tiêm huyết theo y học cổ truyền .

3.2. Chôn chỉ, thuốc vào huyết

Thường dùng điều trị di chứng của chấn thương.

CHƯƠNG III

CÁC BỆNH NHIỄM KHUẨN CẤP TÍNH

MỤN NHỌT

(sang, ung, thư)

Mụn nhọt do hoả độc, nhiệt độc gây nên; biểu hiện ra bì phu, tấu lý những khối sưng, nóng, đỏ, đau; y học cổ truyền có tên gọi là sang, ung, thư, v.v...

Mụn nhọt có hai loại: loại có đầu và chân mụn nông, sưng, nóng, đỏ khu trú thường nhẹ và dễ chữa; loại có đầu nhọn, chân lan toả như cái nấm, sưng lan toả, hình dạng bất định khó chữa.

Trẻ em về mùa hè hay bị mụn nhọt trên đầu gọi là thử sang, nếu nhiều mụn kết hợp với nhau hình thành ở dưới da đầu một khoảng trống gọi là mạch lươn. Bệnh này lâu khỏi, dễ gây biến chứng sâu quầng (viêm xương).

Bệnh có thể tái phát do cơ địa huyết nhiệt.

1. Triệu chứng

- Giai đoạn mới phát: tại chỗ có sưng, nóng, đỏ, đau; toàn thân có thể kèm theo sốt, mạch sắc, rêu lưỡi trắng dày.
- Giai đoạn hoá mủ thành ổ mủ.
- Giai đoạn vỡ mủ: nếu là mụn dưới da dày thì khó vỡ mủ rồi liền da thành sẹo.

2. Phép chữa

2.1. Giai đoạn mới phát

Phép chữa: thanh nhiệt lương huyết, tiêu độc.

Các bài thuốc:

Bài 1: Thuốc đắp tại chỗ: lá cúc hoa trắng giã nát với muối, đắp vào mụn nhọt.

<i>Bài 2:</i>	Thổ phục linh	20g
	Thương nhĩ tử	20g

Sắc uống 1 ngày 1 thang

<i>Bài 3:</i>	Kinh giới	8g	Đỗ đen sao	40g
	Kim ngân hoa	20g	Cam thảo dây	8g
	Ké đầu ngựa	16g	Vòi voi	12g
	Liên kiều	12g	Hà diệp	16g

Nếu sốt cao: thêm hoàng liên 12g, hoàng cầm 12g, chi tử 12g; tiểu tiện ngắn đỏ: thêm sa tiền tử 12g; táo bón: thêm đại hoàng 4g

– Châm cứu:

- + Dùng tủy thái mỏng đặt lên đỉnh của mụn, cứu mỗi ngày liên tục cho đến khi hết đau (độ 5 đến 10 mỗi).
- + Châm các huyết: ôn lưu, hạ cự huyệt, hợp cốc và các huyết a thị xung quanh mụn.

2.2. Giai đoạn hoá mủ

Phép chữa: thác độc bài nung (đưa độc ra ngoài, trừ mủ).

Các bài thuốc:

Bài 1: Thuốc đắp cho phá vỡ mủ

Dọc ráy	}	Liều như nhau
Lá xoan		
Muối		

Giã nhỏ, trộn đều ngày đắp 2 lần.

Bài 2: Thuốc uống

Kim ngân hoa	20g	Hoàng cầm	12g
Liên kiều	12g	Tạo giác thích	12g
Trần bì	6g	Bồ công anh	16g
Bối mẫu	8g	Cam thảo	4g

Châm cứu: không châm cứu.

2.3. Giai đoạn đã vỡ mủ

Phép chữa: khử hủ sinh cơ

Bình thường cần rửa sạch thay băng cho mọc tổ chức, liền da. Nếu cơ thể suy nhược, mủ không hết, nốt lâu liền thì uống thêm các vị thuốc bổ khí huyết như bạch truật, đảng sâm, hoàng kỳ, đương quy v.v..

Bài Cao dán hút mủ và lên da (thuốc nam và châm cứu trị mụn nhọt)

Củ ráy dại	100g	Sáp ong	30g
Nghệ già	50g	Nhựa thông	30g
Dầu vừng	500ml	Cóc vàng 1 con đốt tồn tính	

Cho dầu vừng, nghệ, ráy đun sôi đến khi nghệ và ráy teo lại, gan bỏ bã cho sáp ong vào đun tan sáp; cho bột cóc, nhựa thông quấy đều tay cho đến khi tan đều, lấy một giọt nhỏ vào một cái đĩa không loe ra là được.

Rửa sạch mụn nhọt bằng nước lá trầu không và kinh giới. Rồi lấy miếng giấy chọc thủng ở giữa và phết cao lên giấy. Ngày dán một lần.

ĐINH RÂU

(đinh sang ở mặt)

Đinh râu là một dạng mụn nhọt mọc ở mặt hay xung quanh môi miệng, mũi. Lúc đầu mụn bé như hạt tằm nhưng chân sâu, ngứa khó chịu, làm mủ chậm, nếu không biết cách chữa và giữ gìn cẩn thận thì dần dần sưng lan ra cả mặt và xuất hiện biến chứng hoại tử nhiều tâm, đàm mê tâm khiêu gọi là tẩu hoàng với các triệu chứng sốt cao, đau đầu, nôn mửa, hôn mê, v.v. có thể nguy đến tính mạng.

Phải giữ gìn sạch sẽ nơi có đinh râu: không được chích hay cậy mụn khi chưa thành mủ, kiêng ăn các thức ăn cay nóng, nhờn béo để đề phòng các biến chứng.

Phép chữa:

Giai đoạn đầu: thanh nhiệt giải độc và lương huyết.

Các bài thuốc:

<i>Bài 1:</i>	Bồ công anh	80g	Lá cúc	80g
	Hoa cúc	80g		

Giã nát, lọc lấy nước uống, bã đắp tại chỗ.

Bài 2: Tử hoa địa đing

Cây rau má	80g	Hoa lá cúc	80g
Lá rau muống	80g		

Bài 3: Ngũ vị tiêu độc ẩm gia giảm (Y tông kim giám)

Kim ngân hoa	12g	Tử hoa địa đing	6g
Cúc hoa	6g	Liên kiều	6g
Bồ công anh	6g		

Khi đã có mủ: sốt cao, miệng khô, táo bón, nước tiểu đỏ, mạch nhanh tại chỗ sưng đau nhiều thì thêm: hoàng liên 8, hoàng cầm 12g, chi tử sống 12g, đan bì 12g, thạch cao 40g.

Bài 4:

Huyền sâm	20g	Bồ công anh	20g
Sinh địa	12g	Tạo giác thích	16g
Thạch cao	40g	Đan sâm	12g
Kim ngân hoa	40g		

Châm cứu: châm tả các huyết: hợp cốc, hạ cự hư, ôn lưu, khúc trì, huyết hải.

Ngày nay với thành tựu của khoa học hiện đại về kháng sinh chống nhiễm trùng nên khi bệnh nặng cần điều trị kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại.

Chú ý: đing râu ở môi trên dễ biến chứng viêm tĩnh mạch xoang, rất nguy hiểm tới tính mạng.

CHÍN MÉ

(đing sang ở tay, chân)

Chín mé là một loại mụn nhọt mọc ở các đầu ngón tay, ngón chân; lúc đầu ngứa, sau sưng đỏ và đau.

Theo y học cổ truyền, nguyên nhân do thấp hoả độc ngưng kết ở trong hoặc bị kim đâm, dằm gỗ nứa, côn trùng cắn... gây nên.

Triệu chứng:

- + Giai đoạn đầu sưng đau tăng dần theo mạch đập, sốt.
- + Giai đoạn làm mủ: sưng to mềm do có mủ, sờ hoặc nhìn thấy ổ mủ. Nếu chữa không kịp thời, có thể bị viêm xương.
- + Giai đoạn cuối: vỡ mủ, liền sẹo.

Phép chữa:

- + Giai đoạn đầu: thanh hoả nhiệt, giải độc hay lương huyết tiêu độc...

Các bài thuốc:

<i>Bài 1:</i>	Lá phù dung tươi	20g	Củ chuối tiêu tươi	20g
	Rau sam tươi	20g	Muối	20g

Giã nhỏ, bọc vào một miếng gạc đắp vào chỗ chín mé.

Bài 2: Tỏi bóc vỏ một nhánh, giã nhỏ đắp vào chỗ chín mé lúc đang viêm (không dùng khi đã có mủ).

<i>Bài 3:</i>	Kim ngân	20g	Hạ khô thảo	16g
	Thạch xương bồ	8g	Kinh giới	12g
	Hà thủ ô	16g	Tạo giác thích	8g

Sắc uống ngày một thang.

- + Khi đã có mủ: trích tháo mủ, nếu có xương chết thì loại bỏ. Có thể tháo móng (chân, tay) nếu dưới móng có mủ. Sau đó dùng cao mỡ quạ hoặc lá mỡ quạ giã đắp ngày 1 lần, có tác dụng diệt trùng làm sạch vết thương, kích thích mọc tổ chức hạt, lên da non và thu miệng.

VIÊM HẠCH

Viêm hạch thường gặp như hạch ở bẹn, hạch ở nách, hạch ở cổ, hạch ở dưới hàm ...

Theo y học cổ truyền viêm hạch là do độc tà xâm nhập làm bế tắc kinh lạc; tại chỗ có huyết ứ, đàm trệ. Độc tà ứ trệ không được giải, hoá hoả gây nên hiện tượng sưng, nóng, đỏ, đau.

Theo y học hiện đại, hạch là phản ứng của cơ thể khi có sự nhiễm trùng nhằm ngăn chặn sự xâm nhập lan rộng và vào sâu của vi trùng. Viêm hạch cấp sẽ hết khi các bệnh nhiễm trùng ở các vị trí cơ thể khỏi, nhưng ở trường hợp trẻ em và người sức khoẻ yếu có thể thấy hoá mủ. Trường hợp này y học cổ truyền cho rằng do phong nhiệt đàm sinh ra.

1. Viêm hạch hoá mủ thường gặp ở cổ, dưới hàm. Lúc đầu thấy hạch sưng to, sau thấy đau, đau lan ra xung quanh, màu da đỏ kèm thêm phát sốt, sợ lạnh, nhức đầu.

Phép chữa bệnh: tán phong, thanh nhiệt, hoá đàm, tiêu thũng.

Các bài thuốc:

<i>Bài 1:</i>	Hạ khô thảo	16g	Cúc hoa	12g
	Kim ngân hoa	16g	Xạ can	3g
	Bạc hà	8g	Tạo giác thích	8g

Bài 2: Ngũ bàng giải cơ thang gia giảm (Dương khoa tâm đắc tập phương)

Ngũ bàng tử	12g	Liên kiều	12g
Bạc hà	8g	Sơn chi	12g
Bối mẫu	8g	Kim ngân hoa	16g
Bạch cương tàm	12g	Xích thược	12g
Hạ khô thảo	12g		

Nếu sốt cao thêm hoàng cầm 12g, thạch cao 40g để thanh nhiệt tả hỏa.

Hạch sưng to thêm xuyên sơn giáp 6g, gai bồ kết 12g để nhuyễn kiên, tán kết.

Nếu có viêm nhiễm do nhiệt độc, hoá độc như nhọt sưng nóng đỏ... có thể dùng phương pháp điều trị nhọt. Hạch viêm sẽ hết khi nhọt khỏi.

Châm cứu: huyết a thị, xung quanh hạch.

Hạch bẹn: thêm ủy trung, giải khô, túc tam lý.

Hạch nách: thêm khúc trì, hợp cốc.

Hạch cổ: thêm phong trì, ế phong, hợp cốc, dương lăng tuyền.

2. Nếu bệnh diễn biến kéo dài, tình trạng huyết nhiệt, bệnh viêm nhiễm dễ tái phát.

Phép chữa bệnh: thanh nhiệt, lương huyết, giải độc.

Các bài thuốc:

<i>Bài 1:</i> Sinh địa	12g	Sài đất	16g
Huyền sâm	12g	Bồ công anh	16g
Bạch mao căn	12g	Chi tử	8g
Kim ngân	16g		

Huyền sâm, sinh địa, bạch mao căn có tác dụng thanh nhiệt lương huyết; kim ngân hoa, sài đất, bồ công anh có tác dụng thanh nhiệt giải độc; chi tử có tác dụng thanh nhiệt tả hỏa. Các vị hợp lại có tác dụng thanh nhiệt lương huyết, giải độc.

Bài 2: Giải độc thanh nhiệt thang gia giảm

Đại thanh diệp	40g	Chi tử sống	12g
Sinh địa	40g	Kim ngân	40g
Huyền sâm	12g	Mộc thông	4g

Nếu sốt cao thì thêm: thạch cao 40g, hoàng liên 4g.

Đại thanh diệp, sinh địa, huyền sâm, chi tử sống có tác dụng thanh nhiệt lương huyết, thanh nhiệt tả hỏa; kim ngân hoa thanh nhiệt giải độc; mộc thông thanh tiết nhiệt qua đường tiểu tiện; thêm các vị: thạch cao để thanh nhiệt tả hỏa, hoàng liên thanh tâm nhiệt để làm tăng tác dụng hạ sốt.

VIÊM BẠCH MẠCH CẤP

Viêm bạch mạch cấp là một phản ứng của cơ thể trước các bệnh nhiễm khuẩn hay các tổn thương ở da bị bội nhiễm, hay gặp ở tứ chi cùng xuất hiện với viêm các hạch lympho cấp.

Nếu viêm bạch mạch ở nông thì có một vết đỏ bắt đầu từ nơi bị nhiễm khuẩn lên dần tới đầu gối hoặc khuỷu tay; nếu viêm bạch mạch ở sâu có thể thấy chi bị sưng phù và đau. Bệnh nhẹ không thấy dấu hiệu toàn thân; nếu bệnh nặng có thể xuất hiện sốt nóng, sốt rét, nhức đầu, mạch nhanh.

Phương pháp chữa: thanh nhiệt, lương huyết, giải độc.

Các bài thuốc:

<i>Bài 1.</i> Sinh địa	12g	Huyền sâm	12g
Bạch mao căn	12g	Kim ngân	16g

Sài đất	16g	Bồ công anh	16g
Chi tử	8g		

Bài 2. Giải độc đại thanh gia giảm

Đại thanh diệp	40g	Chi tử sống	12g
Sinh địa	40g	Kim ngân	40g
Huyền sâm	12g	Mộc thông	4g

Nếu sốt cao thì thêm thạch cao 40g, hoàng liên 4g.

Châm cứu: dùng kim tam lăng, rạch cho xuất huyết ngang vết đỏ, cách 1 thốn rạch một vạch, bắt đầu từ nơi có tổn thương đến hết.

Tùy vị trí viêm bạch mạch mà sử dụng các huyết ở cục bộ hay kết hợp với các huyết có tác dụng chữa bệnh toàn thân như hợp cốc, khúc trì, ủy trung, nội đình, côn lân v.v....

Tại chỗ: phải khẩn trương chữa các bệnh nhiễm khuẩn là nguyên nhân gây chứng viêm bạch mạch.

NHIỄM KHUẨN HUYẾT

Nhiễm khuẩn huyết là một bệnh thuộc diện cấp cứu nội khoa xảy ra sau tổn thương nhiễm khuẩn cục bộ (nhọt, vết thương phần mềm, gãy xương, thủ thuật ngoại khoa...) hoặc bị nhiễm khuẩn trực tiếp (do não mô cầu v.v.).

Bệnh nhiễm khuẩn huyết thuộc phạm vi của chứng Đỉnh sang tẩu hoàng và chứng Hoả độc nội hàm của y học cổ truyền. Nguyên nhân của bệnh là do hoả độc mạnh không khống chế được, lan vào phần doanh, gây tổn thương tạng phủ và phần âm của cơ thể hoặc do cơ thể suy nhược, hoả độc hãm ở trong thường gây các chứng nghiêm trọng như thoát dương (trụy mạch) thì cần cấp cứu bằng phương pháp của y học hiện đại. Y học cổ truyền chia nhiễm khuẩn huyết làm nhiều thể: thể hoả độc mạnh, thể chính hư độc hãm và thể âm hư nội nhiệt.

1. Thể hoả độc mạnh

Tương ứng với thời kỳ bệnh mới phát, phản ứng của cơ thể mạnh.

Triệu chứng: sốt cao, rét run, miệng khát thích uống nước lạnh, người vật vã, ra mồ hôi nhiều, ngoài da có điểm ứ huyết, môi đỏ, lưỡi đỏ, nước tiểu đỏ ít, táo bón, rêu lưỡi vàng khô, mạch hồng đại hoặc huyền sắc.

Phương pháp chữa: thanh nhiệt lương huyết, giải độc.

Bài thuốc: Thanh ôn bại độc ẩm gia giảm

Huyền sâm	16g	Kim ngân hoa	40g
Sinh địa	40g	Hoàng liên	16g
Đan bì	12g	Hoàng cầm	16g
Thạch cao	40g	Liên kiều	16g
Đại thanh diệp	16g	Tri mẫu	12g

Nếu táo bón thì thêm đại hoàng 8 - 12g.

2. Thể chính hư độc hãm

Do sức đề kháng yếu, phản ứng cơ thể kém; nặng hơn thì có hiện tượng nhiễm độc, truy tìm mạch.

a. *Thể nhẹ*: biểu hiện mệt mỏi, sắc mặt trắng bệch, ra mồ hôi; sốt lúc cao, lúc thấp; sợ lạnh, mạch nhanh nhưng yếu.

Phương pháp chữa: phù chính, giải độc.

Bài thuốc: Thác lý tiêu độc thang gia giảm

Hoàng kỳ	20g	Nhân sâm	8g
Bạch truật	12g	Bạch thược	12g
Đương quy	12g	Phục linh	20g
Kim ngân hoa	40g		

Nếu không có nhân sâm thì thay bằng đảng sâm 20g.

b. *Thể nặng*: còn gọi là thể nội bế ngoại thoát. Y học hiện đại cho là truy tìm mạch, phải dùng phương pháp hồi sức để đưa huyết áp lên.

Trẻ hôn mê, chân tay lạnh, mồ hôi nhiều, huyết áp hạ, nhiệt độ hạ, mạch vi muốn tuyệt.

Phương pháp chữa: hồi dương, cứu âm, cố thoát.

Bài thuốc: Sâm phụ thang phối hợp Sinh mạch tán

Nhân sâm	4g	Ngũ vị tử	8g
Phụ tử chế	12g	Long cốt	16g

Mạch môn	16g	Mẫu lệ	16g
----------	-----	--------	-----

Cứu: quan nguyên, khí hải, nội quan, thần môn.

3. Thể âm hư nội nhiệt

Nhiễm khuẩn huyết lúc đầu còn kèm thêm các ổ áp xe ở gan, phổi, não, thận.

Triệu chứng: sốt kéo dài, thường không sốt cao, mỗi một, trần trọc, ít ngủ, hay ra mồ hôi trộm, khát nước, nước tiểu đỏ, rêu lưỡi ít khô, mạch tế sác.

Phương pháp chữa: dưỡng âm, thanh nhiệt, sinh tân, giải độc

Các bài thuốc:

<i>Bài 1.</i>	Sinh địa	16g	Kim ngân	20g
	Huyền sâm	16g	Hoàng liên	16g
	Mạch môn	12g	Tri mẫu	8g
	Sa sâm	12g	Thanh hao	16g
	Thạch斛	12g	Lá tre	16g

Bài 2. Thanh doanh thang gia giảm

Sinh địa	40g	Kim ngân hoa	40g
Huyền sâm	20g	Liên kiều	20g
Địa cốt bì	12g	Hoàng liên	6g
Đan bì	12g	Mạch môn	12g
Tri mẫu	12g		

- Nếu áp xe phổi (hoả độc tại phế): có triệu chứng ho, khó thở thì thêm bối mẫu 12g, tang bạch bì 12g, lô căn 40g.
- Nếu đờm đặc có mủ thì thêm trúc lịch 30ml.
- Nếu ho ra máu thì thêm bạch mao căn 40g, sa sâm 20g.
- Nếu áp xe gan có hoàng đả thì thêm hoàng bá 12g, nhân trần 40g.
- Nếu viêm cầu thận (đái ít, vô niệu, phù) thì gia thêm lá tre 12g, sa tiền 16g, đảng tâm 4g.
- Nếu đái ra máu thêm quy bản 20g.

CHƯƠNG IV

MỘT SỐ BỆNH NGOẠI KHOA KHÁC

THOÁT THƯ

Thoát thư là chứng viêm tắc động mạch ở chi, hầu như chỉ gặp ở nam giới, xảy ra ở tứ chi nhất là 2 chi dưới, lúc đầu chi lạnh dần dần, kèm theo đau dữ dội, lâu ngày phát sinh hoại tử và rụng các đốt ngón tay, chân.

Nguyên nhân của bệnh do thận khí hư tổn, khí huyết suy kém gặp lạnh, thấp lâu ngày, ăn đồ béo ngọt, uống nhiều rượu... mà sinh ra hiện tượng khí trệ huyết ứ, kinh mạch dần dần bế tắc không nuôi dưỡng được tứ chi gây hoại tử.

Sự phân loại bệnh được căn cứ vào các chứng tượng toàn thân, kết hợp với các giai đoạn của bệnh và được phân chia ra như sau:

1. Giai đoạn hư hàn và khí trệ huyết ứ (còn gọi là giai đoạn dương hư hàn động)

Giai đoạn này tương ứng với thời kỳ đầu và thời kỳ giữa của bệnh viêm tắc động mạch.

Triệu chứng: sắc mặt xanh, người mệt mỏi, thích ấm sợ lạnh, đầu chi tê lạnh đau, da trắng xanh hay bị chuột rút, khi đi thì thấy đau nhưng khi nghỉ thì đỡ (đau cách hồi), nước tiểu trong dài, đại tiện lỏng, chất lưỡi đậm, mạch trầm trì vô lực.

Dần dần tứ chi đau liên miên, đêm càng đau nhiều hơn, màu da ở chi xanh nhợt nhạt, đầu chi khô, chất lưỡi đỏ hoặc có điểm tím ứ huyết mạch trầm nhược, trầm tế.

Phép chữa: ôn kinh tán hàn, hoạt huyết, hành khí, thông lạc.

Các bài thuốc:

Bài 1: Tứ vật đào hồng thang gia giảm

Thục địa	16g	Phụ tử chế	12g
Xuyên quy	12g	Quế chi	8g

Xuyên khung	12g	Đan sâm	12g
Bạch thược	12g	Ngưu tất	12g
Đào nhân	8g	Tang ký sinh	16g
Hồng hoa	8g	Bạch giới tử	8g
Xuyên luyện tử	12g	Hoàng kỳ	12g

Bài 2: Tứ diệu dĩnh an thang gia giảm (540 bài thuốc Đông y)

Kim ngân hoa	16g	Ngưu tất	16g
Huyền sâm	12g	Qua lâu nhân	16g
Cam thảo	4g	Đào nhân	12g
Đương quy	20g	Đan bì	12g
Xích thược	16g	Đan sâm	12g
Binh lang	8g	Chỉ xác	8g

Bài 3: Thông mạch hoạt huyết thang

Sinh địa	16g	Đan sâm	20g
Đương quy	16g	Hồng hoa	12g
Hoàng kỳ	16g	Nhũ hương	8g
Huyền sâm	20g	Một dược	8g
Kim ngân hoa	20g	Diên hồ sách	12g
Bồ công anh	20g	Cam thảo	4g

Bài 4: Cố bộ thang gia giảm

Hoàng kỳ sống	16g	Đương quy	12g
Đảng sâm	16g	Ngưu tất	16g
Kim ngân hoa	40g	Thạch斛	16g

Nếu bệnh nhân đau nhiều do huyết ứ, thêm: đan sâm 16g, hồng hoa 8g, quế chi 6g, xuyên khung 8g.

Nếu chi lạnh, thêm phụ tử chế 12g.

Bài 5: Thuốc nam

Đảng sâm	16g	Đan sâm	16g
Biển đậu	16g	Quế chi	6g

Kê huyết đằng	16g	Cỏ nhọ nồi	16g
Huyết dụ	12g	Trạch lan	12g
Ngưu tất	16g	Phụ tử chế	6g
Thạch斛	12g		

2. Giai đoạn nhiệt độ

Giai đoạn này tương ứng với bệnh viêm tắc động mạch thể hoại thư ướt có dấu hiệu nhiễm trùng.

Triệu chứng: tại chỗ nóng, sưng loét, hôi thối, đau kịch liệt, sốt, miệng khô, nước tiểu đỏ, rêu lưỡi vàng, mạch hoạt sắc hoặc huyền sắc.

Phép chữa: thanh nhiệt giải độc, hoạt huyết thông lạc.

Các bài thuốc:

<i>Bài 1:</i> Kim ngân hoa	40g	Huyền sâm	16g
Bồ công anh	12g	Đan sâm	16g
Hoàng bá	16g	Thạch斛	16g
Ngưu tất	16g	Sinh địa	16g
Ý dĩ	20g	Vòi voi	12g
Thương nhĩ tử	20g		

Bài 2: Thuốc ngâm, rửa

Quế chi	8g	Kê huyết đằng	12g
Đào nhân	12g	Tam lăng	12g

Đun sôi kỹ lấy nước ấm ngâm ngày 2 lần.

Bài 3: Tứ diệu dũng an thang gia giảm

Kim ngân hoa	40g	Đan sâm	20g
Huyền sâm	20g	Thạch斛	12g
Cam thảo	4g	Hoàng kỳ	12g
Đương quy	12g	Ngưu tất	12g
Đảng sâm	12g		

3. Giai đoạn khí huyết đều hư

Giai đoạn này tương ứng với tình trạng kéo dài của bệnh, biểu hiện: tay chân lạnh, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch nhu tế hoãn.

Phép chữa: bổ khí, dưỡng huyết, hoạt huyết thông lạc.

Các bài thuốc:

Bài 1: Cố bộ thang

Kim ngân hoa	40g	Ngưu tất	16g
Đương quy	12g	Hoàng kỳ	16g
Thạch斛	16g	Đảng sâm	16g

Bài 2: Bát trân thang

Thục địa	16g	Bạch truật	12g
Xuyên khung	12g	Đảng sâm	16g
Xuyên quy	12g	Phục linh	8g
Bạch thược	16g	Cam thảo	4g

Bài 3: Thập toàn đại bổ thang (bài Bát trân thêm hoàng kỳ 12g, nhục quế 4g).

Bài 4: Bài bổ huyết trừ phong và thông u cao phối hợp

Mã tiên chế	10g	Ngưu tất	16g
Phụ tử chế	16g	Đỗ trọng	16g
Trần bì	8g	Phòng kỷ	12g
Quy bản	16g	Tần giao	12g
Tùng tiết	12g	Độc hoạt	12g
Uy linh tiên	12g	Tế tân	20g
Ý dĩ	16g	Phục linh	20g
Hồng hoa	12g	Hoàng bá	16g
Đào nhân	12g	Đan sâm	12g
Quy bản	16g	Miết giáp	16g
Mộc qua	12g	Hoàng cầm	12g
Hoàng kỳ	16g	Hổ cốt	16g

Đảng sâm	16g	Đương quy	12g
Cam thảo	4g	Sinh địa	16g
Bạch thược	16g	Quế chi	8g
Xuyên khung	2g	Binh lang	8g

Nấu thành cao, uống hàng ngày, liều lượng thích hợp.

Châm cứu có tác dụng làm giảm đau nhất thời, tùy vị trí tổn thương mà chọn huyệt cho phù hợp.

Thí dụ: viêm tắc động mạch chi dưới châm cứu các huyệt sau:

Huyệt chính: uỷ trung, thừa sơn, thái xung.

Huyệt phụ: tam âm giao, huyền chung.

Ngoài ra tại chỗ hoại tử người ta còn dùng các loại thuốc mỡ kháng sinh, cao sinh cơ, hoán cốt cao v.v... để thay băng.

SỎI MẬT, VIÊM ĐƯỜNG MẬT

Sỏi mật, viêm đường dẫn mật có triệu chứng chủ yếu là đau vùng hạ sườn phải và hoàng đản thuộc phạm vi của các chứng hiệp thống, can khí thống và hoàng đản theo y học cổ truyền.

Nguyên nhân bệnh do thấp nhiệt, do ăn uống không điều hoà và tình chí uất kết gây ra, làm ảnh hưởng đến công năng bài tiết của đởm và sự sơ tiết khí hoá của can. Đây còn được gọi là chứng can kinh thấp nhiệt v.v...

Trên lâm sàng, sỏi mật và viêm đường mật thường chia làm 4 thể bệnh: thể khí trệ hay khí uất tương ứng với thể viêm túi mật và sỏi mật đơn thuần; thể thấp nhiệt tương ứng với thể viêm và sỏi mật có sốt cao và hoàng đản nhiều; thể thực hoả tương ứng với thể viêm túi mật hoá mủ nhiễm trùng, nhiễm độc; thể chính hư tà hãm tương ứng với thể nhiễm độc do viêm phúc mạc tràn mật.

Chỉ định chữa bệnh bằng y học dân tộc thích hợp với chứng viêm túi mật và sỏi mật thông thường (khí trệ) hoặc thể viêm và sỏi có hoàng đản sốt cao (thấp nhiệt).

Triệu chứng:

- + Thể khí trệ: vùng hạ sườn phải đau tức âm ỉ hoặc đau nhiều nhưng có lúc không đau, miệng đắng, họng khô, không muốn ăn uống, không sốt cao, có hoặc không có hoàng đản, rêu lưỡi trắng mỏng hay vàng, mạch huyền khẩn hay huyền sác.
- + Thể thấp nhiệt: vùng hạ sườn phải đau tức, miệng đắng, họng khô, lợm giọng, buồn nôn, sốt sợ lạnh hay có lúc sốt rét, mắt vàng người vàng, nước tiểu đỏ hay vàng, táo bón, rêu lưỡi vàng dày, mạch hồng sác hay hoạt sác.

Phép điều trị: thanh nhiệt lợi thấp (gồm cả tác dụng lợi mật, bài tiết sỏi) là chính và sơ can lý khí (để giảm đau) là phụ.

Các bài thuốc:

<i>Bài 1:</i> Kim tiền thảo	40g	Uất kim	8g
Sài hồ	16g	Khổ luyện tử	6g
Chi tử	12g	Sa tiền tử	16g
Nhân trần	40g	Đại hoàng	4g
Chỉ xác	8g		

Bài 2: Long đởm tả can thang gia giảm

Long đởm thảo	12g	Sài hồ	16g
Hoàng cầm	12g	Cam thảo	4g
Sơn chi tử	12g	Đại hoàng	4g

Nếu khí trệ, thêm: mộc hương 8g, hương phụ 8g, uất kim 8g.

Nếu thấp nhiệt gây sốt và hoàng đản nhiều, thêm:

Hoàng liên	12g	Bồ công anh	40g
Hoàng bá	12g		

Nếu đau nhiều, thêm: diên hồ sách 12g, mộc hương 4g.

Nếu nôn mửa, lợm giọng, thêm: trần bì 8g, bán hạ 8g.

Nếu táo bón, thêm: mang tiêu 20g.

Châm cứu: châm các huyết dương lăng tuyền, chi câu, túc tam lý, nội quan, chương môn, kỳ môn, đởm du.

Gia giảm: nếu nôn mửa thêm thượng quản; đau nhiều thêm trung quản; đau lưng thêm can du; sốt cao thêm khúc trì, hợp cốc; trướng bụng, táo bón thêm đại trường du, thiên khu.

Nhĩ châm: châm các vị trí giao cảm, thần môn, túi mật, gan, vùng dưới vỏ.

CHỨNG HỒI QUYẾT

(giun chui ống mật)

Hồi quyết là chứng bệnh mà nhân khi công năng tỳ, vị mất điều hoà làm cho giun chui lên ống mật, gây can khí bế uất, đởm khí không vận hành, gây nên vị quản và hạ sườn bên phải đau dữ dội. Vị khí nghịch lên gây lợm giọng, buồn nôn, đôi khi nôn ra giun đũa. Đây là một bệnh cấp cứu ngoại khoa. Đa số các trường hợp bệnh được chữa có kết quả bằng thuốc và châm cứu, một số ít các trường hợp bội nhiễm phải dùng thủ thuật ngoại khoa.

Người bệnh ngoài đau dữ dội vùng hạ sườn phải còn đau nhiều ở vùng thượng vị; đau lăn lộn, không nằm yên, có động tác đặc biệt là *chống mông lên trời, hoặc gác chân lên tường*. Lúc đầu nước da thường trắng bệch, toàn thân lạnh, toát mồ hôi, chân tay lạnh, buồn nôn, có thể sốt cao, miệng đắng, vàng da, lưỡi đỏ, mạch huyền sắc.

Phép điều trị: yên hồi chỉ thống, tẩy trùng làm chính.

Các vị thuốc được sử dụng thường có vị chua, cay và đắng (chua, cay làm an hồi; đắng làm hạ hồi).

Các bài thuốc:

Bài 1: Vôi tôi 100g và nước sạch 1 lít, quấy đều, để lắng gạn lấy nước trong. Mỗi lít nước vôi tôi được hoà tan 50g đường để uống. Kinh nghiệm của Bệnh viện Đông y Vĩnh Phú: nước vôi nhì 500ml uống 1 lần.

Mỗi lần uống 50ml lúc lên cơn đau. Một ngày không quá 400ml. Tỷ lệ khỏi bệnh có thể tới 80%. Thời gian chữa trung bình 5 ngày.

Tác dụng bài thuốc an hồi, tạo môi trường cho giun tụt khỏi đường mật.

Bài 2: Xuyên tiêu tán:

Xuyên tiêu phơi khô, tán nhỏ, rây thành bột mịn. Từ 0 đến 15 tuổi, mỗi lần uống 5g, một ngày không quá 20g. Vì xuyên tiêu nóng nên trẻ em có sốt phải dùng thêm thuốc giải nhiệt: rau má, lục nhát tán.

Tác dụng: ôn trung, chỉ thống.

Khi chưa có triệu chứng nhiệt, có thể dùng bài Ô mai hoàn gia giảm (có thể dùng thang):

Ô mai	5 quả	Phụ tử chế	8g
Hoàng liên	12g	Quế chi	8g

Hoàng kỳ	12g	Xuyên tiêu	8g
Đảng sâm	12g	Can khương	8g
Đương quy	12g	Tế tân	1g

Nếu đau nhiều, thêm: mộc hương, huyền hồ, uất kim, bạch thược, cam thảo để hoạt huyết lý khí, hoãn cấp chỉ thống; nếu nôn mửa, thêm: trần bì 8g, bán hạ 8g; táo bón, thêm: mang tiêu 16g; vàng da, thêm: nhân trần 40g.

Nếu phát sốt, rêu lưỡi vàng, mạch sắc thì giảm các vị tân ôn như: phụ tử, quế chi, tế tân, xuyên tiêu, can khương; gia hoàng liên, hoàng bá, kim ngân hoa, liên kiều, nhân trần, chi tử để thanh nhiệt giải độc, sơ lợi đờm khí.

Khi đau đã giảm, dùng

Bài 4: Đờm đạo trừ hồi thang

Ô mai	16g	Mộc hương	8g
Sử quân tử	12g	Chỉ thực	8g
Binh lang	18g	Huyền hồ	12g
Đại hoàng	6g	Hậu phác	8g

Ngày uống một thang

Tác dụng: trừ hồi, lý khí chỉ thống, tả hạ thông trường.

Châm cứu: châm tả các huyết:

Huyết chính: túc tam lý, chi câu, dương lăng tuyền, cưu vĩ, thiên khu.

Gia giảm: nếu đau nhiều thêm lao cung; nôn mửa thêm nội quan; sốt cao thêm hợp cốc; táo bón thêm phúc kết.

Nhĩ châm: châm vị trí giao cảm, thần môn, túi mật, gan.

VIÊM TỤY CẤP TÍNH

Viêm tụy cấp tính là một bệnh cấp cứu ngoại khoa thuộc phạm vi chứng phúc thống và vị quản thống của y học cổ truyền.

Do ăn uống quá nhiều chất béo, do hồi trùng quấy động hoặc do sỏi kết đường mật làm ảnh hưởng đến công năng hoạt động của các tạng phủ: can, tỳ, vị và đờm mà gây ra bệnh.

Can vị bất hoà, khí cơ không thông gây chứng đau dữ dội: tỳ vị vận hoá bất thường sinh thấp nhiệt gây vàng da; khí uất sinh nhiệt gây sốt cao, chảy

máu. Đó là những triệu chứng chủ yếu để căn cứ mà phân loại bệnh trên lâm sàng.

Trên lâm sàng thường xuất hiện 3 thể bệnh:

1. Thể khí trệ

Triệu chứng: miệng đắng, họng khô, đau vùng thượng vị lan sang hai mạng sườn, sốt không rõ ràng, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch huyền khẩn. Thể này dễ lẫn với cơn đau dạ dày, loét hành tá tràng.

Phép chữa: sơ can lý khí.

Bài thuốc: Sài hồ sơ can tán (Cảnh nhạc toàn thư)

Sài hồ	8g	Thược dược	6g
Xuyên khung	6g	Trần bì	8g
Hương phụ	6g	Chỉ xác	6g
Cam thảo	2g		

Trong phương: bạch thược, cam thảo hoà lý hoãn cấp chỉ thống; xuyên khung, hương phụ hoạt huyết chỉ thống.

Nếu có kèm huyết ứ, đau xoáy một chỗ, lưỡi có điểm ứ huyết thì dùng thêm: Thiếu phúc trục ứ thang gia giảm

Đương quy	12g	Xuyên khung	4g
Xích thược	8g	Quan quế	4g
Tiểu hồi	7 hạt (1,5g)	Can khương	0,8g
Huyền hồ	4g	Bồ hoàng	12g
Ngũ linh chi	8g		

Trong phương quy vĩ, xuyên khung, xích thược: dưỡng vinh, hoạt huyết; sinh bồ hoàng, ngũ linh chi, một dược, huyền hồ hoá ứ, chỉ đau; nhục quế, can khương, tiểu hồi ôn kinh chỉ thống.

2. Thể thấp nhiệt

Triệu chứng: hồi hộp tâm phiền, miệng khát không muốn uống, có sốt hay lúc sốt rét, đau vùng thượng vị đau bên trái lan bên vai, đái ít, táo bón, vàng da, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng dày, mạch huyền sắc. Thể này hay gặp ở bệnh viêm tụy cấp tính thể phù nề phối hợp với viêm túi mật.

Phép chữa: sơ can kiện tỳ, thanh nhiệt trừ thấp.

Bài thuốc:

Sài hồ	20g	Chi tử	12g
Chỉ thực	12g	Bạch thược	12g
Mộc hương	8g	Uất kim	8g
Long đởm thảo	8g	Nhân trần	40g
Đan sâm	12g		

3. Thể thực hoả

Triệu chứng: sốt cao không sợ lạnh, miệng khô khát, muốn uống nước, đau dữ dội vùng thượng vị lan lên vai, bụng đầy trướng, cự án, táo bón, tiểu tiện ít. Các triệu chứng thuộc viêm tụy cấp phụ nề và xuất huyết dịch thấm gây viêm phúc mạc.

Phép chữa: thanh tiết nhiệt, thông phủ.

Bài thuốc: Đại thừa khí thang gia giảm

Sài hồ	16g	Hoàng cầm	12g
Hoàng liên	8g	Bạch thược	12g
Mộc hương	8g	Diên hồ sách	12g
Đại hoàng	12g	Mang tiêu	12g

Ngày uống 1 đến 2 thang.

Sau đây xin giới thiệu cách chữa bệnh viêm tụy cấp dựa theo kinh nghiệm của nước ngoài:

Phương pháp chung: thư can hoà vị, thông phủ tiết nhiệt (nhưng không dùng thuốc hạ quá nhiều)

Các bài thuốc:

Bài 1: Đại sài hồ thang gia giảm

Sài hồ	20g	Bán hạ chế	12g
Hoàng cầm	12g	Bạch thược	12g
Chỉ thực	12g	Đại hoàng	8g
Sinh khương	12g	Đại táo	5 quả

Gia giảm:

Nếu đau dữ dội, thêm: xuyên luyện tử 12g, mộc hương 12g, diên hồ sách 12g.

- Sốt cao, thêm: nhân trần 40g
- Nôn nhiều, thêm: trần bì 8g, bán hạ 8g
- Bụng đầy trướng, thêm: hậu phác 8g, hoắc hương 8g
- Ăn không tiêu, thêm: mạch nha 12g

Bài 2: Thanh di thang số 1 (Bệnh viện Nam Khai, Thiên Tân)

Sài hồ	20g	Mộc hương	20g
Hoàng cầm	20g	Diên hồ sách	12g
Hồ hoàng liên	12g	Đại hoàng	4g
Bạch thược	20g	Mang tiêu	8g

SỎI TIẾT NIỆU

I. ĐẠI CƯƠNG

Sỏi tiết niệu bao gồm có sỏi thận, sỏi niệu quản, sỏi bàng quang và sỏi niệu đạo.

Y học cổ truyền gọi sỏi tiết niệu là sa lâm, thạch lâm hoặc cát lâm.

Sỏi tiết niệu gặp ở tất cả các lứa tuổi, theo Rev frat (1976) sỏi trẻ em chiếm 50% trước 5 tuổi và 30% trước 3 tuổi. Sỏi tiết niệu có tính chất địa phương như châu Á, châu Phi còn châu Âu giảm rõ rệt. Ở Việt Nam miền Trung du hay gặp hơn ở vùng đồng bằng. Ở Trung Quốc vùng Quảng Đông, Hồ Nam hay gặp hơn.

Theo y học hiện đại: nguyên nhân của sỏi rất phức tạp, hiện nay một số nguyên nhân đã biết rõ ràng còn một số chưa biết rõ cho nên vấn đề điều trị vẫn chưa có phương pháp điều trị đặc hiệu nhất là loại sỏi oxalat mà Việt Nam hay gặp nhất.

II. BỆNH SINH, BỆNH NGUYÊN

1. Theo y học hiện đại

Sỏi tiết niệu là bệnh toàn thân, nhưng biểu hiện tại chỗ ở hệ thống tiết niệu, do sự mất cân bằng của muối khoáng và thể keo trong nước tiểu, cho nên có các nguyên nhân sau:

1.1. Thiếu vitamin A

Những tế bào thượng bì ở hệ tiết niệu bong rơi tạo thành nhân sỏi sau đó các muối khoáng bám vào thành sỏi.

1.2. Viêm nhiễm

Xác chết các vi trùng và các tế bào chết lắng đọng trong nước tiểu tạo thành nhân và thành sỏi.

1.3. Tích tụ nước tiểu lâu

Gây lắng đọng các thành phần muối sinh ra sỏi, nguyên nhân do dị dạng hệ tiết niệu, lười đi tiểu, nằm lâu trên giường.

1.4. Nồng độ nước tiểu tăng

Do lượng nước đưa vào ít hoặc ăn nhiều các thức ăn, đồ uống tăng phosphat và calci như: uống ít nước, ăn nhiều cua, ốc, cá, nước có nhiều muối khoáng.

1.5. Cường tuyến phó giáp trạng

Gây rối loạn chuyển hoá phosphat và calci làm tăng phosphat.

1.6. Các yếu tố khác

Đó là các yếu tố: địa lý, khí hậu, gen...

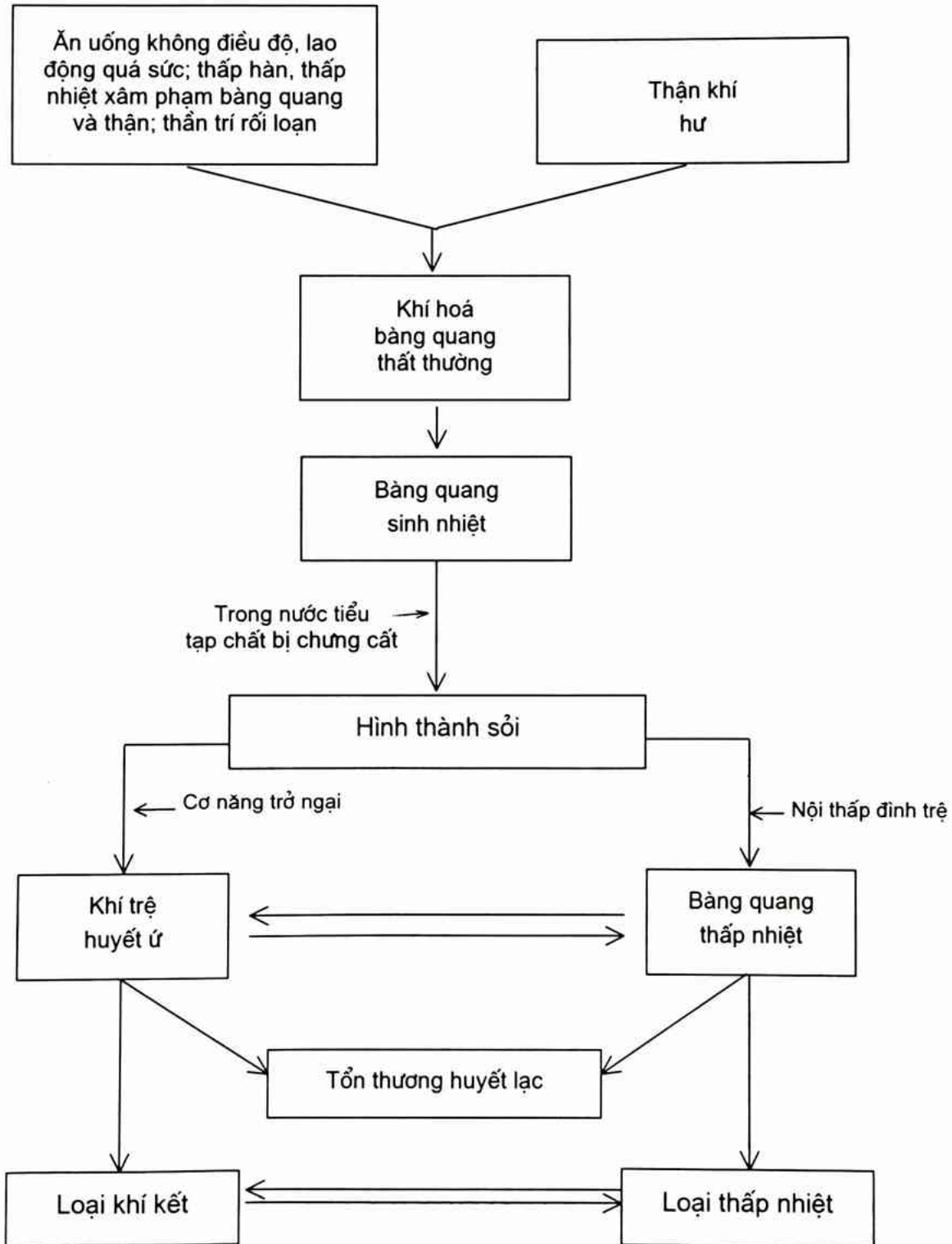
Tuy vậy tìm nguyên nhân rõ ràng gây ra sỏi tiết niệu thì khó. Theo Frat (1976) tổng kết: 50% không rõ nguyên nhân, 25% do dị dạng tiết niệu, 25% do chuyển hoá bị rối loạn.

2. Theo y học cổ truyền

Thận có 2 loại: thận âm chủ thủy và thận dương chủ khí. Nếu thận khí đầy đủ thì nước từ thận thủy xuống bàng quang mới được khí hoá mà bài tiết ra ngoài được dễ dàng. Nếu thận khí hư thì không khí hoá bàng quang được, thấp ngưng trệ ở hạ tiêu, hoả đốt tân dịch (thủy thấp) làm cho các tạp chất ở nước tiểu kết thành sỏi (sa, cát hoặc thạch). Sỏi làm thương tổn huyết lạc gây đái ra máu, sỏi đọng lại bàng quang và thận làm khí trệ mà gây đau. Vì vậy Đan Khê tâm pháp nói: “Sỏi phát sinh là do thận khí hư làm cho bàng quang thấp nhiệt, hoả chưng đốt thủy thấp, các chất cặn bã nước tiểu lắng đọng sinh ra sỏi”.

Như vậy, bệnh sinh, bệnh nguyên và phân loại của sỏi tiết niệu có liên quan với nhau được biểu thị bằng sơ đồ sau:

Sơ đồ: Nguyên nhân sinh bệnh và phân loại của sỏi tiết niệu



III. PHÂN LOẠI SỎI TIẾT NIỆU

1. Theo y học hiện đại

Dựa vào thành phần cấu tạo sỏi mà chia nhiều loại: sỏi calci, sỏi oxalat...

1.1. Sỏi calci

Có 2 loại sỏi calci là: phosphat calci và oxalat calci, loại sỏi này hay gặp ở những người bệnh:

- Cường calci niệu không rõ nguyên nhân.
- Toan chuyển hoá ở ống niệu xa nguyên phát.
- Cường phó giáp trạng.
- Do bệnh nhân bất động lâu.
- Nhiễm độc vitamin D.

1.2. Sỏi oxalat

Loại sỏi này do hai nguyên nhân (ở Việt Nam hay gặp):

Bệnh oxalose (cường oxalat niệu), có 2 loại:

- + Oxalat niệu nguyên phát là do bệnh di truyền, dễ gây suy thận do sỏi tái phát, chưa có phương pháp điều trị đặc hiệu.
- + Oxalat niệu tái phát trong đó oxalat niệu không cao, có thể kèm theo acid uric niệu và calci niệu.

Cường oxalat niệu trong rối loạn ruột non hay gặp trong bệnh Crohn, bệnh cắt đoạn hồi tràng.

1.3. Sỏi cystin, xanthin, glucin

Nguyên nhân do thiếu hấp thụ loại cystin và các acid amin kiềm khác như lysin, arginin.

1.4. Sỏi hỗn hợp

Loại sỏi này có cản quang.

2. Theo y học cổ truyền

Dựa theo nguyên nhân cơ chế sinh bệnh mà chia hai loại là: loại khí kết và loại thấp nhiệt.

2.1. Loại khí kết

Là loại khí trệ, huyết ứ. Do thận khí hư, bàng quang thấp nhiệt, nhiệt chưng đốt tạp chất trong nước tiểu mà hình thành sỏi, sỏi ngăn cản làm cho khí cơ bàng quang bất lợi. Vì vậy gây nên khí trệ, huyết ứ làm cho tiểu tiện khó và đau.

2.2. Loại thấp nhiệt

Do thận hư gây khí hoá bàng quang thất thường mà sinh nhiệt thấp, có thể do sỏi làm ứ trệ nước tiểu hoặc do thấp ngoài cơ thể xâm nhập sinh ra thấp nhiệt, nhiệt làm cho huyết lạc bức loạn gây đái máu.

IV. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

1. Theo y học hiện đại

- Đau thắt lưng lan xuống bàng quang, niệu đạo, đau tăng lên khi nhẩy, nếu sỏi di động nhiều gây cơn đau quặn thận.
- Đái khó, đái buốt, đái rắt.
- Đái máu cuối bãi là sỏi bàng quang, nếu đái máu toàn bãi là sỏi thận.
- Chụp XQ không chuẩn bị (cần thụt đại tràng kỹ) chỉ thấy sỏi cản quang.
- Siêu âm có thể thấy sỏi.

2. Theo y học cổ truyền

1.1. Loại khí kết

- Thường triệu chứng toàn thân không rõ rệt.
- Đau nhẹ ở bụng dưới và thắt lưng.
- Tiểu tiện ra máu, đái khó.
- Lưỡi rêu hơi vàng, chất lưỡi đỏ.
- Mạch huyền khẩn.

1.2. Loại thấp nhiệt

- Thường có sốt, đau thắt lưng bụng dưới.
- Tiểu tiện khó, nóng rát, có khi đau.
- Đái máu, có khi có mủ.

- Rêu lưỡi nhớt vàng hoặc trắng nhớt.
- Mạch sắc hoạt hay huyền sắc (loại sỏi thể thấp nhiệt).

V. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị cơn đau quặn thận

Triệu chứng: thường xuất hiện sau khi chạy nhảy, đi xa. Bệnh nhân đột ngột đau dữ dội ở vùng hố thắt lưng có khi gây tức bụng bí đái.

Biện chứng: do khí trệ quá mức, sinh huyết ứ mà gây ra sỏi.

Pháp điều trị: phá khí, hoạt huyết

Thuốc uống (sắc uống)

Mộc hương	20g	Ô dược	20g
-----------	-----	--------	-----

Châm cứu:

- Thể châm: thận du, tam âm giao, yêu du, túc tam lý, bát liêu.
- Nhĩ châm: huyết vùng thận, bàng quang, niệu quản, thần môn

Châm tả, có thể điện châm các huyết trên

- Thủy châm bằng thuốc novocain, lidocain 1 ống x 10ml vào huyết trên hoặc dùng thuốc giảm đau, giãn niệu quản như atropin 0,5mg + morphin 50 - 100mg.

2. Điều trị sỏi theo nội khoa

2.1. Chỉ định

- Kích thước sỏi $\leq 1\text{cm}$ ở niệu quản.
- Trên phim sỏi tương đối nhẵn.
- Bệnh nhân mắc bệnh ≤ 5 năm.
- Nhiều sỏi, mổ hoặc tán sỏi không hết.
- Chống tái phát.
- Công năng của thận bình thường hoặc tổn thương nhẹ, sỏi thường một bên.
- Bệnh nhân không chịu nổi phẫu thuật vì tuổi cao, toàn trạng suy yếu.

2.2. Phương pháp dùng thuốc uống

2.2.1. Thể khí trệ

Pháp điều trị: hành khí, lợi tiểu, thông lâm, hoá sỏi.

Bài thuốc bài xuất sỏi: Thạch vĩ tán gia giảm

Thạch vĩ	12g	Tang bạch bì	12g
Mộc thông	8g	Phục linh	12g
Sa tiền tử	12g	Chi tử	12g
Hoạt thạch	16g	Kim tiền thảo	12g
Cam thảo	6g		

Nếu điều trị lâu sỏi không ra được thì gia: xuyên sơn giáp, bồ hoàng, ngũ linh chi.

Nếu thận dương hư thì gia thêm: phụ tử, nhục quế, bồ cốt chỉ. Thận âm hư thì gia thêm: nữ trinh tử, hạ liên thảo, kỷ tử, thực địa.

– Bài thuốc tán sỏi:

Miết giáp	10-40g	Hoạt thạch	20-40g
Ý dĩ	20-40g	Thương truật	12-40g
Kim tiền thảo	40-80g	Hạ khô thảo	12-20g
Bạch chỉ	12-20g		

– Bài tán sỏi tổng hợp dùng cho người già yếu:

Chỉ xác	12g	Hậu phác	12g
Kim tiền thảo	40g	Sa tiền	40g
Thanh bì	12g	Trạch tả	12g
Ngưu tất	12g	Tam lăng	20g
Nga truật	20g	Bạch chỉ	12g

2.2.2. Thận hư thủy ứ: tương đương thận ứ nước của YHHĐ

Dù công năng của thận kém do sỏi hoặc sau khi dùng bài sỏi hoặc mổ lấy sỏi cũng có thể chữa bằng y học cổ truyền

Phúc bồn tử	40g	Thực địa	16g
Thỏ ty tử	12g	Hà thủ ô	20g
Bạch giới tử	12g	Tang phiêu tiêu	12g

Bổ cốt chỉ	12g	Bạch chỉ	12g
Quy bản	12g	Hoàng tinh	12g
Ngưu tất	12g	Bạch mao căn	12g
Thương truật	20g	Sinh hoàng kỳ	40g

2.2.3. *Thể thấp nhiệt:*

Pháp điều trị: thanh nhiệt thấp, thông lâm, bài tán sỏi

Thuốc điều trị:

- Thuốc bài xuất sỏi:

Sa tiền	12g	Kim tiền thảo	16g
Ô dược	4g	Địa đing	12g
Hoạt thạch	10g	Tang bạch bì	8g
Bồ công anh	16g	Thạch vī	12g
Chi tử	8g	Mộc thông	16g
Hậu phác	10g	Cam thảo	6g
Phục linh	12g		

- Thuốc tán sỏi: dùng bài “Bát chính tán gia giảm”

Kim tiền thảo	16g	Hoạt thạch	12g
Ngưu tất	16g	Đại hoàng	4g
Nhũ hương	8g	Biển súc	12g
Sa tiền	16g	Kỷ tử	12g
Mộc thông	12g		

2.3. *Phương pháp điều trị hỗ trợ*

- Uống nhiều nước: trong thời gian điều trị phải bảo đảm lượng nước vào cơ thể từ 1500ml - 3000ml.
- Vận động tùy theo sức khỏe mà phải vận động nhiều ít như: nhảy dây đối với sỏi bể thận và niệu quản, chạy đối với sỏi bàng quang.
- Điều chỉnh pH nước tiểu (pH = 5 - 7).
 - + Sỏi urat: hạn chế ăn thịt, dùng loại muối lotin, làm nước tiểu kiềm tính bằng uống thêm bicarbonat.
 - + Sỏi oxalat: hạn chế ăn cua, ốc, cá.

- + Sỏi phosphat: hạn chế ăn trứng, sữa; làm nước tiểu toan tính bằng ăn uống chanh, cam.
- Chống nhiễm trùng.

3. Kết luận

- Điều trị sỏi tiết niệu bằng phương pháp y học cổ truyền có kết quả nhưng phải theo dõi chức năng của thận và có chỉ định đúng.
- Chống tái phát thì nên uống các thuốc như: rễ cỏ tranh, ngưi tât, kim tiền thảo, liều bằng nhau, 1 tháng uống 1 liệu trình là 7 ngày.

NHIỆT LÂM

Nhiệt lâm là một trong năm chứng lâm trong y học cổ truyền. Nguyên nhân là do thấp nhiệt, ứ trọc xâm nhập bàng quang hoặc do ăn nhiều chất cay nóng, uống nhiều rượu, thấp nhiệt dồn xuống bàng quang phát thành nhiệt lâm. Nếu do tiểu tiện không thông, thấp nhiệt dồn ứ chất cặn thì thành sa lâm rồi thành thạch lâm như đã nêu trên.

Triệu chứng của nhiệt lâm là tiểu tiện nóng, buốt, tiểu tiện nhiều lần, nước tiểu màu vàng đỏ, hạ vị co cứng, trướng đau, cự án; kèm theo phát sốt, phát rét, eo lưng mỏi, đau, rêu lưỡi vàng nhờn, mạch nhu sắc.

Phép điều trị: thanh nhiệt lợi thấp, thanh nhiệt giải độc, thông lâm

Các bài thuốc:

<i>Bài 1:</i>	Kim ngân hoa	16g	Thổ phục linh	12g
	Tỳ giải	12g	Hoàng bá	10g
	Hoàng cầm	10g	Ô dược	10g
	Đan sâm	10g	Huyền hồ	12g
	Chỉ xác	6g	Hậu phác	8g
	Mộc thông	12g		

Bài 2: Lục nhất tán

Cam thảo	1 phần	Hoạt thạch	6 phần
----------	--------	------------	--------

Hai vị tán bột, uống mỗi ngày 15-20g

Bài 3: Bát chính tán (Cục phương)

Sa tiên tử	Cù mạch
Biển súc	Hoạt thạch
Sơn chi	Chích thảo
Mộc thông	Đại hoàng (sấy)

Tất cả 16 lượng, mỗi lần dùng 2 đồng cân sắc với đẳng tâm thảo, uống bỏ bã.

Trong bài có biển súc, cù mạch, mộc thông, sa tiên tử, hoạt thạch để thông lâm lợi thấp; đại hoàng, sơn chi, cam thảo tiêu để thanh nhiệt tả hoả.

Nếu kèm theo nóng, rét có thể kết hợp bài Tiểu sài hồ thang để hoà giải thiếu dương:

Sài hồ	12g	Hoàng cầm	9g
Nhân sâm	6g	Bán hạ	9g

Nếu thấp nhiệt lâu ngày hại đến phần âm thì gia: sinh địa, tri mẫu, bạch mao căn để dưỡng âm thanh nhiệt.

BỎNG

Bỏng là một bệnh thuộc diện cấp cứu ngoại khoa do nhiều nguyên nhân gây ra: nhiệt, hoá chất (acid, vôi) và các yếu tố vật lý khác như điện, tia bức xạ...

Mức độ nặng nhẹ của bỏng được xác định theo độ nông sâu của tổn thương (thường chia ra 3 độ) và diện tích tổn thương của bỏng (nhẹ, trung bình, nặng, rất nặng).

Bỏng nặng phải được cấp cứu kịp thời bằng các phương pháp của y học hiện đại. Sau đây xin giới thiệu sự phân loại theo các giai đoạn của bỏng và phương pháp chữa bỏng bằng y học cổ truyền.

1. Giai đoạn âm hư dương thoát (hay giai đoạn choáng do bỏng)

Triệu chứng: xuất huyết tương ở da thành nốt phỏng, phiền táo, bí đái hoặc đái ít, tinh thần uỷ mị, thờ ngẩn, sắc mặt trắng bệch, tay chân lạnh, huyết áp hạ, rêu lưỡi khô, mạch vi tế sắc.

Phép điều trị: dưỡng âm sinh tân, hồi dương cứu thoát.

Phương thuốc: bài Sâm phụ thang kết hợp với Sinh mạch tán gia giảm

Nhân sâm	8g	Mạch môn	12g
Phụ tử chế	12g	Sinh địa	16g
Ngũ vị tử	6g	Huyền sâm	16g

2. Giai đoạn hoả độc (hay giai đoạn bội nhiễm)

Ở giai đoạn này tùy theo mức độ nhẹ, nặng mà người ta chia ra:

a. *Tà nhiệt thương âm*: sốt, mặt đỏ, lưỡi khô, miệng khát, ăn không ngon, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng, mạch hoạt sắc.

Phép điều trị: dưỡng âm, thanh nhiệt giải độc.

Bài thuốc:

Hoàng liên	16g	Chi tử	8g
Vỏ núc nác	12g	Sinh địa	16g
Kim ngân hoa	16g	Mạch môn	16g
Bồ công anh	20g	Thạch hộc	16g

Kết hợp dùng thuốc AD 73 bôi tại chỗ.

AD 73 là nhựa một loại cây mọc ở vùng Hoàng Liên Sơn, Bắc cận, Cao Bằng, Lạng Sơn v.v... Đó là cây xoan rừng, được dùng ở dạng thuốc mỡ hoặc bột, có tác dụng chữa bỏng độ 1, 2, 3 làm thành một màng phủ vết thương, không phải băng, sát trùng, tạo điều kiện tốt cho việc mọc tổ chức hạt, liền da, khi khỏi tự bong ra.

b. *Hoả cực thịnh*: vết bỏng bị nhiễm trùng nặng, nước vàng ra nhiều, sốt cao, rét run, môi mết, tâm phiền, bụng trướng, nước tiểu ít hay vô niệu; có thể mê sảng hay co giật, lưỡi đỏ, môi đỏ, rêu lưỡi vàng, mạch tế sắc.

Thể này phần nhiều tương ứng với thể đàm hoả nhiều tâm, đàm mê tâm khiếu.

Phép điều trị: cần kết hợp với y học hiện đại để điều trị, tại chỗ vẫn dùng AD 73.

3. Giai đoạn khí huyết đều hư (hay giai đoạn hồi phục của bệnh)

Triệu chứng: toàn thân gầy yếu, mệt mỏi, da mặt xanh, chất lưỡi nhạt, mạch nhược hay nhu hoãn.

Phép điều trị: bổ khí huyết.

Các bài thuốc:

<i>Bài 1:</i>	Sâm bố chính	16g	Thục địa	12g
	Bạch truật	12g	Trần bì	8g
	Kỷ tử	10g	Ý dĩ	16g
	Hoài sơn	16g	Hà thủ ô	12g
	Sa sâm	12g	Kê huyết đằng	12g

Bài 2: Bát trân thang gia giảm.

Bài 3: Tại chỗ rửa vết thương

Cây công cộng (xuyên tâm liên) 20g

Nấu với 500ml rửa hàng ngày.

Hoặc: hoàng bá, sà sàng tử (liều bằng nhau), nấu rửa hàng ngày.

Hiện nay nhờ kết hợp giữa y học cổ truyền với y học hiện đại đã thu được nhiều kết quả trong công tác chữa bỏng như dùng các loại cao sinh cơ, chống nhiễm trùng tại chỗ, vá da, chạy thận nhân tạo v.v...

RÒ HẬU MÔN

Rò hậu môn là một bệnh khá phổ biến ở vùng hậu môn, thường đứng sau trĩ. Bệnh do áp xe vùng hậu môn hoặc trĩ viêm xử lý không tốt sinh ra. Bệnh hay gặp ở nam giới, được biết từ thời Hypocrate (cách đây 500 năm trước Công Nguyên). Ở Việt Nam bệnh này đã được Đại danh y Tuệ Tĩnh và Hải Thượng Lãn Ông mô tả, đã xây dựng được nhiều bài thuốc điều trị.

Rò hậu môn theo y học cổ truyền còn có tên giang lậu, trĩ lậu (rò do trĩ) hoặc trĩ sang.

1. Bệnh sinh bệnh nguyên

Trong các y văn đều thống nhất nguyên nhân chủ yếu là thấp nhiệt uất kết ở giang môn làm cho khí huyết vận hành không thông xương hoặc cơ thể khí huyết đã hư sẵn cho nên thấp nhiệt uất kết, kết hợp với khí huyết hư và không thông xương, nung nấu mà sinh ra sưng, có mủ vì nuôi dưỡng kém nên xuất hiện loét nát thành lỗ, dần dần khoét sâu thành ống gây nên rò hậu môn.

2. Phân loại

Dựa vào bệnh sinh, bệnh nguyên mà chia rò hậu môn làm các thể sau:

- Thể thấp nhiệt.
- Thể âm hư nội nhiệt.
- Thể trung khí bất túc.
- Thể khí huyết lưỡng hư.

3. Chẩn đoán rò hậu môn theo y học hiện đại

- Vùng hậu môn có lỗ rò chảy nước vàng, hoặc nước mủ, số lượng lỗ rò có thể có 1 - 2 hoặc 3 lỗ.
- Bơm hơi hoặc xanh metylen sẽ xác định được lỗ rò trong và đường rò.

4. Phương pháp điều trị

Theo y học cổ truyền có 2 nguyên tắc điều trị phải kết hợp với nhau, đó là: điều trị toàn thân (nội trị) và điều trị tại chỗ (ngoại trị).

4.1. Điều trị toàn thân

Dựa vào thể bệnh để điều trị:

- Thể thấp nhiệt:
 - + Triệu chứng: bệnh mới mắc hoặc đợt cấp; tại lỗ rò sưng, nóng, đỏ, đau, chảy nước vàng hoặc mủ đặc; sốt nóng, rêu lưỡi vàng nhớt, chất lưỡi đỏ, mạch hoạt sác.
 - + Chẩn đoán:
 - Bát cương: thực nhiệt.
 - Nguyên nhân: thấp nhiệt.
 - + Pháp điều trị: thanh nhiệt trừ thấp, giải độc bài nung sinh cơ.
 - + Bài thuốc: Thác lý tiêu độc tán

Sinh hoàng kỳ	12g	Đương quy	12g
Tạo giác thích	12g	Bạch truật	12g
Kim ngân hoa	16g	Phục linh	16g
Cát cánh	12g	Đảng sâm	16g
Bạch chỉ	8g	Bạch thược	12g
Xuyên khung	8g		

- Thể âm hư nội nhiệt:

+ Triệu chứng: bệnh mắc lâu ngày, người gầy, da môi khô, lưỡng quyền đỏ, sốt về chiều, trong người háo nóng, đại tiện táo, tiểu tiện vàng, lỗ rò không nóng đỏ, chảy dịch mủ loãng hoặc ứ đọng, rêu lưỡi vàng khô, chất lưỡi đỏ, mạch vô lực hoặc tế sác.

+ Chẩn đoán:

Bát cương: hư nhiệt

Nguyên nhân: âm hư

+ Pháp điều trị: dưỡng âm thanh nhiệt, bài nung sinh cơ.

+ Bài thuốc: Thanh cốt tán.

Thạch cao	8g	Ngân sài hồ	6g
Miết giáp	12g	Hoàng liên	8g
Địa cốt bì	12g	Cam thảo	4g
Tri mẫu	12g	Tân giao	8g

Gia thêm đương quy 8g, hoàng kỳ 12g, thương truật 10g.

- Thể trung khí bất túc:

+ Triệu chứng: người gầy, mệt mỏi, cơ nhẽo, lỗ rò thâm ứ đọng, chảy dịch nhờn, không sưng nóng đỏ, ăn ít; rêu lưỡi vàng, chất lưỡi nhạt bệu, mạch trầm tế.

+ Chẩn đoán:

Bát cương: lý hư

Nguyên nhân: khí huyết hư

+ Pháp điều trị: bổ khí ích huyết, bài nung sinh cơ.

+ Bài thuốc: Bát chân gia vị

Đẳng sâm	12g	Thục địa	12g
Bạch truật	10g	Đương quy	10g
Cam thảo	16g	Xuyên khung	12g
Bạch linh	12g	Bạch thược	12g

Gia thêm hoàng kỳ 10g, tạo giác thích 8g, kim ngân 12g.

4.2. Điều trị tại chỗ

Trong y học cổ truyền có nhiều vị thuốc, bài thuốc điều trị và các cách điều trị.

- Cách thất lỗ rò:
 - + Ở đời nhà Minh (Trung Quốc): dùng sợi cỏ dại luồn qua 2 lỗ đường rò, rồi dùng thuốc thanh nhiệt khử hủ sinh cơ, điều trị nửa tháng sợi cỏ tụt ra là khỏi. Cách này sau này sử dụng trong thất mổ lỗ rò.
 - + Dùng 7 - 8 sợi chỉ luôn xuyên lỗ rò, mỗi ngày thất một sợi sao cho sợi cuối vừa thất hết chỗ lỗ rò.
- Cách khử hủ sinh cơ (kinh nghiệm gia truyền 1: ông lang Trí ở Thủy Nguyên, Hải Phòng): dùng thạch tín chế thành que, đặt vào đường rò cho đến khi đường rò bị phá hủy hoàn toàn.

Tai biến của phương pháp này là sốt cao, vùng hậu môn sưng tấy, rất dễ nhiễm độc thạch tín, do vậy không dùng được mà hiện nay đã cấm dùng (Viện Y học cổ truyền VN đã nghiên cứu).

- Cách ngâm rửa:
 - + Dùng lá trầu không tươi, sắc đặc, ngâm vùng rò.
 - + Theo đại danh y Tuệ Tĩnh: dùng phân ngựa trắng, giã nát với muối, mỗi thứ 1/2, đem sao nóng, đắp vào lỗ rò khi khỏi thì thôi (cách này chưa nghiên cứu).

Nói chung các cách chữa tại chỗ, giới thiệu ở trên không sử dụng hiện nay được, nên dùng thất hoặc mổ của y học hiện đại và dùng thuốc nội trị của y học cổ truyền.

Xin giới thiệu một phương pháp điều trị kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại có kết quả tốt (đề tài nghiên cứu của bác sĩ CKII Phạm Văn Sơn) như sau:

- Thuốc ngâm:

Lá trầu không	50g
Phèn phi	5g

Cho 2 lít nước đun sôi để nguội, để ngâm vùng rò hàng ngày.

- Thuốc uống: bài Thác lý tiêu độc

Hoàng kỳ	10g	Phục linh	12g
Đương quy	10g	Bạch truật	10g

Ngưu tất	10g	Đảng sâm	12g
Xích thước	10g	Kim ngân hoa	10g

Sắc uống ngày 1 thang

- Thất ống rò: dùng bao cao su OK, dùng que thăm rò, luồn qua ống rò và buộc. Trước khi buộc thất cần rạch da theo đường rò để chống đau, vòng cao su sau 10 - 12 ngày tự rụng, miệng lỗ rò hở, nếu liên bắc cầu thì dùng gậy tê, cắt lọc. Sau đó ngâm và uống thuốc trung bình 25 ngày là khỏi.

Kết quả khỏi 97%, đỡ 3%, không khỏi 0%, phương pháp này có thể ứng dụng rộng rãi nhất là tuyến cơ sở.

6. Kết luận

Điều trị rò hậu môn quan trọng vẫn là điều trị tại chỗ, loại bỏ ống rò bằng phẫu thuật hoặc thất mở ống rò, có thể kết hợp với thuốc ngâm và thuốc uống bằng y học cổ truyền. Có lẽ đây là phương pháp hữu hiệu nhất.

TRỊ

Trĩ là một bệnh mạn tính do các tĩnh mạch trực tràng hậu môn bị giãn và sung huyết thành một búi hoặc nhiều búi, tùy vị trí tĩnh mạch ở trực tràng hay hậu môn được phân chia trên lâm sàng thành trĩ nội hay trĩ ngoại.

Nguyên nhân gây ra trĩ bao gồm: viêm đại tràng mạn tính gây táo bón thường xuyên đại tiện rần rần nhiều; viêm gan, xơ gan mạn tính gây sung huyết tĩnh mạch; các bệnh nghề nghiệp do đứng lâu hoặc có thai làm trương lực cơ thành bụng và thành tĩnh mạch bị giảm gây giãn tĩnh mạch v.v...

Vì sung huyết dễ gây thoát quản, chảy máu, làm cho người bệnh thiếu máu, bội nhiễm nên người bệnh có triệu chứng nhiễm khuẩn. Trên lâm sàng căn cứ vào tình trạng các búi trĩ, xuất huyết và nhiễm khuẩn để phân loại thể bệnh và cách chữa.

Các giai đoạn của trĩ nội và trĩ ngoại được phân chia như sau:

Trĩ nội: chia làm 4 thời kỳ:

1. Búi trĩ chưa ra ngoài, đại tiện ra máu tươi, có trường hợp chảy máu nhiều gây thiếu máu.
2. Khi đại tiện búi trĩ lòi ra, sau đó trĩ lại co được.

3. Khi đại tiện búi trĩ lòi ra, đi xong không tự co lên được.
4. Búi trĩ sa ra ngoài, sau đại tiện phải dùng tay đẩy lên nhưng khi lao động nặng, ngồi xổm lại sa xuống (thường kèm theo sa trực tràng).

Trĩ ngoại: nằm ở rìa hậu môn, được phủ bởi da hậu môn; mật độ thường rắn (do viêm tắc, huyết khối tĩnh mạch). Hầu hết bệnh nhân bị trĩ ngoại thường đến khám trong tình trạng viêm cấp tính, huyết tắc, huyết khối tĩnh mạch với triệu chứng nổi bật là đau dữ dội, kèm theo cục rắn cạnh hậu môn.

Phương pháp chữa bệnh trĩ có hai loại: dùng thuốc uống để chống chảy máu, chống nhiễm khuẩn, làm nhỏ búi trĩ; dùng thuốc và các thủ thuật ngoại khoa để gây hoại tử búi trĩ, rụng và cắt các búi trĩ, loại bỏ huyết khối.

I. CHỮA TRĨ BẰNG PHƯƠNG PHÁP BẢO TỒN

Áp dụng chữa: trĩ nội thời kỳ 1 và 2 (thời kỳ 3, 4 điều trị nội khoa ít kết quả) có xuất huyết, trĩ ngoại thời kỳ 3 có viêm tắc tĩnh mạch và bội nhiễm, trĩ ở người già và phụ nữ sinh đẻ nhiều lần.

1. Trĩ nội xuất huyết hay thể huyết ứ

Triệu chứng: đi ngoài xong huyết ra từng giọt, đau, táo bón.

Phương pháp chữa: lương huyết chỉ huyết, hoạt huyết khứ ứ.

Các bài thuốc:

Bài 1:	Hoa hòe sao đen	16g	Kinh giới sao đen	16g
	Sinh địa	12g	Huyền sâm	12g
	Cọ nhọ nổi sao	16g	Trắc bách diệp sao	16g

Bài 2: Hoạt huyết địa hoàng thang gia giảm

Sinh địa	20g	Đương quy	12g
Xích thực	12g	Hoàng cầm	12g
Địa du	12g	Hoè hoa	12g
Kinh giới	12g		

Táo bón thêm: hạt vừng đen 12g, đại hoàng 4g.

Bài 3: Tứ vật đào hồng gia giảm

Sinh địa	12g	Đương quy	8g
Bạch thực	12g	Xuyên khung	8g

Hồng hoa	8g	Đào nhân	8g
Hoè hoa	8g	Trắc bách diệp	12g
Chỉ xác	8g	Hạt vừng	12g
Đại hoàng	4g		

Châm cứu: trường cường, thứ liêu, tiểu trường du, đại trường du, túc tam lý, tam âm giao, thừa sơn, hợp cốc.

2. Trĩ ngoại bị bội nhiễm hay thể thấp nhiệt

Triệu chứng: vùng hậu môn sưng đỏ đau, búi trĩ sưng to đau, đại tiện táo, nước tiểu đỏ.

Phương pháp chữa: thanh nhiệt lợi thấp, hoạt huyết, chỉ thống.

Các bài thuốc:

Bài 1:	Hoàng đằng	12g	Rau diếp cá	16g
	Kim ngân	16g	Hoè hoa	12g
	Chi tử sao đen	12g	Chỉ xác	8g
	Kinh giới	12g		

Bài 2: Hoa hoè tán gia vị

Hoa hoè	12g	Trắc bách diệp	12g
Kinh giới sao đen	16g	Chỉ xác	8g
Xích thược	8g	Kim ngân hoa	16g
Sinh địa	16g	Địa du	12g
Cam thảo	4g		

Bài 3: Chỉ thống thang gia giảm

Hoàng bá	12g	Hoàng liên	12g
Đào nhân	8g	Xích thược	12g
Đương quy	8g	Trạch tả	12g
Sinh địa	16g	Đại hoàng	6g

Châm cứu: châm các huyệt trên, tả pháp.

3. Trĩ lâu ngày gây thiếu máu, trĩ ở người già (thể khí huyết đều hư)

Triệu chứng: đại tiện ra máu lâu ngày, hoa mắt, ù tai, sắc mặt trắng bợt, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch trầm tế, cơ thể mệt mỏi, đoản hơi, tự ra mồ hôi.

Phương pháp chữa: bổ khí huyết, thăng đề, chỉ huyết.

Các bài thuốc:

Bài 1:	Đảng sâm	16g	Bạch truật	12g
	Hoài sơn	16g	Biển đậu	12g
	Hà thủ ô	12g	Kê huyết đằng	12g
	Hoa hòe soa đen	8g	Huyết chi	6g
	Kinh giới sao đen	12g		

Bài 2: Tứ vật thang gia vị (nếu huyết hư)

Thục địa	12g	Xuyên quy	12g
Xuyên khung	8g	Bạch thược	12g
Địa du	12g	A giao	8g
Hoàng kỳ	12g	Cam thảo	4g

Bài 3: Bổ trung ích khí thang gia giảm

Đảng sâm	16g	Cam thảo	4g
Địa du sao đen	8g	Hoàng kỳ	12g
Sài hồ	12g	Hoè hoa sao đen	8g
Đương quy	8g	Trần bì	6g
Bạch truật	12g	Thang ma	8g
Kinh giới sao đen	12g		

II. CHỮA TRĨ BẰNG PHƯƠNG PHÁP CHỐNG VIÊM, CHỐNG CHẢY MÁU TẠI CHỖ VÀ LÀM HOẠI TỬ RỤNG TRĨ

1. Cao dán tiêu viêm, giảm đau

Loại thuốc này bao gồm các vị như: hoạt thạch, long cốt, bồ mẫu, chu sa, băng phiến.

2. Thuốc làm hoại tử rụng trĩ

a. <i>Khô trĩ tán:</i>	Thạch tín	160g	Thần sa	360g
	Phèn chua	400g	Ô mai	100g

Tán bột: rắc vào trĩ.

Chỉ định: trĩ nội thời kỳ 2,3.

Chống chỉ định: trĩ ngoại, trĩ nội thời kỳ 1, 2 (nếu tiên lượng sau khi bôi thuốc trĩ co vào trong) ung thư trực tràng hậu môn, từ thời kỳ 4 xơ chai.

b. *Thắt búi trĩ:*

Tiêm dung dịch minh phân 8% chữa trĩ nội, trĩ ngoại các thời kỳ.

Thời kỳ một, thời kỳ hai tiêm ít từ 0,5-1ml cho một búi trĩ nhưng tổng liều không quá 3ml.

Ngoài tác dụng hoại tử búi trĩ nhanh, nó còn tác dụng cầm máu tốt.

Thí dụ chảy máu ở thời kỳ 1 tiêm 0,5 - 1ml; thời kỳ 2 tiêm 0,5 - 2ml; thời kỳ 3 tiêm 0,5 - 3ml.

Có thể tiêm từ 3 - 7 lần.

Trong những năm gần đây, ở nhiều nước đã kết hợp cả y học dân tộc và y học hiện đại chữa trĩ có kết quả rất tốt.

CHƯƠNG V

BỆNH NGOÀI DA

ĐẠI CƯƠNG

Bệnh ngoài da bao gồm các biểu hiện dị cảm ngoài da như đau, ngứa, nóng, rát, tê bì hoặc thực thể như ban, chẩn, chảy nước vàng, nốt phỏng... .

Bệnh ngoài da có liên quan mật thiết đến toàn thân, do vậy chữa bệnh ngoài da cũng dựa trên cơ sở biện chứng luận trị.

1. Ngứa phần nhiều do phong gây nên, khi chữa thường dùng các vị thuốc thuộc nhóm khu phong như: phòng phong, kinh giới, bạc hà, ngưư bâng tử, uy linh tiên, thương nhĩ tử, bạch cương tàm, toàn yết...
2. Da đỏ, nóng, rát thường do nhiệt sinh ra. Nếu do nhiệt độc sinh ra thì khi chữa dùng các vị thuốc có tác dụng thanh nhiệt giải độc như kim ngân, bồ công anh, sài đất, liên kiều, thương nhĩ tử, thổ phục linh... Nếu do viêm không gây mủ dùng các thuốc thanh nhiệt lương huyết như: sinh địa, huyền sâm, địa cốt bì...
3. Da phù nề, tiết dịch, nốt phỏng, chảy nước ... thường do thấp gây nên. Thấp kết hợp nhiệt với biểu hiện chảy nước vàng, mủ vàng... khi chữa thường dùng các vị thuốc có tác dụng thanh nhiệt táo thấp như: thương truật, khổ sâm, hoàng bá, hoàng liên phối hợp các thuốc kiện tỳ trừ thấp hoặc các thuốc có tác dụng lợi niệu như bạch linh, bạch truật, hoạt thạch, sa tiền tử...
4. Nếu da khô, tróc vảy, nứt nẻ, lông tóc khô, rụng...thường do huyết táo gây ra thì dùng các thuốc dưỡng huyết nhuận táo để chữa như: bạch thực, sinh địa, hà thủ ô, cỏ nhọ nổi...
5. Nếu có ban chẩn, nổi cục, ứ huyết ở da, thường do huyết ứ sinh ra, được dùng các thuốc hoạt huyết để chữa như đan sâm, tạo giác thích, đào nhân...
6. Trên thực tế lâm sàng, các triệu chứng hay xuất hiện cùng một lúc với nhau như chảy nước vàng (do thấp nhiệt), ngứa sưng đau (do phong và huyết ứ) là do các nguyên nhân kết hợp với nhau gây bệnh, điều trị phải phù hợp với bệnh cảnh lâm sàng. Phép trị thường dùng khu phong, thanh nhiệt, hoạt huyết.

Một số bệnh ngoài da xảy ra cấp tính hoặc hay tái phát do cơ thể mất thăng bằng về âm dương, khí huyết, tân dịch, khi chữa bệnh ngoài việc chữa vào nguyên nhân bệnh bên ngoài còn phải chú trọng điều hoà công năng hoạt động của cơ thể bị rối loạn và do tình trạng dị ứng nhiễm khuẩn (huyết nhiệt) gây ra. Ngoài việc dùng các thuốc thanh nhiệt giải độc, còn phải dùng các thuốc thanh nhiệt lương huyết để chữa (như bệnh dị ứng ban chẩn do lạnh và do phần vệ khí của cơ thể bị yếu gây ra). Ngoài việc dùng các thuốc trừ phong hàn còn dùng các thuốc bổ khí như hoàng kỳ, đảng sâm, v.v... để chữa.

Khi chữa bệnh ngoài da còn căn cứ vào các giai đoạn bệnh và tình trạng tiêu, bản, hoãn, cấp của bệnh mà chữa như các bệnh viêm nhiễm da lâu ngày có thể gây chứng âm hư huyết táo thì lúc đầu dùng thuốc thanh nhiệt sau dùng thuốc dưỡng âm nhuận huyết để chữa, bệnh mạn tính như chàm bị bội nhiễm thì phải dùng các thuốc thanh nhiệt giải độc để chữa v.v...

Cũng như y học hiện đại, các thuốc và các dạng thuốc chữa bệnh ngoài da tại chỗ của y học cổ truyền rất phong phú. Có thể liệt kê các dạng thuốc và các thuốc thông thường như sau:

1. Dạng thuốc bột: gồm các vị thuốc diệt khuẩn, thu sáp, chống viêm, chống ngứa như hoạt thạch, thanh đại, phèn phi, v.v...
2. Dạng thuốc nước dùng để băng, rửa vết thương có tác dụng tiêu viêm trừ mủ, thu sáp... như nước lá xoan, nước sà sàng tử, nước lá nhội v.v...
3. Dạng thuốc ngâm rượu có tác dụng tiêu độc, chống ngứa, chống ứ huyết ở cục bộ như thuốc sà sàng, tô mộc, long não v.v...
4. Dạng thuốc mỡ, thuốc dầu để diệt khuẩn tiêu độc, làm mềm da, v.v... gồm các vị thuốc thanh nhiệt giải độc, tiêu viêm, nhuận táo, như mỡ hoàng liên, mỡ panmatin.
5. Dạng thuốc cao gồm hai loại: cao mềm và cao rắn để bôi, băng và dán vào tổn thương ở mặt da.
6. Dạng thuốc xông nước hay xông khói như khói thương truật chữa chàm do tiếp xúc, nước cà gai và kinh giới để xông chữa ngứa.

CHÀM

Các sách y học cổ truyền đều đã có mô tả bệnh này, chia làm 2 loại cấp tính và mạn tính, còn gặp ở trẻ em còn bú và tùy theo vị trí cơ thể còn có các tên khác nhau.

Nguyên nhân do phong, nhiệt và thấp kết hợp với nhau mà gây nên bệnh.

Phân loại các thể bệnh và cách chữa như sau:

1. Thể cấp tính

Do phong phối hợp với nhiệt và thấp. Triệu chứng ban đầu xuất hiện da hơi đỏ sau một thời gian ngứa da nổi cục, xuất hiện mụn nước, tiết dịch, sau đó đóng vảy và khô.

Thể cấp tính được chia làm hai thể nhỏ:

a. *Thấp nhiệt*: da hồng, đỏ, ngứa, nóng rát kèm theo mụn nước, chảy nước vàng.

Phép chữa: thanh nhiệt hóa thấp

Các bài thuốc:

<i>Bài 1:</i>	Thổ phục linh	16 g	Nhân trần	20 g
	Khổ sâm	12 g	Kim ngân hoa	16 g
	Hoàng bá	12 g	Thương nhĩ tử	12 g
	Hạ khô thảo	12 g	Hoạt thạch	8 g

Bài 2: Thanh nhiệt hoá thấp thang gia giảm

Hoàng cầm	12g	Khổ sâm	12g
Hoàng bá	12g	Sinh địa	20g
Bạch tiễn bì	12g	Kim ngân hoa	20g
Phục linh bì	12g	Đạm trúc điệp	20g
Hoạt thạch	20g		

Bài 3: Vị linh thang gia giảm (Chứng trị chuẩn thẳng)

Hậu phác	12g	Trạch tả	12g
Trần bì	8g	Trư linh	12g
Phục linh	12g	Bạch tiễn bì	12g
Nhân trần	20g		

Bài 4: Tiêu phong đạo xích thang (Y tông kim giám) gia giảm

Ngưu bàng tử	12	Sinh địa	16g
Bạc hà	4g	Bạch tiễn bì	8g
Hoàng liên	12g	Hoàng bá	12g

	Mộc thông	12g	Xích linh	8g
	Sa tiền	16g	Thương truật	8g
	Khổ sâm	12g		
<i>Bài 5:</i>	Gỉ sắt	4g	Rượu	50ml

Tán nhỏ gỉ sắt, ngâm trong rượu 2 ngày. Rửa sạch chỗ chàm, thấm khô và bôi thuốc. Bài thuốc có tác dụng tốt với chàm trẻ em.

Châm cứu: tùy vị trí chàm mà có thể chọn huyết.

Tại chỗ: khúc trì, hợp cốc, tam âm giao, dương lăng tuyền...

Toàn thân: trừ phong: hợp cốc; trừ thấp: túc tam lý; hoạt huyết: huyết hải.

b. Phong nhiệt: da hơi đỏ, có các mụn nước, phát ra toàn thân, ngứa gãi chảy nước, ít loét.

Phép chữa: sơ phong thanh nhiệt trừ thấp.

Các bài thuốc:

Bài 1: Tiêu phong tán (Y tông kim giám)

Kinh giới	12g	Sinh địa	16g
Phòng phong	12g	Thạch cao	20g
Thuyền thoái	6g	Tri mẫu	8g
Ngưu bàng tử	12g	Mộc thông	12g
Khổ sâm	12g		

Bài 2: Long đởm tả can thang (Thiên gia diệu phương)

Long đởm thảo	8g	Sa tiền tử	8g
Hoàng cầm	8g	Trạch tả	12g
Chi tử	8g	Sài hồ	8g
Mộc thông	8g	Sinh địa	12g
Cam thảo	4g	Thuyền thoái	6g

Bài 3: Tiêu phong đạo xích tán (đã nêu ở trên); gia: thạch cao 40g, tri mẫu 16g.

2. Thể mạn tính

Do phong và huyết táo gây nên

Triệu chứng: da dày, thô, khô, ngứa, nổi cục, có mụn nước. Vị trí bệnh thường gặp ở đầu, mặt, cổ chân, cổ tay, khuỷu tay, đầu gối.

Phép chữa: khu phong, dưỡng huyết, nhuận táo.

Bài thuốc: Tứ vật tiêu phong ẩm gia giảm

Sinh địa	16g	Thương truật	12g
Bạch thược	12g	Kinh giới	16g
Đương quy	12g	Phòng phong	12g
Xuyên khung	8g	Bạch tật lê	8g
Thuyền thoái	6g	Địa phụ tử	4g
Kim ngân hoa	12g	Khổ sâm	8g

Các bài thuốc dùng ngoài

Bài 1: Thuốc bôi

Hùng hoàng 4g Vỏ tôm càng 7 - 10 chiếc

Ngâm vỏ tôm càng với dấm độ 3 giờ, dùng nước dấm ngâm với hùng hoàng. Cho vỏ tôm vào, trộn đều, bôi vào chỗ chàm.

Bài 2: Thuốc mỡ

Xuyên hoàng liên 4g Hồng hoa 4g
Hồng đơn 4g Chu sa 4g

Tán bột, hoà vào mỡ trăn, bôi vào chỗ chàm.

Bài 3: Thuốc rửa

Lá vối tươi 100g Lá kinh giới 100g

Đun sôi rửa vết loét, thối khô, dùng mỡ trên bôi.

Bài 4: Nhị diệu thang gia giảm (Chu Đan Khê)

Hoàng bá	12g	Phù bình	8g
Thương truật	8g	Thương nhĩ tử	12g
Phòng phong	8g	Bạch tiễn bì	12g
Hạ thiêm thảo	12g		

Có thể sắc ngâm hoặc nấu cao bôi nơi tổn thương ngày bôi 1 lần.

3. Chàm bìu (hạ nang)

Nguyên nhân do thấp nhiệt ở can kinh. Có thể cấp hoặc mạn tính.

Phép chữa: thanh trừ thấp nhiệt ở can kinh.

Bài thuốc: Long đởm tả can thang gia giảm (Thiên gia diệu phương)

Long đởm thảo	8g	Hoàng cầm	12g
Chi tử	8g	Mộc thông	12g
Trạch tả	12g	Sa tiền tử	12g
Khổ sâm	12g	Sinh địa	12g
Địa phụ tử	12g		

Điều trị đợt cấp: sắc uống; mạn tính: làm hoàn uống.

4. Chàm ở trẻ em còn bú

Nguyên nhân do thấp, nhiệt độc gây ra

Có hai thể: khô và ướt.

Phép chữa: sơ phong, lợi thấp, thanh nhiệt (đã nêu trên).

Phương thuốc như trên, giảm liều cho phù hợp.

Nếu thể có xuất tiết thì bỏ bạc hà, gia sa tiền tử 8g, thương truật 4g.

NGƯU BÌ TIẾN (CAN TIẾN)

(viêm da thân kinh)

Nguyên nhân chứng ngứa bì tiến là do phong nhiệt xâm phạm bì phu, lại do huyết táo không nhu dưỡng da, ngứa gãi nhiều làm da sần lên như da ở cổ trâu.

Căn cứ vào giai đoạn tiến triển của bệnh, người ta chia ra hai thể: thể phong nhiệt và thể huyết táo.

1. Thể phong nhiệt

Giai đoạn mới mắc

Triệu chứng: nơi tổn thương thành mảng, màu da hơi hồng, ngứa, chưa dày lên như da trâu. Vị trí tổn thương thường ở cổ gáy, khuỷu tay và mông.

Phép chữa: khu phong thanh nhiệt

Các bài thuốc:

Bài 1: Phòng phong	12g	Thương nhĩ tử	12g
Sinh địa	16g	Ý dĩ	16g
Kê huyết đằng	12g	Kim ngân hoa	16g
Cây cứt lợn	12g		

Bài 2: Cúc hoa	12g	Sinh địa	16g
Kim ngân hoa	12g	Khổ sâm	12g
Thương nhĩ tử	12g	Thổ phục linh	16g
Đan bì	8g		

Bài 3: Tiêu phong tán gia giảm (Y tông kim giám)

Kinh giới	12g	Sinh địa	12g
Thuyền thoái	6g	Đương quy	12g
Ngưu bàng tử	12g	Tri mẫu	12g
Phòng phong	12g	Địa phụ tử	12g
Thạch cao	20g		

Bài 4: Sơ phong thanh nhiệt ẩm gia giảm (Y tông kim giám)

Kinh giới	16g	Sinh địa	16g
Phòng phong	12g	Kim ngân	12g
Thuyền thoái	6g	Tạo giác thích	12g
Cúc hoa	12g	Khổ sâm	12g

Châm cứu: Châm xung quanh da bị viêm.

Mai hoa châm vùng da viêm, ngày 1 lần.

Sau khi châm có thể kết hợp cứu bằng mồi hay điều ngải.

Thuốc bôi tại chỗ: phèn chua phi tán nhỏ 5g, khinh phấn (calomel) 5ml, lưu huỳnh 25g, cồn 70 độ 300ml.

Tán nhỏ ba thứ thuốc, ngâm cồn 70 độ trong một tuần. Lắc kỹ trước khi bôi, bôi 3 đến 6 lần trong ngày.

2. Thể huyết táo

Viêm da thần kinh mạn tính.

Triệu chứng: da dày, khô, ngứa nhiều về đêm, gãi chảy nước và rỉ máu.

Phép chữa: dưỡng huyết, nhuận táo khu phong.

Các bài thuốc:

Bài 1: Kê huyết đằng	12g	Sa sâm	12g
Đỗ đen sao	12g	Kỷ tử	12g
Cây cứt lợn	12g	Thuyền thoái	6g
Kinh giới	16g	Bạch cương tàm	8g
Cam thảo	12g		

Bài 2: Địa hoàng ẩm gia giảm

Hà thủ ô	16g	Toàn yết	6g
Sinh địa	16g	Bạch cương tàm	8g
Đương quy	12g	Kinh giới	12g
Huyền sâm	12g	Bạch tật lê	12g

Bài 3: Thuốc bôi tại chỗ: phèn phi, lưu huỳnh, khinh phấn, cồn 70 độ. Liều lượng và cách dùng như trên.

Châm: châm các huyết hoặc gõ kim mai hoa lên trên vùng tổn thương ngày 1 lần.

Cứu: cứu mỗi ngày sau khi gõ kim mai hoa.

Xông khói: dùng thương truật 30g, thiên niên kiện 30g, sấy khô tán thành bột, cuộn thành miếng đốt, thổi khói vào nơi tổn thương ngày 2 - 3 lần, mỗi lần 30 phút.

Liệu trình điều trị châm cứu và xông khói là 15 ngày, sau đó nghỉ 7 ngày, tiếp 1 hoặc 2 liệu trình.

VẤY NẾN

Vẩy nến, y học cổ truyền gọi là bạch sang hoặc tùng bì tiền; là một bệnh ngoài da mạn tính hay tái phát.

Nguyên nhân do huyết nhiệt cảm phải phong tà gây bệnh ở ngoài da, lâu ngày phong làm huyết táo không dinh dưỡng da gây nên bệnh vẩy nến.

Bệnh hay tái phát về mùa đông ở các vùng da đầu, mặt ngoài tứ chi; nặng có thể phát ra toàn thân, có thể thấy kèm theo sưng đau các khớp tay chân.

Phân loại và cách chữa bệnh:

1. Thể phong huyết nhiệt

Triệu chứng: những nốt chần xuất hiện nhiều, liên tục, lâu ngày to dần, màu hồng tươi, ngứa nhiều.

Các bài thuốc:

<i>Bài 1:</i>	Hoè hoa	20g	Hy thiêm	16g
	Sinh địa	20g	Cây cứt lợn	20g
	Thổ phục linh	16g	Cam thảo đất	16g
	Kim ngân hoa	16g	Thạch cao	20g
	Ké đầu ngựa	16g		

Bài 2: Hoè hoa thang gia giảm

Hoè hoa sống	40g	Thạch cao	40g
Thăng ma	12g	Chích thảo	4g
Sinh địa	40g	Địa phụ tử	12g
Thổ phục linh	40g	Ké đầu ngựa	20g
Tử thảo	12g		

2. Thể phong huyết táo

Gặp ở thể bệnh kéo dài.

Triệu chứng: những nốt ban chần mới ít xuất hiện, những nốt cũ màu hơi đỏ, ngứa, mặt da khô.

Phép chữa: dưỡng huyết, nhuận táo, khu phong.

Các bài thuốc:

<i>Bài 1:</i>	Hà thủ ô	20g	Ké đầu ngựa	16g
	Đương quy	20g	Sinh địa	16g
	Khương hoạt	16g	Huyền sâm	12g
	Thổ phục linh	40g	Uy linh tiên	12g

Bài 2: Lương huyết 1 (Viện Đông y)

Huyền sâm	12g	Ké đầu ngựa	12g
Kim ngân	12g	Hà thủ ô	12g
Sinh địa	12g	Vùng đen	12g

Bài 3: Thuốc dùng tại chỗ

Hoả tiêu	Khô phân
Phác tiêu	Dã cúc hoa

Nấu nước tắm, rửa ngày một lần

Có thể dùng châm cứu các huyệt: khúc trì, huyết hải, túc tam lý, nội quan, thần môn, tam âm giao, phi dương.

Chọn huyệt thay đổi, một ngày châm một lần, 10 lần một liệu trình.

TỔ ĐĨA

Bệnh khu trú ở lòng bàn tay gọi là nga trưởng phong, ở lòng bàn chân gọi là thấp cước khí.

Nguyên nhân gây bệnh do phong nhiệt và thấp kết hợp với nhau gây bệnh; ở tay thường do phong là chủ yếu, ở chân thường do thấp là chủ yếu. Nếu bệnh kéo dài bị bội nhiễm thì do thấp, nhiệt phối hợp với nhau gây nên.

Thường có những mụn nước khu trú ở lòng bàn tay, bàn chân, ngứa gãi chảy nhiều nước; có khi bội nhiễm thành mủ. Không lây lan ra toàn thân.

Trên lâm sàng chia làm hai loại: nga trưởng phong và thấp cước khí.

1. Nga trưởng phong (bệnh ở lòng bàn tay).

Phép chữa: khu phong, thanh nhiệt.

Các bài thuốc:

<i>Bài 1:</i>	Ké đầu ngựa	16g	Ích mẫu	16g
	Cỏ nhọ nồi	16g	Hoàng bá	12g
	Ý dĩ	16g	Sinh địa	16g
	Kinh giới	12g	Tỳ giải	12g
	Huyết dụ	12g		

Bài 2: Tứ vật thang gia giảm (hoặc Hoà lợi cục phương)

Sinh địa	16g	Kinh giới	16g
Đương quy	12g	Liên kiều	12g
Xuyên khung	12g	Hoàng bá	12g
Bạch thược	12g	Thương truật	12g

Bài 3: Cao VL4 dùng tại chỗ. VL4 là chiết xuất từ lá cây mỏ quạ, bôi ngày 2 lần.

Bài 4: Nước tô mộc ngâm hàng ngày. Có thể dùng lá móng tay sắc đặc, ngâm hàng ngày.

2. Thấp cước khí (bệnh ở lòng bàn chân)

Phép chữa: thanh nhiệt trừ thấp, khu phong.

Các bài thuốc:

<i>Bài 1:</i>	Kim ngân	12g	Sinh địa	16g
	Ké đầu ngựa	16g	Kinh giới	12g
	Ý dĩ	16g	Hy thiêm	16g
	Thổ phục linh	20g	Cam thảo đất	12g
	Tỳ giải	12g	Cây cú lợn	12g

Bài 2: Thương linh phúc phương gia giảm

Thương nhĩ tử	16g	Ý dĩ	16g
Thổ phục linh	40g	Tỳ giải	16g

Bài 3: Tại chỗ dùng bột ND3 (nếu bị loét)

Thanh đại	Ô tặc cốt
Phèn phi	Bằng sa

Tán thành bột, rắc vào vết thương sau khi rửa sạch bằng nước tô mộc.

MỀ ĐAY

Y học cổ truyền gọi bệnh mề đay là phong chẩn khối.

Nguyên nhân do phong hàn, phong nhiệt hoặc các nhân tố khác như thức ăn, thuốc, ký sinh trùng làm xuất hiện ở da những nốt ban, ngứa, đỏ da hoặc phù tại chỗ.

Trên lâm sàng thường chia làm hai loại phong hàn, phong nhiệt để chữa. Khi bệnh phát ra, các phương pháp dùng thuốc đều nhằm giải dị ứng, chống sung huyết, chống giãn mạch và các rối loạn thực vật khác như phù dị ứng, táo bón, ỉa chảy, bí tiểu tiện, v.v...

1. Thể phong hàn

Hay gặp ở bệnh dị ứng nổi ban do lạnh, do nước lạnh.

Triệu chứng: da hơi đỏ hoặc trắng, gặp lạnh hay phát bệnh, trời nóng bệnh giảm, rêu lưỡi trắng, mạch phù khẩn.

Phép chữa: phát tán phong hàn sắc, điều hoà dinh vệ.

Các bài thuốc:

<i>Bài 1:</i>	Quế chi	8g	Gừng sống	6g
	Tử tô	12g	Ké đầu ngựa	16g
	Kinh giới	16g	Ý dĩ	16g
	Phòng phong	12g	Đan sâm	12g
	Bạch chỉ	8g		

Bài 2: Quế chi thang (Thương hàn luận) gia giảm

Quế chi	8g	Kinh giới	12g
Bạch thược	12g	Phòng phong	8g
Gừng sống	6g	Tế tân	6g
Ma hoàng	6g	Bạch chỉ	8g

Bài 3: Hoàng kỳ kiến trung thang (Kim quỹ yếu lược) gia giảm

Hoàng kỳ	8g	Đảng sâm	12g
Quế chi	8g	Kinh giới	12g
Bạch thược	8g	Phòng phong	12g
Sinh khương	6g	Bạch chỉ	8g
Đại táo	12g	Ma hoàng	8g

Nếu táo bón, thêm đại hoàng 6g; nếu do ăn uống (cua, tôm, nhộng tằm...) thêm sơn tra, hoắc hương, mỗi thứ 8 - 12g.

2. Thể phong nhiệt

Triệu chứng: da đỏ, các nốt ban đỏ, nóng rát, miệng khát, phiền táo: gặp khí hậu hoàn cảnh nóng thể bệnh phát ra hoặc tăng thêm; mạch phù sác, chất lưỡi đỏ rêu vàng hoặc trắng.

Phép chữa: khu phong, thanh nhiệt lương huyết

Các bài thuốc:

<i>Bài 1:</i>	Kim ngân hoa	16g	Phù bình	8g
	Bồ công anh	12g	Thuyền thoái	6g
	Ké đầu ngựa	16g	Sinh địa	12g
	Kinh giới	16g	Thỏ phục linh	16g
	Lá dâu	16g	Sa tiền	16g

Bài 2: Ngân kiều tán (Ôn bệnh điều biện) gia giảm:

Kim ngân hoa	16g	Cam thảo	4g
Liên kiều	12g	Bạc hà	12g
Ngưu bàng tử	12g	Ké đầu ngựa	16g
Lô căn	12g	Sa tiền tử	12g
Trúc diệp	12g	Phù bình	8g
Kinh giới	12g		

Bài 3: Tiêu phong tán gia giảm (Y tông kim giám):

Kinh giới	16g	Sinh địa	16g
Phòng phong	12g	Thạch cao	20g
Ngưu bàng tử	12g	Đan bì	8g
Thuyền thoái	8g	Bạch thược	8g

Châm cứu: Thường châm tả các huyết: huyết hải, khúc trì, đại chùy, tam âm giao.

Nếu do ăn uống thì châm thêm huyết túc tam lý.

Nhĩ châm: châm vị trí phổi, tuyến thượng thận, thần môn, khu nội tiết.

CHƯƠNG VI

THƯƠNG KHOA

Thương khoa trong y học cổ truyền (YHCT) là khoa chẩn thương của y học hiện đại (YHHĐ). Thương khoa là môn học lâm sàng điều trị các tổn thương thực thể do ngoại lực gây nên.

Thương khoa có rất sớm và phát triển nhiều nhất ở vùng dân tộc ít người. Ở Việt Nam chủ yếu là truyền miệng, trong các sách để lại nói rất ít. ở Trung Quốc thương khoa có từ đời nhà Chu cũng coi đó là dương y, đến thời Tống thành lập riêng thành một chuyên khoa; chủ yếu là điều trị đâm chém nhau, ngã, đánh nhau gãy xương.

Tuỳ theo tính chất của nguyên nhân gây tổn thương mà gọi tên khác nhau:

- Vết thương do kim loại gọi là kim thương.
- Vết thương do ngã, võ thuật gọi là trật đả.

Đến nay YHCT phát triển đã thừa kế được phần lớn kinh nghiệm của ông cha ta để lại và được kết hợp với YHHĐ cho nên nội dung của thương khoa cũng được mở rộng và phát triển. Việc phân loại của thương khoa có thể dựa vào vị trí, tính chất tổn thương mà chia ra làm 2 loại: ngoại thương và nội thương.

1. Ngoại thương

Ngoại thương là những tổn thương bên ngoài chủ yếu do ngoại lực gây nên; cụ thể là tổn thương da, cơ, gân, dây chằng, xương, khớp.

1.1. Tổn thương bì phu có nhục (da cơ)

Căn cứ vào sự phá huỷ của da hay không mà phân làm hai loại:

- Vết thương (còn gọi là sang thương): vết thương chính là vết thương phần mềm, chỉ da có rách và chảy máu.
- Đụng dập (còn gọi là tọa thương): đụng dập chỉ tổ chức da và dưới da (cả cơ, dây chằng, mạch máu, thần kinh) thuộc phần mềm bị ngoại

lực tác động gây tổn thương, không bị rách chảy máu mà gây chảy máu dưới da (có triệu chứng tại chỗ là sưng, nóng, đỏ, đau).

1.2. Tổn thương cân cơ (còn gọi là nỉu thương)

Tổn thương cân cơ là chỉ cân, màng cân, các dây chằng cơ bị tổn thương hay gặp hoạt động trái tư thế hoặc ngã. Có thể có 2 loại:

- Cân cơ rách đứt: có sưng, nóng đỏ tại chỗ.
- Cân cơ không rách đứt: tại chỗ đau có thể sưng nề hoặc không.

1.3. Tổn thương xương khớp

Tuỳ theo mức độ tổn thương mà phân loại sau:

- Gãy xương còn gọi là củ triết.
- Sai khớp còn gọi là thoát vị khớp.

2. Nội thương

Nội thương là chỉ các tổn thương bên trong cơ thể, tức là tổn thương khí huyết và tạng phủ (không ảnh hưởng trực tiếp tức thì dưới da, cân, cơ, xương, khớp) cho nên nội thương là tổn thương nội tạng của cơ thể. Dựa vào vị trí, tính chất của tổn thương có thể chia ra các loại:

2.1. Tổn thương khí phận

Tổn thương khí phận là chỉ công năng hoạt động của tạng phủ, tức là khí phận của tạng phủ sau khi bị chấn thương thì bị ứ trệ, gây nên triệu chứng đau tức, khó chịu, thậm chí còn bị hôn quyết (hôn mê).

Tuỳ theo vị trí của cơ thể bị chấn thương mà có các triệu chứng khác nhau:

- Chấn thương đầu có triệu chứng: đau đầu, chóng mặt, nôn nhiều (chấn động não). Nếu có lúc tỉnh lúc mê là do chấn thương sọ não có xuất huyết não thì cần phải phẫu thuật.
- Chấn thương vùng ngực: gây tức, đau ngực, khó thở, có thể nặng nhẹ tuỳ theo tổn thương.
- Chấn thương vùng bụng: gây đầy tức đau bụng, buồn nôn hoặc nôn, ăn ít hoặc không ăn được (không phải vỡ tạng đặc hoặc thủng tạng rỗng sau chấn thương), bí trung đại tiện.

- Chấn thương vùng hạ vị: gây tức bụng dưới, bí trung đại tiện, bí đái, bụng đầy chướng.

Trong chấn thương gây tổn thương phần khí của nội tạng có thể kèm theo tổn thương bên ngoài hoặc tổn thương phần huyết.

2.2. Tổn thương huyết phân

Tổn thương huyết phân là do ngoại lực gây tổn thương từ ngoài vào trong nội tạng hoặc gây tổn thương ngay trong các tạng phủ làm cho huyết ứ và chảy máu. Tổn thương huyết trong chấn thương hết sức quan trọng, càng nguy hiểm khi có tổn thương phần huyết ở trong tạng phủ.

Trong YHCT khí thương thì đau, huyết thương thì sưng và xuất huyết, đó là sự phân biệt chủ yếu của khí huyết. Nhưng thực tế lâm sàng nội thương trong chấn thương thường gặp cả khí lẫn huyết đều tổn thương. Khí huyết quan hệ rất mật thiết tới nhau, khí là thống soái của huyết, huyết theo khí mà hành. Chấn thương làm huyết ứ ở mạch lạc gây chảy máu nhiều gọi là vong huyết, có thể làm cho cả khí thoát sẽ dẫn đến tử vong.

2.3. Tổn thương tạng phủ

Tổn thương tạng phủ là một tổn thương nghiêm trọng.

- Căn cứ vào vị trí chấn thương mà phân loại:
 - + Chấn thương vùng đầu.
 - + Chấn thương vùng ngực, lưng.
 - + Chấn thương vùng bụng.
- Dựa vào tính chất của tổn thương chia ra hai loại:
 - + Chấn thương tạng phủ cấp diễn: là do bạo lực gián tiếp hay trực tiếp gây nên cần phải kết hợp với YHHT để điều trị (ví dụ: vỡ tạng đặc và rỗng).
 - + Chấn thương tạng phủ trường diễn: do các lực bên ngoài tác động vào toàn thân hay tại chỗ gây tạng phủ tổn thương với thời gian dài (ví dụ: vận động không hợp lý kéo dài hoặc bê vác nặng kéo dài gây vẹo cột sống, gù cột sống, dị dạng ngực...).

ĐIỀU TRỊ NỬU THƯƠNG

1. Quan niệm và nguyên nhân

Nửu là xoay vặn, thương là bệnh, vì xoay vặn cơ khớp làm tổn thương kinh lạc cân cơ, khí cơ tắc trở gây đau yếu nặng, huyết trệ gây sưng nóng đỏ. Theo y học hiện đại thì đây là hiện tượng bong gân, giãn dây chằng hoặc co thắt cơ, dây chằng gây ra gọi tắt là bong gân, có thể cấp tính hoặc mạn tính.

Nguyên nhân: do động tác trái tư thế, đột ngột, quá mạnh hoặc động tác gò bó kéo dài gây nên (ví dụ: như quay lưng đột ngột hoặc mạnh hoặc xách nặng, quay cổ mạnh, nằm gối đầu cao, đi guốc cao gót hoặc treo chân do đá bóng... Theo y học cổ truyền do xoay vặn quá mức nên khí cơ tắc trở gây đau yếu nặng, huyết trệ gây sưng nóng đỏ.

2. Triệu chứng, chẩn đoán

Nửu thương hay gặp ở thắt lưng, cổ chân, cổ gáy và cổ tay hoặc khuỷu tay.

Tại chỗ: sau các nguyên nhân rõ ràng có thể xuất hiện ngay các triệu chứng hoặc sau vài tiếng đồng hồ hoặc vài ngày. Triệu chứng đau tại nơi tổn thương, đau tăng dần ảnh hưởng tới vận động. Tùy theo có tổn thương phần mềm hay không mà dần dần sưng nóng đỏ, cũng có khi đau đơn thuần (không rách dây chằng hoặc bao khớp), không có dấu hiệu gãy xương, sai khớp. Nếu không điều trị ngay sẽ gây sưng nề, không đỏ tím (nếu không tổn thương mạch máu) nặng hơn gây cứng khớp, loãng xương.

Theo y học cổ truyền: do tác động gián tiếp của các động tác hoặc ngoại lực gây nên khí trệ tại chỗ nên đau, sau đó huyết ứ gây sưng nóng đỏ, thấp trệ gây nề.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị chung

Hoạt huyết, hành khí, thư cân, thông kinh, chỉ thống

3.2. Thuốc dùng ngoài

– Thuốc đắp

+ Đắp cao Thống nhất

+ Bài thuốc 1

Bột cúc tần	8 phần	Bột đại hồi	0,8 phần
Bột ngải cứu	4 phần	Sáp ong	2 phần
Bột quế chi	1,6 phần	Dầu ve	20 phần

Trộn đều đựng vào lọ dùng dần, khi dùng tùy theo vị trí tổn thương rộng hay không mà đắp trực tiếp vào nơi tổn thương.

+ Bài thuốc 2

- Vỏ cây gạo vừa đủ, giã nát sao với rượu, ngày đắp 1 lần.
- Lá náng hơ nóng đắp vào nơi tổn thương.

- Thuốc xoa:

Bài 1: Mật gấu hòa với rượu bôi

Bài 2: Trật đả tán

Nhũ hương	1 phần	Tô mộc	4 phần
Một dược	1 phần	Huyết giác	4 phần
Băng phiến	1 phần	Quế chi	1 phần
Đại hồi	2 phần	Nga truật	2 phần
Dây kim ngân	1 phần		

Tán bột, mỗi lần dùng hòa với rượu vừa đủ xoa lên nơi tổn thương, ngày 2 lần.

3.3. Thuốc uống trong

Dùng cao tiêu viêm, gồm các vị:

Ngải cứu	12g	Tô mộc	10g
Huyết giác	12g	Lá móng tay	10g
Nghệ vàng	10g		

Ngày uống 1 thang hoặc nấu thành cao uống, ngày uống 3 lần, sáng, trưa và tối.

3.4. Xoa nắn, bấm huyết

Phương pháp này nhiều khi mang lại kết quả rất tốt.

- + **Kéo giãn:** kéo từ từ theo hướng sinh lý, lực vừa phải, bệnh nhân cảm giác dễ chịu, giữ 1 - 2 phút, sau đó làm động tác trả lại (ngược lại) hướng lực gây tổn thương.
- + **Bật gân:** sờ nơi đau hoặc nơi thấy co thắt cơ (dây chằng), dùng ngón cái bật như kiểu bật dây đàn làm 2 - 3 lần thôi.
- + **Bấm, điểm huyết:** dùng với các huyết ở xa nơi tổn thương.

3.4. Châm cứu

- + Châm tả các huyết tại chỗ.
- + Châm toàn thân các huyết:
 - Nếu vùng cổ gáy: lạc chẩm, hợp cốc, đốc du.
 - Nếu vùng cổ chân: huyền trung, thái xung.
 - Nếu vùng thắt lưng: thận du, uỷ trung.
 - Nếu ở cổ tay: thủ tam lý, hợp cốc.
 - Nếu ở khuỷu tay: hợp cốc, trung phủ.
- + Thuỷ châm: dùng các thuốc giảm đau hoặc giảm đau chống viêm của y học hiện đại tiêm vào các huyết:
 - Ở vùng cổ gáy: đốc du, kiên tĩnh.
 - Ở vùng cổ chân: huyền trung, tam âm giao.
 - Ở vùng thắt lưng: thận du, đại trường du, a thị huyết.
 - Ở vùng cổ tay: thủ tam lý.

Không nên dùng các thuốc dầu tiêm nơi ít cơ.

TỌA THƯƠNG

1. Quan niệm và nguyên nhân

Tọa thương là dập nát phần mềm (chủ yếu là da, cơ, mạch máu, thần kinh), không có rách da, do ngoại lực trực tiếp gây nên.

Nguyên nhân: do các vật cứng đập mạnh vào vùng da - cơ của cơ thể, như: đánh thể thao, ngã, thể dục, va đập.

Vùng hay bị tổn thương là đầu, mông, lưng, bụng, chân, cánh cẳng tay và vai gáy. Y học hiện đại còn gọi là đụng dập.

2. Triệu chứng, chẩn đoán

- Vùng da cơ sau khi bị ngoại lực trực tiếp thì nóng đỏ đau, tùy mức độ ngoại lực trực tiếp mà vùng tổn thương to nhỏ khác nhau.
- Cũng hay kèm theo gãy xương hoặc sai khớp.

3. Điều trị

Tổn thương này theo y học cổ truyền vẫn là do khí trệ, huyết ứ

- Pháp điều trị: hoạt huyết, khử ứ, hành khí, thư cân (nếu nề nhiều thì lợi thủy thẩm thấp, nếu sưng nóng đỏ nhiều thì thêm lương huyết).
- Thuốc dùng ngoài: đắp cao Thống nhất hoặc cao song bá tán (trắc bách diệp, đại hoàng, bạc hà, trạch lan).
- Châm: các huyết quanh nơi tổn thương và huyết huyết hải, huyền trung.
- Thuốc uống:
 - + Cao tiêu viêm.
 - + Tứ vật đào hồng gia dây kim ngân.
- Tập vận động: nếu tổn thương cân khớp cần tập ngay từ đầu nhưng phải nhẹ nhàng, đúng mức độ, khi ngủ nằm kê chân cao.

4. Kết luận

Tọa thương (đụng dập) nếu tổn thương nhiều phải điều trị tích cực, chủ yếu là thuốc dùng ngoài, châm cứu, tập luyện và kết hợp uống thuốc y học cổ truyền với thuốc y học hiện đại như: giảm đau và chống phù nề (alpha - chymotrypsin) uống hoặc tiêm.

VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM

1. Quan niệm và biện chứng

Cách đây 770 năm trước công nguyên do y học cổ truyền đã phát triển cho nên việc phân loại trong chấn thương đã được biết đến, hơn nữa con

người đã biết sử dụng kim khí cho nên khi các loại kim khí này gây rách da cơ thì gọi là kim thương.

Sau này do các nguyên nhân gây ra vết thương có rất nhiều, ngoài kim khí ra còn nhiều loại sắc nhọn khác gây nên. Do vậy người xưa đặt tên chung là sang thương.

Sang thương là chỉ các tổn thương rách đứt da, cơ, mạch máu, có thể to nhỏ hoặc sâu nông tùy thuộc vào lực và vật rắn sắc nhọn trực tiếp gây nên.

1.1. Đặc điểm tổn thương của vết thương

Y học cổ truyền rất coi trọng tới tổn thương tại chỗ, được miêu tả theo âm dương khí huyết như sau:

	<i>Đặc điểm vết thương</i>	<i>Dương (khí)</i>	<i>Âm (huyết)</i>
1	Đau nhiều	+	-
2	Chảy máu	-	+
3	Sưng không đỏ	+	-
4	Sưng có đỏ	-	+
5	Thâm nát	+	-
6	Sưng không thoát mủ	Khí hư	-
7	Vết thương chảy nước vàng	-	Huyết hư
8	Vết thương không liền hoặc không thu miệng	Hư	Hư
9	Vết thương thâm nát	Kiệt	Kiệt

1.2. Sự liên quan vết thương với tạng phủ khí huyết

Theo quan điểm của Y học cổ truyền vết thương mau lành hay không còn tùy thuộc chính khí của cơ thể, cụ thể là:

- Khí: biểu hiện về đau, thoát mủ, vết thương sạch. Cho nên nếu khí hư thì vết thương đau liên tục, âm ỉ, không thoát mủ, bẩn. Nếu khí chưa hư thì vết thương đau ít, mủ thoát dễ dàng, vết thương tươi sạch.
- Huyết: biểu hiện về sưng nóng, đỏ và liền vết thương. Huyết ú, huyết nhiệt đều có chảy máu, chảy nước vàng. Nếu huyết không hư thì nơi tổn thương được nuôi dưỡng tốt cho nên vết thương chóng liền.
- Tỳ: tỳ liên quan tới cơ nhục, nhiếp huyết và sinh khí huyết của hậu thiên. Trầm bệnh đều do tỳ gây nên và tỳ ảnh hưởng trở lại tới trầm

bệnh. Cho nên nếu tỳ tốt thì vết thương chóng lành, ít chảy máu, dễ thoát mủ.

- Can: can tàng huyết, chủ cân, nếu can tốt thì vết thương lành không ảnh hưởng tới vận động.
- Tâm: chủ thần minh, tâm tốt thì huyết đầy đủ, giấc ngủ lành, người bệnh có nghị lực, chịu khó tập luyện không để lại di chứng.
- Thận: chủ cốt tủy. Nếu thận tốt thì vết thương không ảnh hưởng tới xương.

Như vậy vết thương phần mềm không những cần chú ý tới tổn thương tại chỗ mà phải chú ý tới toàn thân, phải biện chứng chính xác giữa triệu chứng tại chỗ và toàn thân mới có pháp điều trị tốt, bệnh sẽ chóng khỏi.

Trong điều trị vết thương phần mềm phải kết hợp giữa y học hiện đại với y học cổ truyền, chủ yếu là cần tiêm phòng uốn ván (hoặc SAT). Người xưa có dùng rau muống sống 120g, hòa với nước sôi 25ml, gạn lấy nước uống nhưng chưa được chứng minh chắc chắn chữa được nên vẫn chú ý vết thương mạch máu lớn và dây thần kinh để khâu cầm máu và nối thần kinh.

2. Điều trị

2.1. Thuốc dùng ngoài

- Thuốc cầm máu phòng nhiễm trùng:

Bài 1: Vôi tôi (vôi ăn trầu).

Bồ hóng bếp (ô long vĩ).

Liều bằng nhau, luyện thành thổi hoặc miếng, đắp vào vết thương kể cả đĩa cắn cũng cầm máu.

Bài 2: Lá mần tưới (hoặc lá chó đẻ răng cưa).

Bột đại hoàng.

Giã nát lá mần tưới hoà với nước tiểu trẻ em (đồng tiện) vừa đủ, gạn lấy nước hòa với bột đại hoàng vừa đủ, đắp vào vết thương.

Bài 3: Lá trầu không

Lá kim ngân

Liều bằng nhau, giã nát, đắp vào vết thương.

Bài 4: Nõn chuối tiêu lùn (lấy ở cây non cao khoảng 60cm), bỏ bẹ, cắt từng khúc, giã nát đắp.

Bài 5: Mốc cây cau (phấn cau) 40g

Ô long vĩ 20g

Trộn đều dùng dần, đắp vào vết thương

Bài 6: Tử kim đan

Tử kim đồng (giáng hương) 5 lạng

Nhũ hương 1 lạng 5 Ngũ bội tử 1 lạng 5

Một dược 1 lạng 5 Băng phiến 1g

Huyết kiệt 1 lạng 5

Các vị thuốc tán nhỏ, trộn đều cùng với băng phiến, cho vào lọ nút thật kín để dùng dần, để càng lâu càng tốt.

Bài 7: Hạt nhãn (sao) 36g

Băng phiến 8g

Tán nhỏ các vị, trộn đều, đựng trong lọ đậy kín, dùng dần.

- Thuốc rửa vết thương: dùng cho các vết thương bẩn hoặc loét, nát có mủ hoặc nước vàng.

Bài 1: Lá trầu không 40g

Nước lã 1 lít

Đun sôi nước với lá trầu không 15 phút, để nguội lấy nước trong hòa với bột phèn phi, dùng rửa vết thương, chỉ dùng trong 3 ngày.

Bài 2: Sài đất 1 phần Tô mộc 1 phần

Bồ công anh 1 phần Nước 600ml

Đun sôi trong 2 giờ còn 250ml gạn nước cho vào chai dùng dần, trong ngày có thể đắp gạc.

Bài 3: Trầu không 200g Phèn phi 20g

Bồ công anh 200g Nước 2 lít

Đun sôi 2 lít nước với trầu không, bồ công anh còn 250ml rồi rửa vết thương.

Bài 4: Cam thông tiển

Cam thảo 1 phần

Hành tươi 1 phần

Hai thứ đun sôi để nguội rửa vết thương.

Bài 5: Tú hoàng

Đại hoàng	Hoàng liên
Hoàng bá	Hoàng cầm

Liều bằng nhau, nấu cao đắp hoặc nước sắc để rửa.

- Thuốc làm sạch vết thương: dùng cho các vết thương loét, nát, chảy nước vàng, lâu liền, lâu thành sẹo và da non.

Bài 1: Lá mỏ quạ (thiên chu sa)

Cách làm: lấy lá bỏ cuống, rửa sạch (có thể rửa thuốc tím 1/1000), để ráo nước, giã nát đắp vào vết thương, đắp hàng ngày khi vết thương sạch có lên da non thì thôi. Có thể nấu thành cao dùng dần nhưng không hiệu quả bằng lá tươi.

Bài 2: Cao giải phóng

Mủ cây chai	1 phần
Dầu lạc	1 phần

Đun dầu lạc với mủ cây chai, khi nào mủ cây chai chảy ra thì quấy đều đến khi thành hỗn hợp đồng đều rồi phết lên miếng vải để khô, khi vết thương đã rửa sạch thì dán cao này lên.

Bài thuốc có tác dụng hút mủ xanh, làm sạch tổ chức hoại tử, chóng khô sạch (nhất là đối với trực trùng mủ xanh thì rất tốt), để lên da non.

Bài 3: Len - tơ - uyn (còn gọi là cây đuôi phượng, dây sống rắn), dây leo dọc bờ rào hoặc cây cổ thụ ven suối, lấy 1kg bỏ lá, cạo hết rễ.

Rửa sạch Len - tơ - uyn, băm nhỏ, đổ 3 lít nước đun sôi trong 3 giờ, lọc qua khăn vải, lấy nước sắc cô lại còn 700ml. Nước này dùng để vừa rửa, vừa đắp bằng cách dùng gạc thấm nước len - tơ - uyn đắp lên vết thương, sau đó băng lại, cách 2 - 3 ngày thay băng 1 lần.

Dùng cho vết thương rộng (như bỏng...).

Tác dụng không mong muốn: xót, gây phản ứng sưng đỏ.

Bài 4: Lá sắn thuyền (sắn xăm thuyền, nhân dân dùng vỏ cây để xăm thuyền, có nơi dùng lá)

Dùng 2 cách:

- + Dạng đắp tươi: làm cho hết mủ, tổ chức hạt mọc nhanh, da non lên dần vào ngày thứ 2 - 3.
- + Dạng bột: làm cho vết thương sạch khô, không chảy nước nhưng không tốt bằng dạng tươi.

Bài 5: Lá vông nem

Bột lá vông nem rắc vào vết thương, mủ hết nhanh và sạch, đỡ đau, dễ chịu, chóng khỏi.

- Thuốc làm liền vết thương: vết thương bị loét sâu, sau khi rửa sạch thì đắp loại thuốc làm đầy vết thương để tổ chức hạt mọc nhanh và đầy.

Bài 1: Lá mỏ quạ tươi

Lá bông bong

Lượng bằng nhau, bỏ cuống, rửa sạch, giã nát, sau khi rửa sạch vết thương thì đắp, sau đó băng lại, ngày thay băng 1 lần.

Bài 2: Lá sắn thuyền

Bỏ cuống, rửa sạch, giã nát, đắp ngày 1 lần, thuốc làm sạch vết thương và lên da non nhanh.

- Thuốc làm chóng lên da non và liền sẹo:

Bài 1: Bảo sinh cơ

Thạch cao	36g	Xích thạch	36g
Khinh phấn	36g	Nhũ hương	12g
Hồng đơn	12g	Một dược	12g
Long cốt	12g		

Giã thành bột mịn, sau khi rửa sạch vết thương thì rắc thuốc. Nếu khô thì rắc 1 lần.

Bài 2: Can khương sinh cơ tán

Can khương 1 lượng

Nghiền nhỏ mịn, rắc vào vết thương, thích hợp với vết thương có tính chất hàn.

- Thuốc làm tan thịt thối, thu miệng lên da non:

Bài 1: Cửu nhật tán

Hồng đơn	1 phần
Thạch cao	9 phần

Tán thành bột mịn rắc vào vết thương

Bài 2: Lá mỏ quạ Lá nọc sởi

Lá bông bong

Lượng bằng nhau, giã nhỏ, sau khi rửa sạch vết thương thì đắp vào, đắp đến khi nào kín vết thương thì thôi.

Bài 3: Lá mỏ quạ Hàn the

Lá bông bong

Lượng bằng nhau, giã nát đắp vào vết thương ngày 1 lần sau khi đã rửa sạch vết thương. Đắp đến khi nào vết thương đầy kín lên da non thì thôi. Không những có thể dùng cho vết thương lâu liền, sâu rộng, khó đầy mà dùng cho cả vết thương sẹo lồi không lên da non.

- Vết thương lâu liền, không lên da non, sẹo lồi, rỉ nước vàng

<i>Bài 1:</i>	Phấn cau (sao khô)	20g	Ô long vĩ	8g
	Phấn cây chè	16g	Phèn phi	4g

Các vị tán nhỏ, rây kỹ, đập kín, đựng trong lọ dùng dần, sau khi rửa sạch vết thương rắc thuốc vào, chỉ rắc 1 lần bột sẽ thành vảy, 5-7 ngày sau bong vảy và khỏi.

<i>Bài 2:</i>	Phèn phi	55g	Bột bằng sa	55g
	Bột hoàng đằng	20g	Hoạt thạch	250g

Tán nhỏ, rây kỹ, đựng vào lọ dùng dần, khi dùng phải rửa vết thương sạch rồi rắc bột vào.

<i>Bài 3:</i>	Sáp ong	1 phần	Lòng đỏ trứng gà	3 phần
	Nhựa thông	3 phần		

Đun sôi, quấy đều thành hỗn hợp, sau đó quét vào vải đắp lên vết thương đã rửa sạch, ngày đắp 1 lần.

Bài 4: Mủ cây mù u (đã sản xuất thành kem Balsino) dùng điều trị vết thương lâu liền, viêm tuỷ xương và vết thương mới khỏi. Thuốc này có tác dụng giảm đau.

2.2. Thuốc uống

Ngoài việc chú ý điều trị tại chỗ cần chú ý điều trị toàn thân. Những trường hợp sức đề kháng của người bệnh tốt thì chỉ cần điều trị tại chỗ. Để đạt kết quả điều trị tốt chúng ta phải dựa vào đặc tính của vết thương, sự hư thạnh của tạng phủ, khí huyết và tân dịch để điều trị.

Nguyên tắc điều trị là:

- Vết thương thể huyết ú (không nhiễm trùng)

Pháp điều trị: hoạt huyết, thanh nhiệt lương huyết, hành khí, sinh cơ.

Đại hoàng	4g	Hồng hoa	10g
Phác tiêu	6g	Mộc thông	12g

Chỉ sắc	8g	Tô mộc	8g
Hậu phác	6g	Trần bì	6g
Đương quy	12g	Cam thảo	6g

- Vết thương thể nhiệt độc (nhiễm trùng thời kỳ đầu)

Pháp điều trị: thanh nhiệt giải độc, hoạt huyết, lương huyết, hành khí sinh cơ

Bạch chỉ	6g	Sinh địa	12g
Đương quy	10g	Đan bì	8g
Xích thược	12g	Xuyên khung	10g
Nhũ hương	8g	Một dược	10g
Bạch truật	10g	Cam thảo	6g

Liều lượng bằng nhau, có thể sắc uống hoặc ngâm rượu uống.

- Vết thương thể thấp nhiệt

+ Triệu chứng: vết thương lâu liền, chảy mủ hoặc nước vàng.

+ Pháp điều trị: thanh nhiệt trừ thấp, giải độc, bài mủ, hoạt huyết, sinh cơ.

+ Bài thuốc: Thác lý bài nùng thang

Đảng sâm (hoặc nhân sâm)	12g	Liên kiều	12g
Bạch truật	10g	Kim ngân hoa	12g
Bạch thược (sao rượu)	12g	Xuyên bối mẫu	8g
Phục linh	12g	Sinh hoàng kỳ	12g
Đương quy	10g	Nhục quế	4g
Cam thảo	6g	Sinh khương	6g
Trần bì	4g		

Sắc uống ngày 1 thang.

- Vết thương lâu liền (khí huyết hư):

Pháp điều trị: bổ khí huyết, sinh cơ.

3. Kết luận

- Các vết thương cần phải chú ý tiêm phòng uốn ván. Riêng các vết thương ở mạch máu lớn và thần kinh thì phải chuyển khoa ngoại của YHHD.
- Các vết thương khác điều trị bằng YHCT cho kết quả rất tốt.

GÃY XƯƠNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Gãy xương là sự phá huỷ đột ngột các cấu trúc bên trong của xương do nguyên nhân cơ học. Do đó gây ra sự gián đoạn về truyền lực qua xương.

II. NGUYÊN NHÂN

Hầu hết các gãy xương là do chấn thương, do lực uốn bẻ, xoắn vặn hoặc cả hai trực tiếp hoặc gián tiếp gây nên. Nếu một xương có bệnh (viêm, u...) bị gãy được gọi là gãy xương bệnh lý hay còn gọi là gãy xương tự nhiên. Ngoài ra các chấn thương gây nhẹ, nhưng lặp đi lặp lại nhiều lần gây gãy xương được gọi là gãy xương do stress.

Ngoài gãy điển hình, ở trẻ em thường gặp ở loại gãy cành tươi, gãy xương cong tạo hình, gãy bong sụn tiếp, ở người cao tuổi, phụ nữ mãn kinh gãy lún, gãy cổ xương đùi, gãy đầu dưới xương quay...

Xương có thể gãy không hoàn toàn: cong tạo hình, phình vỏ xương, gãy cành tươi, gãy hoàn toàn làm hai hay nhiều đoạn, nhiều mảnh. Ngoài ra còn có các loại gãy cài, gãy lún, bong sụn tiếp hợp...

Các loại di lệch điển hình: bên-bên, gián cách hai mặt gãy, gấp góc, và xoay.

III. BIẾN CHỨNG

Choáng do đau, mất máu (kể cả gãy kín); tắc mạch máu do mỡ; hội chứng chèn ép khoang; thương tổn mạch máu lớn, thần kinh ngoại biên; gãy hở nà nhiễm trùng, hội chứng rối loạn dinh dưỡng.

IV. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Các dấu hiệu chắc chắn gãy xương:

- Biến dạng.
- Cử động bất thường.
- Tiếng lạo sạo.

Các dấu hiệu không chắc chắn:

- Đau
- Mất cơ năng
- Sưng, vết bầm tím

Ngoài gãy xương, cần chú ý biến chứng và các tổn thương kèm theo (đa chấn thương).

Các dấu hiệu gãy xương bằng hình ảnh:

Trên phim X quang chụp theo hai bình diện (tư thế khác nếu cần), lấy cả hai khớp của một thân xương. Chụp cắt lớp cổ điển hoặc cộng hưởng từ (ít dùng) với các gãy phức tạp. Phim X quang cho thấy vị trí gãy, đường gãy, các di lệch. Cần chú ý đến các tổn thương sụn khớp, mô mềm.

V. TIẾN TRIỂN CỦA GÃY XƯƠNG

Liên xương gãy là phản ứng sinh học tự nhiên của cơ thể sống. Đa số các gãy xương có thể liền vững được, thậm chí không được điều trị gì xương gãy cũng có thể liền lại được (khảo cổ - Grénim). Các thành tựu về sinh học liên xương đến nay nêu hai yếu tố chính giúp cho xương liền vững.

1. Sự phục hồi lưu thông máu ở ổ gãy xương

Đây là yếu tố sinh học quan trọng nhất. Việc phục hồi tuần hoàn càng sớm, càng phong phú, lưu thông tốt càng đảm bảo sự nuôi dưỡng vùng xương gãy, cho đến khi hệ thống mạch máu trong ống tuỷ đảm đương trở lại chức năng nuôi dưỡng chính yếu.

2. Sự bất động ổ gãy là yếu tố cơ sinh học đảm bảo cho xương liền vững

Xương gãy không được bất động gây đau đớn dữ dội, gây co mạch và làm giảm lưu thông máu ở vùng gãy. Các đầu gãy di động sẽ phá huỷ các mạch máu tân tạo, các mặt gãy không áp sát vào nhau (điều kiện để xương liền). Việc bất động không tốt còn gây ra di lệch thứ phát, can lệch.

Tóm lại, để xương gãy có thể liền tốt cần có các điều kiện sau:

- Phục hồi lưu thông máu đầy đủ vùng gãy.
- Áp sát hai mặt gãy, khoảng cách không vượt quá mức cho phép tùy loại gãy, tùy lứa tuổi.
- Bất động vững vàng ổ gãy, đồng thời cho phép vận động sớm cơ khớp.
- Không có các yếu tố ngoại lai làm cản trở liền xương.

Có thể tóm tắt quá trình liền xương gãy gồm ba giai đoạn liên tiếp, xen kẽ nhau:

- Giai đoạn sung huyết (hyperémie): tiêu sạch mô hoại tử, làm sạch ổ gãy.
- Giai đoạn phục hồi: mô hàn gắn vùng xương bị gián đoạn.
- Giai đoạn tạo hình xương: mô tái tạo được thêm các chất vô cơ trở thành mô xương chính thức.

Tùy theo chất lượng bất động, mà xương gãy được liền theo các hình thức khác nhau.

Có hai hình thức liền xương cơ bản: liền xương trực tiếp (còn gọi là liền xương kỳ đầu, liền xương gián tiếp (còn gọi là liền xương kỳ hai).

a. Liền xương trực tiếp

Lane (1914) phát hiện có sự liền xương thẳng từ mô xương do máu tạo ra. Mô xương chỉ phát triển ở bên trong khe giữa các mặt xương gãy, không có can bắc cầu. Trên phim X quang: ít có hình ảnh các đường can bên ngoài, đường gãy hẹp dần và biến mất.

Để tạo điều kiện cho xương gãy liền trực tiếp, có trường phái chủ trương cố định xương gãy cứng, chắc như Kuntcher (1939); kết hợp xương của nhóm A. O (1969).

Danis (1947) và nhiều tác giả thuộc nhóm nghiên cứu kết hợp xương A.O Thụy Sĩ đã có công đề xuất ra phương thức thực hiện cho liền xương trực tiếp bằng biện pháp tạo lực nén ép giữa các mặt gãy và coi đó là tiêu chuẩn của các phương pháp kết hợp xương hiện đại.

Điều kiện quan trọng nhất để có liền xương trực tiếp là:

- Các đoạn gãy phải được bất động vững chắc đến mức gần như không còn một di động nào giữa hai đầu gãy (nhất là những di động có hại như di động xoắn vặn, uốn bẻ, di lệch ngang), chỉ cho phép di lệch nhỏ theo trục tỳ nén (di lệch hữu ích là tăng sự tiếp xúc giữa hai mặt gãy).
- Ngoài ra, các điều kiện khác như là: đảm bảo lưu thông máu nuôi dưỡng đầy đủ ở vùng gãy, hai mặt gãy càng áp sát nhau càng tốt.

Về mặt cơ học, Steinmann mô tả: "Cố định bằng tác động của lực ép áp chặt các mặt gãy xương cứng và các mảnh cài, nhờ đó tránh được bất kỳ các di động nào của mảnh gãy".

Điều này chỉ có thể đạt được khi khâu nắn chỉnh thực hiện thật chính xác, phục hồi được hình thể giải phẫu, và sự cố định vững chắc. Sự cố định này có được khi sử dụng các dụng cụ nén ép. Tuy nhiên ở mức độ hiển vi mà

nói thì không thể nắn các mảnh gãy vào nhau hoàn hảo tới mức mà các mặt gãy khớp khít hoàn toàn trên toàn bộ đường gãy. Luôn luôn có sự tương đồng giữa chúng mà kết quả là tạo ra các khoảng trống nhỏ ngăn cách sự tiếp xúc của các điểm theo giải phẫu. Lực ép phải đủ mạnh để duy trì sự tiếp xúc giữa các mặt gãy, không để các lực khác gây tác động làm biến dạng như lực co cơ, các lực do liệu pháp điều trị gây nên....

Về việc cung cấp đủ máu tới vùng gãy tạo điều kiện sinh học cho sự liền xương phụ thuộc vào mức độ tổn thương mạch do chấn thương hoặc do phẫu thuật (nếu kết hợp xương).

Những khó khăn trong quá trình liền xương trực tiếp:

- Quá trình liền xương trực tiếp phụ thuộc vào sự nắn chỉnh chính xác về mặt giải phẫu và chất lượng cố định. Giới hạn giao động cho phép là rất nhỏ. Cụ thể hơn đó là: khe giữa hai đoạn gãy, tình trạng hư hại dưới tác dụng của lực ép quá mức và sự phục hồi tái tạo mạch máu.
- Trên thực nghiệm và trên lâm sàng người ta đã chứng minh là khe giữa các đầu gãy không nên quá 0,5 - 1mm, nếu muốn có sự lấp đầy khe gãy bằng xương phải trong 4-6 tuần.

b. Liền xương gián tiếp

Hoàn cảnh liền xương kỳ 2: bất động không hoàn toàn cứng nhắc.

Hình thức liền xương: can xương hình thành không những ở khe giữa các mặt gãy với nhau mà còn bắc cầu cả bên ngoài thân xương tạo thành can xương to bao bọc lấy ổ gãy.

Theo Hunter (1837) quá trình liền xương theo các bước như sau:

1. Viêm tấy.
2. Can xơ mềm.
3. Can sụn cứng.
4. Tạo hình can xương.

Về diễn biến sinh học, liền xương kỳ 2 cũng diễn biến tương tự như liền xương kỳ đầu.

3. Liền xương bằng phương pháp căng dần

Phương pháp được coi là kinh điển (Campbell's 1992; Giebel 1995).

Ilizarov từ thập kỷ 60 có công đề xuất dùng phương pháp căng dần dần các đoạn gãy mà tạo ra xương mới. Sự căng dần từ từ tạo liền xương bằng khối can tân tạo với điều kiện:

- Không phá huỷ tuỷ xương nhằm bảo toàn và không làm tổn thương các mô sinh xương cũng như các mạch máu nuôi xương. Nếu gây ra những thương tổn của khối nội cốt mạc, tuỷ xương và các mạch nuôi

xương thì các bề xương tân tạo thường nhỏ hơn, không sát nhau và bị ngăn cách nhau bởi các giải xơ.

- Căng dẫn chậm, chính xác: 1mm/24h chia làm nhiều lần, (≥ 4 lần). Nhịp độ căng dẫn khoảng 2mm có thể làm ngừng hẳn hiện tượng sinh xương do thiếu nuôi dưỡng. Ngược lại nhịp độ kéo căng dẫn chậm (khoảng 0,5mm/24h) có thể dẫn đến sự liền xương sớm, cản trở mục đích kéo dài xương.

Phải cố định vững chắc, đàn hồi, chỉ cho phép một kiểu di động xương duy nhất theo trục dọc trong suốt quá trình điều trị.

Tỳ nén sớm trên chi căng dẫn (đối với chi dưới).

4. Rối loạn của liền xương: chậm liền xương và khớp giả

Chậm liền xương là một khái niệm quy ước, khi một xương gãy phải bất động dài hơn thời gian bất động trung bình của loại gãy xương đó mới liền vững.

Đa số các tác giả coi thời gian phải bất động thêm bằng 1/2 thời gian bất động trung bình nói trên. Như vậy, chậm liền xương còn có nghĩa là xương gãy vẫn còn khả năng tự liền xương.

Khớp giả, theo kinh điển là không đạt được liền xương vững chắc dù được bất động lâu dài.

Nguyên nhân phổ biến gây khớp giả là xương gãy không được bất động tốt hoặc bất động quá ngắn không đủ thời gian.

Như vậy trong tình trạng khớp giả, sự liền xương ngừng ở giai đoạn can sụn, xơ không còn khả năng liền bởi tổ chức xương. Hai mặt gãy cũ có thể áp sát nhau hoặc gián cách nhau < 1 cm (trên phim X quang).

Một loại khớp giả lỏng lẻo do mất nhiều xương, trên phim X quang thấy có gián cách > 1 cm được gọi là mất đoạn xương.

Nguyên nhân:

Đa số nguyên nhân toàn thân chỉ gây chậm liền xương, còn nguyên nhân khớp giả thường tìm thấy là thiếu sót trong điều trị, nhất là do bất động không đủ vững hoặc không đủ thời gian.

Nói chung, tất cả các nguyên nhân làm cản trở hoặc đối nghịch lại sự lưu thông máu tốt, hoặc sự tiếp xúc của các mặt xương gãy đều có thể gây nên chậm liền xương hoặc khớp giả.

Về tự điều chỉnh di chứng biến dạng: di chứng biến dạng sau gãy xương thông thường có bốn loại là: ngắn chi, bậc thang (hình lưới lê), gấp góc và xoay ngoài hoặc xoay trong. Phần lớn các biến dạng đều được sửa chữa theo xu hướng tốt hơn theo thời gian. Tuổi càng nhỏ, khả năng tự sửa chữa càng

lớn. Riêng xương gãy liền ở tư thế còn di lệch xoay, trong quá trình phát triển, cơ thể ít tự điều chỉnh được di lệch này. Do vậy trong khi nắn chỉnh cần phải sửa di lệch này, đôi khi người ta phải phẫu thuật đục xương sửa lại.

Tóm lại, liền xương là một phản ứng sinh học tự nhiên của cơ thể sống đối với chấn thương gãy xương. Đây là một quá trình hết sức tinh vi và phức tạp mà khoa học đang ngày càng đi sâu nghiên cứu nhằm mục đích điều trị xương gãy ngày một tốt hơn.

Do sự đa dạng của bề mặt ổ gãy, sự liên quan của các vùng tiếp xúc cũng như sự đa dạng về hình thức và mức độ cố định xương gãy, nên còn nhiều vấn đề mà khoa học chưa làm sáng tỏ và cũng còn nhiều ý kiến khác nhau, thậm chí trái ngược nhau.

Những nghiên cứu trên thực nghiệm cũng như những kinh nghiệm đúc rút ra từ lâm sàng, cận lâm sàng đã rút ra những quy luật chung của quá trình liền xương.

Quá trình liền xương không còn nghi ngờ gì nữa, nó được hoạt hoá và điều tiết bởi các trạm phát tín hiệu khu vực và các trung tâm điều tiết nằm trong tổng thể mối liên hệ cộng đồng các tế bào tạo ra các hoạt động ngăn hạn và phạm vi hẹp. Những điều này cần có sự nghiên cứu lâu dài thuộc lĩnh vực khoa học cơ bản.

Điều mà bốn năm chục thập kỷ qua được các nhà chuyên môn coi là "chân lý" là: sau khi phục hồi hình thể giải phẫu, các đoạn gãy phải được bật động tốt, liền tục, đủ thời gian, đảm bảo cung cấp máu nuôi dưỡng cho các đầu gãy và tổ chức phần mềm, đảm bảo không làm rối loạn quá trình sinh học tự nhiên tại ổ gãy, đồng thời vận động sớm hệ cơ khớp để phục hồi cơ năng. Đó cũng là kim chỉ nam cho nghiên cứu và điều trị gãy xương nói chung. Với gãy xương trẻ em, ở trẻ càng nhỏ tuổi càng dễ liền, khả năng tự sửa chữa một số biến dạng tương đối tốt. Bên cạnh đó cũng còn những di chứng biến dạng mà cơ thể khó hoặc không tự sửa chữa được. Cần có biện pháp điều trị phòng ngừa những loại di chứng biến dạng này.

VI. ĐIỀU TRỊ GẦY XƯƠNG THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

A. SƠ LƯỢC LỊCH SỬ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG CHUNG THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN ĐƠN THUẦN

Từ khai thiên lập địa, Y học phương đông đã đối đầu với điều trị chấn thương nói chung và điều trị gãy xương nói riêng. Trải qua hàng nghìn năm kinh nghiệm, điều trị gãy xương ngày càng được bổ sung và hoàn thiện.

Người nguyên thủy còn ăn sống, ở lỗ, khi đi kiếm ăn thường dùng những vũ khí thô sơ như gậy, rìu đá để chống cự với thú dữ, hoặc leo trèo lên cây cao, chạy nhảy hái lượm để bị tai nạn. Lúc bấy giờ người ta đã biết dùng lá cây hoặc rêu đá để bôi hoặc xoa vào vết thương, đó là cơ sở nguyên thủy về ngoại khoa chấn thương.

1. Trung y

Từ đời nhà Chu (1066 - 255 trước công nguyên) đến nhà Tần (306 - 207 trước công nguyên) là thời kỳ đã có văn tự khá văn minh, người ta đã biết đặt một chế độ về y, dược. Về y có chia ra bốn loại thầy thuốc là thực y, tật y, dương y (chữa nội) và thú y. Dương y còn chữa cả đâm chém, ngã gãy xương....

Từ đời nhà Hán (206-25 trước công nguyên) đến đời nhà Tấn (265-420) mới có một số sách trong đó có dành riêng một thiên nói về chấn thương.

Từ đời nhà Đường (608-917), người ta đưa khoa xương gộp vào khoa xoa bóp (vì chữa gãy xương cũng phải sờ nắn, xoa, bóp...).

Đến đời nhà Thanh (1616-1911), vì luôn luôn có chiến tranh, nên khoa xương được chú ý đặc biệt. Năm Càn Long thứ nhất (1737) có triệu tập các danh y trong nước bàn bạc biên soạn cuốn Chính cốt pháp trong đó có nói về nguyên nhân, triệu chứng, cách khám, cách điều trị gãy xương, sai khớp.

Về thuốc có chia ra thuốc uống trong để giao thông huyết mạch và chống sưng đau; thuốc dùng ngoài để bó và cố định.

Các loại dụng cụ để bó xương gồm:

- Trúc liêm (cái mảnh mảnh) để cố định xương dài.
- Lam ly (cái giát thưa) để cố định xương cẳng tay, cẳng chân.
- Mộc thông (miếng gỗ đẽm vào lưng) để cố định xương sống.
- Yên trụ (cái đẽm lưng).
- Bào tất (đẽm bao) để cố định đầu gối.

2. Y học cổ truyền Việt Nam

Xưa kia, khi chỉ có sách vở ghi chép, nên Y học dân tộc chỉ được truyền miệng từ người này qua người khác. Riêng nắn bó gãy xương có tính chất gia truyền và chuyên nghiệp.

Đến thế kỷ XIV các phương pháp điều trị cổ truyền mới được Tuệ Tĩnh tổng hợp lại trong bộ Nam dược thần hiệu gồm cả thương khoa và dược vật ứng dụng như: bẹ móc đốt ra tro để rắc, rịt; lá cây thanh hao giã ra để đắp; nhựa cây giao hương (cây thau) để bôi hàn vết thương; cây tổ rồng

(cốt toái bồ) có tác dụng làm lành vết thương và liền xương; rễ cây móng nước (phượng hoa tiên), vỏ cây gạo (mộc miên) đắp chữa gãy xương...

Đầu thế kỷ thứ XVIII, Lãn Ông góp thêm trong quyển Bách gia trân tàng có phương thuốc chữa gãy xương, sai khớp của nước Lào truyền sang (công thức trình bày thuốc dùng ngoài).

Trong các phương pháp cổ truyền cũng có nhiều môn thuốc đơn giản như vấp ngã sưng đau thì đắp bã chè tươi với muối, lá cúc tần với muối, nước gỗ vang sắc với bã chè; chảy máu đắp lông culi, mạng nhện, bồ hóng, lông tơ ở ngực con cò; bong gân chườm, bó lá láng hơi nóng, lá ngải (tướng quân), mo cau, bẹ chuối...

B. ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP KẾT HỢP Y HỌC CỔ TRUYỀN VÀ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Trung Quốc (trước 1964)

Tất cả các bệnh viện đều kết hợp Trung Tây y trong điều trị gãy xương ngoại trú và nội trú. Để nhằm khoa học hoá trung y, các bác sĩ tây y học phương pháp nắn bó cổ truyền rồi cải tiến, trực tiếp nắn bó, theo dõi và kiểm tra bằng X quang. Rất nhiều bệnh nhân được nằm viện để theo dõi một thời gian.

1.1. Phương pháp nắn bó, dụng cụ

Trước khi nắn bó bao giờ cũng phải tiêm tê, ở trẻ em thì phải gây mê.

Đặt chi ở tư thế trung bình sinh lý (cơ ở trạng thái chùng giãn nhất), dùng lực kéo và lực kéo ngược lại, giải quyết di lệch chồng, di lệch gấp góc, di lệch bên, di lệch xoay...

Dụng cụ bó tuy khác nhau về chất liệu ở mỗi bệnh viện: nẹp tre nhỏ cho ngón tay, ngón chân, nẹp bột ngấn (Bắc Kinh), nẹp gỗ liễu được dán một lớp dạ mỏng cho êm (Thiên tân), nhưng đều dài giữ toàn bộ xương hoặc chòm khớp, cho phép khớp có thể cử động được một phần. Ngoài việc đặt nẹp, đệm cũng giữ một vai trò quan trọng nhằm chống di lệch thứ phát. Đệm được làm bằng giấy bản tốt, có nhiều hình dáng khác nhau phù hợp với nơi đệm. Vị trí đặt đệm tùy thuộc cơ chế di lệch và nhiệm vụ cố định.

1.2. Kết quả điều trị

Phương pháp điều trị trên đã được áp dụng cho trên 16000 trường hợp gãy kín thân xương ở mọi lứa tuổi, trên nhiều loại gãy, kể cả loại gãy khó như gãy thân xương đùi ở người lớn, gãy cổ chân kèm trật khớp chày sên. Trong số 40 bệnh nhân nằm điều trị nội trú tại Bệnh viện Thiên Tân, chỉ có

ba trường hợp mổ (hai vì gãy xương đùi, một vì gãy hở cẳng chân). Số còn lại được điều trị bằng phương pháp kết hợp Trung - Tây y.

Ở tất cả các bệnh viện đã kết hợp điều trị, các bác sĩ đều nhận định: "Xương liền nhanh hơn 1/3 thời gian so với điều trị bó bột, ấy là chưa kể đến cơ năng chi gãy phục hồi nhanh hơn, không mất nhiều thời gian tập luyện vận động như sau tháo bột".

Ưu điểm của phương pháp là nhờ không bất động hoàn toàn khớp trên và dưới ổ gãy, các khớp khác đều có thể cử động nhẹ nhàng ngay, rồi các động tác tăng dần. Vì tập cử động được sớm, máu lưu thông tốt, xương không bị mất chất vôi (nhất là ở người già), cơ không teo, do đó xương gãy chóng liền.

2. Việt Nam

Bắt đầu từ 1960, khoa chấn thương Bệnh viện Hữu nghị Việt - Đức và Bệnh viện Xanh Pôn (Sain-Paul) phối hợp với Viện nghiên cứu Đông y (nay là Viện Y học cổ truyền Việt Nam) đã áp dụng phương pháp Y học cổ truyền để điều trị những chấn thương gãy kín. Trong những năm đầu áp dụng cho một số gãy xương đơn giản ở người lớn rồi trẻ em. Từ 5/1960 đến cuối 1963 đã điều trị 1841 trường hợp chấn thương kín, trong đó có 658 ca gãy xương, 1183 ca chạm thương bong gân, trật khớp.

Năm 1966 khoa ngoại Viện nghiên cứu Đông y bước đầu cải tiến nẹp, đã điều trị các trường hợp gãy thân xương dài như cẳng chân, cẳng tay, xương đùi người lớn.

Từ 1977 Viện Y học cổ truyền Hà Nội (Viện nghiên cứu Đông Y trước đây) đã thừa kế, phát huy ưu điểm của cả hai phương pháp Y học hiện đại và Y học cổ truyền, khắc phục nhược điểm của chúng, xây dựng phương pháp điều trị gãy xương kết hợp Y học hiện đại và Y học cổ truyền: chỉnh hình bằng dụng cụ, bàn chỉnh hình, kiểm tra X quang. Sau khi vô cảm bằng gây tê, châm tê hoặc thủy châm tê, tiến hành chỉnh hình theo phương pháp Y học hiện đại là cố định xương gãy bằng nẹp tre. Nẹp không ngừng được cải tiến, từ nẹp gỗ thô sơ đến nẹp có vít điều chỉnh ở ngoài, có đệm bọc lót, uốn cho ăn khuôn chi kết hợp với đệm bằng giấy bản giúp cho việc chỉnh phục thêm hoàn thiện, chống di lệch thứ phát để cố định xương gãy ngày một tốt hơn. Dưới đây là nội dung của phương pháp điều trị kết hợp Y học hiện đại và Y học cổ truyền.

C. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ GỠ XƯƠNG THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN VÀ Y HỌC HIỆN ĐẠI

Quan điểm điều trị gãy xương theo Y học cổ truyền là ngoài việc cố định xương gãy còn hết sức chú trọng vận động cơ khớp trong thời gian cố định, không vì cục bộ mà quên mất chỉnh thể, không chỉ lo đến các yếu tố hỗ trợ

chỉnh phục và cố định từ bên ngoài đưa tới mà thiếu quan tâm đến động lực nội tại nơi tổn thương và cơ thể.

Xương gãy sau khi được nắn chỉnh, được cố định một cách hợp lý, có thể giữ cho các đoạn xương gãy ở vị trí tương đối chính xác là xương gãy có thể liền bình thường, mặt khác lại bắt chi thể tập luyện công năng với giới hạn cho phép để giúp cho thương tổn chóng lành, xương gãy chóng liền và cơ năng chi sớm bình phục. Có nghĩa là cục bộ ảnh hưởng đến chỉnh thể, chỉnh thể cũng có khả năng tác động đến cục bộ. Nhờ đó mà kiến lập được nguyên tắc điều trị: "Trong tĩnh có động, động tĩnh kết hợp".

Các xương và tổ chức phần mềm hợp thành bộ phận không thể phân biệt giúp cho công năng chi gãy được bình thường. Các xương hoạt động được nhờ tổ chức phần mềm, ngược lại bộ xương lại là điểm bám tựa cho các cơ. Giữa chúng có mối tác động và ảnh hưởng lẫn nhau. Khi xương bị lực mạnh tác động gây tổn thương và di lệch sẽ thường kèm theo thương tổn phần mềm, làm cho công năng chi thể bị trở ngại. Do vậy, khi điều trị gãy xương, Y học cổ truyền chú trọng điều trị cả hai. Tuy nhiên hai tổ chức này tình trạng khác nhau trong một thời kỳ (mặt này là chủ yếu thì mặt kia là thứ yếu). Trong giai đoạn đầu, xương gãy được coi là chính yếu, cần được nắn chỉnh và cố định sớm, làm cho các đầu xương tiếp xúc, nội bộ chi thể được phục hồi, tổ chức phần mềm khỏi bị tổn thương thêm. Hoạt động cơ bắp được hồi phục sau khi xương gãy được nắn chỉnh trực và cố định, hiệp trợ cố định xương gãy và có lợi cho tác dụng liền xương. Xử lý xương gãy là công việc chủ yếu, cũng là công việc thứ yếu để cho tổ chức phần mềm đều được tiến hành xử lý. Điều trị gãy xương cốt yếu là chọn thủ pháp nắn chỉnh, tránh cho tổ chức phần mềm khỏi tổn thương thêm, có lợi cho xương gãy liền và công năng hồi phục. Tuy nhiên khi tổ chức phần mềm tổn thương nghiêm trọng, nguy cấp tới tính mạng và tổn hại chi bị thương (ví dụ như đứt mạch máu, nội tạng tổn thương...), khi đó tổn thương phần mềm trở thành mâu thuẫn chủ yếu, trước hết phải xử lý tổ chức phần mềm, sau đó mới điều trị gãy xương. Cấp cứu tính mạng và phòng ngừa chi thể phát sinh tàn phế để lại hậu quả nghiêm trọng là nguyên tắc trong điều trị bước đầu. Quy trình điều trị một gãy xương gồm bốn nguyên tắc có quan hệ hữu cơ, tuân thủ theo nguyên lý: kết hợp "động - tĩnh" và quan tâm "tại chỗ - toàn thân". Bốn nguyên tắc đó là:

1. Nắn chỉnh sớm xương gãy

1.1. Thời gian nắn chỉnh

Các sách và kinh nghiệm ông cha ta để lại đều đưa ra nguyên tắc đầu tiên là xương gãy càng được nắn chỉnh sớm càng tốt. Tốt nhất là nắn chỉnh trong vòng 1 - 4 giờ sau khi bị nạn. Lúc này, tại chỗ sưng nề chưa nghiêm

trọng, thủ pháp thao tác dễ dàng, có lợi cho việc liền xương. Khi chi gãy xuất hiện sưng nề nghiêm trọng, có thể dùng trong uống, ngoài đắp thuốc, cố định nẹp hoặc kéo da đồng thời gác cao chi, đợi khi sưng nề thuyên giảm mới nắn chỉnh. Trẻ em do xương gãy chóng liền, nên càng cần nắn chỉnh sớm, một mặt không chờ đợi đến khi hết sưng nề mới lại tiến hành nắn chỉnh, mà phải "nắn trong đêm". Chẳng hạn, trẻ bị gãy trên lồi cầu xương cánh tay, tại chỗ cho dù sưng nề nhiều hay ít đều cần phải nắn chỉnh sớm. Khi nắn có thể dùng hai tay ép vùng gãy làm bớt sưng nề giúp cho việc nắn chỉnh dễ hơn.

1.2. Vô cảm trước khi nắn chỉnh

Phương pháp vô cảm: trước đây Y học cổ truyền trong nhiều trường hợp không cần hoặc không có thuốc vô cảm thì động tác của thủ thuật nắn chỉnh được thực hiện nhanh, mạnh, dứt khoát. Trong một số trường hợp, bệnh nhân được giảm đau bằng rượu, bằng ma túy, kèm theo một số thuốc trợ dương khí, sinh mạch như quế nhục, nhân sâm, mạch môn, ngũ vị, phụ tử chế... hoặc giảm đau bằng phương pháp châm tê. Những phương pháp này đến nay ít được áp dụng trong bệnh viện.

Mục đích vô cảm là để làm cho bệnh nhân hết hoặc giảm đau và dẫn cơ, giúp cho việc nắn chỉnh được dễ dàng. Ngày nay, vô cảm được áp dụng theo mấy phương thức dưới đây:

- Gây tê ổ gãy: dùng 5 - 20ml dung dịch Novocain hoặc Xylocain 1% tiêm thẳng vào ổ gãy. Kỹ thuật đơn giản, dễ làm, giảm đau tương đối tốt, thời gian chờ đợi ngắn (5 - 10 phút). Phương pháp đòi hỏi vô trùng tuyệt đối vì việc tiêm vô tình đã biến gãy kín thành gãy hở, có thể có biến chứng nghiêm trọng là nhiễm trùng ổ gãy. Một số tác giả cho rằng đưa vào ổ gãy một lượng thuốc làm thay đổi nội môi sinh học tự nhiên tại ổ gãy, làm xương chậm liền hơn.
- Gây tê cục bộ: đối với người lớn, có thể gây tê vùng: gãy chi trên có thể gây tê đám rối thần kinh cánh tay; gãy chi dưới có thể gây tê ngoài màng cứng (ít làm)... Ưu điểm của phương pháp là giảm đau tương đối tốt, thời gian vô cảm kéo dài, giảm dần cho đến hai giờ sau. Nhược điểm của phương pháp là đòi hỏi kỹ thuật cao và kinh nghiệm, trong một số trường hợp gây tê đám rối không thành công và có thể tai biến do tiêm vào mạch máu, kim tiêm gây tổn thương ngoài ý muốn, sốc...
- Thủy châm tê: thủy châm tê là phương pháp vô cảm kết hợp Y học hiện đại và Y học cổ truyền: dùng 10 - 20ml thuốc Novocain hoặc Xylocain 1% tiêm vào các huyết nằm lân cận hoặc nằm trên các đường kinh đi qua ổ gãy. Phương pháp đơn giản, an toàn, không có nguy cơ nhiễm trùng ổ gãy, không làm thay đổi nội môi ổ gãy như

tiêm tê ổ gãy, giảm đau tương đối tốt, thời gian chờ đợi khoảng 15 - 20 phút. Nhược điểm của phương pháp là: vô cảm không hoàn toàn, người thụ châm tê phải biết huyệt vị cần tiêm.

- Châm tê: châm tê cũng cho kết quả giảm đau tương đối tốt. Hiệu quả còn được kéo dài khoảng 30 phút sau khi ngừng tác động. Tuy nhiên thời gian đợi tê dài (ít nhất là 30 phút), không giảm đau hoàn toàn, phải phụ thuộc vào loại gãy và bệnh nhân thuộc nhóm đáp ứng tốt với châm tê, người châm tê cần phải chuyên sâu, phương tiện châm tê như dây điện đôi khi làm vướng, cản trở thủ thuật nắn chỉnh xương gãy.
- Gây mê: gây mê là phương pháp vô cảm tuyệt đối, cơ mềm tạo điều kiện hết sức thuận lợi cho nắn chỉnh xương gãy. Với thành tựu khoa học, gây mê ngày càng tiến bộ cho phép cuộc gây mê kéo dài và ngày càng an toàn hơn. Phương pháp còn có ưu điểm giúp trẻ em dưới 10 tuổi khỏi bị kinh sợ. Tuy vậy, gây mê đòi hỏi phải có cán bộ chuyên sâu, chỉ có thể tiến hành ở những cơ sở y tế có đầy đủ trang thiết bị chuyên ngành. Thời gian chờ đợi cho phép gây mê an toàn là nhịn ăn uống ít nhất 6 giờ, đôi khi chi gãy sưng nề lớn hơn, điều này ít nhiều ảnh hưởng xấu cho việc nắn chỉnh di lệch của xương gãy. Một số bệnh nhân mắc bệnh mạn tính quan trọng như bệnh gan, thận, phổi... chống chỉ định gây mê.

Như vậy, gây mê có nhiều ưu điểm, nhưng hiện nay còn khó phổ cập trong hoàn cảnh nước ta.

1.3. X quang: có vai trò hết sức quan trọng, nó cho phép hiểu rõ các loại di lệch để chỉ định thủ pháp nắn chỉnh và chế tác các nẹp cố định. Đồng thời kiểm tra sự ổn định của các đoạn gãy trong quá trình điều trị.

1.4. Tư thế người bệnh: khi nắn chỉnh, tùy từng loại gãy khác nhau mà vị trí các khớp, chi gãy được để ở tư thế cho phù hợp, cơ nhục ở trong trạng thái chùng, thư giãn để tiến hành nắn chỉnh thuận lợi hơn.

1.5. Các thủ pháp nắn chỉnh cơ bản: thường dùng 10 thủ pháp

1.5.1. Sờ (tử tế mạc nhân pháp)

Trước và sau khi nắn chỉnh, cần thiết phải sờ nắn rõ tình hình di lệch của xương gãy và kết quả sau nắn chỉnh.

Dùng hai tay sờ nắn vùng gãy một cách thận trọng, xác định tình hình các đoạn xương gãy về vị trí, hướng di lệch cũng như nhiệt độ, mạch của đoạn ngoại vi và tổn thương khác về mạch máu, tổ chức mềm.

Khi nhẹ nhàng sờ khám hai đoạn xương gãy có thể cảm nhận được tiếng cọ xát của hai đầu xương gãy. Tiếng cọ xát này khi có kinh nghiệm sẽ phân

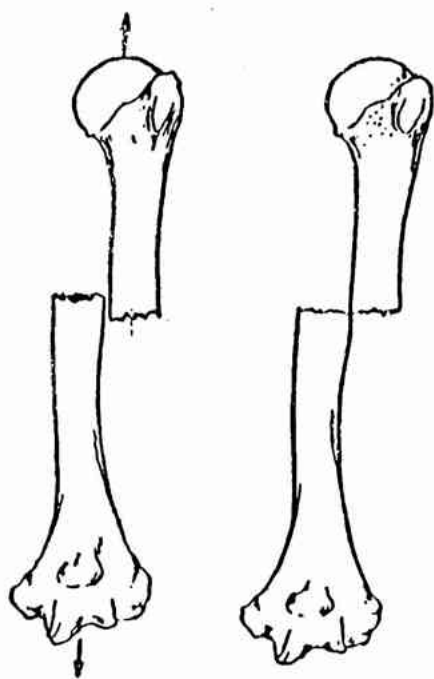
biệt được là tiếng cọ của hai vỏ xương hay hai mặt gãy với nhau, thông qua đó phần nào xác định được hướng di lệch sang bên của các đoạn gãy với nhau, tiếng cọ xát với nhau trong trường hợp bị gãy vụn nhiều mảnh.

1.5.2. Kéo (khiên dẫn cặp đôi khiên dẫn)

Kéo chủ yếu để làm giãn trương lực cơ, trương lực này co kéo góp phần làm các đoạn gãy di lệch, nhất là di lệch chông, di lệch gấp góc, di lệch xoắn vặn. Dùng băng vải cố định ngược lại với chiều sẽ kéo, sau đó kéo từ từ với lực kéo tăng dần cho hết di lệch chông rồi tiến hành các thủ pháp nắn chỉnh (hình 1).

1.5.3. Đẩy (thố đối nại chính pháp)

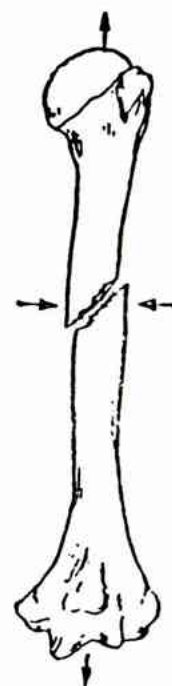
Dùng lực đẩy ngược với chiều di lệch để giải quyết di lệch bên (hình 2). Căn cứ vào vị trí gãy cần sử dụng lực đẩy nắn mạnh hay yếu, tùy sức khỏe của người nắn mà chỉ dùng bàn tay hay dùng hai cẳng để xiết (sau khi đan cài các ngón vào nhau) để lực mạnh hơn.



Hình 1. Dùng lực kéo và co ngược lại



Hình 2. Đẩy và đẩy sang bên



Hình 3. Áp vào

1.5.4. Áp (chính đối nại chính pháp)

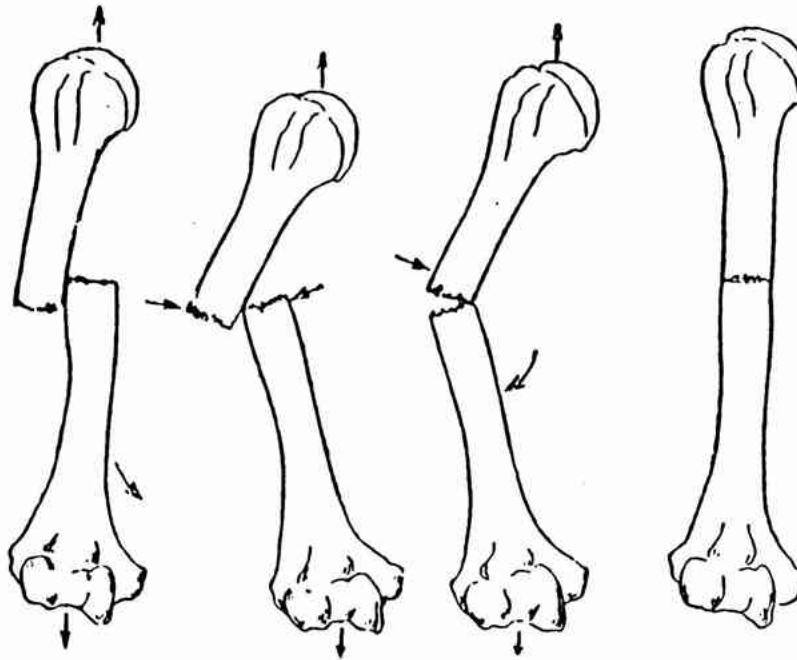
Trong trường hợp xương gãy vát, chéo, giữa hai mặt gãy của xương có khoảng cách, chi gãy không có hoặc có ngắn ít, người nắn dùng hai

ấn ép hai mặt thuộc hai đoạn gãy trung tâm và ngoại vi áp sát vào nhau (hình 3).

1.5.5. Nắn (phản chiết nại chính pháp)

Dùng trong trường hợp xương gãy ngang, di lệch chồng làm chi gãy bị co ngắn so với bên lành. Người nắn dùng một tay hoặc hai tay nắm lấy đoạn ngoại vi. Người thứ hai hoặc tay người kia dùng bốn ngón trở đến ngón út nhẹ nhàng kéo đoạn ngoại vi và gấp thành góc khoảng 30° - 50° so với trục chi. Sau đó dùng tay hoặc ngón tay đẩy đoạn ngoại vi trượt hướng ra đầu gãy của đoạn trung tâm (có thể gấp từ từ đến 90°) cho đến khi hai đoạn gãy tương ứng thì duỗi đoạn ngoại vi trở về hướng trục xương (hình 4).

Khi dùng thủ pháp này chú ý: góc gấp không được quá lớn, hướng gấp góc không được mở về hướng có thể làm thương tổn thần kinh, mạch máu, vỏ xương có thể làm thương tổn phần mềm, thậm chí làm rách da biến gãy kín thành gãy hở. Ngoài ra có thể kẹp tổ chức khác vào giữa hai mặt gãy.

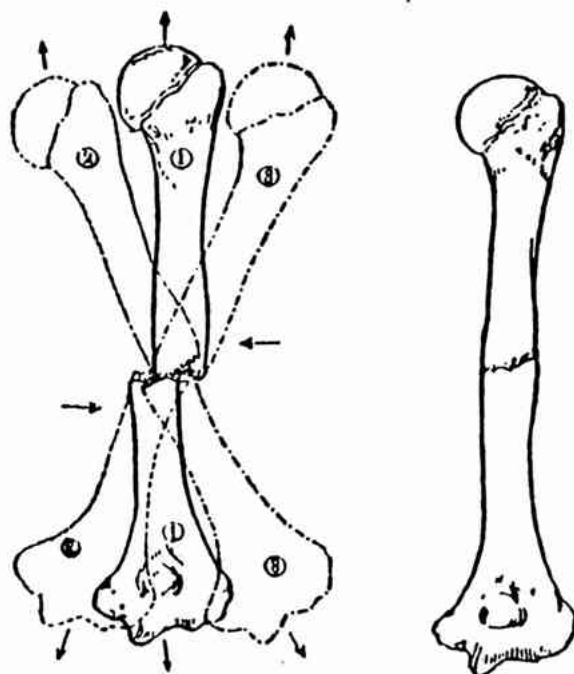


Hình 4. Nắn ngược lại nơi gãy

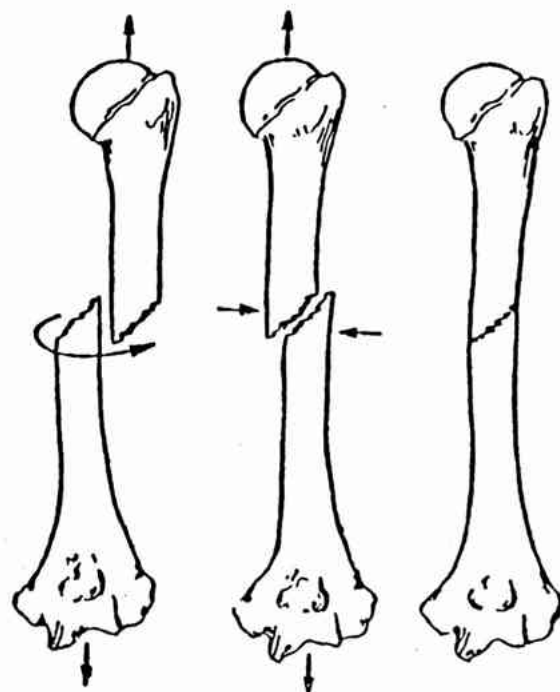
1.5.6. Rung: nhằm ổn định mặt gãy không phẳng sập vào vị trí. Thủ pháp này được tiến hành khi kéo và lực kéo ngược lại, tiên lượng hai mặt gãy đã tương hợp hoặc gần tương hợp. Góc kéo rung nắn có thể từ 10° - 20° (hình 5).

1.5.7. Nắn vòng ra sau (hồi hoàn chính pháp): dùng trong trường hợp hai đoạn gãy trở lưng vào nhau, giữa hai đoạn có thể có chèn tổ chức phần mềm. Trước hết, cần căn cứ nguyên lý tác động của ngoại lực gây gãy hình thành hướng di lệch để đưa ra phương hướng của thủ pháp xoay vòng trở lại. Trợ thủ kéo xa hai đoạn gãy với lực vừa phải, người nắn một tay cố định đoạn trung tâm, tay

kia nắm đoạn ngoại vi dẫn vòng về bên đối diện theo ngược đường cơ chế di lệch khi bị nạn, khiến cho hai mặt xương gãy tương hợp (hình 6).. Lại dùng thủ pháp áp (hình 3).



Hình 5. Rung theo nhiều hướng.



Hình 6. Nắn vòng phía ngoài

Khi áp dụng thủ pháp này cần chú ý:

- Khi kéo, không kéo quá mạnh sẽ làm thương tổn cơ nhục, ngược lại nếu kéo quá yếu cũng làm tổn thương cơ, khi kéo xoay có thể làm

nghiền nát phần mềm đệm giữa hai đoạn gãy (do cơ phủ lên các mặt gãy).

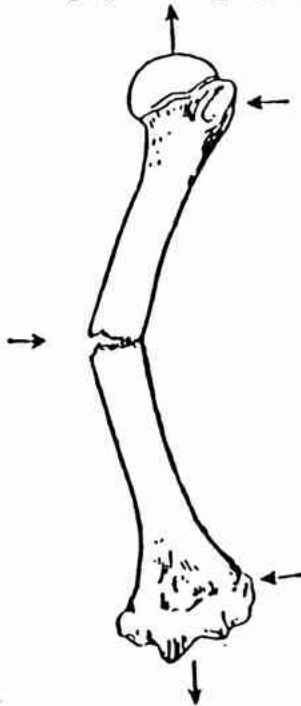
- Khi thao tác hai đoạn gãy cần dựa sát vào nhau để tránh thương tổn thêm phần mềm.
- Khi tiến hành quay vòng đoạn gãy, nếu thấy vướng tổ chức phần mềm cần thay đổi phương hướng, lựa đường đi dễ và nhẹ hơn.

1.5.8. Ấn ba điểm (tam điểm nại an pháp): áp dụng trong các trường hợp gãy cành tươi, chưa gãy rời và chỉ đơn thuần có di lệch gấp góc.

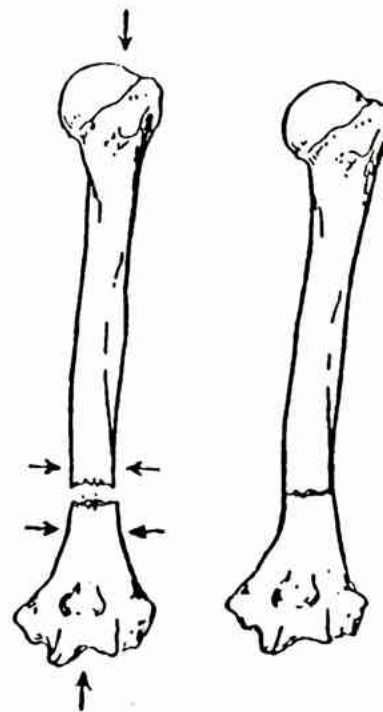
Một điểm là đỉnh góc di lệch, hai điểm kia là hai đầu xương gãy được ấn ngược lại với điểm đỉnh góc và nắn hết di lệch gấp góc (hình 7).

1.5.9. Tăng tiếp xúc (xúc đỉnh hợp)

Dùng trong các trường hợp các đoạn xương gãy di lệch xa nhau (ví dụ gãy xương cánh tay, do trọng lượng của phần ngoại vi ở gãy kéo xuống làm nhược và dãn dài cơ nhị đầu và tam đầu cánh tay, đoạn ngoại vi tách rời đoạn trung tâm). Tăng tiếp xúc là làm cho hai đầu gãy của xương áp sát nhau làm tăng cường thêm tính ổn định. Với gãy ngang xương sau khi đã được nắn chỉnh thẳng trục và di lệch xoay, người nắn nắm chặt lấy đoạn gãy trung tâm, tay kia nắm lấy đoạn ngoại vi, trợ thủ nhẹ nhàng ấn ép hai đoạn làm cho hai mặt gãy áp sát nhau thêm (hình 8). Khi nắn chỉnh xương gãy ngang cũng có thể dùng pháp xúc đỉnh để kiểm tra hiệu quả. Nếu nắn chỉnh thành công, các mặt gãy tiếp xúc tốt thì khi trợ thủ ấn dồn hai đoạn gãy vào nhau, chi gãy không bị ngán lại.



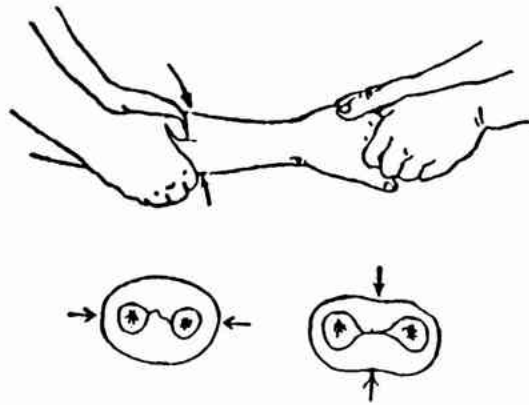
Hình 7. Nắn ấn ba điểm



Hình 8. Dồn áp hai mặt gãy

1.5.10. Tách (tế niết phân cốt pháp)

Dùng trong các trường hợp gãy hai xương cẳng tay, xương bàn tay, xương sườn, xương bàn chân. Trong các trường hợp này, các đoạn gãy do sự co kéo của màng liên cốt hoặc các cơ gian đốt gây di lệch làm cho khe giữa các xương bị hẹp lại. Người nắn dùng hai ngón cái và các ngón trỏ, giữa, nhấn phân tách giữa các xương, nắn thẳng các di lệch gấp góc, làm cho các đầu gãy về hợp đúng chỗ của mình và đạt mục đích nắn chỉnh (hình 9). Khi cố định, thường dùng đệm hình đĩa để tách xương.



Hình 9. Phương pháp tách xương

Trên đây là 10 thủ pháp thường dùng. Cần căn cứ tình hình di lệch và loại gãy cụ thể mà dùng một hay phối hợp nhiều thủ pháp khi ứng dụng.

1.6. Tiêu chuẩn nắn chỉnh

1.6.1. Phục hồi giải phẫu

Xương gãy sau khi nắn chỉnh cần phải được phục hồi về hình thể chi. Thường so sánh với chi bên lành hoặc so sánh cấu trúc tương ứng thân thể người thường. Các chỗ gãy phải được tiếp xúc nhau càng như bình thường càng tốt và tiên lượng có lợi cho liền xương và phục hồi công năng.

X quang cho phép kiểm tra tốt kết quả nắn chỉnh.

1.6.2. Phục hồi công năng

Sau khi xương gãy được nắn chỉnh, cố định, liền xương, công năng chi gãy cần đảm bảo phục hồi. Trong một số không thể đạt được về hình thể, cần căn cứ vào tuổi tác, nghề nghiệp, thời gian sau gãy, vị trí gãy mà lấy mục tiêu hồi phục công năng chi làm chính; không chú trọng với việc phục hồi

hình thể rồi nắn thô bạo, nắn chỉnh nhiều lần làm thương tổn thêm cân, cơ, dây chằng, xương gãy khó liền và ảnh hưởng công năng chi thể về sau. Y học hiện đại cũng đã chứng minh do nắn chỉnh thô bạo hay nhiều lần gây cốt hoá tổ chức phần mềm làm cứng cơ, khớp, làm ảnh hưởng xấu đến chức năng chi gãy. Hậu quả này cũng thường gặp đối với gãy trên lồi cầu xương cánh tay như cốt hoá ngoài khớp, cứng khuỷu... Một số trường hợp bị viêm xương mạn tính kéo dài.

2. Cố định ngoài cục bộ hợp lý

Xương gãy sau khi nắn chỉnh cần được cố định một cách hợp lý để duy trì tốt vị trí các đoạn gãy.

Sau gãy xương, nhân tố gây gãy làm di lệch các đoạn gãy, do vậy hiển nhiên sau khi nắn chỉnh và cố định tồn tại: (1) Tính chất, phương hướng của lực tác động; (2) Trọng lượng của đoạn gãy ngoại vi; (3) Lực co kéo của các cơ; (4) Ảnh hưởng của vận chuyển và phương pháp điều trị.

Đây là những nhân tố có dẫn tới phát sinh di lệch thứ phát trong quá trình điều trị và đó cũng là những điểm bất lợi cho việc cố định xương gãy và sự liền xương. Nhưng với cố định ngoài hợp lý hoàn toàn có thể hạn chế tối đa tỷ lệ biến chứng này.

2.1. Các nhân tố tồn tại phát sinh di lệch thứ phát sau khi nắn chỉnh xương gãy

2.1.1. Tính chất và phương hướng của lực tác động gây gãy

Xương gãy sau khi nắn chỉnh và cố định, nếu xử lý không phù hợp sẽ gây nên di lệch thứ phát. Thường là các di lệch thứ phát tương ứng và bao gồm mấy loại sau đây:

- Chi sau khi bị lực mạnh tác động gây gãy xương, đoạn xương gãy hình thành di lệch. Phần mềm nằm trên đường di lệch bị tổn thương, chính chỗ đó tạo thành nơi yếu.
- Trọng lực của đoạn gãy ngoại vi sản sinh sự di lệch xa nhau của hai đoạn xương gãy, hai mặt gãy của chúng thường không bằng phẳng, sau khi nắn chỉnh không sát hợp, do vậy đoạn xương gãy dễ phát sinh di lệch thứ phát khi có sự di động.

2.1.2. Ảnh hưởng của cơ cơ

Trong cơ thể luôn luôn duy trì trương lực cơ nhất định. Ở trạng thái bình thường, hệ xương được phân bố cơ phụ trợ chằng giữ ở mức bình quân. Sự phối hợp cơ giãn của các cơ tạo nên các động tác hết sức tinh vi.

2.1.3. Ảnh hưởng bởi trọng lượng của đoạn gãy ngoại vi

Khi gãy xương, sức nặng của đoạn gãy ngoại vi có thể làm cho xương gãy gấp góc, di lệch bên, hoặc tạo thành di lệch xa nhau. Sau khi nắn chỉnh, cố định thì chính đây cũng là một nhân tố ảnh hưởng, thường gặp khi xương cánh tay bị gãy ngang, trọng lượng đoạn ngoại vi kéo xuống tạo nên di lệch xa nhau và hậu quả là chậm hoặc không liền xương.

2.1.4. Ảnh hưởng của vận chuyển và phương pháp điều trị

Xương gãy sau khi nắn chỉnh và cố định, bệnh nhân được đưa từ buồng thủ thuật về phòng bệnh, hoặc từ bệnh viện về nhà. Trong quá trình vận chuyển do thiếu cẩn thận, có thể làm xương gãy bị phát sinh di lệch thứ phát. Đối với trẻ em sau khi nắn bó nẹp xong cũng cần có phương pháp vận chuyển đúng, không để tạo nên lực gấp duỗi quá mức gây nên di lệch thứ phát. Tứ chi bị gãy, nếu như nắn chỉnh và cố định ngoài không thật chắc chắn hoặc tháo bỏ phương tiện quá sớm cũng có thể dẫn tới xương gãy bị di lệch thứ phát.

2.2. Tác dụng của cố định ngoài cục bộ

Cố định bằng nẹp và buộc dây, căn cứ vào lực tác dụng bên ngoài của bó nẹp, đệm, động lực nội tại khi co cơ, hoạt động của các khớp trên dưới xương gãy, các nhân tố phát sinh di lệch thứ phát để đề ra biện pháp duy trì sự ổn định xương gãy bằng phương pháp cố định tốt trong điều trị gãy xương.

Ưu điểm của cố định nẹp, dây buộc là dễ dàng điều chỉnh độ chặt theo tiến triển của sưng. Sưng càng giảm bao nhiêu, dây càng được buộc chặt tiến theo đến đó.

Việc sử dụng lạt giang cho phép điều chỉnh độ chặt êm ái, nhẹ nhàng không ảnh hưởng đến bất động. Tuy nhiên lạt giang không có sự đàn hồi thích ứng cần thiết cho diễn biến của viêm, nhất là trong giai đoạn viêm cường. Sử dụng dây băng vải áp dụng khắc phục được nhược điểm này, nhưng việc tháo mở nút để điều chỉnh độ chặt khó khăn hơn.

Hiện nay, tại Bệnh viện hữu nghị Việt - Đức chúng tôi sử dụng dây dán có độ đàn hồi và cho phép thao tác dễ dàng, nâng cao hơn khả năng và chất lượng cố định.

2.2.1. Lực tác dụng bên ngoài của dây, nẹp, đệm cố định

Khi dùng nẹp và dây quấn buộc tạo nên một lực ép nhất định. Đây là loại lực thông qua nẹp, đệm cố định và tác dụng của tổ chức phần mềm vùng gãy, là nhân tố trọng yếu chống lại di lệch thứ phát của xương gãy. Chẳng hạn dùng ba đệm cố định tỳ vào xương gãy để phòng tái di lệch gấp góc; dùng hai đệm tỳ cố định để phòng di lệch bên - bên. Người lớn khi bị gãy xương lớn (như xương đùi),

do cơ dày, lực cơ kéo lớn, để có đủ lực chống lại gây nên di lệch thứ phát cần phải phối hợp kéo liên tục bằng băng keo dán da hoặc đinh xuyên qua lõi cầu xương.

2.2.2. Động lực nội tại của cơ cơ

Động lực nội tại của cơ cơ có lợi cho tính ổn định nhờ gia tăng cố định xương gãy. Xương gãy sau khi nắn chỉnh và cố định, không cố định hai khớp trên và dưới xương gãy. Các khớp và cơ của chi gãy có thể phối hợp hoạt động co duỗi lên gân, nhờ sức kéo quân bình của các nhóm cơ đối lập có thể duy trì tác dụng cố định. Do vậy, tất cả phải căn cứ vào độ gãy, loại gãy, nơi gãy, tuổi tác để tiến hành một cách chính xác việc luyện tập công năng. Sau khi xương gãy được nắn chỉnh và cố định, tiến hành luyện tập công năng chi gãy một cách phù hợp. Các cơ dưới vùng cố định tiến hành hoạt động cơ giãn, có thể tác dụng lên xương gãy một lực nhất định. Một mặt tạo nên lực ép dồn hai đầu xương gãy tiếp xúc chặt hơn, hai đoạn gãy nhờ vậy ổn định hơn; mặt khác khi cơ lớn co dãn, tuần hoàn khí huyết cũng tăng hơn, ép lên đệm cố định và nẹp cũng sản sinh lực nhất định, lúc này xương gãy ít nhiều cũng nhận một lực tương phản từ nẹp và đệm, làm tăng thêm tính ổn định của các đoạn gãy, đồng thời cũng uốn thẳng các đoạn xương gãy còn di lệch. Căn cứ vào những nguyên lý trên, dựa vào tình hình di lệch của các đoạn gãy mà đặt các đệm ở các vị trí tương ứng và bảo trì độ chặt của dây buộc nẹp, chuyển những nhân tố bất lợi do cơ cơ thành nhân tố có lợi.

2.2.3. Để các khớp của chi tổn thương ở vị trí phù hợp

Xương gãy sau khi nắn chỉnh và cố định, để các khớp của chi tổn thương ở vị trí phù hợp là nhân tố quan trọng nhất để duy trì sự ổn định của các đoạn gãy. Bản thân chi thể có tư thế dồn xuống, do ngoại lực tác động làm gãy xương, tùy phương hướng lực tác động, cơ lực cơ kéo và trọng lực cơ thể... mà có di lệch của từng loại gãy nhất định. Ví dụ: gãy xương cánh tay, đoạn ngoại vi di lệch vào trong và ra trước, đoạn trung tâm di lệch ra ngoài và lên trên tạo thành góc mở ra trước trong. Tại nơi xương gãy, tổ chức phần mềm ở phía trước cũng bị tổn thương, tại thành nơi xung yếu. Sau khi nắn chỉnh và cố định xương gãy, nếu cố định cánh tay thẳng theo thân người thì sẽ có di lệch vốn có của nó, do vậy cần phải đưa cánh tay ra ngoài, lên trên, khuỷu gấp thì mới có thể duy trì tính ổn định của xương gãy. Liên hệ, Y học hiện đại như gãy trên lõi cầu xương cánh tay kiểu duỗi, cần cố định khớp khuỷu ở tư thế khuỷu gấp, khiến cho cơ tam đầu cánh tay kéo căng gân tam đầu tạo cho đoạn ngoại vi có tính ổn định ở vị trí đã nắn chỉnh.

Tóm lại, đặt các khớp của chi tổn thương khi ở những tư thế thay đổi, có thể điều tiết trương lực của cơ nhằm tạo nên những ảnh hưởng nhất định đối với tính ổn định của các đoạn xương gãy. Tư thế như vậy nhất thiết cần được

duy trì trong 2 - 3 tuần. Khi luyện tập, cũng cần phải tránh các động tác ở những hướng bất lợi cho việc cố định xương gãy, để phòng di lệch thứ phát.

Như trên đã trình bày, xương gãy sau khi đã nắn chỉnh và cố định có nhiều nhân tố có thể dẫn tới việc phát sinh di lệch thứ phát. Nếu sau khi nắn chỉnh ứng dụng cố định ngoài cục bộ một cách uyển chuyển, hợp lý, phối hợp tập luyện một cách đúng đắn thì có thể phòng tránh được di lệch thứ phát, hoàn thiện thêm việc nắn chỉnh, cố định ổn, xương gãy liền nhanh, công năng chi phục hồi tốt... kết quả điều trị tốt.

2.3. Chỉ định cố định nẹp dây buộc

2.3.1. Tử chi gãy kín

Riêng đối với gãy xương đùi, do đùi có cơ lớn, lại có sức co mạnh, cần dùng phương pháp kéo liên tục bằng băng keo dính da phối hợp cố định nẹp.

2.3.2. Tử chi gãy hở

Vết thương nhỏ hoặc đã xử lý liền miệng.

2.3.3. Gãy xương cũ: cần nắn chỉnh sửa lại.

2.4. Các loại cố định ngoài cục bộ

2.4.1. Đơn thuần dùng nẹp và dây vải để cố định ngoài cục bộ

Thích dụng đối với các gãy xương ống dài (trừ gãy xương đùi).

2.4.2. Cố định nẹp vượt khớp

Thích dụng với gãy xương gần khớp và gãy nội khớp như: gãy lồi cầu ngoài hoặc lồi cầu trong xương cánh tay, gãy xương cánh tay 1/3 trên và 1/3 dưới, gãy trên lồi cầu xương cánh tay, gãy mỏm khuỷu, gãy xương chày đoạn trên cổ chân....

2.4.3. Cố định nẹp kết hợp khung cố định

Thích dụng cho gãy xương đùi (gãy một đoạn).

2.4.4. Nẹp kết hợp kéo liên tục

Thích dụng trong gãy xương đùi (gãy một đoạn). Các trường hợp gãy sưng nề lớn, để phòng loạn dưỡng không cho phép nắn bó một thì. Kéo liên tục trong giai đoạn đầu, khi giảm sưng nề thì chuyển sang bó nẹp.

2.4.5. Cố định nẹp dây buộc, kết hợp ngoài giá cố định

Thích dụng trong điều trị gãy xương cánh tay có di lệch xa nhau làm xương gãy chặm hoặc không liền.

2.4.6. Nẹp kết hợp giá đỡ cố định chi trên

Thích dụng cho trường hợp gãy xương cánh tay xoay trong và xoay theo trục để đề phòng đoạn ngoại vi gấp góc vào trong.

2.4.7. Nẹp kết hợp quang cao su

Thích dụng trong trường hợp gãy thân xương cánh tay có di lệch xa nhau do trọng lực của đoạn ngoại vi kéo xuống.

2.4.8. Cố định vòng mây

Thích dụng khi bị gãy xương bánh chè, tách hai mảnh, di lệch xa nhau.

2.4.9. Bản nhôm hoặc bản nhôm kết hợp nẹp

Thích dụng trong các trường hợp gãy xương bàn và đốt ngón tay.

2.4.10. Một số loại cố định đặc biệt

- Cố định bằng keo: dùng trong trường hợp gãy xương sườn và xương chậu.
- Băng vải hình số "8" kết hợp băng keo: dùng trong trường hợp gãy xương đòn.
- Bó bột trộn keo, bó bột trộn keo kết hợp với nẹp: dùng trong trường hợp gãy xương bàn chân.

Một vài lương y đã trộn thuốc với lá khoai lang để bó.

2.5. Sử dụng vật liệu cố định ngoài cục bộ, cách chế tạo và ứng dụng

Những vật liệu thường dùng là nẹp, bao vải bọc nẹp, mảnh, đệm, dây buộc, bông, băng keo, dụng cụ kéo, bản kim loại, quang cao su....

2.5.1. Nẹp

Nẹp là một dụng cụ trọng yếu dùng cố định xương gãy theo phương pháp Y học cổ truyền.

Nguyên liệu:

Nẹp có thể làm từ nhiều loại vật liệu khác nhau như gỗ, vỏ cây, bìa cứng, mo cau... và thông dụng nhất là làm bằng tre hoặc cây họ tre.

Tiêu chuẩn kĩ thuật:

- Nẹp phải có đủ độ rắn, làm giá đỡ cho xương gãy, lại cần có độ dẻo, độ đàn hồi nhất định, thích hợp áp lực nội bộ vùng bó khi cơ cơ tập luyện sinh ra.
- Hình dáng thích hợp nơi vùng bó.

- Kích thước dài, rộng tương ứng theo yêu cầu cố định, sao cho sau khi bó, khe giữa các nếp khoảng 1cm.
- Được bọc hoặc đệm êm, tránh thương tổn do chèn ép lên da.

Phương pháp chế tạo:

Tùy loại nguyên vật liệu khác nhau mà có phương pháp chế tạo khác nhau. Ở Việt Nam, nếp chủ yếu được chế từ nếp tre.

Chọn tre: tre tốt là loại tre bánh tẻ (tre không già quá, cũng không non quá), tuổi tre khoảng 1,5 - 2 năm, ngoài vỏ còn màu xanh, các cành ngang (thường gọi là tay tre) phần gần gốc đã trưởng thành, không còn tay tre nào dưới dạng măng, vỏ thân cây có bọc lớp phấn ngà, các đốt tre dài đủ chiều dài của nếp định làm.

Khi tre quá già, lá vàng úa, thân tre chuyển vàng, ngoài phủ phấn như bùn đất thì nó cứng, chắc, khó định hình sau uốn.

Chú ý: không dùng tre cụt ngọn (tre bị gió bão làm gãy ngọn khi đang còn là cây măng) vì loại này chất mềm, giòn, uốn dễ gãy và tính đàn hồi kém.

Cách làm: chẻ tre thành phiến mỏng độ 4 - 5mm, bản rộng 3 - 5cm. Cho tre vào đun sôi trong nước muối loãng 10 - 15 phút trừ mối mọt. Nếp tre từ nồi đưa ra được hơi nóng, nước trong nếp sôi xèo xèo rồi hết sôi, phiến tre trở nên tương đối dẻo là có thể cho vào khuôn hoặc uốn thủ công theo hình dáng yêu cầu. Sau khi uốn xong, nhúng phần đã uốn vào cồn 70^o - 90^o hoặc dung môi hữu cơ (có thể dùng dấm) để định hình.

2.5.2. Màn

Được làm từ các nan tre, nứa. Nan có bề rộng từ 5 - 10mm, dày khoảng 1mm được liên kết với nhau bằng lạt giang, và đến sau này Nguyễn Quang Long cải tiến cho vào túi vải quấn vào nơi cần cố định.

2.5.3. Đệm

Đệm cố định cũng là một thành phần trọng yếu cùng với nếp trong cố định xương gãy. Mục đích chính của đệm là phòng di lệch thứ phát và phần nào đó giúp cho sự chỉnh phục thêm hoàn thiện.

Nguyên liệu: đệm thường được làm bằng giấy bản gấp xếp nhiều lần.

Tiêu chuẩn kỹ thuật:

- Êm, hút ẩm và không kích thích da.
- Hình dáng kích thước phù hợp nơi vùng đệm: đệm cố định to, nhỏ, dày, mỏng, hình dáng đều đều nhằm tác dụng lực nơi vùng đệm. Nếp quá bé hoặc quá nhỏ đều ảnh hưởng không tốt cho việc ổn định

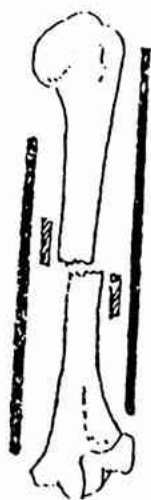
các đoạn xương gãy. Có thể phân làm mấy loại đệm và ứng dụng như sau:

a. Đệm phẳng

Đệm phẳng hình vuông hoặc hình chữ nhật là loại đệm hay sử dụng nhất. Độ rộng nhỏ hơn nẹp và phụ thuộc nơi tiếp xúc; độ dài phải căn cứ độ dài của chi gãy và nơi đệm, đệm có thể dài khoảng 5 - 15 cm; độ dày căn cứ vào độ dày và mạnh yếu của tổ chức phần mềm nơi đệm mà định. Thông thường đệm dày khoảng 1,5 - 4 cm. Tổ chức phần mềm mỏng, nhão thì dùng đệm tương đối mỏng; tổ chức phần mềm dày thì dùng đệm có kích thước dày.

Ứng dụng: căn cứ vào loại hình xương gãy, tình hình di lệch, nguyên lý cơ lực học để đặt đệm cho phù hợp. Thường dùng các loại hai đệm, ba đệm và bốn đệm.

- Dùng hai đệm: thích dụng cho xương gãy có di lệch bên. Sau khi nắn chỉnh, mỗi đệm được đặt phía đối lập của mỗi đoạn gãy (hình 10).
- Dùng ba đệm: thích dụng trong trường hợp xương gãy di lệch gấp góc. Sau khi nắn chỉnh, một đệm đặt vào nơi đỉnh góc; hai đệm còn lại đặt hai đầu xương gãy, đối diện với đệm thứ nhất. Ba đệm hình thành đối lực phòng xương gãy tái di lệch gấp góc (hình 11).

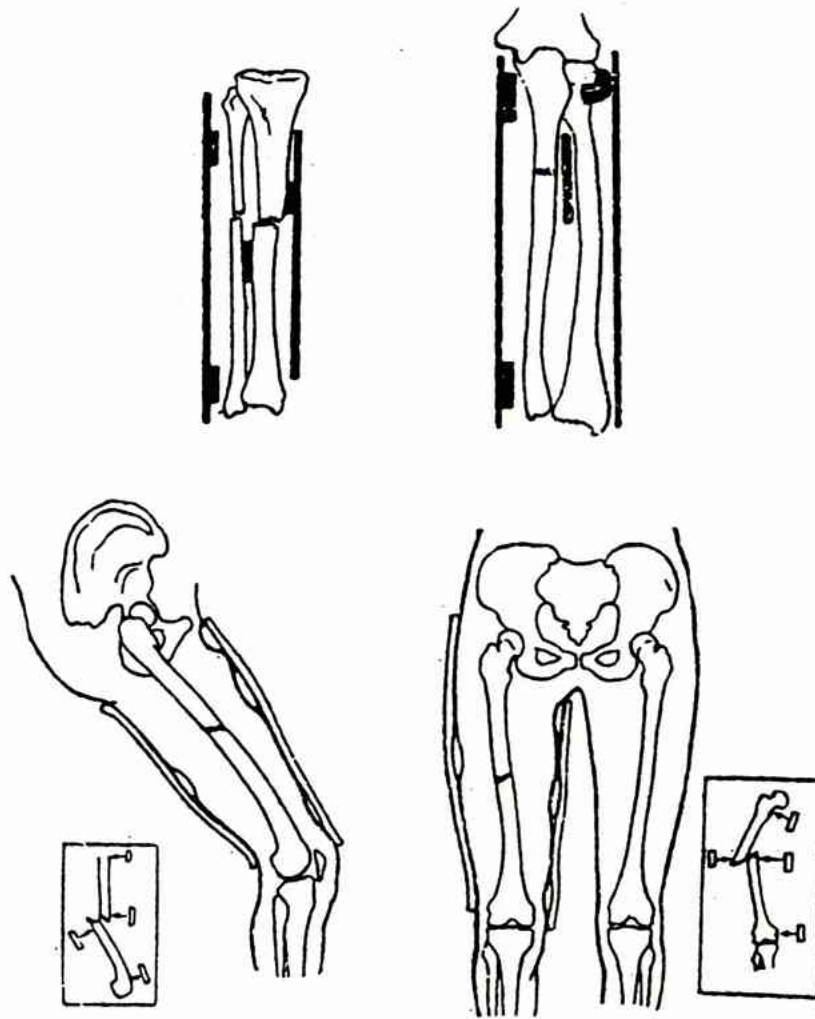


Hình 10. Cố định có hai đệm



Hình 11. Cố định có ba đệm

- Dùng bốn đệm: thích dụng trong trường hợp xương gãy vừa có di lệch gấp góc, vừa có di lệch bên. Sau khi xương gãy được nắn chỉnh, tùy tình hình di lệch của xương gãy mà sử dụng kết hợp phương pháp dùng hai đệm, ba đệm (hình 12).



Hình 12 . Cố định có 4 đệm

b. Đệm tách xương

Thường dùng trong trường hợp gãy hai xương cẳng tay, gãy xương bàn tay hoặc chân. Sau khi nắn chỉnh, dùng bông hay giấy bản quấn tròn thành đệm hình đĩa đường kính 1- 1,5cm, dài 6 - 10cm làm đệm tách hai xương để phòng giữa các xương không có khoảng cách thích hợp (ví dụ xương quay và xương trụ) làm ảnh hưởng đến cơ năng. Khi đặt đệm cần để phòng sự chèn ép làm tổn thương, loạn dưỡng tổ chức phần mềm (hình 13).

c. Đệm hợp cốt

Thích dụng trong trường hợp gãy mỏm khuỷu và gãy lồi cầu trong xương cánh tay. Sau khi nắn chỉnh, dùng đệm phẳng, cắt khuyết hình bán nguyệt đặt lên mảnh gãy phòng di lệch thứ phát (hình 14).

d. Đệm trống tâm

Dùng trong gãy lồi cầu trong, ngoài hoặc vỡ mâm chày, mất cá chân. Sau khi xương gãy được nắn chỉnh, phần trống tâm đệm sẽ được đặt lên phần lồi của lồi cầu hay mất cá chân... để phòng sự chèn ép cục bộ trên phần lồi lên của xương gãy (hình 15).

e. Đệm nghiêng hay đệm bậc thang

Dùng đệm gần khớp, nơi phình to của đoạn ngành xương. Đệm hình nghiêng giúp cho đệm phù hợp khuôn chi nơi cần đệm (hình 16).

f. Đệm hình lồi

Ứng dụng đệm các đầu nẹp. Căn cứ đầu nẹp và cục bộ nơi tiếp xúc mà dùng đệm hình lồi một cách phù hợp (hình 17).

g. Đệm đầu lớn

Ứng dụng trong trường hợp gãy lồi cầu ngoài mà mảnh gãy tách ra. Đệm đầu lớn được đặt trùm lên lồi cầu, còn bên đối diện đặt hai đệm bậc thang (hình 18).

2.5.4. Băng keo

Làm bằng vải phết nhựa cây duối hoặc ngày nay dùng băng dính. Đối với gãy xương có cơ lớn như xương đùi, băng keo dính da được kéo liên tục kết hợp với bó nẹp.

2.5.5. Vòng dây

Được sử dụng khi gãy vỡ xương bánh chè, vòng dây được đặt ôm lấy xương bánh chè và dùng dây nịt cố định ra sau.

2.5.6. Băng vải

Được dùng làm băng quấn cố định hoặc làm dây buộc.

2.6. Phương pháp cố định (hình 21)

Ổ gãy được bất động tương đối, hai khớp trên và dưới ổ gãy được giải phóng hoàn toàn hoặc bị bất động một phần (gãy gần khớp).



Hình 13.
Đệm tách xương



Hình 14.
Đệm hợp cốt



Hình 15.
Đệm trống tâm



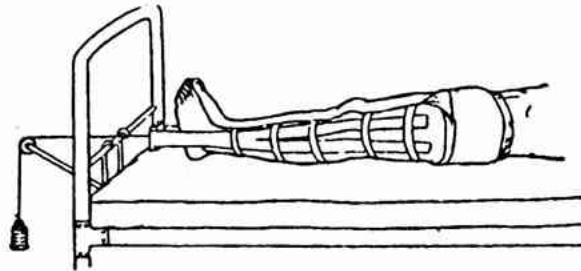
Hình 16.
Đệm nghiêng



Hình 17.
Đệm hình lõi

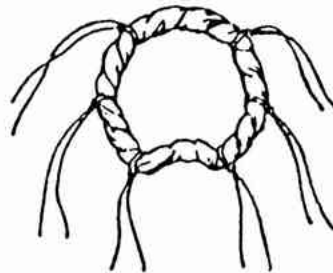


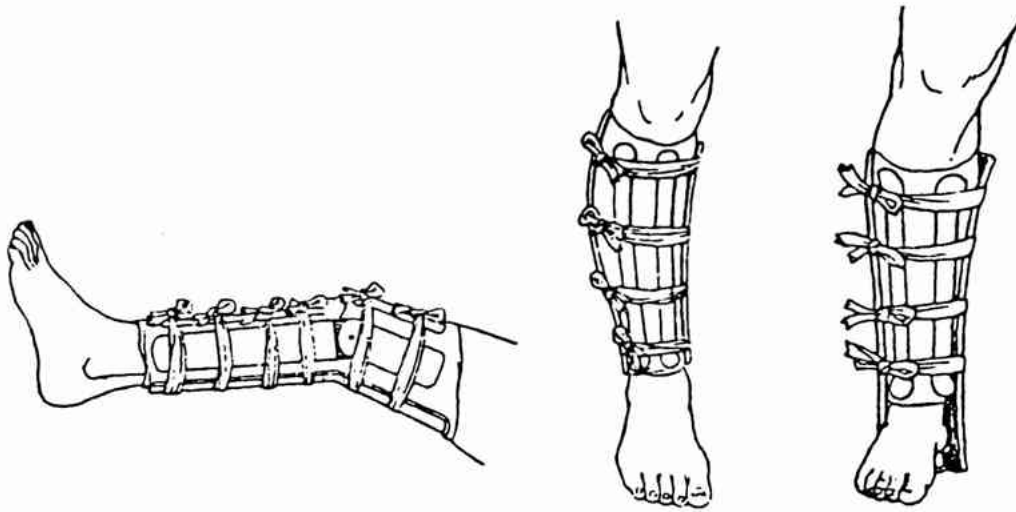
Hình 18.
Đệm đầu lớn



Hình 19.
Băng keo dán dùng kéo liên tục

Hình 20.
Vòng dây cố định gãy
xương bánh chè





Hình 21

2.7. Những điểm cần chú ý sau cố định nẹp cục bộ

2.7.1. Góc cao chi gãy

Để làm giảm sưng nề. Có thể dùng chăn, đệm, khung để làm giá đỡ.

2.7.2. Quan sát theo dõi

Sau nắn chỉnh, cố định, cần theo dõi chặt chẽ 1 - 4 ngày về mạch, màu sắc, độ ấm, cảm giác, mức độ sưng nề và vận động tự chủ của phần chi thuộc ngoại vi vùng bó. Nếu phát hiện tuần hoàn ứ trệ, cần chú ý theo dõi và điều chỉnh độ chặt dây buộc tránh các biến chứng rối loạn dinh dưỡng do thiếu máu nuôi.

2.7.3. Chú ý có những điểm đau do cố định gây nên

Nếu trong nẹp tại vùng chi bó có điểm đau chói, có thể do đệm, có thể do các đầu nẹp gây nên cần kịp thời tháo nẹp kiểm tra để phòng biến chứng loét, hoại tử, nhiễm trùng...

2.7.4. Thường xuyên chú ý điều chỉnh độ chặt của dây buộc

Khi chi gãy giảm sưng, sẽ phát sinh hiện tượng lỏng nẹp, do vậy hàng ngày cần phải kiểm tra độ chặt của dây buộc để kịp thời điều chỉnh tăng lên.

2.7.5. Theo dõi đoạn xương gãy di lệch thứ phát

Xương gãy sau khi nắn chỉnh cố định cần định kỳ kiểm tra tình hình di lệch thứ phát của các đoạn xương trong khoảng 2 tuần đầu. Nếu có di lệch thứ phát cần xem xét lại độ chặt của dây buộc và vị trí các nẹp, tìm nguyên nhân di lệch, nếu quá mức cho phép mới cần phải nắn chỉnh lại.

2.7.6. Hướng dẫn người bệnh tiến hành tập luyện: xem mục 3.

2.8. Xử lý những biến cố sau khi bó nẹp

2.8.1. Tuần hoàn ứ trệ

Thường do buộc chặt quá, hoặc sưng nề trong giai đoạn cường viêm, chi thể tím lạnh đau buốt. Cần nới lỏng nẹp, treo gác chi cao và theo dõi chặt chẽ.

2.8.2. Loét do chèn ép

Chữa nguyên nhân gây chèn ép, xử lý nhiễm trùng. Nhìn chung nếu kiểm tra đúng chế độ và tiến độ thì hiếm gặp loại biến chứng này.

2.8.3. Theo dõi thương tổn của kinh lạc

Tê liệt, rối loạn cảm giác. Trong trường hợp nghi dây thần kinh bị đứt hoặc bị kẹt, cần can thiệp bằng phẫu thuật.

2.9. Thời gian bó nẹp

Tùy từng loại gãy mà thời gian cố định khác nhau, Y học cổ truyền thường căn cứ khi trên lâm sàng có dấu hiệu liền xương. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến quá trình liền xương bình thường như vị trí gãy, tuổi tác...

2.10. Tiêu chuẩn liền xương

2.10.1. Tiêu chuẩn tháo nẹp

- Tại chỗ gãy ấn không còn đau.
- Cử động chi gãy về mọi hướng không đau.
- Hết cử động bất thường.
- Trong điều kiện ngày nay X quang cho phép khẳng định liền xương bởi hình ảnh can xương.

2.10.2. Tiêu chuẩn liền xương thực sự (kết hợp Y học hiện đại)

- Có đầy đủ tiêu chuẩn liền xương trên lâm sàng.
- X quang mất đường gãy.
- Liền xương thực sự nhanh nhất 6 tháng sau gãy. Trẻ sơ sinh có thể sớm hơn.

3. Luyện tập công năng

Luyện tập được coi là bước trọng yếu trong điều trị bệnh xương theo Y học cổ truyền nhằm tới mục đích điều trị đó là hồi phục chức năng chi gãy. Nắn chỉnh xương gãy sớm, cố định xương gãy cục bộ một cách hợp lý đồng thời tiến hành luyện tập chính xác theo tiến độ, phát huy được tính năng động chủ quan của người bệnh được coi như là nguyên tắc điều trị.

Nguyên tắc tập luyện: tập từ nhẹ đến mạnh, từ biên độ nhỏ đến biên độ lớn, từ đơn giản đến phức tạp và không được động tác tập nào gây đau.

3.1. Thử tự tập luyện

3.1.1. Thời kỳ sớm (thời kỳ thay đổi cơ hoá tại ổ gãy): 1 đến 2 tuần sau gãy.

Tại chỗ sưng, đau, các đoạn xương gãy chưa ổn định dễ di lệch thứ phát, tổ chức phần mềm chưa bình phục, do vậy luyện tập trong thời kỳ này chủ yếu là co duỗi cơ tại chỗ, hay nói cách khác là “lên gân” tại chỗ. Các khớp trên và dưới ổ gãy cơ bản là giữ yên, các khớp khác của thân thể có thể luyện công làm lưu thông khí huyết giúp cho tiêu sưng, đề phòng cơ bắp teo nhỏ, hạn chế chức năng khớp và làm cho hai mặt xương gãy tiếp xúc với nhau.

3.1.2. Thời kỳ giữa (thời kỳ hình thành can xương)

Liên hệ Y học hiện đại thời kỳ này bao gồm từ bắt đầu hình thành can xương đến liền xương lâm sàng.

Thời kỳ này sưng nề đã giảm, tại chỗ tương đối hết đau, tổn thương tổ chức phần mềm hồi phục, xương gãy đã có can dính kết, các đoạn gãy bắt đầu đi vào ổn định. Hình thức luyện công trong thời kỳ này là tiếp tục tiến hành hoạt động co duỗi cơ tại chi tổn thương, nhờ trợ giúp của chi khoẻ hoặc cán bộ y tế từng bước hoạt động các khớp trên và dưới nơi gãy. Động tác phải chậm, phạm vi phải từ nhỏ đến lớn, về sau khi xương gãy có can cứng hơn kiểu liền xương lâm sàng thì cần gia tăng số lần hoạt động, gia tăng biên độ và cường độ.

3.1.3. Thời kỳ sau (can xương cứng)

Trên lâm sàng can xương từ can xương đến can xương cứng hơn.

Thời kỳ này hình thức luyện công chủ yếu là tăng cường hoạt động chủ động các khớp của chi gãy làm cho hồi phục phạm vi hoạt động bình thường của các khớp.

3.2. Những điều cần chú ý khi luyện tập công năng

3.2.1. Căn cứ vào sự khác nhau giữa các giai đoạn, nơi gãy, bản chất của thương tổn phối hợp để ứng dụng các phương pháp tập luyện khác nhau. Các hoạt động nhất thiết tiến hành dưới sự chỉ đạo của nhân viên y tế.

3.2.2. Luyện công phải tiến dần từng bước. Ngay sau khi nắn chỉnh cố định cần bắt đầu luyện công kiên trì cho đến liền xương. Căn cứ tiến trình liền xương, phạm vi luyện công từng bước gia tăng, tăng dần số lần, nhưng cần phải tránh không để chỗ gãy bị đau và toàn thân quá mệt.

3.2.3. Luyện công không được ảnh hưởng đến độ chặt của cố định xương gãy, nhất thiết cấm chỉ mọi hoạt động bất lợi cho sự liền xương.

4. Thuốc

Ngoài nguyên tắc cố định xương gãy: kết hợp động và tĩnh ở trên, nguyên tắc thứ hai trong điều trị gãy xương theo Y học cổ truyền là kết hợp tại chỗ với toàn thân còn thể hiện trong dùng thuốc xoa hoặc đắp ngoài có tác dụng tại chỗ và thuốc uống trong có tác dụng toàn thân.

4.1. Thuốc dùng ngoài

Kinh nghiệm trong dân gian cũng như sách ghi chép lại về thuốc dùng ngoài để đắp bó gãy xương rất phong phú. Thế kỷ XIV, Tuệ Tĩnh trong Nam dược thần hiệu có phần dành riêng cho thương khoa và dược vật ứng dụng. Đầu thế kỷ thứ XVIII Hải Thượng Lãn Ông (Lê Hữu Trác) trong quyển Bách gia trân tàng có nêu bài thuốc từ Lào truyền sang.

4.1.1. Bài thuốc đắp

- Gà con 1 con, bỏ lông và lòng
- Ba bát cơm nếp.
- Đậu bỏ vỏ 3kg
- Tầm gửi, vỏ gạo, quế chi tán bột.

Tất cả các thứ giã nhừ lẫn nhau đắp vào vùng gãy sau khi đã kéo nắn.

Có khá nhiều bài thuốc đắp ngoài. Tuy nhiên nhược điểm của phần lớn các bài thuốc là nhiều vị, phải thay thuốc nhiều lần làm bệnh nhân đau và dễ gây di lệch thứ phát.

Các thuốc dùng ngoài được sử dụng tùy thời kỳ, hướng theo các pháp điều trị như uống thuốc trong. Hai pháp được chú trọng là hoạt huyết tiêu ứ và bổ can thận tiếp liền xương. Các bài thuốc được cấu tạo từ các vị thuốc có tác dụng hoạt huyết, lợi thủy, làm ấm gân xương, giảm đau, thúc đẩy liền xương và có tác dụng sát trùng.

Về sau các lương y, bác sĩ có xu hướng cải tiến theo hướng giảm số vị và dùng từ dạng thô đến dạng bột rồi đến dạng cao dán, cồn xoa. Dưới đây là công thức cao dán được sản xuất tại khoa dược viện Y học cổ truyền Việt Nam.

4.1.2. Công thức cao dán Thống nhất

Bột ngải cứu	4 phần
Bột cúc tần	8 phần
Sáp ong	2 phần
Bột đại hồi	0,8 phần
Bột quế chi	1,6 phần
Dầu thầu dầu	20 phần

Tất cả được trộn đều, ép lên vải mỏng hoặc giấy dai để gián vào vùng ổ gãy (Lương y Phạm Văn Sửu, Viện Y học cổ truyền).

4.1.3. Công thức băng vết thương gãy hở

Hồng đơn	12g
Băng phiến	4g
Bạch cập	8g

(Lương y Bùi Xuân Vạn- Thọ Xuân- Thanh Hoá)

Công thức một số rượu và thuốc dùng ngoài được nghiên cứu tại Viện Y học cổ truyền Việt Nam xin xem ở phần tham khảo.

Ngày nay dưới ánh sáng khoa học, tác dụng của nhiều bài thuốc đã được làm sáng tỏ. Tuy nhiên việc xoa bóp, đắp thuốc trong chấn thương gãy xương cũng cần đúng phương pháp tuân theo cơ chế của sinh học liền xương.

4.2. Thuốc uống trong

Dựa trên quan điểm điều trị toàn diện, kết hợp "tại chỗ và toàn thân", sau khi xương gãy được nắn chỉnh và cố định, Y học cổ truyền chủ trương dùng thuốc tác động tại chỗ bằng xoa, đắp và thuốc uống trong có tác dụng toàn thân. Điều này được coi như là một nguyên tắc điều trị. Thuốc Y học cổ truyền dùng trong điều trị chấn thương nói chung và trong gãy xương nói riêng rất phong phú và đa dạng. Dưới đây xin chỉ trình bày thuốc ứng dụng cụ thể trong tổn thương xương khớp. Các bài thuốc cổ phương xin chỉ được nêu tên, phần công thức xin tham khảo Tuyển tập phương thang (NXB Đồng nai 1995).

Tổn thương gãy xương chủ yếu là do ngoại thương. Sau khi tổn thương tất yếu khí huyết, tạng phủ cũng như kinh lạc toàn thân đều biến hoá. Người xưa nói: "Chi thể tổn thương bên ngoài tắc khí huyết thương bên trong, phần vệ có sự bất ổn, tạng phủ do vậy bất hoà". Lại nói: "Ngoại thương tổn bì phu gân xương, bên trong động kinh lạc, tạng phủ". Điều đó nói lên cục bộ và chỉnh thể liên quan mật thiết với nhau. Vận dụng biện chứng luận trị, uống trong và dùng ngoài thuốc Y học cổ truyền có thể điều

chỉnh nội bộ cơ thể, điều động nhân tố có lợi, xúc tiến xương khớp mau bình phục. Qua kinh nghiệm cổ truyền và các quan sát trên lâm sàng đã khẳng định: thuốc Y học cổ truyền có tác dụng thông hoạt kinh lạc, tiêu thũng chỉnh thống, nhu dưỡng khí huyết, hoà dinh sinh tân. Trong thực tiễn lâm sàng dựa vào biện chứng luận trị ứng dụng thuốc Y học cổ truyền điều trị gãy xương có thể phân chia làm 3 thời kỳ: thời kỳ đầu, thời kỳ giữa và thời kỳ sau.

Thời kỳ đầu dùng theo pháp hành ứ, hoạt huyết, sinh tân; thời kỳ giữa dùng pháp bổ ích can thận tiếp liền xương; thời kỳ sau dùng pháp cường cân, cứng cốt phục nguyên.

4.2.1. Hoạt huyết phá ứ

Gãy xương trong thời kỳ đầu (1 - 2 tuần sau khi bị thương) có thể dùng pháp Hành ứ, hoạt huyết, sinh tân. Người xưa nói: "Nhất đản thụ thương, khí huyết tức trở, dục trị kỳ thống, tiên hành kỳ ứ, dục tiêu kỳ thũng, tất hoạt kỳ huyết, tử thương khoa dụng dược chi sở dĩ hành ứ hoạt huyết vị bất nhị pháp môn giả." Nghĩa là: "Một khi bị thương, khí huyết vận hành lập tức bị trở trệ dẫn tới sưng nề. Muốn trị đau đầu tiên phải hành ứ, muốn tiêu sưng tất phải hoạt huyết. Vì vậy, sở dĩ trong thương khoa khi dùng thuốc không thể không dùng hành ứ, hoạt huyết". Tuy nhiên cần phải tùy tình hình cụ thể thương tổn nặng nhẹ và bản chất của tổn thương để sử dụng pháp trị thích đáng.

a. Hành khí hoạt huyết pháp

Trường hợp thương tổn thể chất ít, chứng trạng nhẹ có thể dùng pháp này điều trị. Sách "Nội kinh" nói: "Kết giả tán chi" nghĩa là chứng kết dùng phương pháp tán để điều trị. Có thể dùng các bài thuốc đắp tại chỗ, hoặc Thất lý tán hoặc dùng rượu Tử kim xoa tại chỗ. Uống trong cơ thể dùng Thất lý tán hoặc Trật đả hoàn. Thuốc sắc có thể dùng Phục nguyên hoạt huyết thang, Hoạt dinh chỉ chống thang, Phục nguyên thông khí thang, Thuận khí tán, Chính cốt mẫu đơn bì thang, Nhất bàn châu thang.

b. Công ứ phá trệ pháp

Người bị nạn khoẻ mạnh, ứ trệ tương đối nghiêm trọng, tại chỗ sưng và ứ huyết lâu tiêu. Trong trường hợp này hoạt huyết có thể thu kết quả. Sách Nội kinh nói phương pháp: "Kết giả tiêu đi".

c. Thanh nhiệt hoạt huyết

Dùng trong các trường hợp huyết ứ ngưng trệ, huyết ứ hoá nhiệt, vết thương sưng nóng đỏ đau. Dùng các thuốc hành ứ, hoạt huyết nêu trên gia thêm một số vị hàn lương thanh nhiệt như hoàng liên, hoàng cầm, sinh địa,

đơn bì, hoàng bá... nhưng cần chú ý đề phòng hàn lương thái quá ngăn cản việc tiêu tan ứ trệ.

d. Ôn kinh thông lạc pháp

Những thương tổn lâu nhiễm phong, hàn, thấp sưng đau nặng lên có thể dùng pháp ôn kinh thông lạc để khu phong, tán hàn, hoạt huyết tiêu sưng. Thường dùng thuốc uống trong như Thấu cốt đan, Thư cân hoạt huyết thang v.v... Tứ chi thương tổn lâu bị phong, hàn, thấp xâm nhập cũng có thể dùng Thư cân thang. Đau vùng lưng hoặc đau lưng cấp tổn thương mạn tính kèm phong hàn có thể uống Định thống hoàn.

Khoảng ba thập kỷ lại đây, có nhiều bài thuốc kinh nghiệm, bài thuốc dân gian đã được viện Y học cổ truyền Việt Nam sưu tầm, thừa kế. Dưới đây là công thức một số bài thuốc được dùng:

- Thuốc ngâm rượu:

Phòng phong	8g	Sa nhân	4g
Huyết giác	12g	Thiên niên kiện	5g
Xuyên quy	8g	Độc hoạt	8g
Tục đoạn	12g	Đại hoàng	8g

Cứ 1 lít rượu ngâm 65g thuốc, ngâm 7 ngày rồi lọc rượu uống (Bài thuốc gia truyền nhiều đời của lương y Bùi Xuân Vạn ở Thọ Xuân - Thanh Hoá).

- Tiêu viêm (thuốc nam ở xã):

Lá móng tay	10g
Huyết giác	12g
Ngải cứu	12g
Nghệ	8g
Tô mộc	10g

Nấu thành cao lỏng, mỗi ngày người lớn uống 30 ml .

4.2.2 Bổ can thận tiếp liền xương

Kỳ giữa của gãy xương (sau gãy 1 - 2 tuần đến khi liền xương trên lâm sàng) có thể dùng pháp bổ ích can thận tiếp liền xương. Can chủ cân, Thận chủ cốt, do vậy pháp bổ ích can thận là tục cân, tiếp cốt. Thường dùng Tinh quế kết cốt cao, Nội phục bát lý tán và Kết cốt tán. Ngoài dùng thuốc như trên đã nói, bên trong có thể dùng thuốc Bổ thận tráng cân thang hoặc Tồn thương điều kinh thang, là bổ thuốc công hay công bổ kiêm trị.

4.2.3. Cường cân tráng cốt

Kỳ sau của gãy xương, sau khi xương gãy đã liền lâm sàng dùng pháp cường cân tráng cốt pháp. Có thể dùng các dược vật đã nêu trên. Khi chi gãy bị cứng khớp, cơ bắp teo nhẽo, gân cơ co quắp, có thể dùng Thư cân thang, làm tăng khả năng tập luyện, từng bước phục hồi công năng chi gãy. Với người thể chất yếu nhược, có thể dùng thuốc bổ như Bát trân thang, Thập toàn đại bổ thang...

4.2.4. Thuốc bổ gân xương (thuốc nam ở xã):

Bột lộc giác xương	10g	Bột cốt toái bổ	12g
Mẫu lệ	4g		

Một số bài thuốc khác xin tham khảo phần phụ lục.

Tóm lại: một trong những vốn quý của Y học cổ truyền là điều trị gãy xương. Kinh nghiệm về lĩnh vực này đã được lưu truyền qua nhiều thế hệ mang tính chất gia truyền. Điều trị gãy xương đơn thuần theo Y học cổ truyền trong nhiều trường hợp hiệu quả hẳn chĩnh chưa tốt. Phương tiện cố định đơn giản, dễ phổ cập nhưng chất lượng cố định chưa cao trong các trường hợp gãy xương lớn, có cơ co kéo mạnh như xương đùi hoặc một số trường hợp gãy gần khớp. Điều trị gãy xương theo Y học cổ truyền hay theo Y học hiện đại đều có ưu điểm và nhược điểm nhất định. Việc kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại nhằm phát huy ưu điểm và khắc phục nhược điểm của từng phương pháp cho phép điều trị chất lượng ngày một cao hơn, hoàn hảo hơn.

Phương pháp điều trị gãy xương kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại là một trong những phương pháp bất động uyển chuyển mang tính cơ năng, một xu hướng mà ngành chấn thương chỉnh hình đã và đang hướng tới (Ilizarov G.A.). Quá trình liền xương của phương pháp cố định sinh học tạo liền xương gián tiếp (liền xương kỳ 2) là liền xương nhanh chóng, còn liền xương trực tiếp (liền xương kỳ 1) là một quá trình chậm chạp. Theo Đặng Kim Châu thì điều trị gãy xương theo Y học cổ truyền là một trong những phương pháp điều trị toàn diện. Chúng tôi mong có nhiều nghiên cứu nhằm hiện đại Y học cổ truyền, xây dựng phương pháp điều trị gãy xương với chất lượng cao, mang đậm bản sắc Y học cổ truyền dân tộc Việt Nam.

CÁC GÃY XƯƠNG CHI TRÊN

GÃY XƯƠNG VÙNG CÁNH TAY

I. GÃY XƯƠNG ĐÒN

Gãy xương đòn chiếm 10% các loại gãy xương chi trên, trong đó 80% gãy kín, 20% gãy hở. Nguyên nhân chủ yếu là do chấn thương (80%). Đây là loại gãy xương lành tính vì rất dễ liền. Các tổn thương phối hợp có thể gặp là tổn thương mạch máu dưới đòn, tổn thương đám rối thần kinh cánh tay, tổn thương đỉnh phổi gây tràn khí, tràn máu màng phổi hoặc gãy hở.

1. Triệu chứng lâm sàng

- Sưng, đau, mất vận động khớp vai, tay lành giữ tay đau. Sờ thấy xương gãy gồ lên dưới vai, biến dạng hình bậc thang, ấn vùng gãy đau chói và có tiếng lạo xạo. Chiều dài mỏm cùng - vai - ức ngắn hơn bên lành.
- X quang: để thấy rõ đường gãy đôi khi cần chụp xương đòn ở tư thế chéo (en projection de filée).

2. Điều trị

Chủ yếu điều trị bảo tồn. Chỉ phẫu thuật khi cần phục hồi thẩm mỹ như người mẫu, diễn viên múa, các biến chứng có chỉ định phẫu thuật.

- Nắn chỉnh: nạn nhân ngồi trên ghế đầu, hai cánh tay được nâng lên và kéo ra sau, đối lực kéo là đầu gối kỹ thuật viên tỳ vào lưng giữa hai xương bả vai. Một người khác nắn sửa di lệch xương gãy.
- Cố định: băng hình số 8 (hình 22). Thời gian bất động từ 3 - 5 tuần.
- Di chứng: can lệch rất thường gặp, nhưng không ảnh hưởng đến cơ năng của tay; viêm thoái hoá quanh khớp vai: điều trị như viêm quanh khớp vai.



Hình 22: Nắn chỉnh và cố định gãy xương đòn.

II. GÃY XƯƠNG CÁNH TAY

Gãy xương cánh tay bao gồm gãy đầu trên, gãy thân và đầu dưới xương cánh tay. Gãy đầu trên xương cánh tay thường gặp là gãy cổ phẫu thuật (60%), thường gặp ở người cao tuổi (gãy cài), phụ nữ tuổi mãn kinh; trẻ em thường bị gãy khép. Đây là loại gãy dễ liền hơn gãy thân xương.

Chẩn đoán dựa vào tuổi, nguyên nhân, cơ chế và hình ảnh X quang.

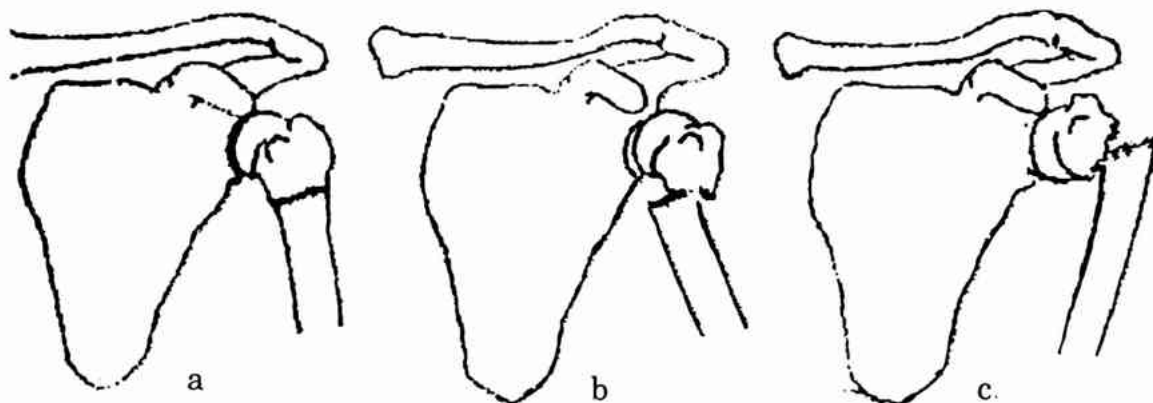
A. GÃY CỔ PHẪU THUẬT XƯƠNG CÁNH TAY

1. Triệu chứng lâm sàng

Trường hợp điển hình: sưng nề vùng vai, bầm tím muộn lan rộng dần xuống 1/3 dưới, mặt trong xương cánh tay. Sờ thấy điểm đau chói nơi gãy.

2. X quang

Chụp hai tư thế thẳng và dạng cánh tay, tia chụp từ hõm nách lên. Các trường hợp gãy cài, gãy ở trẻ em nhiều khi chỉ chẩn đoán được trên phim X quang.



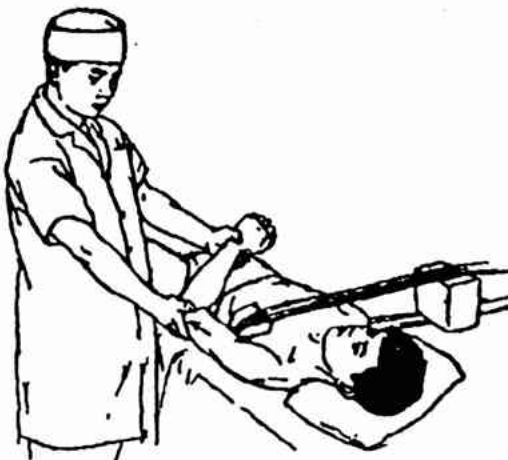
Hình 23: Gãy cài (a); gãy dạng (b); gãy khớp (c).

3. Điều trị

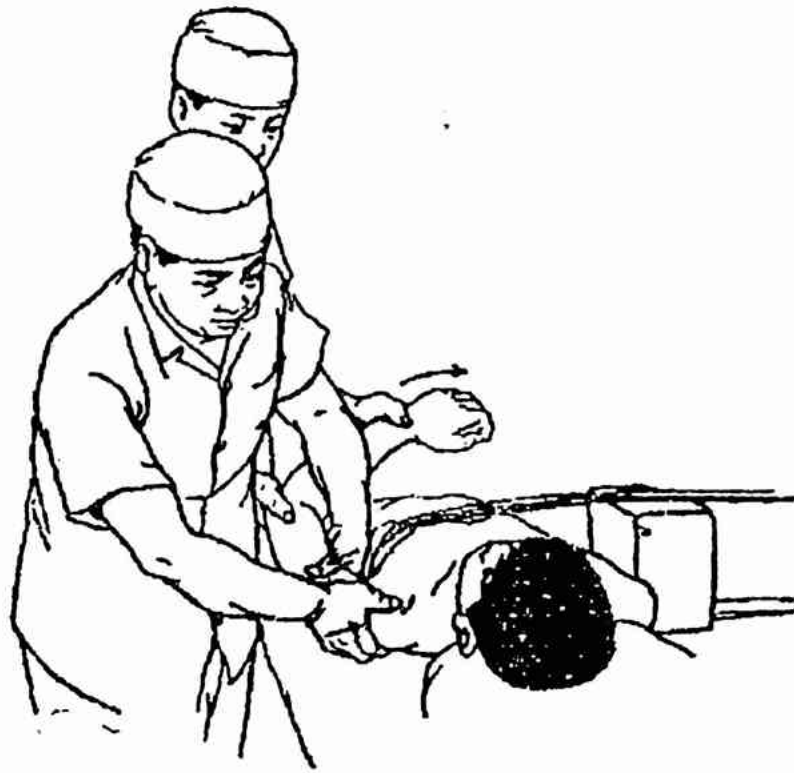
Đa số là điều trị bảo tồn.

3.1. Nắn chỉnh

Trong trường hợp gãy dạng, khi nắn chỉnh cần có vật hình cầu cứng d khoảng 3 đến 5 cm, dùng bọc êm đệm vào hõm nách nhằm đẩy đầu gãy ngoại vi ra ngoài. Trường hợp không nắn được, có thể kéo liên tục qua mỏm khuỷu (kiểu Dullop), hoặc trên khung di động, tự tạo từ nẹp Crame, khung gỗ, tre kiểu Pouliquen.



(1) Kéo và nắn chỉnh gãy cổ xương cánh tay



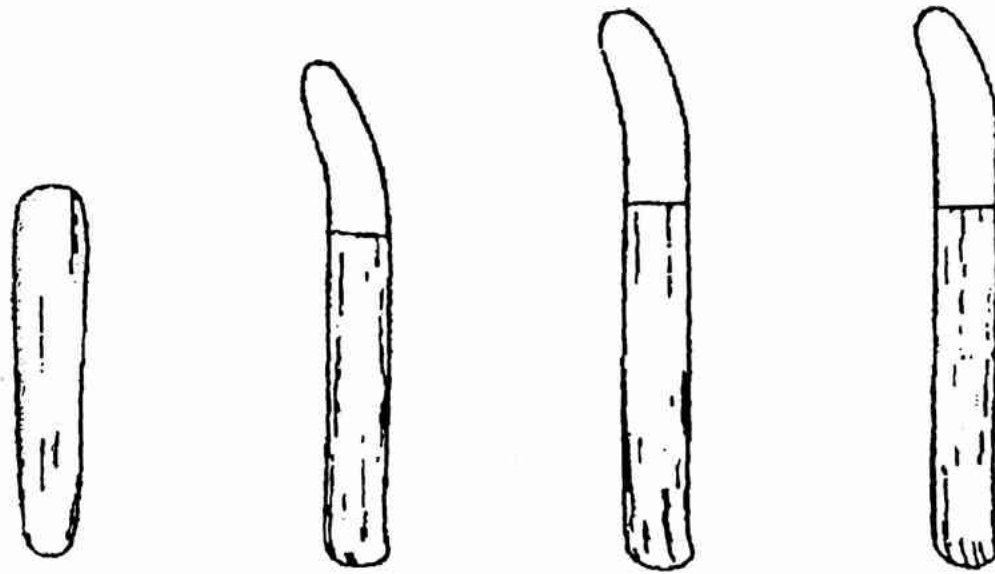
(2) Đưa cánh tay vào trong và nắn di lệch dạng khép



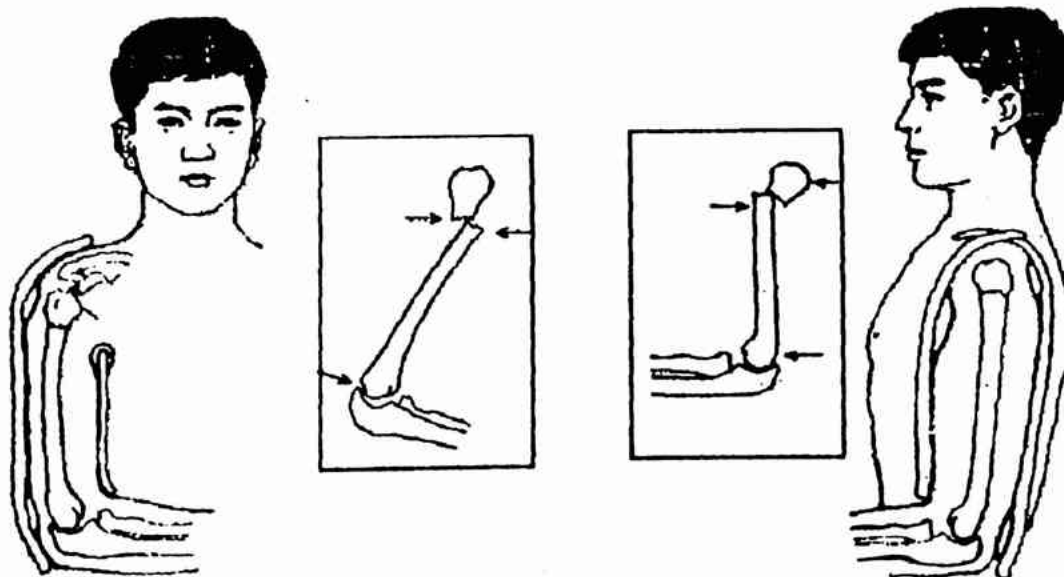
(3) Đưa cánh tay lên trên và xoay theo hướng di lệch

Hình 24. (1,2,3).

3.2. Cố định



Hình 25. Nẹp cố định gãy cổ phẫu thuật xương cánh tay



Hình 26. Cố định gãy cổ giải phẫu xương cánh tay

4. Biến chứng muộn

Viêm quanh khớp vai thoái hoá, khớp giả (hiếm khi bị).

B. GÃY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

Gãy thân xương cánh tay là loại gãy trong khoảng từ trên chỗ bám cơ ngực đến trên lồi cầu xương cánh tay. Đây là loại gãy có thể có nhiều biến chứng, trong đó có hai biến chứng quan trọng là: liệt dây thần kinh quay và khớp giả. Nguyên nhân do chấn thương trực tiếp hoặc gián tiếp gây nên.

1. Triệu chứng lâm sàng

Đa số các trường hợp đều gãy hoàn toàn, các triệu chứng thường rõ.

- Triệu chứng đặc hiệu: biến dạng, gấp góc và ngán chi, cử động bất thường và tiếng lạo sạo.
- Triệu chứng không đặc hiệu: sưng, bầm tím, mất cơ năng và điểm đau chói nơi gãy.

Trong trường hợp gãy không đặc hiệu: nạn nhân đau nơi gãy khi gõ dòn ép hai đầu xương vào nhau.

2. X quang

Cho phép xác định vị trí gãy, đường gãy, di lệch.

3. Điều trị

Đa số được điều trị bảo tồn.

Đối với xương cánh tay, yêu cầu nắn chỉnh không cần thật chuẩn xác. Nếu xương liền vững chắc, còn di lệch chông hay gấp góc nhẹ $\leq 15^\circ$ là có thể chấp nhận được.

Phương tiện cố định: mảnh tre gồm nhiều nan tre mỏng 1,5 đến 2mm, rộng 1 đến 1,5cm, luồn trong bao vải có chia ngăn giữa các nan. Quấn bao nan quanh xương cánh tay và buộc cố định. Độ chặt dây buộc sao cho sau khi buộc có thể di dịch với biên độ khoảng 1cm là vừa phải (nguyên lý Sarmiento).

Lưu ý: cần treo ép dòn áp hai mặt gãy, tránh gián cánh hai mặt gãy (do trọng lực chi gãy kéo liên tục gây nên).

Chỉ định phẫu thuật khi điều trị bảo tồn thất bại, di lệch quá mức cho phép, hoặc có liệt thần kinh quay.

4. Biến chứng

Thường gặp nhất là liệt dây thần kinh quay. Đa số trường hợp dây thần kinh quay bị kẹt hoặc bị đụng dập, ít trường hợp bị đứt. Dấu hiệu điển hình là bàn tay rũ do liệt các cơ duỗi cổ tay và duỗi chung các ngón. Nếu không bị đứt, chức năng thần kinh quay có thể hồi phục, tuy nhiên sự hồi phục này khá chậm (4 đến 8 tháng). Khi nghi ngờ dây thần kinh bị đứt, cần mổ thăm dò và điều trị. Trong trường hợp liệt quá lâu, gửi bệnh nhân đi mổ chuyển gân.

- Khớp giả: do gián cách hai mặt gãy, gây nhiều mảnh hoặc bị nhồi cơ vào khe gãy. Điều trị phẫu thuật kết hợp xương.
- Can lệch: thường ít ảnh hưởng đến cơ năng.

C. GÃY TRÊN LỖI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY

Gãy trên lồi cầu xương cánh tay là loại gãy phổ biến nhất ở lứa tuổi trẻ em (74% gãy xương ở trẻ em < 10 tuổi; 50% các gãy vùng khuỷu). Đây là loại gãy có thể kèm theo biến chứng mạch máu, thần kinh. Đặc biệt có thể bị hội chứng Volkmann để lại di chứng nặng nề. Tuy tiên lượng xa về mặt cơ năng là tốt, nhưng di chứng hạn chế gấp duỗi khuỷu kéo dài, cẳng tay vẹo trong (cubitus varus còn rất phổ biến (35% đến 70%).

1. Nguyên nhân và cơ chế

Gãy ruỗi (96% đến 98%): trẻ ngã chống tay, khuỷu duỗi, đường gãy từ trước dưới đến sau trên, đầu gãy của đoạn trung tâm nhọn, di lệch ra trước đe dọa bó mạch và thần kinh cánh tay; đoạn ngoại vi di lệch ra sau.

Gãy gấp (ít gặp ở trẻ em): trẻ ngã chống khuỷu tay, khuỷu gấp, đường gãy từ sau dưới đến trước trên, đầu gãy của đoạn trung tâm nhọn di lệch ra sau, có thể chọc thủng gân cơ tam đầu gây gãy hở.

Đường gãy:

Đường gãy ngoài khớp, ngang hoặc chéo trên hai lồi cầu; qua các hố khuỷu, hố vẹt.

Di lệch:

Gãy duỗi: đoạn ngoại vi di lệch ra sau, lên trên và vào trong (hiếm khi ra ngoài) do cơ tam đầu co kéo.

Gãy gấp: ngược với di lệch của gãy duỗi tức là đoạn ngoại vi di lệch ra trước do cơ nhị đầu và cánh tay trước co kéo.

Phân loại (theo Marion et Langrange):

- Độ I: gãy một bên vỏ xương.
- Độ II: gãy cả hai lớp vỏ xương, không di lệch hoặc không đáng kể.
- Độ III: gãy di lệch, nhưng các đầu gãy còn tiếp xúc với nhau.
- Độ IV: các đầu gãy có di lệch xa nhau.

2. Triệu chứng lâm sàng

Trong trường hợp gãy duỗi điển hình:

- Cơ năng: đau nhiều vùng khuỷu, mất vận động khớp khuỷu.
- Thực thể: sưng nề vùng khuỷu, sau vài giờ có thể sưng nề gấp hai lúc đầu.

Có thể bầm tím vùng trước khuỷu (bầm tím đặc hiệu Kirmisson).

Nhìn nghiêng: dấu hiệu "nhát rìu" phía sau khuỷu.

Sờ nắn thấy đau chói trên lồi cầu và có thể phát hiện tiếng lạo xạo, cử động bất thường khi làm động tác dạng, khép.

Các mổ giải phẫu bình thường, "tam giác khuỷu" bình thường.

3. X quang

Chụp hai tư thế thẳng và nghiêng cho phép xác định đường gãy và di lệch. Tuy nhiên muốn xác định di lệch xoay trong hay xoay ngoài cần chụp chéo.

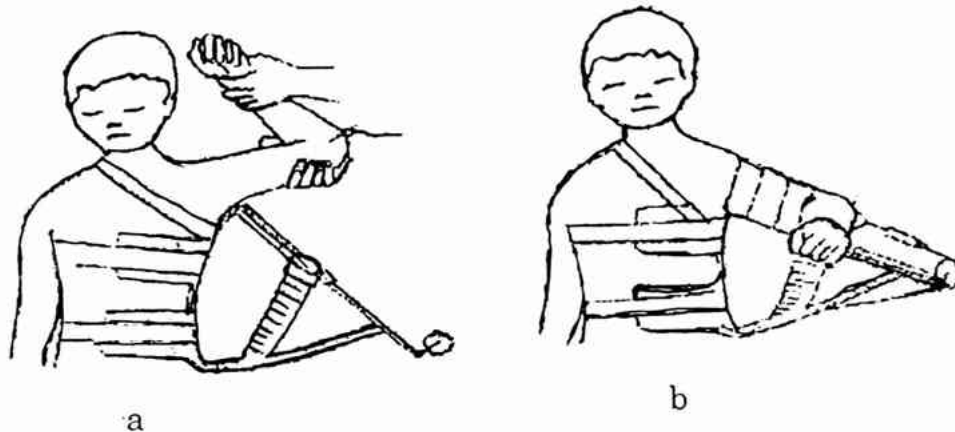
4. Điều trị

Bảo tồn là chính, chỉ phẫu thuật trong một số trường hợp hãn hữu khi có gãy hở, biến chứng mạch máu làm rối loạn dinh dưỡng ngoại vi vùng gãy và liệt thần kinh ngoại biên không hồi phục.

Trong trường hợp nắn chỉnh không thành công, sưng nề căng, phỏng dịch không cho phép nắn bó một thì, có thể kéo liên tục tại giường hoặc di động trên khung di động kiểu Pouliquen.

- Phương pháp nắn chỉnh gãy trên lồi cầu xương cánh tay trẻ em:
 - + Vô cảm: tốt nhất là gây mê, vì giảm đau tuyệt đối hoặc có thể dùng một trong những phương pháp sau:
 - Gây tê ổ gãy 8 - 10 ml xylocain 1%, giảm đau tốt, cần phòng tránh nhiễm trùng ổ gãy.
 - Thủy châm tê huyết: các huyết gần ổ gãy như khúc trì, khúc trạch... hoặc các huyết nằm trên các đường kinh đi qua ổ gãy như hợp cốc, cực tuyền.

- + Thì 1: kéo theo trục cẳng tay, cẳng ngửa hoàn toàn, lực kéo tăng dần và liên tục, kết hợp nắn các di lệch trong - ngoài.
- + Thì 2: từ từ gấp khuỷu, sắp dần cẳng tay đồng thời dùng ngón cái đẩy đoạn ngoại vi ra trước. Sắp cẳng tay và gấp khuỷu đến tối đa, sau đó uốn dần đến 90° .
- + Kiểm tra động mạch quay: trong trường hợp động mạch bị chèn ép, sau khi nắn chỉnh mạch có thể phục hồi và ngoại vi vùng gãy hồng và ấm dần lên.
- Phương pháp kéo liên tục: dùng kim Kirchner xuyên qua mỏm khuỷu, cách đỉnh 1,5 - 2 cm, xuyên từ trong ra ngoài để chủ động tránh làm tổn thương dây thần kinh trụ. Kéo liên tục với lực 2,5 đến 3 kg. Theo dõi sát trong tuần đầu, khi cần có thể nắn hỗ trợ bằng tay. Thời gian kéo liên tục 2 tuần, sau đó chuyển sang các phương pháp bất động thông thường.
- Chụp X quang kiểm tra: 2 lần trong tuần đầu, sau đó mỗi tuần 1 lần.



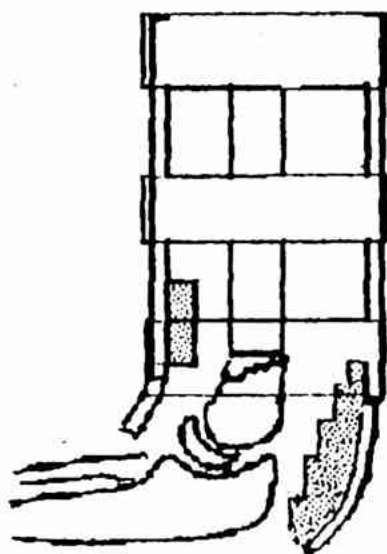
(a) Cố định khung vào thân (b) Cố định tay gãy vào khung, kéo liên tục

Hình 27.

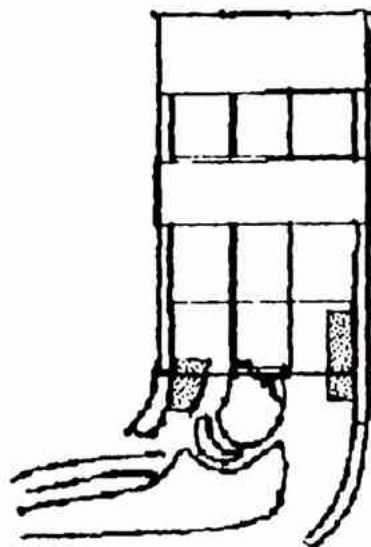
- Phương pháp bất động:

Đối với gãy độ I, II và sau kéo liên tục, có thể bất động bằng hai nẹp to bản (rộng 4 đến 5 cm, dày 0,5cm), đầu dưới được uốn cong theo hình giải phẫu đầu dưới xương cánh tay. Cố định nẹp bằng dây dán, chọn dây cái, mềm làm dây, mặt phủ bông mềm áp vào da cho êm và thoáng nơi tiếp xúc; cuối mỗi dây có dính một đoạn dây đực để dán thay cho nút buộc. Trên nẹp, tương ứng với nơi dây cái sẽ đè ngang qua cũng gắn những mảnh dây đực

(bằng keo dán gỗ thông dụng) để sau khi dán dây cái cố định, các nẹp được liên kết với nhau, không bị di lệch hoặc xộc xệch... Độ chặt mỗi dây vừa đủ, không gây cản trở tuần hoàn, không lỏng tuột. Theo kinh nghiệm của chúng tôi : sau khi quấn đủ chu vi, xiết thêm từ 1 đến 1,5cm là vừa phải.



Hình 28: Cách đặt nẹp và đệm cho gãy gấp



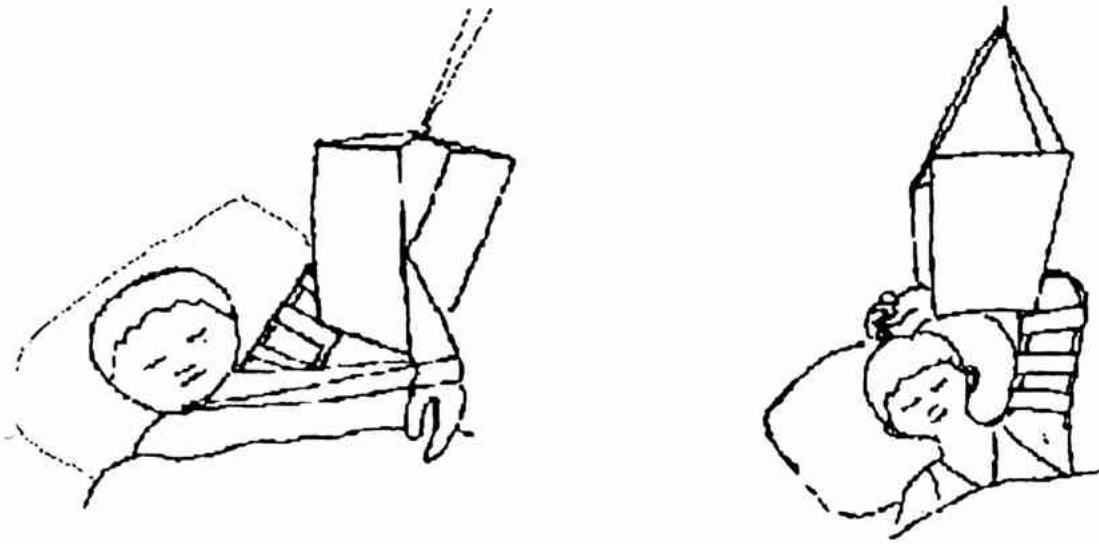
Hình 29: Cách đặt nẹp và đệm cho gãy duỗi.

+ Theo dõi sau khi đặt nẹp:

Sau khi bó nẹp, bệnh nhân được hướng dẫn treo, gác cao chi gãy tạo thuận lợi cho tuần hoàn trở về, giảm sưng nề. Treo cẳng tay với khuỷu gấp 90° khi đi lại; có thể dùng chăn đệm, tường nhà, khung... để dựa cẳng tay; tốt nhất là treo tay khi nằm (hình 30).

Quan sát theo dõi: sau nắn chỉnh, cố định, cần theo dõi chặt chẽ 1- 4 ngày, tránh thắt buộc quá chặt hoặc quá lỏng; các điểm tỳ đè trên máu xương gây đau, loét điểm tỳ.

- + Thời gian bất động ít nhất 3 tuần tính từ ngày nắn chỉnh - cố định.
- + Hướng dẫn tập luyện phục hồi chức năng chi gãy (xem phần điều trị chấn thương theo Y học cổ truyền).



Hình 30: Phương pháp treo tay khi nằm

5. Biến chứng

- Tổn thương động mạch cánh tay: mạch quay yếu hoặc mất. Cần nắn ngay, sau 30 phút không có dấu hiệu phục hồi mạch quay cần can thiệp ngoại khoa.
- Chèn ép khoang: do sưng nề căng, máu tụ. Bệnh nhân đau nhiều, đau tự nhiên như dao đâm, các ngón bị co rút gấp lại, kéo rút các ngón cũng gây đau đớn.
Xử trí: nếu giai đoạn sớm phải nắn xương, theo dõi, treo gác tay cao; nếu giai đoạn muộn cần mổ giải ép để tránh mắc hội chứng Volkmann (thoái hoá xơ cân - cơ - thần kinh do thiếu máu nuôi) để lại di chứng nặng nề.
- Tổn thương các loại dây thần kinh ngoại biên (giữa, trụ, quay): cần nắn sớm để giải ép. Thông thường liệt thần kinh tự hồi phục sau 3 đến 4 tháng. Theo dõi, nếu sự phục hồi không tiến triển, cần phẫu thuật thăm dò.
- Gãy hở: điều trị phẫu thuật hoặc bảo tồn tùy trường hợp.
- Biến chứng muộn: hội chứng Volkmann, can lệch, khuyết vẹo trong, viêm cơ cốt hoá làm cứng khớp khuỷu.

III. GÃY LIÊN LÕI CẦU

Gãy liên lõi cầu hay gặp ở người lớn, nguyên nhân và cơ chế giống như gãy trên lõi cầu. Đây là loại gãy thấu khớp, đường gãy có hình chữ T hoặc chữ y và dễ có lệch diện khớp.

1. Triệu chứng lâm sàng

Gần giống như gãy trên lõi cầu xương cánh tay: khuỷu sưng nhiều, có vận động bất thường và tiếng lạo xạo; các mấu xương có thể không còn giữ nguyên do lõi cầu bị di lệch. Để chẩn đoán cụ thể cần có X quang.



Hình 31: Phương pháp đặt nẹp và đệm cho gãy liên lõi cầu (dạng chữ y)

2. X quang

Xác định đường gãy và di lệch.

3. Điều trị

Nên kéo liên tục qua mấu khuỷu trước khi bất động nẹp (xem gãy trên lõi cầu xương cánh tay).

Trường hợp di lệch phức tạp cần phẫu thuật kết hợp xương.

4. Biến chứng

Như gãy trên lõi cầu, đặc biệt dễ bị cứng khớp.

IV. GÃY LỖI CẦU NGOÀI

Gãy lồi cầu ngoài là gãy thấu khớp, mảnh gãy gồm có móm trên lồi cầu, lồi cầu (chỏm) và một phần ròng rọc. Loại gãy này thường gặp ở trẻ nhỏ. Cơ chế ngã đập phía trong móm khuỷu xuống nền cứng làm vỡ lồi cầu ngoài; các cơ trên lồi cầu kéo xuống làm lệch mặt khớp và xoay.

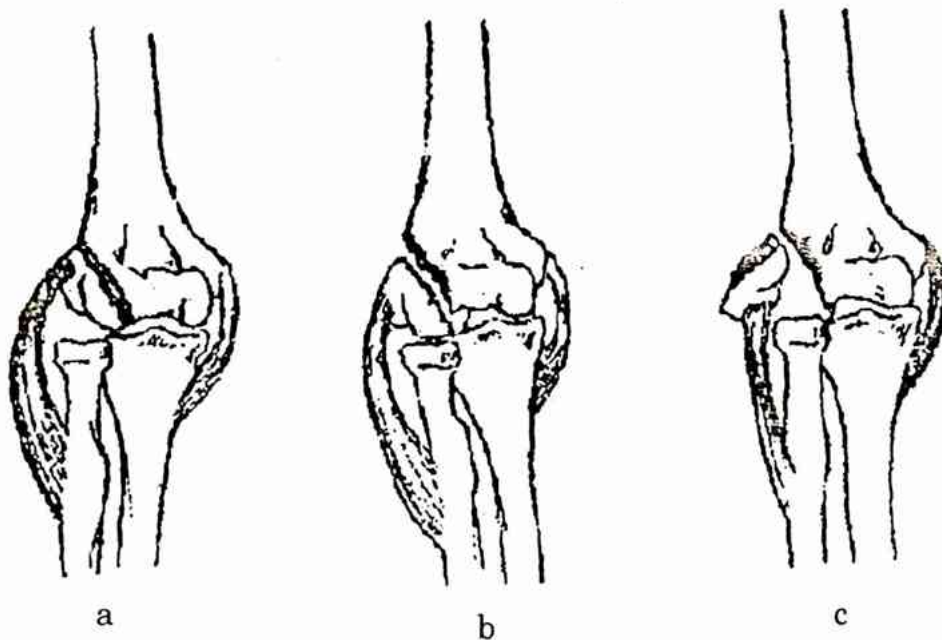
1. Triệu chứng lâm sàng

Nếu gãy không di lệch: triệu chứng nghèo nàn, chỉ có đau trên lồi cầu khi sờ nắn; khép cẳng tay hết cỡ là đau tăng.

Nếu gãy di lệch: trục xương cánh tay gấp góc mở vào trong. Móm trên lồi cầu sẽ xuống thấp hơn bình thường (khi duỗi khuỷu, ba móc khuỷu tay không còn nằm trên một đường thẳng; khi gấp khuỷu, tam giác khuỷu không còn bình thường).

2. X quang

Xác định đường gãy và di lệch.



(a) không di lệch; (b) di lệch ít; (c) mặt gãy di lệch lật xoay ra ngoài.

Hình 32: Gãy lồi cầu ngoài và các độ di lệch

3. Điều trị

Nếu di lệch ít, tiến hành nắn kín, kết hợp xuyên kim qua da. Việc nắn chỉnh với loại gãy này thường khó, đặc biệt nếu mảnh gãy di động được thì nhất thiết điều trị bằng phẫu thuật như kết hợp xương, bắt vít xóp. Việc can thiệp ở thời điểm <6 giờ sau gãy là yếu tố thuận lợi làm giảm tỷ lệ hoại tử vô mạch.

- Phẫu thuật cũng được chỉ định trong trường hợp mảnh gãy gãy nghẽn khớp.

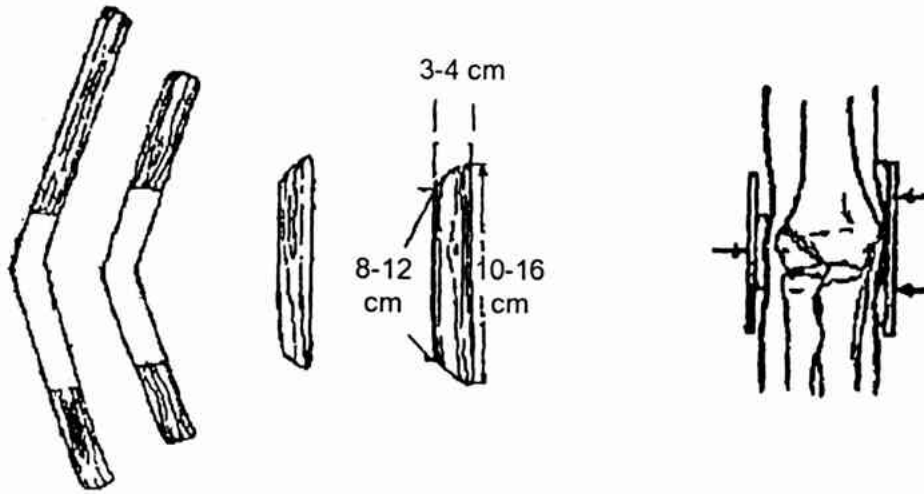
4. Biến chứng

Biến chứng sớm có thể như gãy trên lồi cầu nhưng hiếm gặp; biến chứng muộn đáng chú ý là can lệch hoặc khớp giả, liệt thần kinh trụ bị kéo căng do lệch khớp.



Hình 33 : Nắn chỉnh gãy lồi cầu ngoài

Nếu không di lệch: bó nẹp, đệm tỳ đè lên móm trên lồi cầu.



Hình 34: Bộ nẹp và phương pháp đặt nẹp, đệm.



Hình 35: Phương pháp cố định gãy lồi cầu ngoài xương cánh tay

V. GÃY MỎM TRÊN RÒNG RỌC

Gãy mỏm trên ròng rọc là loại gãy ngoài khớp, mảnh gãy là mỏm trên ròng rọc, nơi bám của cơ sấp tròn và các cơ gấp. Nguyên nhân thường là do chấn thương trực tiếp.

1. Triệu chứng lâm sàng

Nếu gãy không có di lệch: ấn đau chói tại nơi gãy, kèm theo có bầm tím phía trong khuỷu, dạng hoặc sấp cẳng tay làm đau tăng, khuỷu gấp duỗi không hạn chế.

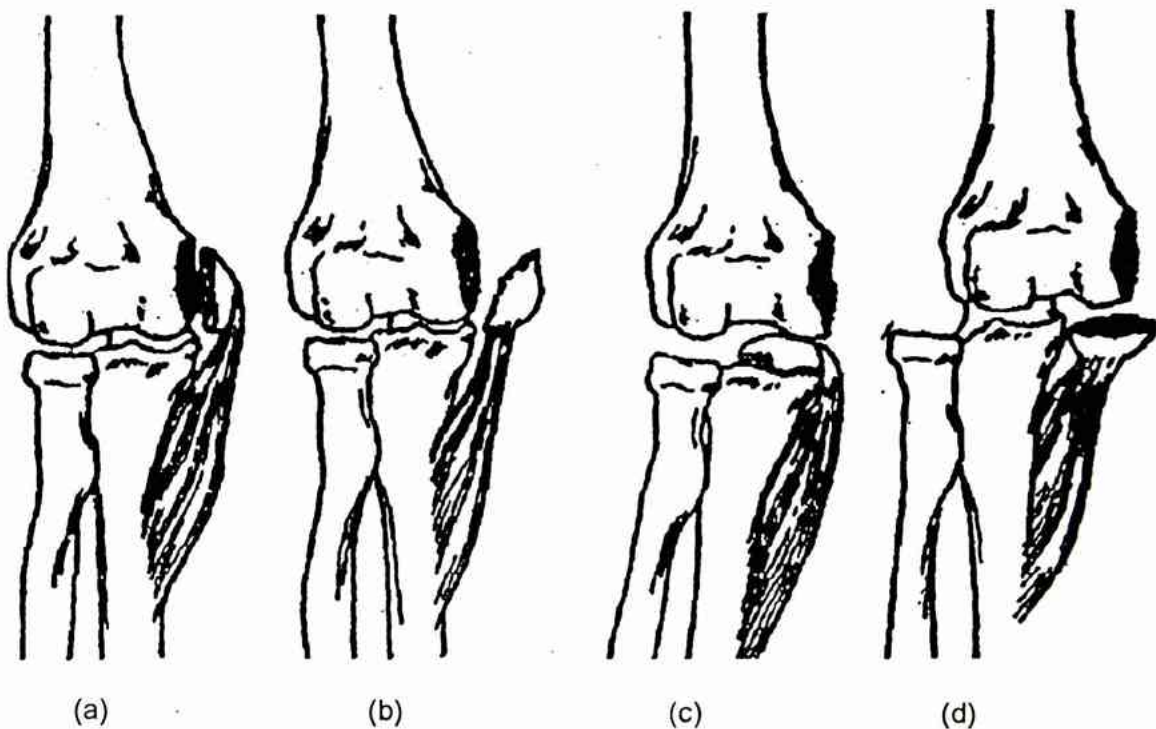
Nếu có di lệch: có thể thấy móm trên ròng rọc hạ thấp xuống, ba mốc xương vùng khuỷu không còn mối liên quan bình thường (ngược với gãy lồi cầu ngoài).

2. X quang: để xác định chẩn đoán

3. Điều trị

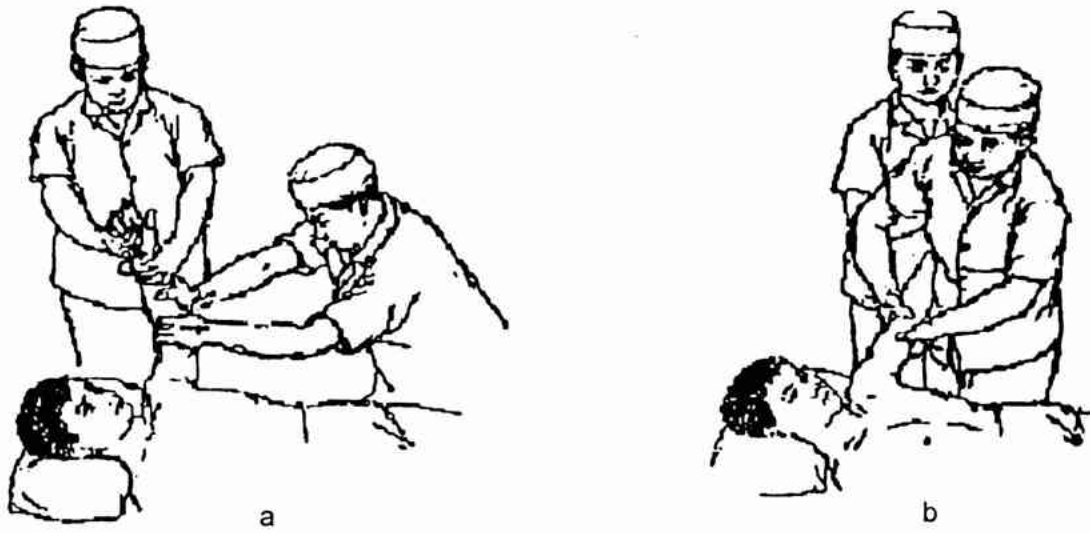
Gãy ít hoặc không di lệch: bó nẹp, đặt đệm tỳ đè lên móm trên ròng rọc, lưu nẹp 4 tuần.

Bất động tương tự gãy lồi cầu ngoài.



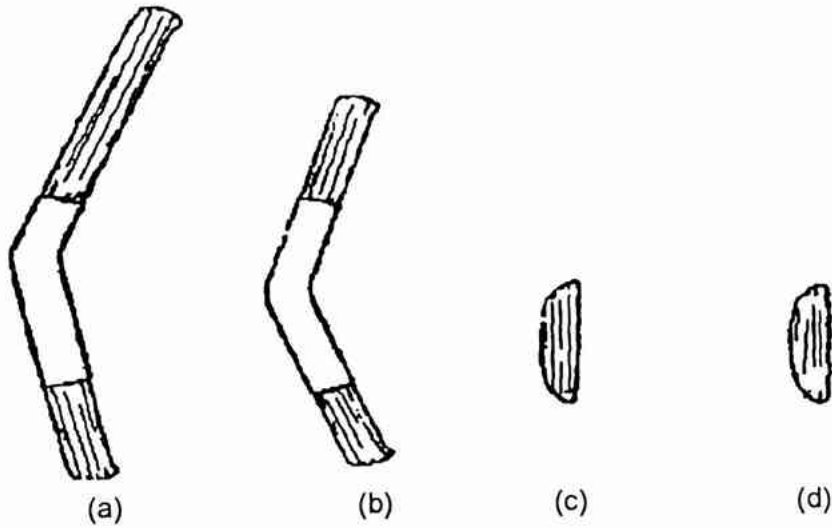
(a) ít di lệch; (b) di lệch nhiều; (c) gãy nghẽn khớp; (d) di lệch + trật khớp.

Hình 36: Gãy móm trên ròng rọc



Hình 37: Nắn chỉnh gãy mỏm trên ròng rọc di lệch

(a) Sấp cẳng tay, khuỷu gấp để chùng các cơ co kéo mảnh gãy. (b) Khi nắn trật khớp dùng đầu trên xương trụ đẩy ép mảnh gãy về vị trí.



a. nẹp sau; b. nẹp trước; c. nẹp trong; d. nẹp ngoài

Hình 38: Bộ nẹp cố định gãy mỏm trên ròng rọc.

VI. GÃY MỎM KHUYỬ

Mỏm khuỷu thường bị gãy trong trường hợp ngã chống khuỷu. Mảnh gãy bị cơ tam đầu co kéo làm di lệch gián cách giữa hai mặt gãy.

1. Triệu chứng lâm sàng

Gãy không di lệch: đau vùng mỏm khuỷu. Gấp khuỷu làm đau tăng.

Gãy có di lệch: sờ thấy khe gãy ngang mỏm khuỷu, mất cơ năng chủ động duỗi khuỷu (dơ tay lên đầu hoặc chống tay xuống bàn đều không được).

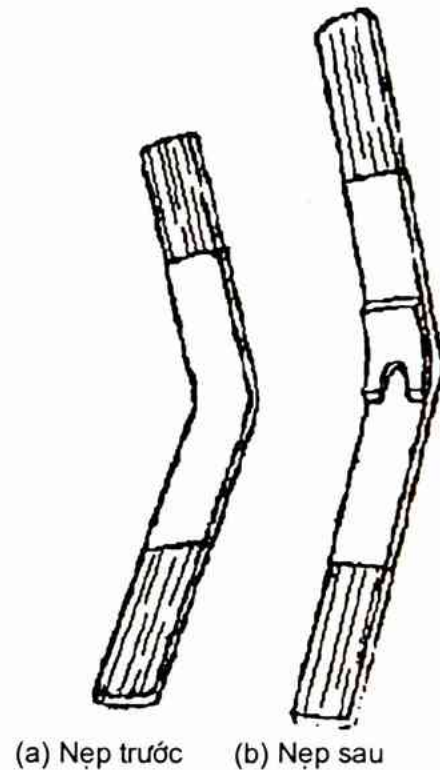
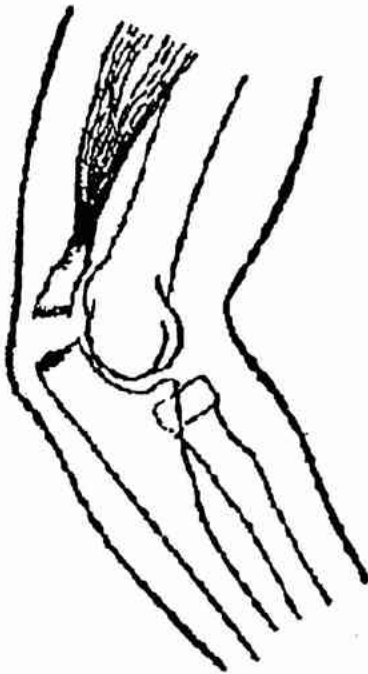
2. Điều trị

Gãy không di lệch:

Gãy có di lệch: kết hợp xương, vận động khuỷu sớm.

3. Tiên lượng

Sự gián cách giữa hai mặt gãy có thể có nguy cơ khớp giả, trật khớp khuỷu ra trước.



Hình 39: Gãy mỏm khuỷu di lệch.

Hình 40: Nẹp bất động gãy mỏm khuỷu.

VII. GÃY ĐẦU TRÊN XƯƠNG QUAY

Thường gặp hai loại: gãy cổ xương quay và gãy chỏm xương quay.

1. Triệu chứng

Sưng nhiều phía ngoài khuỷu, đau chói khi ấn, không gấp duỗi khuỷu được, sấp ngửa cẳng tay hạn chế.

2. X quang

3. Điều trị

- Trẻ em nếu nắn không được: phẫu thuật đặt lại, găm kim Kirchner, đôi khi phải cắt bỏ mảnh gãy.
- Người lớn: nếu nắn không được thì cắt bỏ mảnh gãy để tránh làm hạn chế vận động khớp.

GÃY XƯƠNG VÙNG CẰNG TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Cẳng tay có hai xương: xương quay và xương trụ, ở trên là khớp khuỷu, ở dưới nối với bàn tay là khớp cổ tay.

Về giải phẫu cần chú ý:

- Xương quay: đầu trên nhỏ, đầu dưới to, 1/4 trên cong ra ngoài, 1/4 dưới cong vào trong.
- Xương trụ: nằm phía trong, đầu trên to, đầu dưới nhỏ và hơi cong ra trước.
- Các khớp: khớp khuỷu gồm khớp cánh tay - trụ; quay - cánh tay và khớp quay - trụ. Khớp cổ tay gồm khớp cổ tay - quay, quay - trụ dưới.
- Các dây chằng giữ cho khuỷu chỉ gấp duỗi, dây chằng vòng giữ chỏm quay áp vào xương trụ.
- Các cơ vùng cẳng tay có nhiều, mỗi cơ có chức năng riêng. Đáng chú ý là:
 - + Sấp cẳng tay: cơ sấp tròn, sấp vuông.

- + Ngửa cẳng tay: cơ nhị đầu, cơ ngửa ngón.
- + Gấp cổ tay: gấp cổ tay quay, gấp cổ tay trụ.
- + Gấp các ngón: gấp chung nông à gấp chung sâu.
- + Duỗi các ngón: cơ duỗi chung các ngón.
- + Gấp khuỷu: cơ nhị đầu, cơ cánh tay trước, cơ cánh tay quay.
- + Duỗi khuỷu: cơ tam đầu.

Một trong những chức năng quan trọng của cẳng tay là sấp, ngửa. Chức năng này phụ thuộc vào: độ cong sinh lý của xương quay, màng liên cốt, khớp quay trụ trên và khớp quay trụ dưới, khớp quay - cánh tay, các cơ tham gia sấp và ngửa, trục xoay từ chỏm xương quay đến mỏm trâm trụ.

Khi khám vùng cẳng tay cần xem xét toàn diện cả hai xương và các khớp hai đầu xương.

Các gãy xương thường gặp:

- Gãy thân hai xương cẳng tay
- Gãy đơn thuần một xương quay hay trụ.
- Gãy trật Monteggia.

II. GÃY HAI XƯƠNG CẮNG TAY

1. Đặc điểm

Gãy hai xương cẳng tay chiếm khoảng 15 - 20% các gãy xương vùng cẳng tay, gặp ở mọi lứa tuổi. Đây là loại gãy xương hay có di lệch, tương đối phức tạp, nhất là gãy 1/3 trên: nắn chỉnh gặp khó khăn.

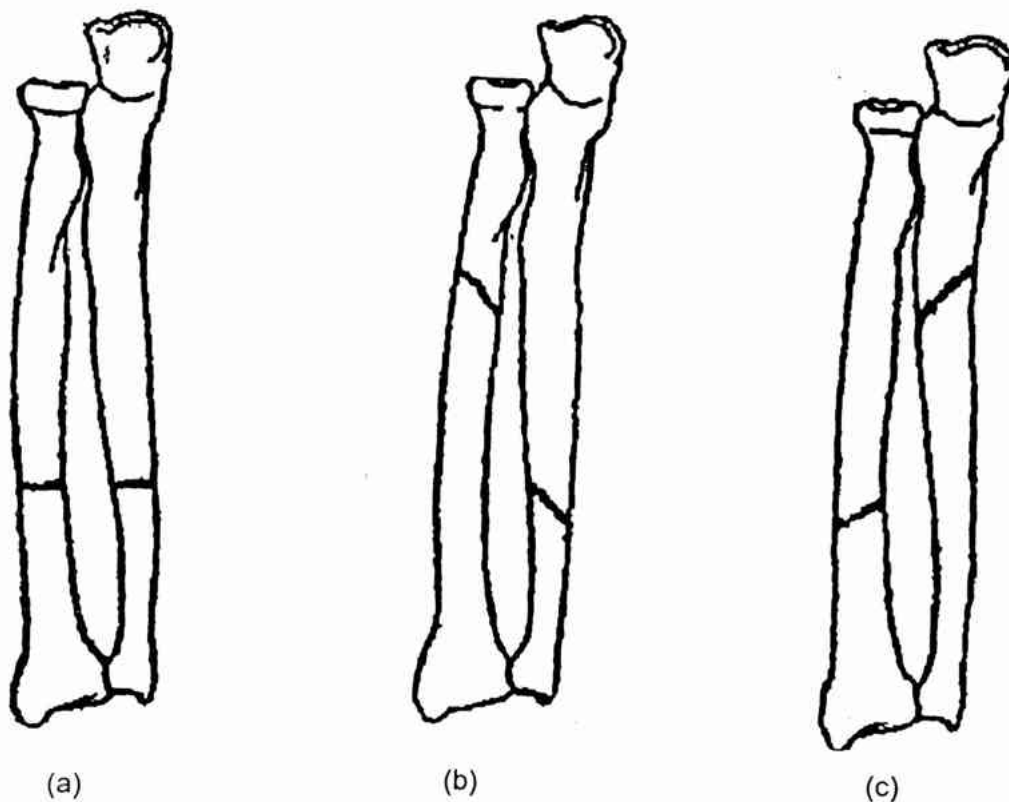
2. Nguyên nhân và cơ chế

Thường do ngã đập tay trực tiếp hoặc gián tiếp lên vật cứng, giờ tay đỡ đòn, tai nạn giao thông. Trong trường hợp ngã chống tay, khuỷu duỗi làm uốn bẻ gấp gây gãy chéo, xoắn, gãy bậc thang; hai xương thường gãy ở hai vị trí khác nhau. Ngoài ra còn có thể gãy ba đoạn, gãy có mảnh vỡ kèm theo...

3. Phân loại: chia làm hai loại chính

- Gãy 1/3 trên: trên chỗ bám của cơ sấp tròn, cơ ngửa ngón kéo đầu gãy trung tâm ra ngoài, trong khi cơ sấp tròn kéo đầu gãy ngoại vi vào trong (hình 42). Ngược lại nếu gãy dưới chỗ bám của cơ sấp tròn, đầu gãy đoạn trung tâm bị cơ sấp tròn kéo vào trong (hình 43).

- Gãy 1/3 giữa và 1/3 dưới: gãy dưới chỗ bám của cơ sấp tròn, trên cơ sấp vuông. Đoạn trung tâm ngửa nhẹ nhờ sự trung hoà lực co kéo của cơ xương dài và cơ sấp tròn.



(a). gãy do lực trực tiếp; (b). gãy do lực gián tiếp; (c). gãy do cả hai loại lực trên.

Hình 41: Gãy hai xương cẳng tay

4. Chẩn đoán

Dựa vào bệnh sử và triệu chứng lâm sàng để tìm.

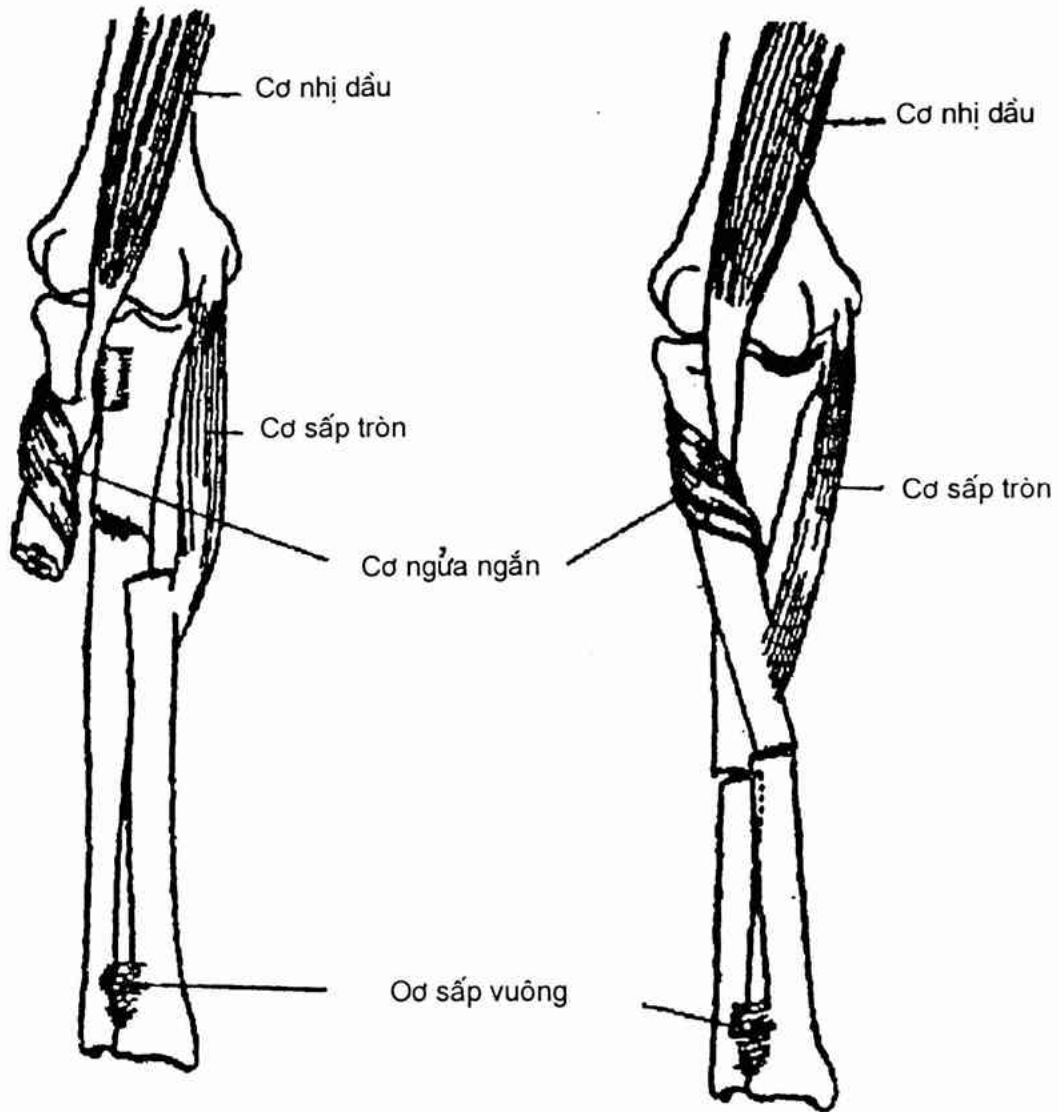
Các dấu hiệu chắc chắn: biến dạng chi, cử động bất thường, tiếng lạo xạo.

Các dấu hiệu không chắc chắn: điểm đau chói, sưng, mất cơ năng và đau khi gõ dồn từ xa.

X quang: trên phim chụp lấy cả hai khớp cho biết vị trí và di lệch của gãy.

5. Điều trị

Chú ý khi nắn: gãy 1/3 trên phải để cẳng tay ngửa hoàn toàn; gãy 1/3 dưới thì để ngửa nhẹ. Chú ý tách hai xương quay và trụ làm căng màng liên cốt, tránh hoặc hạn chế động tác sấp ngửa cẳng tay khi xương liền.



Hình 42. Xương quay gãy
trên điểm bám của cơ sấp tròn

Hình 43. Xương quay gãy
dưới điểm bám của cơ sấp tròn

6. Biến chứng và tiên lượng

a. Biến chứng sớm

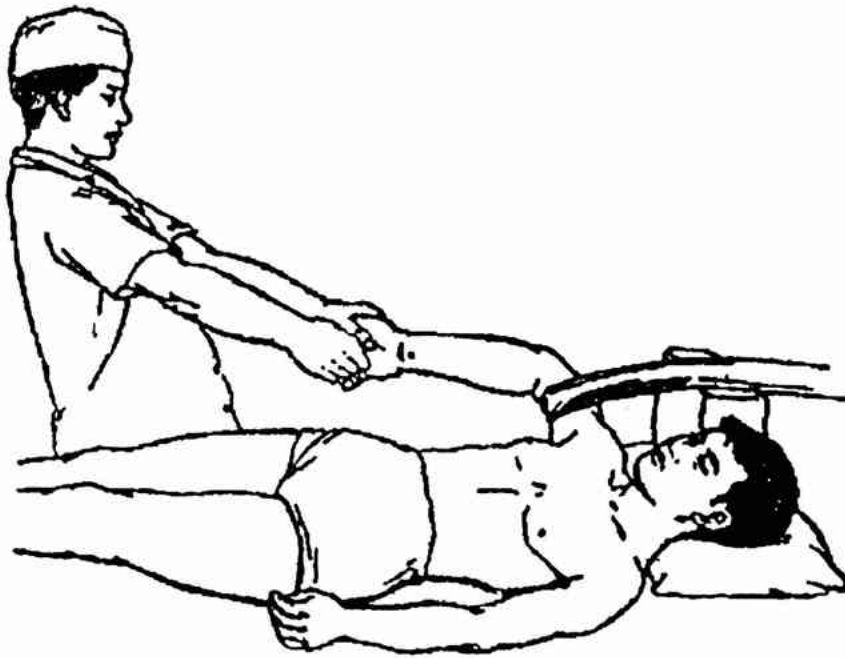
Sốc, hội chứng chèn ép khoang, chèn ép mạch máu và thần kinh, gãy hở.

b. Biến chứng muộn

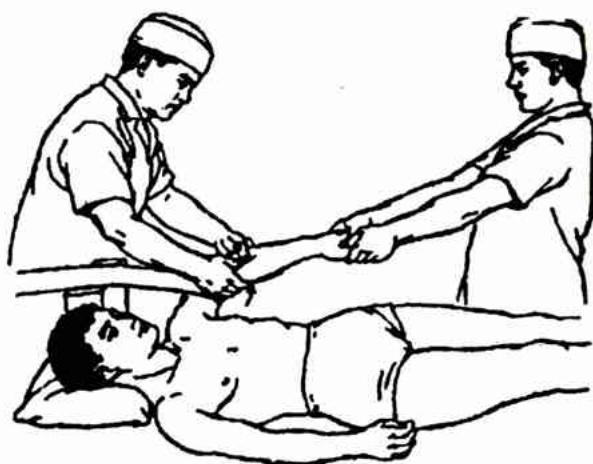
- Can lệch: chông ngấn hoặc gấp góc, xoay hoặc khoảng cách giữa hai xương quay - trụ bị thu hẹp hình chữ K, X... làm cản trở chức năng sấp ngửa. Có thể gặp khớp giả do bị chèn cơ giữa hai mặt gãy, gãy nhiều mảnh, mất đoạn xương, dinh dưỡng kém...
- Hội chứng Volkmann: thoái hoá xơ teo cân cơ, thần kinh căng, bàn tay.
- Rối loạn dinh dưỡng do bất động lâu ngày, không tập luyện dẫn đến teo cơ, loãng xương...

7. Tiên lượng

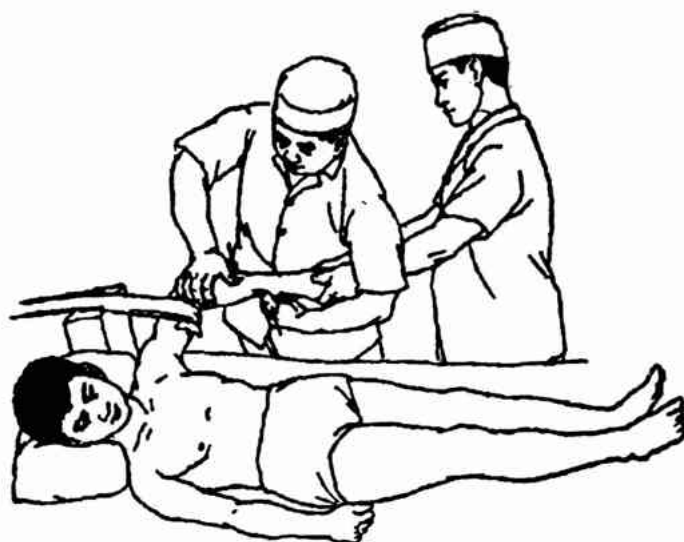
Gãy 1/3 trên, nếu nắn chỉnh thất bại cần kết hợp Tây y (phẫu thuật).



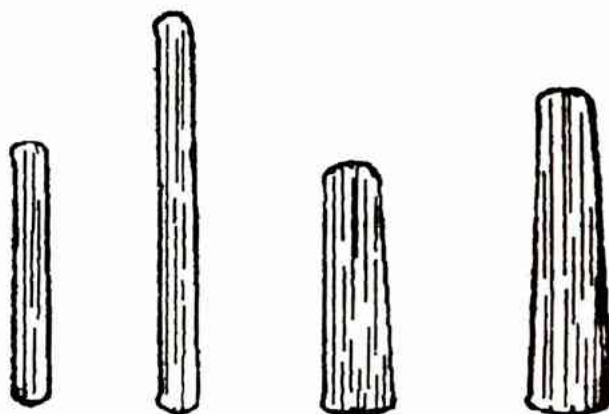
Hình 44. Phương pháp kéo trong nắn chỉnh gãy hai xương cẳng tay



Hình 45. Giảm lực kéo, đồng thời tách hai xương trụ và quay.



Hình 46. Nắn sửa di lệch xương quay.



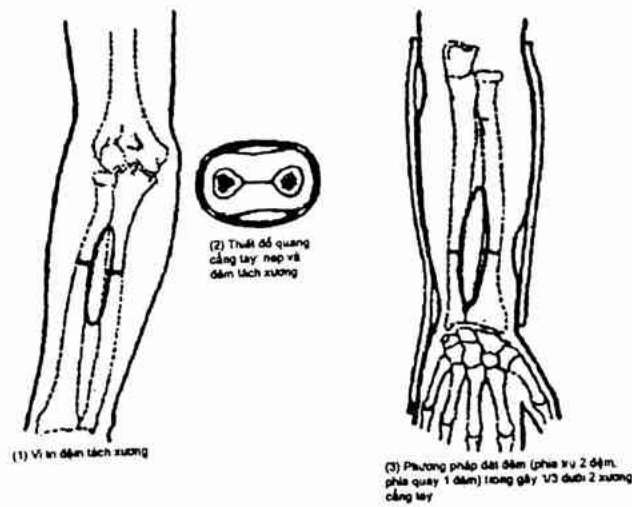
Hình 47. Bộ nẹp cố định gãy xương cẳng tay.



Hình 48. Gấp nhẹ theo chiều trước – sau, ấn, bóp, chỉnh di lệch



Hình 49. Lắc nhẹ để hai mặt khớp tăng tiếp xúc



Hình 50. Cách đặt nẹp và đệm trong gãy hai xương cánh tay

III. GÃY ĐƠN THUẦN MỘT XƯƠNG QUAY HOẶC TRỤ

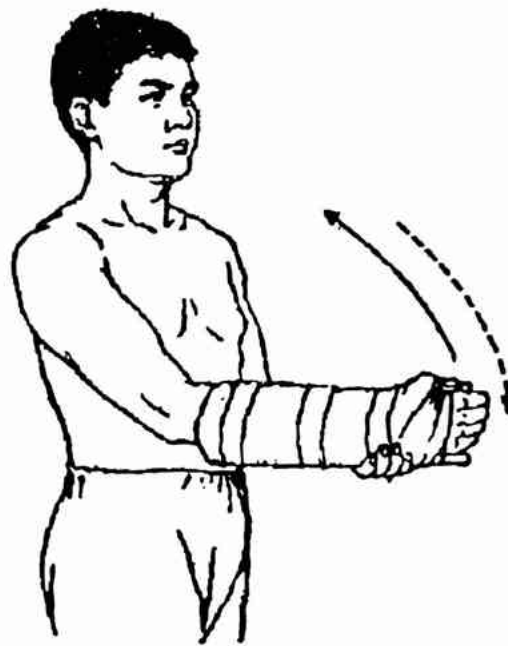
Thường gặp gãy 1/3 giữa xương quay hoặc 1/3 dưới xương trụ.

1. Triệu chứng lâm sàng

Bệnh nhân mất cơ năng không hoàn toàn, biến dạng không rõ, sưng nề, đau chói vùng gãy, có thể phát hiện tiếng lạo xạo, ấn dọc xương lành không đau. Cần chụp X quang toàn bộ cẳng tay. Trường hợp gãy di lệch nhiều thường khó nắn.



Hình 51. Treo cẳng tay có ván đỡ;
cọc định vị cẳng tay (nửa sấp nửa ngửa)



Hình 52. Tập vận động khớp khuỷu

2. Điều trị

Như gãy hai xương cẳng tay. Ưu tiên chỉnh hình xương quay; trong một số trường hợp, nếu chỉ gãy xương trụ đơn thuần, việc nắn chỉnh di lệch không cần cầu toàn, đôi khi để việc nắn di lệch xương quay, người ta làm gãy xương trụ ở đoạn 1/3 dưới là đoạn dễ chỉnh hình.

3. Biến chứng

Gãy 1/3 dưới xương trụ dễ bị khớp giả do dinh dưỡng tại chỗ kém hơn nơi nhiều cơ bao phủ.

IV. GÃY TRẬT MONTEGGIA

1. Đặc điểm

Gãy Monteggia là gãy 1/3 trên xương trụ kèm theo trật khớp quay - trụ trên (do đứt dây chằng vòng). Trường hợp đến muộn thường khó nắn, dễ bị di lệch tái phát; dễ bị cứng khớp khuỷu.

2. Nguyên nhân và cơ chế

Ngoại lực vừa tác động trực tiếp lẫn gián tiếp. Xương trụ gãy do lực tác động trực tiếp; xương quay trật do lực gián tiếp.

3. Phân loại

- Thể duỗi: chỏm xương quay trật ra trước, xương trụ gãy mở gấp góc ra sau (thường gặp).
- Thể gấp: chỏm xương quay trật ra sau, xương trụ gãy gấp góc mở ra trước (ít gặp).

4. Chẩn đoán

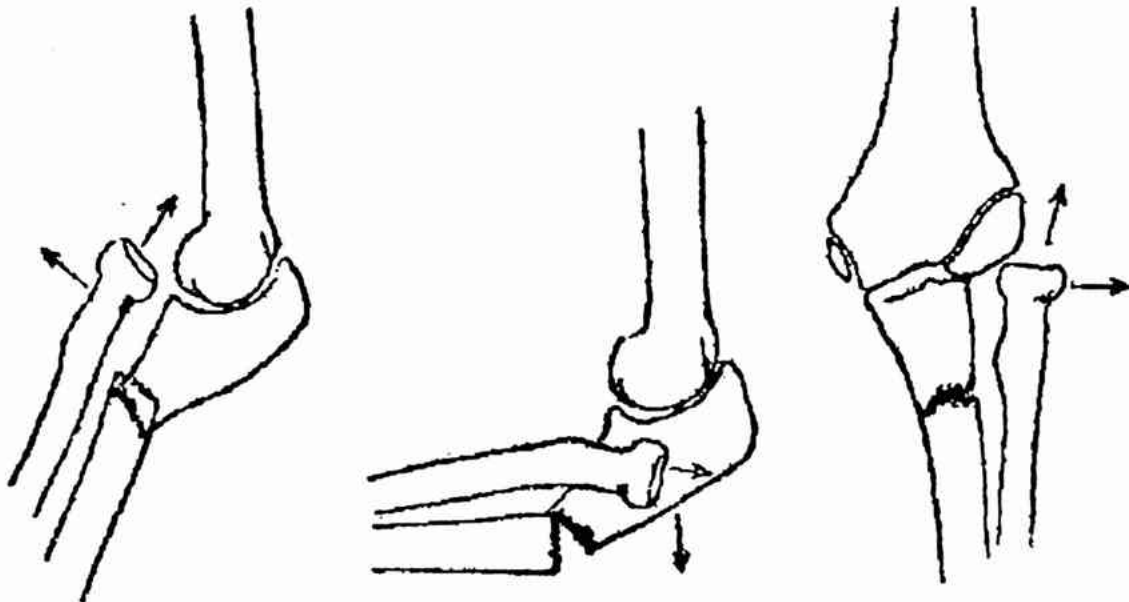
Dựa vào cơ chế chấn thương ngã đập cẳng tay vào vật cứng hoặc đồ dòn.

a. Lâm sàng

- Dấu hiệu gãy xương trụ: sưng 1/3 trên cẳng tay phía trụ; biến dạng gấp góc mở ra sau (hoặc ra trước).
- Dấu hiệu trật khớp quay - trụ trên: trật khớp cánh tay - quay, trật chỏm quay làm chỏm quay không còn ở vị trí bình thường; mất động tác sấp ngửa cẳng tay.

b. X quang

Mất khe khớp cánh tay - quay, cái chấm của chữ i (lồi cầu) không còn nằm trên đỉnh chữ i (chỏm xương quay).

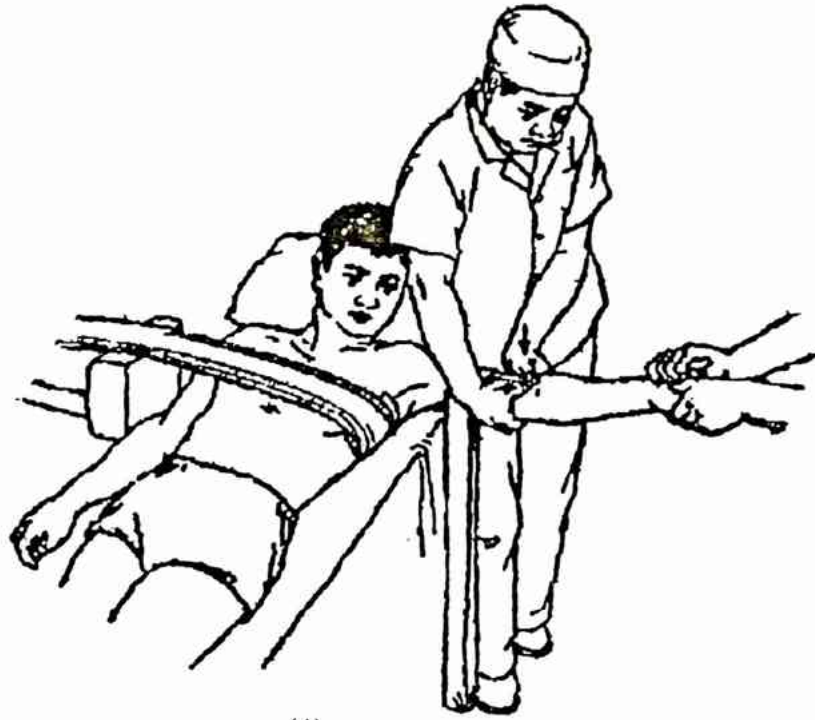


(1) Gãy đuôi

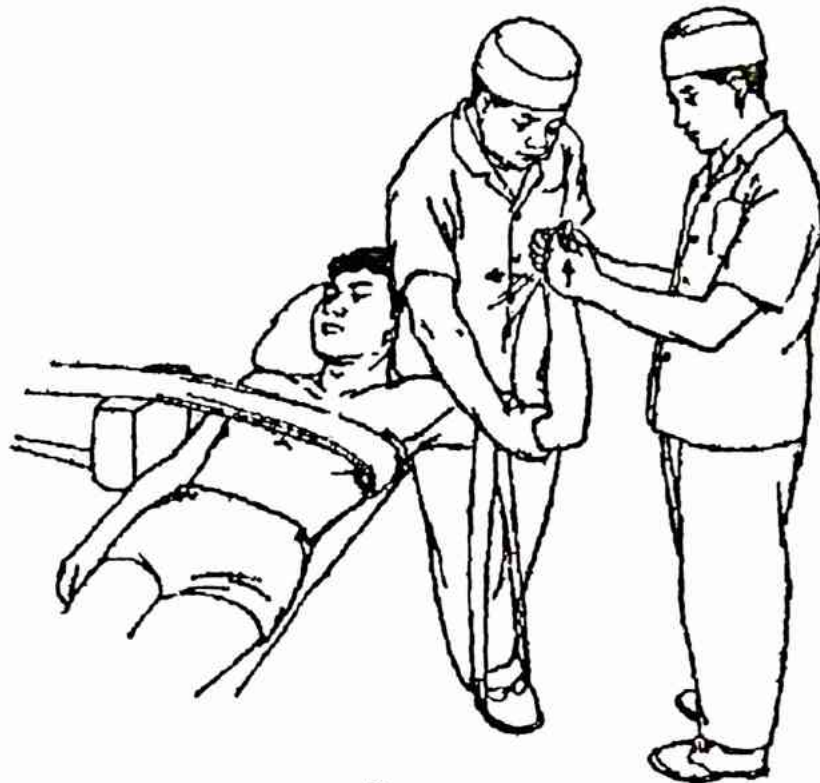
(2) Gãy gấp

(3) Gãy còi

Hình 53. Gãy Monteggia và loại hình di lệch cơ bản.



(1)



(2)

Hình 54. (1); (2) Nắn trật chỏm xương quay.

5. Điều trị

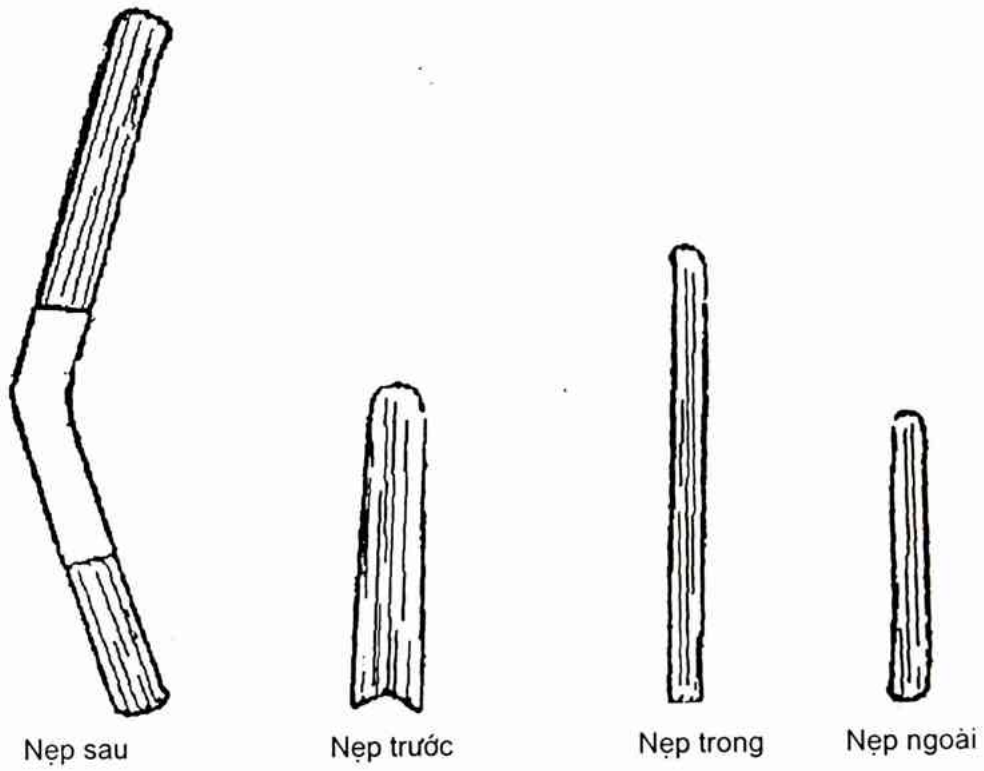
- Bảo tồn: chỉ định cho các gãy kín, mới, nắn thành công. Chỏm xương quay chỉ đưa về vị trí khi kéo nắn hết di lệch chồng của xương trụ. Sau nắn cho khuỷu gấp tối đa, kiểm tra vị trí chỏm quay; cố định cẳng tay trong tư thế nửa ở giai đoạn đầu (2 tuần), tiếp theo ở tư thế nửa sấp, nửa ngửa.
- Phẫu thuật: khi nắn chỉnh thất bại.

6. Biến chứng và tiên lượng

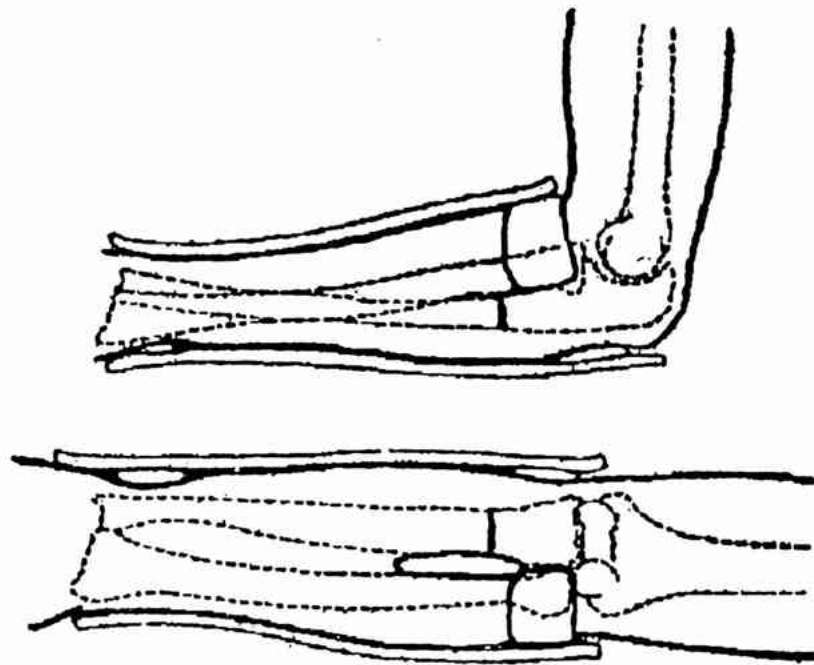
- Biến chứng sớm: gãy hở; chèn ép dây thần kinh quay do chỏm quay tỳ đè vào.
- Biến chứng muộn: can lệch, khớp giả xương trụ, chỏm quay không vào vị trí, mất chức năng sấp ngửa cẳng tay, khuỷu không gấp được tối đa.



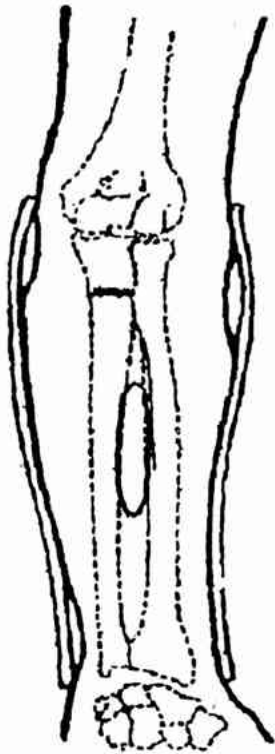
Hình 55. Nắn chỉnh di lệch xương trụ trong gãy Monteggia



Hình 56. Bộ nẹp bất động gãy Monteggia



Hình 57. Vị trí đặt nẹp, đệm cố định gãy duỗi Monteggia.



Hình 58. Đặt ba đệm
trong gãy Monteggia



Hình 59. Gãy duỗi Monteggia
cố định khuỷu gấp 700 – 800 bằng số 8

V. GÃY 1/3 DƯỚI XƯƠNG QUAY KÈM THEO TRẬT KHỚP QUAY TRỤ DƯỚI (GÃY GALÉAZZI)

1. Nguyên nhân

Thường do ngã chống tay trong tư thế cổ tay duỗi.

2. Giải phẫu bệnh

Gãy 1/3 dưới xương quay, rách màng liên cốt, rách dây chằng cổ tay và có thể gãy mỏm trâm trụ.

3. Chẩn đoán

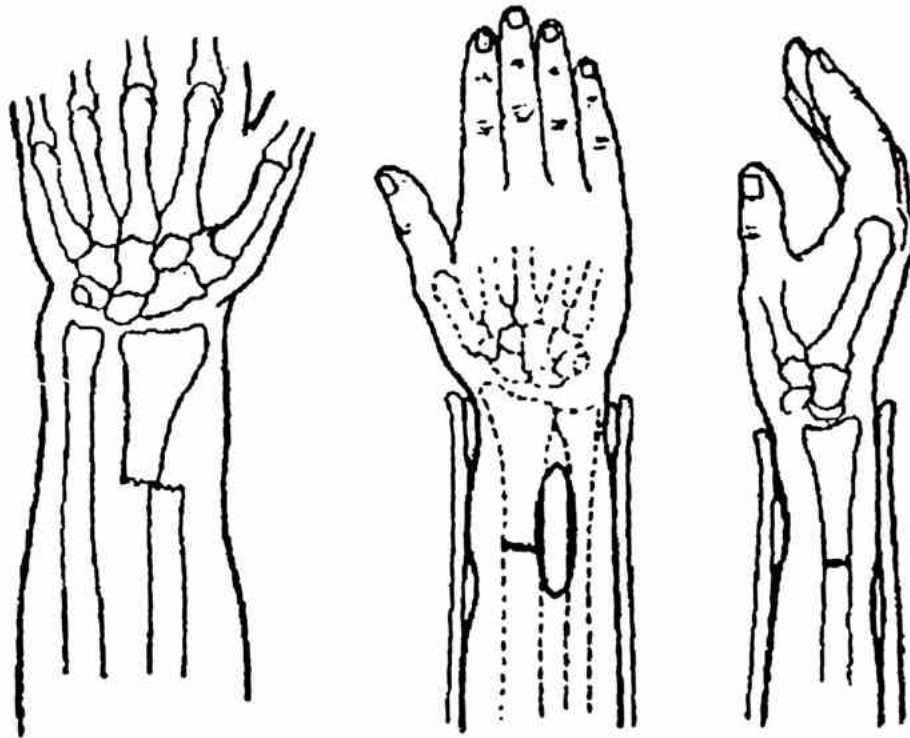
a. Lâm sàng

Sưng và biến dạng 1/3 dưới xương quay: trong trường hợp điển hình có thể thấy cẳng tay gấp góc mở ra ngoài, cổ tay nghiêng về bên quay, mỏm trâm quay lên cao hơn mỏm trâm trụ.

b. X quang

Xác định tổn thương.

4. Điều trị bảo tồn



Hình 60. Gãy 1/3 dưới xương quay kèm trật khớp quay trụ dưới. Vị trí đặt nẹp đệm cố định.

GÃY XƯƠNG VÙNG CỔ TAY

Cổ tay là nơi khớp tiếp nối cẳng tay với bàn tay. Về giải phẫu cần chú ý:

- Đầu dưới xương quay

- Đầu dưới xương trụ
- Xương thuyền, xương bán nguyệt.
- Khớp quay - cổ tay.
- Khớp quay - trụ dưới.

Các dây chằng ở cổ tay rất phức tạp, để giữ khớp quay - trụ dưới có dây chằng tam giác.

Phía trước cổ tay có ống cổ tay, là một khoang chứa gân gấp, thần kinh giữa, có thể bị đè ép khi có gãy xương.

Khi khám xét lâm sàng, có những tiêu chuẩn hay được chú ý tới là:

- Khoảng cách hai mỏm trâm quay và trụ: bình thường mỏm trâm quay xuống thấp hơn mỏm trâm trụ khoảng 1 - 1,5 cm.
- Hồ lồi: vùng giải phẫu dưới mỏm trâm quay giới hạn bởi gân cơ duỗi và dạng dài ngón cái, nơi đây có nhánh cảm giác của thần kinh quay đi qua nên bình thường bóp vào đáy hồ lồi cũng đau.
- Xương bán nguyệt ở phía trước cổ tay, nơi tiếp giáp giữa ô mô cái và ô mô út.

Trên phim chụp X quang cổ tay bình thường:

Trên phim thẳng:

- Kẻ đường thẳng ngang qua mỏm trâm quay và mỏm trâm trụ: khoảng cách giữa hai đường này là 1 - 1,5cm.
- Kẻ đường nối hai mỏm trâm, đường này sẽ tạo với các đường ngang một góc khoảng 10°.
- Mặt khớp đầu dưới xương quay nghiêng ngoài khoảng 25°, khe khớp quay - trụ dưới < 2mm, xương bán nguyệt có hình bốn cạnh.

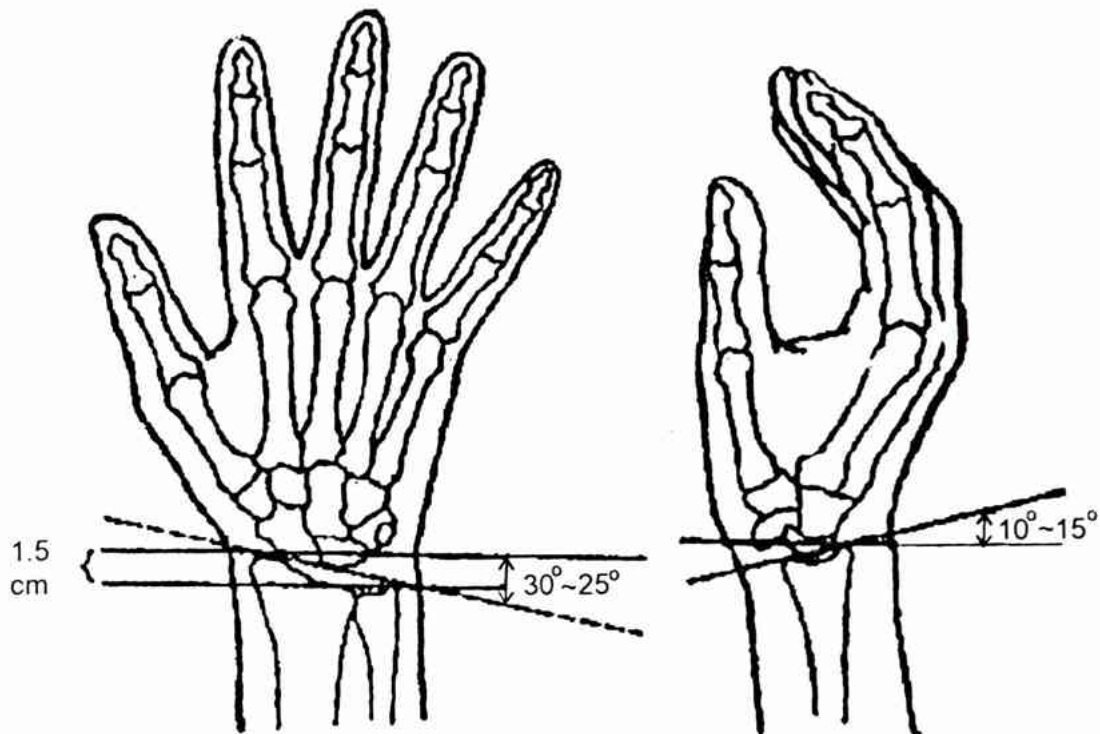
Trên phim nghiêng

- Mặt khớp đầu dưới xương quay hướng ra trước khoảng 10°, bóng xương trụ nằm chồng lên bóng xương quay.

Bệnh nhân bị chấn thương ở cổ tay thường do ngã chống tay. Cùng cơ chế này có thể nhiều tổn thương khác phối hợp như:

- Gãy mỏm trâm trụ.
- Trật khớp quay trụ dưới.
- Gãy xương thuyền.
- Trật khớp xương bán nguyệt.
- Ở người lớn tuổi còn có thể gãy cổ phẫu thuật xương cánh tay.
- Tuy nhiên gãy xương vùng này thường gặp nhất là:

- + Gãy đầu dưới xương quay.
- + Gãy xương thuyền.



Hình 61: X quang bình thường vùng cổ tay

I. GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY

1. Đặc điểm

- Gãy đầu dưới xương quay chiếm khoảng 50% các gãy xương nói chung.
- Gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng thường gặp nhất ở tuổi 50 - 60 nhất là phụ nữ mãn kinh.
- Là loại gãy gài, dễ chẩn đoán, dễ liền xương, nhưng việc điều trị không phải là đơn giản.

2. Phân loại

- Dựa vào cơ chế chia hai loại chính:

- + Gãy duỗi: do ngã chống tay, cổ tay duỗi (thường gặp nhất), đại diện cho nhóm này là Pouteau - Colles; đoạn gãy xa di lệch lên trên, ra sau và ra ngoài
- + Gãy gấp: do ngã chống tay, cổ tay gấp (loại này ít gặp hơn), đại diện cho nhóm này là Goyrand - Smith; đoạn gãy xa di lệch lên trên, ra trước và ra ngoài.
- Ngoài ra còn chia theo vị trí gãy, gồm có:
 - + Gãy ngoài khớp.
 - + Gãy thấu khớp, (trong đó có các loại như gãy bờ khớp trước, gãy mỏm trâm).
 - + Gãy Pouteau - Colles và Goyrand - Smith là những gãy xương ngoài khớp, đường gãy đơn giản. Nếu đường gãy phức tạp nhiều mảnh và thấu khớp thì không xếp vào loại gãy này. Nếu một mảnh của bờ khớp trước bị gãy di lệch lên trên, làm trật khớp cổ tay ra trước, gọi là kiểu gãy Barton.

3. Chẩn đoán

3.1. Triệu chứng lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng

Đau vùng cổ tay, vận động gấp duỗi, sấp ngửa hạn chế.

b. Triệu chứng thực thể

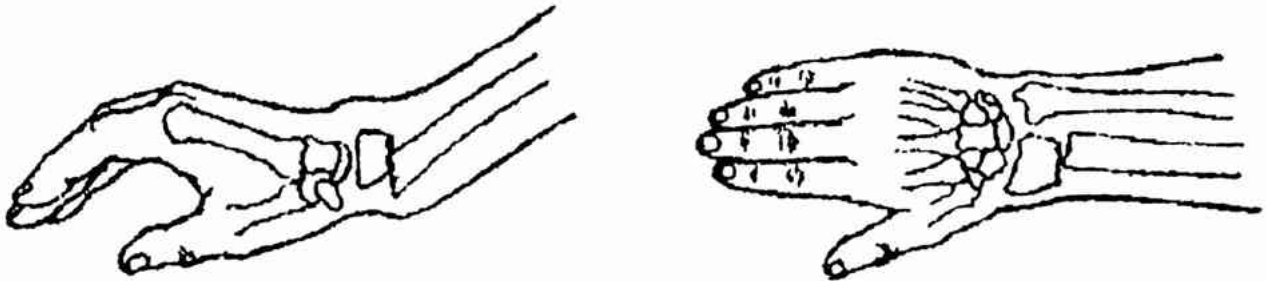
- Sưng vùng cổ tay, ít khi thấy bầm tím, nếu gãy thấu khớp sẽ thấy bao khớp căng phồng.
- Ấn đau nhói ở đầu dưới xương quay.
- Biến dạng:
 - + Mỏm trâm quay lên cao, có thể ngang bằng mỏm trâm trụ (dấu hiệu Laugier).
 - + Nhìn thẳng: trục cẳng tay kéo dài không qua ngón 3 mà lệch qua ngón 4. Biến dạng này còn được gọi là dấu hiệu lưỡi lê (đúng hơn là lưỡi lê cắm trên đầu súng) hay dấu hiệu Bayonet.
 - + Nhìn nghiêng:
 - Nếu là gãy duỗi: đầu dưới xương quay lệch ra sau tạo nên biến dạng hình lưng nĩa (hay mu thìa).
 - Nếu là gãy gấp: di lệch ngược lại, cổ tay gấp về phía lòng nhiều hơn.
- Ngoài ra cần tìm hiểu thêm các triệu chứng của thương tổn đi kèm:

- + Ấn vào giữa khớp quay- trụ dưới, nếu đau tăng có thể bong khớp quay trụ dưới.
- + Ấn mỏm trâm trụ nếu đau tăng có thể gãy mỏm trâm trụ.
- + Ấn hố lồi nếu đau tăng có thể gãy xương thuyên.
- + Ấn phía trước cổ tay, nếu đau tăng và có dấu hiệu không duỗi thẳng được ngón 3, có thể là trật xương bán nguyệt.

3.2. X quang

Nên chụp đúng tư thế cẳng tay để ngửa: phim xác định có gãy xương, đường gãy, di lệch, loại gãy và tổn thương đi kèm. Khi nghi có gãy xương thuyên nên chụp thêm phim có tư thế đặc biệt cho xương này.

- Gãy đầu dưới xương quay kiểu duỗi (Pouteau-Colles):
 - + Vị trí gãy: cách bờ khớp trước khoảng 2 cm.
 - + Đường gãy: ngang, không thấu khớp.
 - + Di lệch: chồng ngắn, sang bên ra ngoài, ra sau; gấp góc mở ra sau.



Hình 62: Gãy đầu dưới xương quay và di lệch điển hình

- Gãy Goyrand- Smith:
 - + Vị trí và đường gãy như loại Pouteau-Colles.
 - + Di lệch: chồng ngắn; sang bên ra ngoài, ra trước; gấp góc mở ra trước.

4. Điều trị

Có nhiều phương pháp điều trị, muốn chọn phương pháp nào thì cần dựa vào loại gãy, khả năng di lệch thứ phát, tuổi và nghề nghiệp bệnh nhân.

Có hai phương pháp chính:

4.1. Điều trị bảo tồn: nắn xương, bó nẹp.

a. Nắn xương

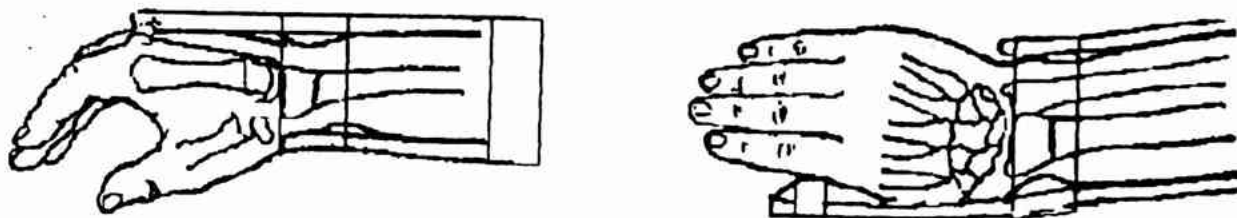
- Gây tê ổ gãy với novocain 1-2%, 10ml, gây tê vùng, thủy châm tê hoặc gây mê.
- Nắn chỉnh: kéo sửa di lệch chồng trước và nắn đoạn gãy xa theo đoạn gãy gần. Có thể nắn bằng tay (2 người nắn) hoặc bằng khung (1 người nắn).

Chú ý: chỉ kéo 1 ngón cái để lực tác động thẳng vào đầu dưới xương quay, cẳng tay nửa sấp, nửa ngửa. Kiểm tra hết di lệch chồng bằng đo chiều dài xương hoặc xem sự chênh lệch giữa hai mỏm trâm.



Hình 63. Gãy đầu dưới xương quay kiểu duỗi: kéo nắn chỉnh di lệch đoạn gãy ngoại vi theo đoạn trung tâm.

- + Gãy duỗi: nắn đoạn xa ra trước, cổ tay gấp về phía lòng 0-10°.
- + Gãy gấp: nắn đoạn xa ra sau, cổ tay duỗi 30-45°.
- + Nếu gãy không di lệch hoặc di lệch ít có thể không cần nắn mà chỉ bó nẹp.



Hình 64. Phương pháp đặt nẹp và đệm trong gãy Pouteau-Colles.

Khi bảo tồn thất bại, phẫu thuật kết hợp xương có thể là: xuyên kim Kirschner, xuyên kim qua khe gãy (phẫu thuật Kapandji): xuyên 2 - 3 kim (có thể dùng kim Kirschner) qua khe gãy và đoạn gãy gần để chốt chân đoạn gãy xa không cho di lệch; đặt nẹp ốc nhỏ, đặt cố định ngoài: dùng trong gãy hở và gãy nhiều mảnh.

5. Biến chứng và di chứng

5.1. Biến chứng sớm

- Chèn ống cổ tay: thể hiện bằng sự đè ép thần kinh giữa.
- Chèn ép thần kinh trụ và động mạch quay: ít gặp.
- Gãy hở do xương gãy đâm ra.

5.2. Biến chứng muộn và di chứng

- Can lệch: thường gặp nếu di lệch nhiều. Nếu xét thấy cần thiết sửa chữa thì điều trị phẫu thuật. Nếu lệch ít chấp nhận can lệch và tập vận động phục hồi chức năng.
- Khớp giả: rất hiếm.
- Rối loạn dinh dưỡng thường gặp, nhất là hội chứng Sudeck, hội chứng vai- bàn tay, gây đau và mất chức năng vận động cổ tay bàn tay. Rối loạn dinh dưỡng thường gặp do bệnh nhân thiếu tập luyện trong thời gian mang nẹp, nhất là điều trị theo phương pháp bó bột.

Sử dụng một trong các bài thuốc ngâm 15 - 30 phút rồi tập luyện. Tránh xoa bóp thụ động càng làm rối loạn thêm dinh dưỡng. Uống thuốc trong: bổ khí huyết, thông hoạt kinh lạc.

II. GÃY XƯƠNG THUYỀN

Xương thuyền nằm ngay dưới xương quay và trên xương thang, cho nên khi ngã chống tay, cổ tay duỗi thì nó bị kẹt giữa hai xương kia (ví như trên đe dưới búa). Vì vậy trong gãy đầu dưới xương quay cũng có khả năng gãy xương thuyền kèm theo.

Xương thuyền là một trong các xương của cơ thể có nguồn nuôi dưỡng kém (xương thuyền, xương sên, cổ xương đùi), nên khi gãy xương dễ có nguy cơ bị khớp giả.

1. Chẩn đoán

1.1. Triệu chứng lâm sàng: nghèo nàn

- Sưng vùng hõm lồi giải phẫu.
- Bóp vào đáy hố lồi: đau tăng (so với bên lành).
- Dồn dọc trục ngón I và II: đau tăng ở xương thuyền.
- Khớp cổ tay có thể vận động hạn chế vì đau.

Nếu đi kèm với gãy đầu dưới xương quay che lấp, dấu hiệu ấn hố lồi đau tăng là gợi ý có gãy xương thuyền kèm theo.

1.2. Chụp X quang

Phim chụp cổ tay thẳng và nghiêng bình thường có thể không nhìn thấy gãy xương thuyền. Trường hợp nghi ngờ nên cho bệnh nhân chụp thêm phim có tư thế chéch nghiêng cổ tay mới thấy rõ đường gãy và di lệch. Có khi tình cờ chụp kiểm tra 2 tuần sau mới thấy đường gãy.

2. Điều trị

Thường gãy không hoặc ít di lệch: không cần nắn, nhưng cần bất động. Bó nẹp to bản bàn tay tới khớp bàn ngón I, cố định nẹp bằng băng dán hoặc dây venco, lưu nẹp 8-12 tuần. Kiểm tra và điều chỉnh độ chặt của nẹp.

Một số tác giả điều trị bằng phẫu thuật kết hợp xương với các vis xương xóp nhỏ.

3. Biến chứng

- Khớp giả: do nguồn dinh dưỡng kém. Điều trị bằng kết hợp xương và ghép xương.
- Các biến chứng khác như trong gãy đầu dưới xương quay.

CHẤN THƯƠNG CÁC NGÓN TAY- BÀN TAY

Gãy xương và trật khớp các xương bàn và đốt ngón tay thường gặp trong sinh hoạt hàng ngày, do nhiều nguyên nhân như tai nạn giao thông, tai nạn thể dục thể thao. Vì là xương nhỏ nên nhiều người cho là gãy nhẹ., không chú ý điều trị cẩn thận. Vì vậy hậu quả là nhiều trường hợp mất chức năng sau khi điều trị.

Nguyên tắc điều trị:

- Nắm vững giải phẫu vùng bàn tay, ngón tay, chú ý nơi bám và chức năng của các cơ.
- Chú trọng phục hồi hình dáng giải phẫu: trục các xương bàn, trục ngón, độ dài các ngón và đầu búp các ngón.
- Bất động trong tư thế cơ năng của bàn tay khi bàn tay nghỉ hoàn toàn: bàn tay "cầm bút".
- Chỉ bất động ngón bị tổn thương, tránh làm hạn chế vận động của các ngón còn lại.
- Chú ý vận động tập luyện trong điều trị (vận động chủ động và tránh vận động thụ động mạnh) vì các khớp bàn, ngón tay dễ bị rối loạn dinh dưỡng nếu bất động lâu.
- Chụp X quang để xác định chấn đoán và tránh bỏ sót tổn thương.

I. GÃY CÁC XƯƠNG BÀN TAY

A. GÃY NỀN CÁC XƯƠNG BÀN

1. Gãy nền xương bàn I

Thường gặp do ngã chống tay với ngón cái gấp tốt đã vào gan tay (kiểu gãy của các võ sĩ quyền anh (boxer)). Cần phân biệt hai loại:

- Gãy ngoài khớp.
- Gãy thấu khớp, có thể làm trật khớp (gãy trật Bennett).

1.1. Triệu chứng lâm sàng

- Sưng nề vùng khớp thang - bàn.
- Biến dạng: có thể thấy nền xương bàn gồ ra ngoài, ngón tay cái khép vào trong.

- Đau chói ở nền xương bàn I, có thể sờ được đầu gãy nhám nhỏ hoặc đỉnh gấp góc.
- Dồn dọc trục ngón cái đau tăng.
- Hạn chế vận động khớp thang - bàn, không dạng tối đa ngón cái được.

1.2. Triệu chứng X quang

Bình thường ngón cái nằm một bên so với các ngón kia nên trên phim thẳng thấy ngón này ở bình diện nghiêng và ngược lại, tránh nhầm là di lệch xoay. Phim X quang cho biết vị trí, đường gãy và di lệch. Cần chú ý tìm di lệch gấp góc.

Gãy trật Bennett: đường gãy thường là chéo từ phía trước trong của nền xương bàn xuống khớp thang - bàn, làm trật khớp xương bàn di lệch lên trên, phía ngoài xương thang. Chú ý xem mảnh gãy còn lại lớn hay nhỏ.

1.3. Điều trị

Có thể điều trị bảo tồn: nắn bó nẹp to bản cẳng bàn tay, ngón I ở tư thế dạng và đối chiếu (tư thế nắm gôn quả bóng tennis trong lòng bàn tay). Nếu có di lệch, trước khi bó bột cần phải nắn sửa (chú ý nắn gấp góc bằng kéo theo trục ngón tay cái đẩy vào đỉnh gấp góc).

Chụp X quang kiểm tra, giữ nẹp 6 tuần.

Đối với gãy trật Bennett, nắn khó khăn hơn vì phải kéo ngón cái cho hết di lệch chồng trước khi nắn vào khớp. Đặt đệm tì nén vào nền đốt nhằm không cho trật lại.

Kiểm tra nếu còn di lệch, nắn lại ngay lần hai, nếu không thành công thì chuyển điều trị phẫu thuật.

2. Gãy nền các xương bàn II-V

Các gãy xương này thường ít di lệch. Trên lâm sàng chỉ thấy sưng, ấn đau chói, dồn dọc trục làm đau tăng. Chụp X quang xác định tổn thương.

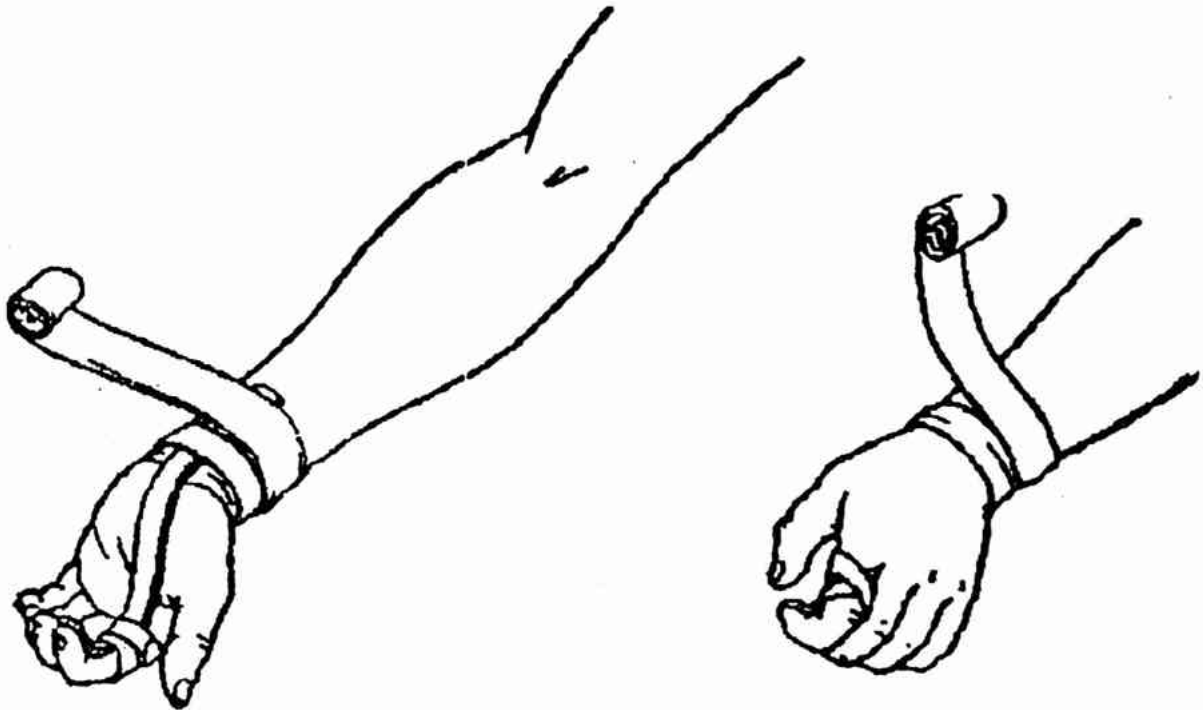
Điều trị bảo tồn bằng nẹp to bản cẳng bàn tay, giữ 4 tuần, xương thường liền tốt.

B. GÃY THÂN VÀ CHÓM CÁC XƯƠNG BÀN

Thân xương bàn là xương dài nên có thể gặp các tổn thương như các loại xương dài khác, đường gãy có thể như các loại xương dài khác, di lệch thường thấy là gấp góc mở ra trước (do cơ giun và cơ liên cốt cơ kéo).

1. Điều trị bảo tồn

- Ngón I: nắn bó nẹp to bản căng bàn tay qua khớp bàn ngón.
- Ngón II-V:
 - + Không hoặc ít di lệch: cố định trên nẹp Iselin, giữ 4 tuần.
 - + Các gãy ở chỏm, thường di lệch gấp góc về phía lòng (cơ chế như trên). Nếu di lệch ít: nắn và cố định trên nẹp Iselin; nếu gấp góc nhiều, cần để đốt I gấp 90° , nắn bằng cách dồn đẩy đốt I theo trục từ xa về gần và cố định ngón này ở tư thế đó với một nẹp dài nằm ở phía lưng ngón gãy. Chú ý độn lót để tránh loét do nẹp tỳ đè (chỏm đốt I).



Hình 65. Phương pháp nẹp kim loại (Iselin) và quấn băng cố định.

2. Điều trị phẫu thuật

Chỉ mổ khi có di lệch nhiều mà nắn không hiệu quả. Cần tập vận động tích cực để tránh cứng khớp.

II. GÃY CÁC XƯƠNG ĐỐT NGÓN TAY

1. Gãy đốt I

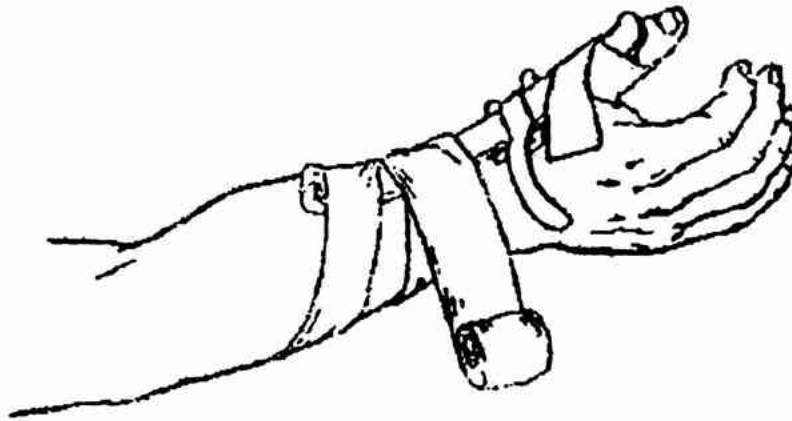
Chiếm 50% các gãy xương bàn và ngón tay. Vị trí có thể nền, thân hoặc chỏm. Đường gãy có thể ngang, chéo, xoắn, nhiều mảnh. Các gãy ở đầu xương có thể thấu khớp và làm trật hoặc bán trật khớp. Các gãy thấu khớp dễ làm hẹp khe khớp và có ảnh hưởng đến chức năng của khớp về sau:

Gãy ở thân đốt I thường có di lệch gấp góc mở ra sau cũng do cơ giun và cơ liên cốt kéo (cùng cơ chế với gãy xương bàn), ngoài ra còn có thể gặp di lệch chổng ngấn, xoay.

Điều trị:

- Bảo tồn:

Ngón cái: nẹp căng - bàn tay qua khớp liên đốt.



Hình 66. Nẹp căng - bàn tay qua khớp liên đốt.

Các ngón khác: bó bột căng - bàn tay bằng nẹp Iselin ở mặt lòng bàn tay.

Khi đặt nẹp Iselin cần chú ý:

- + Uốn nẹp trước khi đặt theo kích cỡ đo bên chi lành ở cùng tư thế.
Bên trên nẹp cần đệm lót bằng mousse để tránh tỳ đè.

- + Khi đặt nẹp vào bột, chú ý đặt theo trục của ngón tay (khi gấp, trục các ngón hướng về xương thuyền) để tránh di lệch xoay.
- + Dán băng keo cố định đốt I, II, III vào nẹp chừa đầu ngón để quan sát.
- Phẫu thuật:

Mổ để nắn và kết hợp xương: chỉ định mổ rộng rãi hơn gãy xương bàn. Thường xuyên cho bệnh nhân tập vận động các ngón và gác cao chi sau mổ.

2. Gãy đốt II

- Đối với ngón cái đó là đốt xa, được che chở một phần bởi móng tay nên ít bị tổn thương ở nền đốt là nơi bám của gân gấp và duỗi. Gãy có thể bị di lệch do cơ co kéo. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là sưng, đau nhức, bầm máu dưới móng, nếu tổn thương nơi bám của gân thì sẽ mất gấp hoặc duỗi tùy theo nơi tổn thương. Cần chụp X quang để có chẩn đoán chính xác.

Điều trị:

- + Bảo tồn: bất động cẳng - bàn tay qua khớp liên đốt, giữ 4 tuần.
- + Phẫu thuật: chỉ mổ khi đứt chỗ bám của gân.
- Đối với các ngón II-V: đốt giữa, nơi có gân gấp chung nông bám. Triệu chứng lâm sàng ngoài sưng, đau, mất cơ năng, có thể có biến dạng.
 - + Gãy dưới chỗ bám của gân: gấp góc mở về phía lòng.
 - + Gãy trên chỗ bám của gân: gấp góc mở về phía lưng.

Điều trị:

Chỉ cần bất động ngón tay kiểu đuôi, các khớp liên đốt gấp khoảng 30°. Cũng có thể bó nẹp cẳng - bàn tay bằng nẹp Iselin. Nếu gãy có di lệch, cần nắn trước khi làm bất động để đốt xa duỗi, nếu gãy gấp góc về phía lòng bàn tay; để đốt xa gấp nếu gãy gấp góc về phía lưng.



Hình 67. Phương pháp nắn chỉnh gãy xương ngón tay.

3. Gãy đốt III

Đốt này được che chở một phần bởi móng tay, vì vậy thường ít di lệch. Ở nền đốt là nơi bám của gân gấp sâu và chệch gân duỗi đốt III. Có thể gãy gấp đứt chỗ bám gân duỗi (gãy Busch) trong các chấn thương làm gấp quá mức đốt xa. Trên lâm sàng bệnh nhân đau chói khi ấn phía sau nền đốt III, đốt III bị co gấp lại và bệnh nhân không duỗi được đốt xa.

Điều trị:

- Gãy không di lệch: chỉ cần quấn băng keo quanh đốt III và đốt II, đốt gãy để gấp nhẹ $20-30^{\circ}$ để 4 - 6 tuần.
- Gãy dưới chỗ bám gân duỗi: bất động trong tư thế duỗi quá mức đốt III.



Hình 68. Phương pháp cố định gãy đốt III ngón 2.

III. CÁC CHẤN THƯƠNG KHÁC CẦN CHÚ Ý

1. Trật khớp bàn-ngón I

Loại trật khớp này có biến dạng rất điển hình như chữ Z. Trong điều trị cần chú ý cách nắn, bởi vì nơi đây có xương vừng (được giữ bởi vành đai xương vừng), dễ bị kẹt vào khe khớp và không thể nắn được nữa, phải mổ. Cách nắn đúng được mô tả bởi Farabeuf (từ 1889) là phải bẻ uốn thêm và đẩy nền đốt I về chỏm xương bàn nhằm đưa xương vừng ra trước, trước khi kéo thẳng đốt I và gấp về phía lòng. Sau nắn nên bất động cẳng - bàn tay đốt I ngón cái và cố định 3 tuần.

2. Bong gân khớp bàn - ngón I

Do đứt dây chằng trong khớp bàn - ngón bởi chấn thương dạng quá mức ngón cái, triệu chứng lâm sàng là đau khi ấn phía trong khớp bàn - ngón, có cử động bất thường dạng (+).

Cần phát hiện sớm tổn thương này để điều trị sớm thì kết quả tốt, còn để muộn thì gây đau dai dẳng, mất cơ năng và điều trị phải tạo hình rất phức tạp.

XỬ TRÍ VẾT THƯƠNG BÀN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Bàn tay: là một cơ quan hoạt động nhiều nhất ở chi trên, là nơi tiếp xúc, sờ mó, cầm nắm mọi vật. Vì vậy rất dễ bị tổn thương, vết thương bàn tay có nhiều loại, có thể có nhiều mô tổn thương như da, dưới da, gân, xương, thần kinh, mạch máu. Có trường hợp đơn giản nhưng cũng có trường hợp rất phức tạp, nhiều khi chẩn đoán khó, phải mổ mới xác định được. Để điều trị tốt vết thương bàn tay cần có kiến thức chuyên khoa sâu. Tuy nhiên đối với các bác sĩ đa khoa cũng cần biết một số kiến thức cơ bản.

Việc điều trị vết thương bàn tay cần chú ý 3 vấn đề:

- Lành vết thương: vết thương không bị nhiễm trùng, viêm tấy.
- Phục hồi chức năng: bàn tay và các ngón tay vận động được các khớp không hạn chế để đảm bảo cầm nắm vững chắc và thực hiện

được các động tác tinh vi, khéo léo; đồng thời không bị đau nhức và mất cảm giác khi sờ mó mọi vật.

- Thảm mĩ: bàn tay là một cơ quan tạo nên vẻ đẹp của con người. Vì vậy điều trị cũng phải chú ý khía cạnh này.

2. Bàn tay có nhiều khớp và rất dễ bị rối loạn dinh dưỡng (phù nề góp phần gây nên rối loạn dinh dưỡng, nên dễ làm mất chức năng. Do đó, một yêu cầu thiết yếu trong điều trị là làm thế nào để tập vận động được sớm mới đạt kết quả cơ năng tốt nhất.

3. Được xếp vào vết thương bàn tay tất cả những vết thương từ cổ tay đến đầu các ngón tay. Quan sát về giải phẫu, bàn tay tuy là một bộ phận nhỏ bé nhưng cấu trúc rất phức tạp. Để chẩn đoán, cần phải khám kỹ mĩ cẩn thận để tránh bỏ sót tổn thương vì đã có bỏ sót các vết thương bàn tay cần phải mổ. Việc khám trước mổ rất quan trọng nhất là khám về gân, thần kinh (vì cần sự hợp tác của bệnh nhân). Khám trước mổ càng chính xác càng tốt để có hướng điều trị và khám lại trong lúc mổ để có chẩn đoán chính xác hơn và giúp điều trị đúng hơn. Khi mổ vết thương bàn tay nên có bộ dụng cụ nhỏ, cất lọc tiết kiệm. Trong các vết thương phức tạp phẫu thuật viên nên mang kính lúp phẫu thuật để nhìn cho rõ.

4. Những thông tin gì cần biết khi tiếp xúc bệnh nhân

Cũng như các trường hợp chấn thương khác, việc khai thác bệnh sử rất quan trọng, cần phải hỏi bệnh nhân về:

- Tuổi, nghề, nghiệp.
- Nguyên nhân và cơ chế gây thương tích.
- Thời gian từ khi bị thương đến lúc khám bệnh.
- Đã xử trí gì, chú ý các thuốc đã dùng như kháng sinh, tiêm phòng uốn ván.
- Thuận tay mặt hay tay trái.
- Khi khám cần chú ý:
 - + Vùng bị thương tích: bàn tay, ngón tay, mặt lưng, mặt lòng, kẽ ngón.
 - + Các mô nào tổn thương.
 - + Loại tổn thương: để đánh giá về tổn thương giải phẫu và nguy cơ nhiễm trùng.
 - Loại I: vết thương cắt đứt gọn tổn thương giải phẫu vừa, nguy cơ nhiễm trùng: + đến +++.
 - Loại II: vết thương dập nát, tổn thương giải phẫu nhiều, nguy cơ nhiễm trùng: +++.
- + Ngoài ra còn phải chú ý đến các vết thương đặc biệt như:

Lột da (như lột găng).

Dứt lia có thể gọn hoặc dập nát nhiều tùy nguyên nhân và cơ chế.

5. Trong bất kỳ loại tổn thương nào, ngoài việc khám lâm sàng thì việc chụp X quang bàn tay 2 tư thế thẳng và nghiêng là cần thiết. Phim X quang giúp chẩn đoán chính xác các gãy xương và các dị vật cản quang.

II. KHÁM VÀ XỬ TRÍ CÁC MÔ TỔN THƯƠNG

1. Da và mô dưới da

Da và mô dưới da ở lòng bàn tay dày và ít di động hơn ở phía mu tay. Da mặt lòng nhất là các đầu búp ngón là nơi bàn tay tiếp xúc, sờ mó, nếu có vết thương để lại sẹo vùng này thường gây đau khi tiếp xúc. Trong da có nhiều mạch máu, thần kinh cảm giác, phải khám kỹ để biết có tổn thương gì bên dưới (mạch máu, thần kinh, gân). Vết thương làm mất da (mất tự nhiên hoặc do cắt lọc bỏ) dễ làm lộ gân, xương, khớp. Khi mổ cắt lọc phải hết sức tiết kiệm (chỉ loại bỏ mô dập nát nhiều). Khi cần mở rộng vết thương phải cẩn thận chọn những đường mổ thích hợp (không để lại sẹo nơi tiếp xúc; không làm tổn thương gân, mạch máu, thần kinh). Nếu mất da nhiều không khâu được, phải tìm cách xoay da hoặc ghép da và chỉ được phép khâu da khi vết thương sạch. Ở bàn tay nhờ dồi dào mạch máu nên chỉ định này được rộng rãi hơn. Khi khâu da không được căng, ở lòng bàn tay, đầu búp ngón và vùng khớp phải có da toàn phần (có mô dưới da) che phủ. Các nơi khác có thể dùng kiểu ghép da đầy (full thickness skin graft - Wolft - Krause)

2. Mạch máu

Mạch máu ở bàn tay rất phong phú. Tuy nhiên nếu vết thương làm tổn thương hai cung động mạch ở gan tay hoặc các nhánh tận hai bên ngón tay thì có khả năng làm hoại tử ngón tay.

Triệu chứng lâm sàng của tổn thương các động mạch chính.

- Máu chảy nhiều, đỏ tươi.
- Đầu ngón buốt lạnh, xẹp.
- Dấu bấm móng tay không hồng lại (nếu hồng lại thì muộn trên 2 giây) có thể là thiếu máu (huyết áp tụt do sốc, hoặc vết thương chỉ tổn thương một phần các động mạch chính), đầu ngón có thể tê, mất cảm giác. Nếu động mạch chính bị tổn thương cần phải khâu nối lại (bằng vi phẫu).

3. Tổn thương thần kinh

Thần kinh chi phối cho bàn, ngón tay gồm các nhánh cảm giác, thần kinh giữa có nhánh quạt ngược vận động các cơ ở gò cái các nhánh vận động cơ giun. Thần kinh trụ có nhánh vận động các cơ gò út, cơ giun 4,5 và các cơ liên cốt. Dựa vào sơ đồ cảm giác liệt vận động và vị trí thương tổn mà chẩn đoán. Tuy là những nhánh thần kinh nhỏ, nhưng vì mất cảm giác sẽ làm bệnh nhân khó chịu nhiều khi bị phỏng mà không biết. Vì vậy nếu thần kinh đứt cũng cần phải khâu nối lại.

4. Tổn thương gân

Tùy theo vị trí vết thương mà có thể có các tổn thương về gân. Chúng ta phải tiên lượng trước và khám kỹ với hợp tác của bệnh nhân trước khi gây tê hoặc gây mê.

Các gân duỗi ở bàn tay, ngón tay nằm ngay dưới da mu tay còn gân nắm khá sâu ở mặt lòng. Vết thương ở hai bên ngón tay dễ làm tổn thương thần kinh và mạch máu chính còn các vết ở ngay giữa dễ làm đứt các gân gấp hoặc gân duỗi.

Gân gấp sâu bám tận ở nền đốt xa ngón tay nó có tác động làm gấp khớp liên đốt xa. Khi khám chúng ta giữ giữa đốt 2 và bảo bệnh nhân gấp đốt 3, nếu không gấp được chúng tỏ gân này đã bị đứt. Gân gấp nông thì bám tận ở hai bên nền đốt 2. Nhiệm vụ là gấp đốt 2 vào đốt 1. Tuy nhiên nếu chỉ đứt gân gấp nông còn gân gấp sâu, bệnh nhân cũng có thể gấp được đốt 2 sau khi đã gấp đốt 3. Vì vậy để chẩn đoán cần loại bỏ tác động của gấp nông bằng cách giữ không cho gấp đốt xa các ngón kế cận, nếu không gấp được đốt 2, chúng tỏ có đứt thì ngón tay sẽ ở tư thế duỗi vì bị các gân duỗi kéo. Bệnh nhân chỉ gấp được khớp bàn-ngón nhờ tác động của cơ giun và một phần bởi cơ liên cốt.

Gân duỗi chung ngón bám tận ở mặt lưng đốt 1, có nhiệm vụ duỗi khớp bàn ngón. Từ đốt 1 có những chẽ gân chạy tới đốt xa và được tăng cường bởi cơ giun và cơ liên cốt, vết thương ở mặt lưng đốt 1 ngón tay có thể làm đứt các chẽ này và bệnh nhân không duỗi được khớp liên đốt 1; chỉ làm đứt chẽ giữa của gân các chẽ gân 2 bên còn nguyên sẽ làm cho khớp liên đốt 1 bị gấp và khớp liên đốt xa bị duỗi quá mức (triệu chứng khuyết nút áo).

Trong việc điều trị, người chia làm 5 vùng cho gân gấp và 5 vùng cho gân duỗi tùy theo cấu trúc giải phẫu để có hướng xử trí đúng khi gân bị đứt.

Vùng thứ 2 của gân gấp được gọi là vùng "No man's land", nơi đây có bao gân, các gân gấp trượt trong ống bao này.

Nếu sẹo khâu gân phình to hoặc xơ dính (thường do viêm) làm hai gân sẽ dính vào nhau hoặc dính vào bao gân thì gân sẽ không trượt được. Vì vậy nhiều tác giả không chủ trương khâu gân gấp cấp cứu ở vùng này và khi đứt cả hai gân thì chỉ khâu nối một gân gấp sâu, cắt bỏ gân nông, hoặc mổ ghép gân (đưa chỗ nối ra khỏi vùng này).

Về kỹ thuật: khâu gân gấp khó hơn khâu gân duỗi, vì đòi hỏi chỗ nối vừa tiếp xúc khít nhau, vừa chắc và không phình to, xù xì. Sau khi khâu gân phải bất động cho gân đứt ở tư thế chùng trong 3 tuần. Trong thời gian này bệnh nhân chỉ được tập vận động nhẹ để các gân trượt được mà không dính vào xung quanh. Kỹ thuật Kleinert vừa bất động gân không bị căng chỗ nối, đồng thời cho phép tập vận động gân duỗi, chỗ khâu nối cũng trượt theo và không làm dính gân vào mô khác.

5. Tổn thương xương, khớp

Gãy xương hở và vết thương khớp ở bàn ngón tay thường chẩn đoán dễ nhưng cũng có khi chỉ chẩn đoán được khi mổ cắt lọc. Bao khớp ở ngón tay nhỏ nên khâu bao khớp coi như đã khâu lại dây chằng. Chẩn đoán gãy xương chính xác cần phải có phim chụp X quang. Sau khi cắt lọc vết thương cần phải bất động xương gãy. Có thể dùng bột, nẹp Iselin, kết hợp xương bằng Kirschner, nẹp vis nhỏ hoặc bằng cố định ngoài. Kim Kirscher được dùng phổ biến nhất vì đơn giản, dễ thực hiện và ít gây biến chứng. Khi xuyên kim cần tránh xuyên qua khớp để tránh làm cứng khớp để tránh làm cứng khớp và khi xuyên chéo thì nơi bất chéo không nằm ngay mặt gãy.

CÁC GÃY XƯƠNG CHI DƯỚI

GÃY XƯƠNG VÙNG ĐÙI

I. GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI

Gãy cổ xương đùi là loại gãy thường gặp ở người già, lâu lành, có nhiều biến chứng. Khi có điều kiện có thể can thiệp phẫu thuật sớm.

Đây là vấn đề nóng bỏng của chấn thương chỉnh hình. Trong hơn một thế kỷ nay, có nhiều tiến bộ trong việc chẩn đoán và điều trị gãy cổ xương đùi. Trong lĩnh vực chẩn đoán còn một biến chứng chưa thể biết rõ ngay từ đầu là hoại tử chỏm. Việc điều trị biến chứng này còn là vấn đề nan giải, chưa có hướng hoàn hảo. Các tài liệu sách báo lúc nào cũng đề cập đến gãy cổ xương đùi và ở nơi chỏm nào đều có thể gặp một bệnh nhân bị gãy cổ xương đùi do đó việc hiểu biết về loại gãy này là cần thiết đối với thầy thuốc trong thực hành y khoa.

1. Đại cương

Tất cả người lớn tuổi từ 50 tuổi trở lên đều có thể bị gãy cổ xương đùi. Theo thống kê của trung tâm chấn thương chỉnh hình thì cứ 10 người bị gãy cổ xương đùi là có 9 người tuổi trên 50. Số liệu này cũng tương tự như các số liệu ở nước ngoài.

Trong những người bị gãy cổ xương đùi, nữ giới nhiều hơn nam giới và người già càng nhiều hơn, di lệch có xu hướng càng nhiều. Do đó, người ta thường chia bệnh nhân làm hai loại.

- + Người già (chiếm đa số): thường do chấn thương rất nhẹ như trượt ngã, bước trật, vấp ngã lúc đang đi hay đang đứng.
- + Người trẻ (có ít hơn nhiều) thường do chấn thương nặng: ngã từ cao 4 hay 5m, tai nạn giao thông. Mc. Dougall, 1961 báo cáo 24 trường hợp gãy cổ xương đùi ở trẻ em, tuổi nhỏ nhất là 4 tuổi, do ngã từ mái nhà. A. Boity, 1971, báo cáo 12 trường hợp, tuổi nhỏ nhất là 2 tuổi, do xe đổ.

2. Giải phẫu chức năng

1. Cổ xương đùi nằm trong bao khớp (trừ một phần nhỏ ở phía sau) nên các gãy cổ xương đùi là gãy trong bao khớp, không có khối máu tụ bao quanh ổ gãy. Do đó không có can xương từ màng xương phía ngoài mà chỉ có can xương từ bên trong giữa hai mặt gãy. X quang của các trường hợp gãy cổ xương đùi đã lành so với các trường hợp gãy thân xương đùi đã lành cho thấy rõ gãy cổ xương đùi lâu lành và can xương lâu chắc hơn. Thời gian để được cử động tốt bình thường trong đi đứng tối thiểu từ 5 - 6 tháng sau khi được kết hợp xương; thời gian không chịu sức nặng khi đi thường kéo dài.

2. Cổ và đầu xương đùi nằm trong ổ khớp, nghèo máu nuôi, trừ các mạch máu từ dưới cổ xương đùi; một phần nhỏ từ dây chằng tròn và thân xương. Các mạch máu này vào tới chỏm xương ăn thông với nhau bằng các mạch rất nhỏ. Vì vậy, khi cổ xương đùi bị gãy ngay cả trường hợp không di lệch, các mạch máu nuôi chính cũng đã bị tổn thương một phần, dẫn đến tình trạng không liền hay hoại tử chỏm. Nếu có di lệch thì tỷ lệ không liền: 15 - 30%; hoại tử chỏm 30%.

Gãy cổ xương đùi cần được điều trị đúng càng sớm càng tốt.

3. Cổ xương đùi nằm giữa hai lực nghịch chiều: một do sức nặng của cơ thể dồn xuống, một từ vùng máu chuyển đẩy lên do sức dội lại từ mặt đất. Do đó, cổ xương đùi chịu lực xé nên dễ bị di lệch thứ phát kể cả khi đã được kết hợp xương bên trong. Tỷ lệ di lệch sau gãy lỏng hay không di lệch: 10% -27% (Bentley 1968).

3. Chẩn đoán

a. Lâm sàng

Tình huống: có hai trường hợp tùy theo tuổi của bệnh nhân.

	Người trẻ	Người già
Tuổi	20-40	> 55
Chấn thương	Mạnh	Nhẹ
Cơ chế	Tai nạn giao thông, ngã cao	Trượt ngã trong nhà
Cấu trúc xương	Chắc, đặc	Xốp, loãng
Di lệch thường	Nhiều	Ít
Tỷ lệ	10-20%	80-90%
Thể trạng	Khoẻ	Yếu, có bệnh nội khoa: tim, HA cao, đái đường

Vấn chẩn:

- Nguyên nhân tai nạn, ngày bị thương
- Các điều trị trước, bệnh có trước.
- Bệnh nhân kêu đau ở háng hay ở gối. Nhiều người bệnh khi bị gãy cổ xương đùi không thấy đau ở háng mà thấy đau ở nhiều khớp gối. Chúng tôi có câu "Về cái đau, khớp gối là cửa sổ của khớp háng".
- Sinh hoạt trước khi bị tai nạn.

Vọng chuẩn:

- Người bệnh không đi được. Sự di chuyển co duỗi chân đau tùy thuộc vào độ lệch của xương gãy. Trong đa số trường hợp, nhất là ở người già, người bị thương không thể di chuyển được vì đau nhiều nhưng ở người trẻ có gãy cổ xương đùi không lệch và xương gãy lồng nhau, tình trạng đau tương đối nhẹ, người bệnh có thể đi cà nhấc được.
- Chân đau: "xoay ngoài + áp + ngấn" nếu có di lệch.
- Không có vết bầm tím.

Xúc chẩn:

- Đau trước háng ngay trước cổ xương đùi.
- Đau ở háng khi dồn ở gót chân.
- Tìm độ lệch của máu chuyển lớn qua tam giác Bryant và đường Nélaton- Roser. Hai dấu hiệu này càng ngày càng ít được dùng vì các điểm chuẩn để đo không phải tìm được dễ dàng ở người bệnh đang đau.

Chẩn đoán xác định trên lâm sàng tương đối dễ dàng trong trường hợp người già. Ở người trẻ đa chấn thương khác ở thân xương đùi, khung chậu, ngực, bụng, đầu.

b. Chẩn đoán phân biệt

	Cổ xương đùi	Vùng máu chuyển
Sưng	Không có	
Đau	Vừa: trước háng hay ở gối	Nhiều: vùng máu chuyển hay 1/3 trên ngoài đùi.

- Chú ý: khi không di lệch thì không có dấu hiệu chi ngấn và xoay ngoài.
- Xúc chẩn: đau mặt trước khớp háng vùng tam giác Scarpa.

Tam giác Bryant: nối liền 3 điểm gai chậu trước trên, mấu chuyển lớn và điểm chiếu của mấu chuyển lớn. Đó là vùng tam giác vuông cân khi bình thường và cạnh dưới ngắn hơn nếu mấu chuyển lớn lệch lên do gãy cổ xương đùi háng ra sau.

Đường Nélaton - Roser: bình thường khi nằm thẳng chân thì 3 điểm gai chậu trước trên - mấu chuyển lớn - ụ ngồi nằm trên một đường thẳng. Trong gãy cổ xương đùi do mấu chuyển lớn bị lệch làm mất đường thẳng này.

c. Cận lâm sàng

- X quang thường: chụp cổ xương đùi ở hai tư thế thẳng và nghiêng.

Muốn có hình ảnh đúng của cổ xương đùi, chân đầu phải xoay trong 15° (cần tiêm thuốc tê vào ổ gãy để xoay trở bệnh nhân không đau).

Cung cổ bịt (đường Shenton) là vòng cung nối liền bờ dưới của cổ xương đùi với bờ dưới của cánh xương mu. Bình thường liên tục và sẽ mất liên tục khi có gãy cổ xương đùi hay trật khớp háng.

Mấu chuyển lớn: lệch lên trên khoảng cách gai chậu trước trên - mấu chuyển lớn ngắn lại.

Tư thế nghiêng chụp kiểu chân ếch (frog leg) dành cho trường hợp đau đớn không xoay được

- X quang cắt lớp thường: được dùng trong gãy xương mật
- Nhấp nháy đồ (Scintigraphy): được dùng trong gãy xương không di lệch và để biết trước nguy cơ không liền xương hay hoại tử chỏm.
- X quang điện toán cắt lớp (CT -Scan): có ích trong trường hợp đa chấn thương (chấn thương bụng, khung chậu, cột sống), trong chẩn đoán phân biệt gãy xương do bệnh.
- Cộng hưởng từ hạt nhân: cho biết tình trạng hoại tử chỏm
- Xét nghiệm máu: không có gì bất thường trừ bệnh loãng xương và bệnh nội khoa có sẵn.

4. Phân loại

Dựa trên X quang thường, có nhiều cách phân loại:

a. *Phân loại Pawels (1928)*: dựa vào độ chệch của đường gãy so sánh với đường hoành (góc đường gãy và đường nằm ngang).

Loại 1: đường gãy có độ chệch khoảng 30°

Loại 2: độ chệch khoảng 50°

Loại 3: độ chệch khoảng 70° trở lên

Độ chênh càng cao thì khả năng di lệch thứ phát càng lớn (kể cả sau kết hợp xương).

Tuy nhiên việc chỉ căn cứ vào đường gãy chưa đủ vì một mặt gãy có thể có hai đường gãy trước và sau khác nhau và chưa cho phép tiên lượng biến chứng hoại tử chỏm.

b. Phân loại theo Garden (1961): dựa vào độ lệch giữa hai đoạn gãy

Độ 1: gãy cài, không di lệch.

Độ 2: không di lệch

Độ 3: di lệch vừa, hai mặt gãy còn tiếp xúc nhau.

Độ 4: di lệch nhiều, hai mặt gãy xa nhau.

Phân loại này cho tiên lượng phần nào khả năng hoại tử chỏm: di lệch càng nhiều tỷ lệ càng cao. Có tiến bộ hơn nên được dùng rộng rãi trong hiện tại.

Tuy nhiên, gãy độ 3 và 4 rất khó phân biệt và sự khác biệt về tỷ lệ hoại tử chỏm, không liên xương của cả hai độ không có ý nghĩa thống kê.

c. Phân loại hiện nay (Swiontkowski, 1992)

- + Gãy xương không di lệch: gồm độ 1 và độ 2 của Garden.
- + Gãy di lệch: gồm độ 3 và độ 4 của Garden.
- + Gãy xương bệnh: do di căn, bướu nguyên phát, bệnh nội khoa.
- + Gãy xương mệt.

5. Biến chứng

a. Cấp: làm nặng thêm các bệnh đã có, nhất là ở người già (tim mạch, huyết áp, thận).

b. Bán cấp

- Gây suy nhược do bệnh nhân không dám ăn uống vì khi làm vệ sinh rất đau nơi vùng gãy.
- Do nằm lâu: viêm phổi, viêm đường tiểu, loét vùng mông, vùng mấu chuyển và vùng mắt cá ngoài (30%) ở người già, tỷ lệ tử vong cao.

c. Ở người trẻ

Hoại tử chỏm có thể xảy ra từ 5 - 6 năm sau khi gãy (thường vào năm thứ 2), tỷ lệ 10% - 30% tùy theo độ gãy.

- Không liên xương: 15 - 33% số trường hợp.
- Kết hợp xương thất bại: thường do kỹ thuật sai hoặc xương quá loãng.

6. Điều trị

a. Lịch sử

- 1902 Whimann: bột bọng - đùi, bàn chân xoay trong.
- 1931 Moore: kết hợp xương bằng hợp kim.
- 1947 Judet: chỏm nhân tạo xương đùi đầu tiên bằng acrylic.
- 1952 Moore: chỏm nhân tạo bằng vitallium.
- 1962 Charnley: khớp nhân tạo toàn phần với xi măng.
- 1964 Richard: nẹp vít di động nén ép.
- Thập niên 80: vít rỗng (cannulated screw hay vít Asnis).

b. Phác đồ

- Sơ cứu: đặt nẹp tạm, bột chống xoay với chân dang ngoài 15° , gối hơi co.
- Gãy không di lệch: xuyên đinh ngoài bao khớp hay bắt vít ngoài bao khớp.
- + Tuổi trẻ: kết hợp xương trong bao khớp hay ngoài bao khớp dưới màn hình (đinh hay vít).
- + Tuổi dưới 70: như trên.
- + Tuổi trên 70.
 - Xương còn tốt: như trên.
 - Loãng xương nhiều hay khó di chuyển: thay chỏm xương đùi hay thay khớp toàn phần.
- + Gãy bệnh: thay khớp.
- + Đả thương: kết hợp xương một thì:
 - Hoạt tử chỏm: thay chỏm.
 - Không liên: cắt xương sửa trục hay thay chỏm.

7. Theo dõi

- Thời gian lành xương lâu (6-10 tháng).
- Xương gãy dễ di lệch thứ cấp trong thời gian điều trị và biến chứng sau điều trị: cần khám kiểm tra định kỳ, đều đặn.

II. GÃY THÂN XƯƠNG ĐÙI

A. ĐẠI CƯƠNG

Gãy thân xương đùi là do một chấn thương nặng, có thể nguy hiểm đến tính mạng. Ngoài sự đau đớn, lượng máu trong ổ gãy từ 0,5 - 1 lít nên nạn nhân dễ bị sốc chấn thương (do đau và giảm khối lượng tuần hoàn). Vì vậy việc sơ cứu và vận chuyển đúng rất quan trọng. Thân xương đùi có nhiều cơ lớn bám xung quanh, vì vậy, sau gãy, các đoạn gãy thường bị di lệch nhiều; khó nắn chỉnh và cố định bằng các phương pháp bên ngoài.

Đây là loại gãy gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng thường xảy ra ở lứa tuổi thanh niên, 20 - 30 tuổi với nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông; nam nhiều hơn nữ giới.

Tóm lại, đặc điểm của gãy thân xương đùi là chấn thương nặng, thường di lệch nhiều, khó nắn chỉnh và bất động vững chắc với các phương tiện bên ngoài. Cần kết hợp phương pháp Y học hiện đại trong điều trị.

B. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

1. Thân xương đùi được kể từ dưới máu chuyển nhỏ đến vùng trên lồi cầu 4-6 cm. Các gãy riêng có các đặc thù khác hẳn với gãy thân xương đùi.

2. Xương đùi là xương lớn, thân xương to nên lực chấn thương phải đủ mạnh mới làm gãy (trừ trường hợp xương bị bệnh trước: viêm, u...).

3. Thân xương đùi hình ống, hơi cong ra trước, ống tuỷ loe ra ở hai đầu, hẹp và đều ở khoảng giữa. Do vậy, đỉnh nội tuỷ không giữ chặt được các gãy ở 1/3 trên và 1/3 dưới.

4. Thân xương đùi được nuôi bằng phần lớn bởi động mạch nuôi đi vào ống tuỷ qua lỗ nuôi ở giữa bờ sau. Khi gãy thân xương, mạch máu bị đứt gây thiếu máu nuôi trong một thời gian (từ 1 - 4 tuần).

5. Xung quanh thân xương gãy: lực kéo mạnh của các cơ thường làm các đoạn gãy di lệch nhiều, hiếm khi gặp gãy không hay ít di lệch.

– Vì có nhiều cơ nên các phương pháp điều trị bảo tồn (bó bột, bó nẹp tre, kéo tạ, nẹp chức năng) chỉ có hiệu quả ở trẻ em dưới 12 tuổi mà ít có kết quả tốt ở người lớn.

– Lớp cơ dày đem nhiều máu nuôi cho thân xương nên xương gãy dễ liền.

6. Đường gãy: ngang, chéo, xoắn, nhiều mảnh, hai tầng.

– Di lệch: các cơ co rút làm các đoạn gãy di lệch chồng, gấp góc ra trước ngoài, đoạn dưới xoay ngoài.

- Chú ý: gãy 1/3 dưới thấp có thể gấp góc ra sau vì co rút của cơ sinh đôi.

Ngoài ra các chấn thương cơ (thay đổi tùy theo loại chấn thương), mạch máu (nhất là ở 1/3 dưới), hiếm có tổn thương thần kinh, có thể tổn thương dây chằng gối (15%).

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Có gãy hay không
- Tình trạng sốc.
- Tổn thương kèm theo.

Vấn chẩn.

- Ngày giờ, nguyên nhân tai nạn, cơ chế.
- Chân bất động ngắn, xoay ngoài.
- Sưng to, đau nhiều ở chỗ gãy.
- Bất mạch cổ chân.
- Tim rối loạn cảm giác.

Tìm các tổn thương khác: sọ não, ngực bụng, cột sống, khung chậu, các chi.

Gãy thân xương đùi là gãy xương lớn di lệch nhiều nên trên lâm sàng có đủ các dấu hiệu cho sự chẩn đoán xác định (có hay không có gãy). Gãy thân xương lớn có thể gây sốc, cần hồi sức tích cực ngay từ đầu, ngăn ngừa biến chứng của sốc chấn thương.

Khi toàn trạng đã ổn định, cho bệnh nhân đi chụp X quang.

2. X quang

Xác định chẩn đoán trên phim chụp thẳng và nghiêng lấy toàn bộ xương đùi.

- Loại gãy: đường gãy, độ di lệch, cấu trúc xương.
- Các tổn thương khác ở vùng háng và gối (nhất thiết chụp cả đầu trên, khung chậu và khớp gối, nhất là trường hợp đa chấn thương).

IV. PHÂN LOẠI

1. Theo tổn thương xương

Tổn thương đơn giản và nhiều mảnh.

- Đơn giản: đường gãy ngang, xoắn, nghiêng.
- Nhiều mảnh: 4 loại (Winquist Hansen 1984).
 - + Vững:
 - . Loại 1: mảnh vỡ nhỏ không đáng kể.
 - . Loại 2: mảnh vỡ thứ 3 nhỏ hơn 50% bề ngang thân xương.
 - + Không vững:
 - . Loại 3: mảnh thứ 3 lớn hơn nửa thân xương.
 - . Loại 4: nhiều mảnh, nhiều đoạn.

2. Theo tổn thương phần mềm

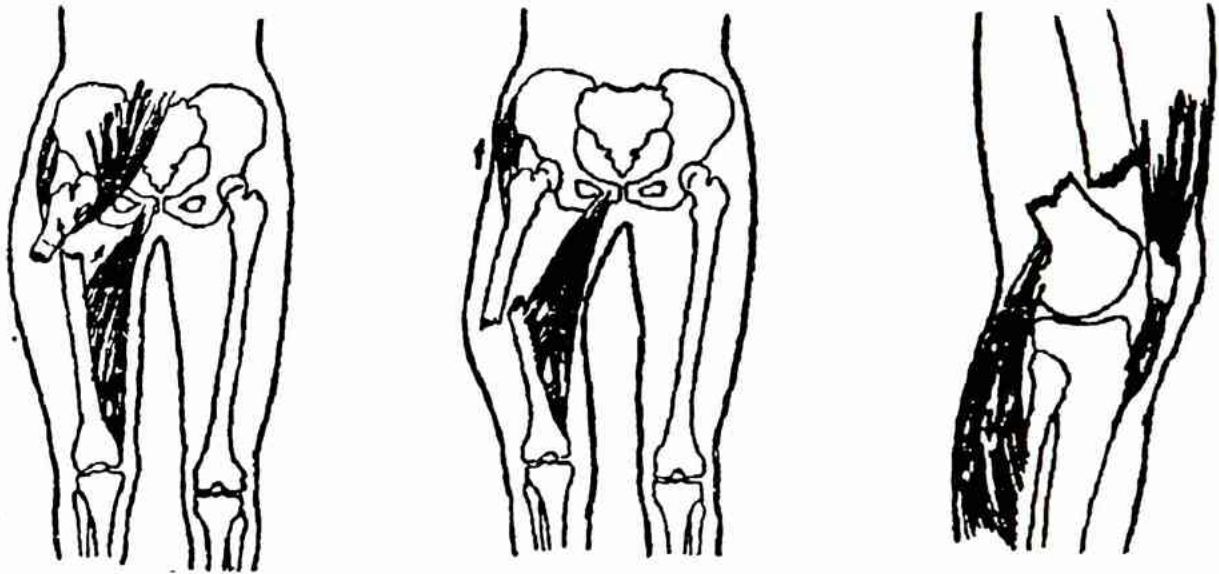
- Loại kín: ổ gãy không có thông ra ngoài, nhưng có tổn thương phần mềm được chia làm 4 độ (Tschene 1984).
 - + Độ kín 0: chấn thương gián tiếp, tổn thương phần mềm không đáng kể.
 - + Độ kín 1: chấn thương trực tiếp, vết thương bị trầy da.
 - + Độ kín 2: như trên + gập cơ nhiều, nguy cơ nhiễm trùng khá cao và chèn ép khoang.
 - + Độ kín 3: gãy kín nhưng trầy da rộng, dập cơ nhiều, có tổn thương mạch máu và chèn ép khoang.
- Loại hở: tùy diện tích của vết thương, mô mềm được phân như sau (Gustilo. 1976).
 - + Độ 1: chiều dài vết thương hơn 1cm và gây bởi một lực nhẹ, không có dập nát hay tổn thương cơ.
 - + Độ 2: chiều dài vết thương hơn 1cm, có kết hợp tổn thương cơ vừa phải.
 - + Độ 3: gãy bởi một lực mạnh, kết hợp với vết thương rộng hơn 10cm, tổn thương cơ nặng.

Ở loại này, vết thương da rộng, có nhiều mô mềm bị dập nát, còn có thể che xương hoặc không còn đủ mô mềm che xương, hoặc có thêm tổn thương mạch máu, cần nối lại.

Loại do nhiều mảnh đạn gây nên, tuy vết thương da nhỏ, nhưng phần mềm tổn thương nhiều.

3. Gãy bệnh lý, gãy mệt

4. Theo vị trí xương gãy: gãy 1/3 trên; 1/3 giữa; 1/3 dưới



Hình 69. Gãy 1/3 trên; 1/3 giữa; 1/3 dưới và các di lệch cơ bản.

5. Ngoài ra có nhiều cách phân loại khác nhau

Như của trường phái AO (Thụy sỹ), của hội chấn thương chỉnh hình Mỹ (OTA orthopaedic Trauma Association 1990):

Phân loại giúp cho việc điều trị hợp lý và tạo dễ dàng cho tổng kết kinh nghiệm, giảng dạy, học tập.

6. Phân loại theo winquist hansen (1984)

Dựa vào tổn thương xương:

Độ 0: đơn giản.

Độ 1: mảnh vỡ nhỏ.

Độ 2: mảnh vỡ nhỏ không đáng kể dưới nửa thân xương (< 50%).

Độ 3: mảnh vỡ lớn hơn nửa thân xương (> 50%).

Độ 4: nhiều mảnh.

V. BIẾN CHỨNG

1. Cáp

Xảy ra trong ngày đầu, nhất là 6 giờ đầu.

- Sốc do đau, mất máu: lượng máu mất khá nhiều từ 500-1000ml, dấu hiệu thường gặp: da xanh xao thở nhanh (20 lần/phút), mạch nhanh (> 100lần/phút), huyết áp thấp (HATT < 90 mmHg). Tuy người bệnh vẫn còn có vẻ tỉnh táo nhưng trong tình trạng sốc đang diễn biến (sốc còn hồi phục) nên cần được hồi sức và theo dõi sát.
- Gãy hở: không phải vết thương nào ở gần chỗ gãy cũng là dấu hiệu của gãy hở. Cần phải cắt lọc thăm dò vết thương, nếu vết thương có ăn thông với ổ gãy mới là gãy hở.
- Chèn cơ giữa ổ gãy.
- Hiếm thấy tổn thương mạch máu lớn hay thần kinh.
- Các tổn thương xương khác và tổn thương các cơ quan khác kèm theo.

2. Biến chứng muộn

- Từ ngày thứ 2 đến tuần thứ 2 sau tai nạn.
- Thuộc về biến chứng do nằm lâu: loét da, teo cơ, loãng xương, nhiễm trùng phổi và đường tiểu.
- Nhiễm trùng vết thương: từ tuần thứ 3 trở đi do các tổn thương cũ còn lại và do sai sót của điều trị.
- Do gãy hở nặng (độ 3): mất xương, viêm xương.
- Do điều trị kéo tạ, bó bột: ngắn chi (> 2cm), can xấu (gấp góc, xoay, do gôi, teo cơ, không liền).
- Do điều trị phẫu thuật: nhiễm trùng sau mổ, không liền xương do kết hợp xương không vững, cong đỉnh, gãy đỉnh, gãy nẹp vít, can xấu.

VI. ĐIỀU TRỊ

1. Sơ cứu

- Cố định đúng cách bằng nẹp dài từ bàn chân đến nách hay nẹp Thomas.
- Chống sốc, hồi sức, giảm đau.
- Vận chuyển thận trọng.

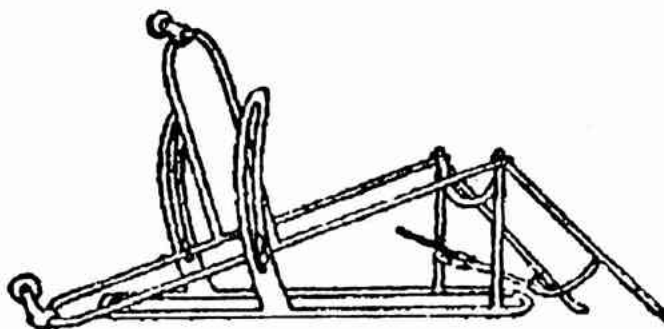
2. Điều trị cụ thể

a. Phương pháp kéo liên tục

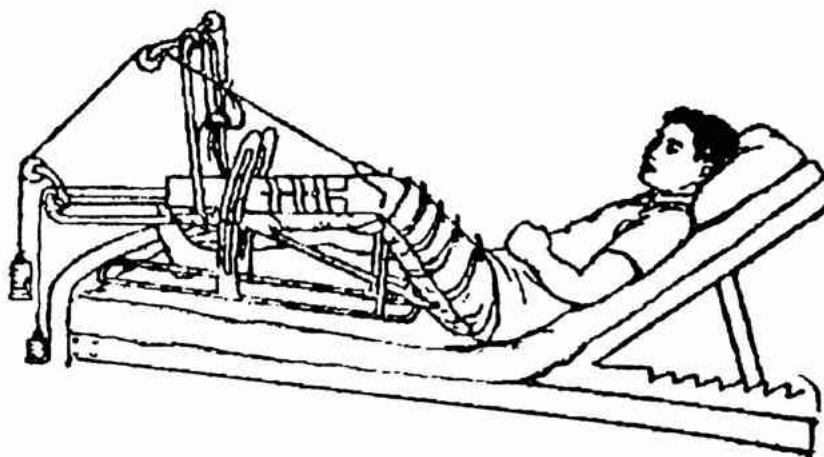
Do đùi có cơ khoẻ, việc kéo liên tục kết hợp cố định nẹp mới có thể cố định được xương gãy.

Gãy kín:

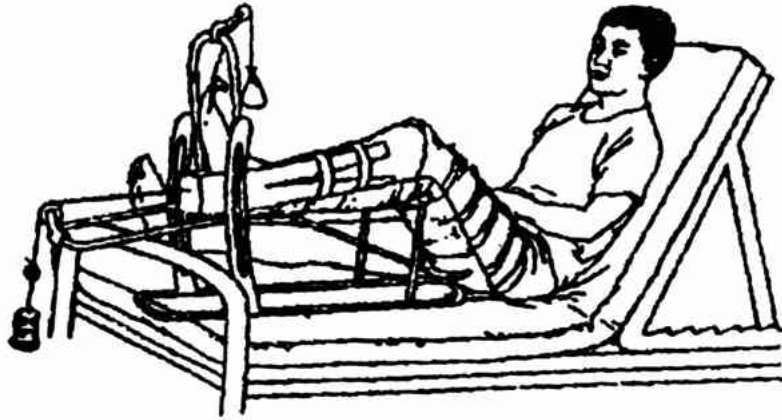
- Ở trẻ em:
 - + Dưới 2 tuổi: kéo tạ chỉ thiên kiểu Bryant (1876).
 - + Từ 2-12 tuổi: kéo tạ kiểu Russell (1924).
- Đối với người già yếu hay có chống chỉ định phẫu thuật: kéo tạ, nẹp bất động.



(1). Khung kéo liên tục.

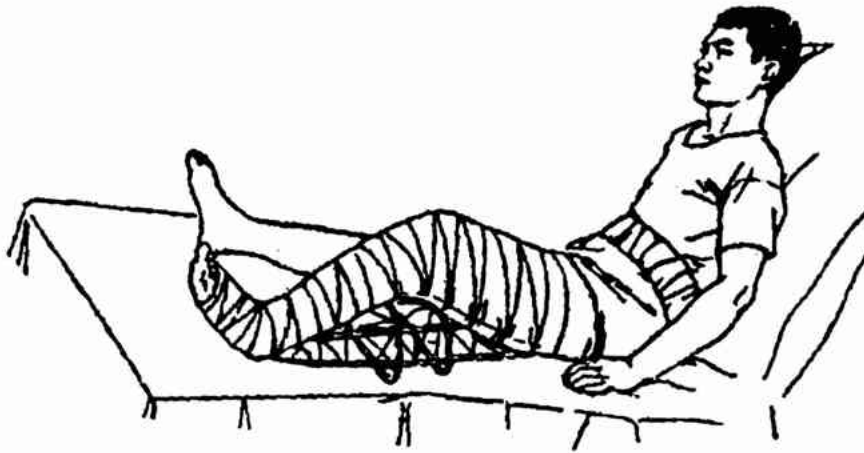


(2). Kéo liên tục kết hợp bó nẹp bất động.

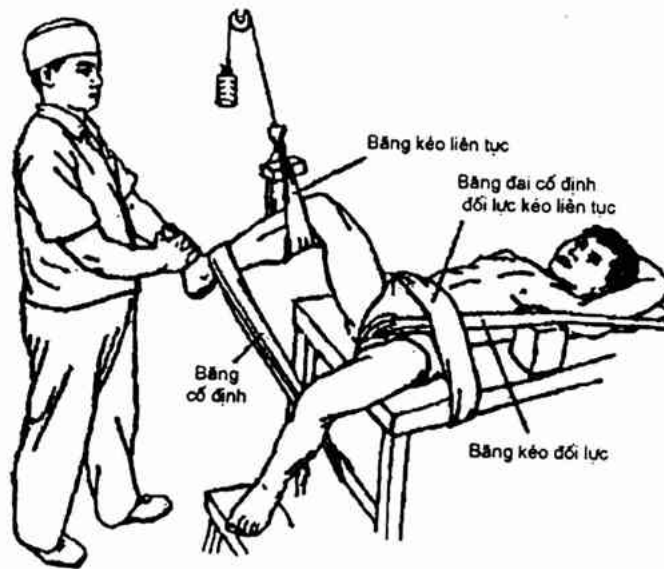


(3). Kéo liên tục qua da.

Hình 70. Điều trị kéo liên tục trong gãy xương đùi.



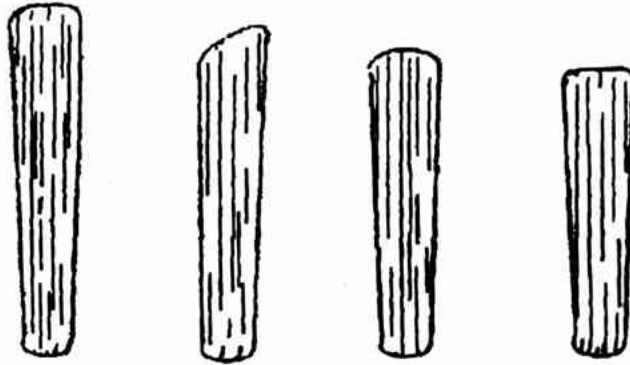
Hình 71. Bó nẹp sau khi thôi kéo liên tục.



Hình 72. Kéo liên tục với phương tiện thô sơ.

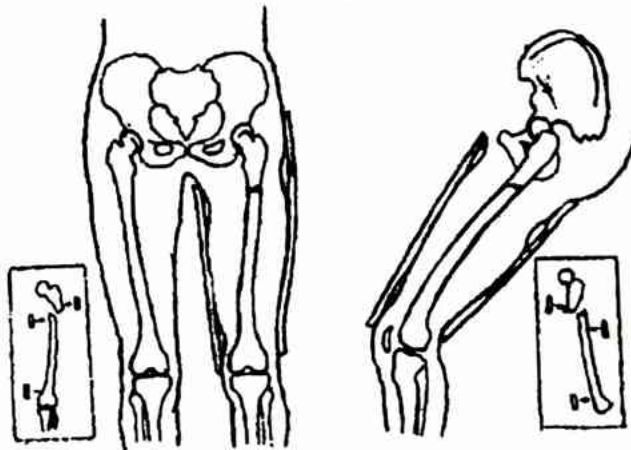


Hình 73. Nắn hỗ trợ gãy xương đùi (sau kéo liên tục).



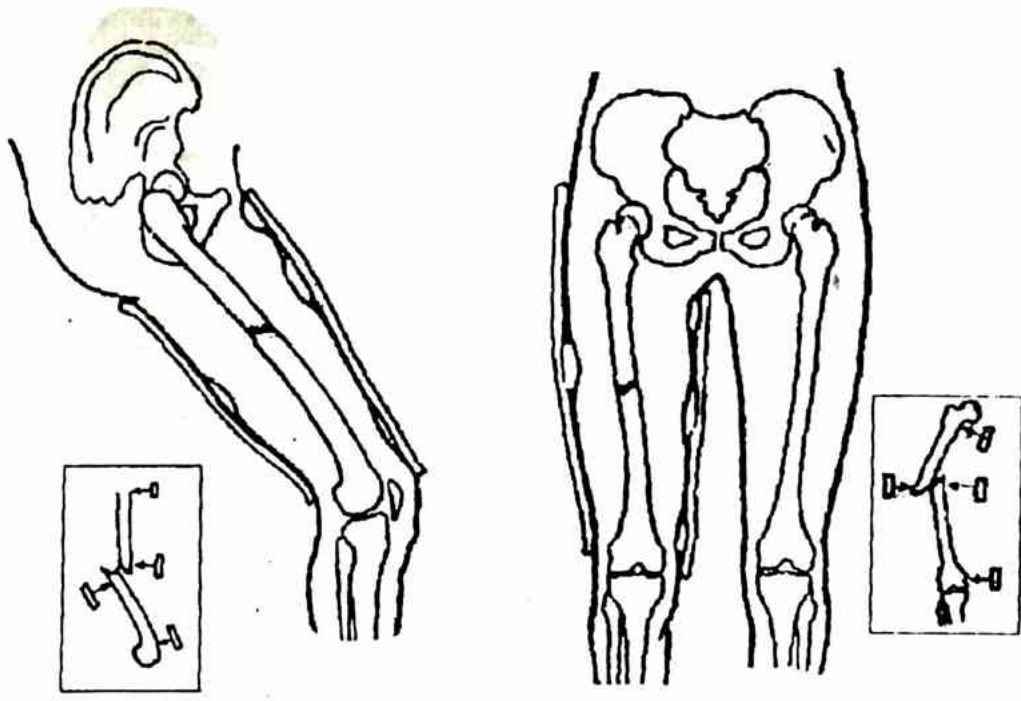
(1) Nẹp ngoài. (2) Nẹp trước. (3) Nẹp trong. (4) Nẹp sau

Hình 74. Bộ nẹp cố định gãy xương đùi.



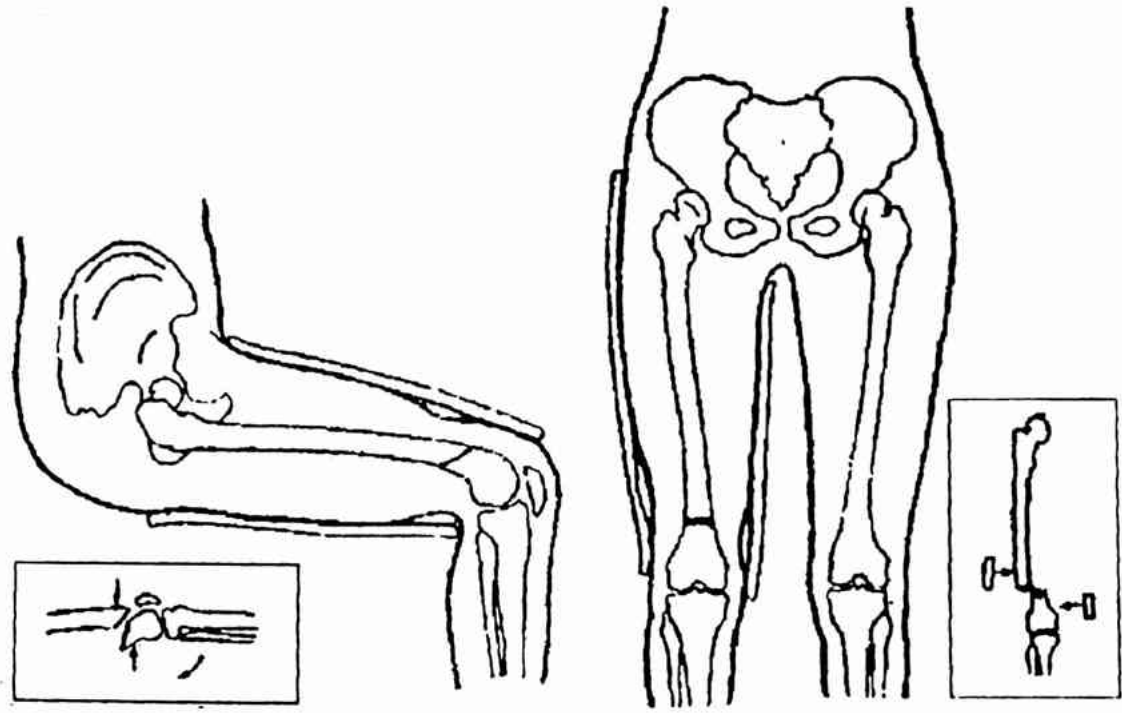
(1) Vị trí đặt nẹp, đệm trước, sau (2) Vị trí đặt nẹp, đệm trong, ngoài.

Hình 75. Phương pháp đặt nẹp, đệm cho gãy 1/3 trên xương đùi.

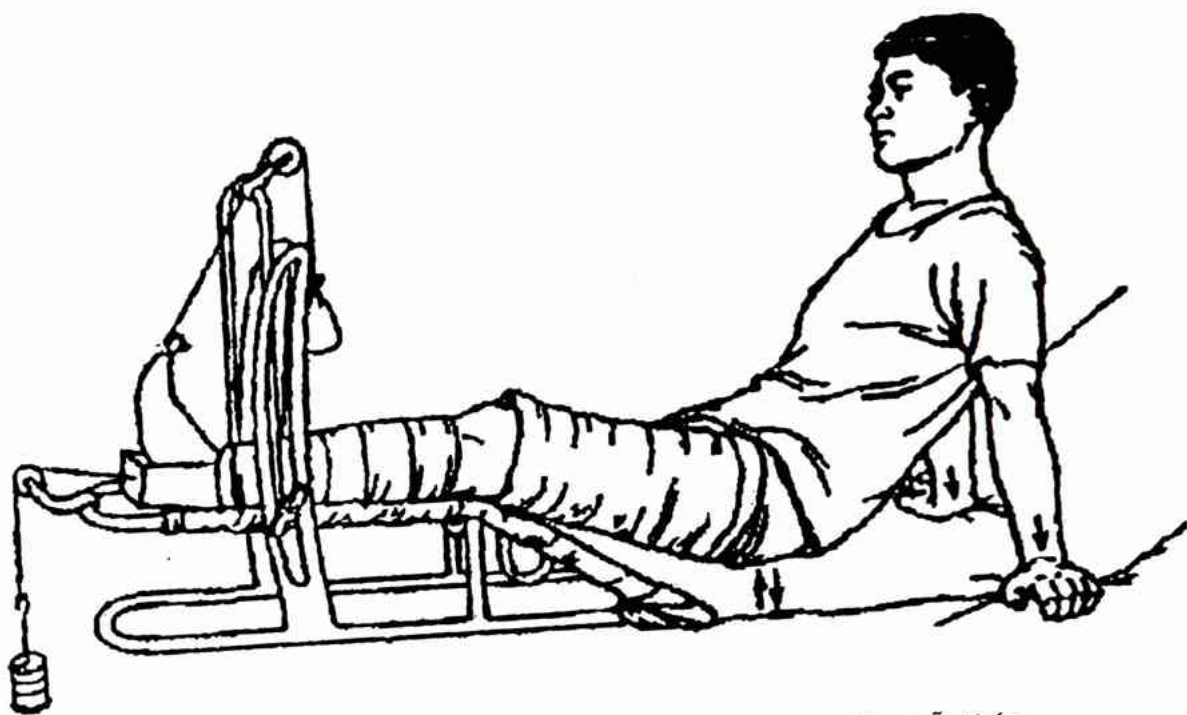


(1) Vị trí đặt nẹp, đệm trước, sau. (2) Vị trí đặt nẹp, đệm trong, ngoài.

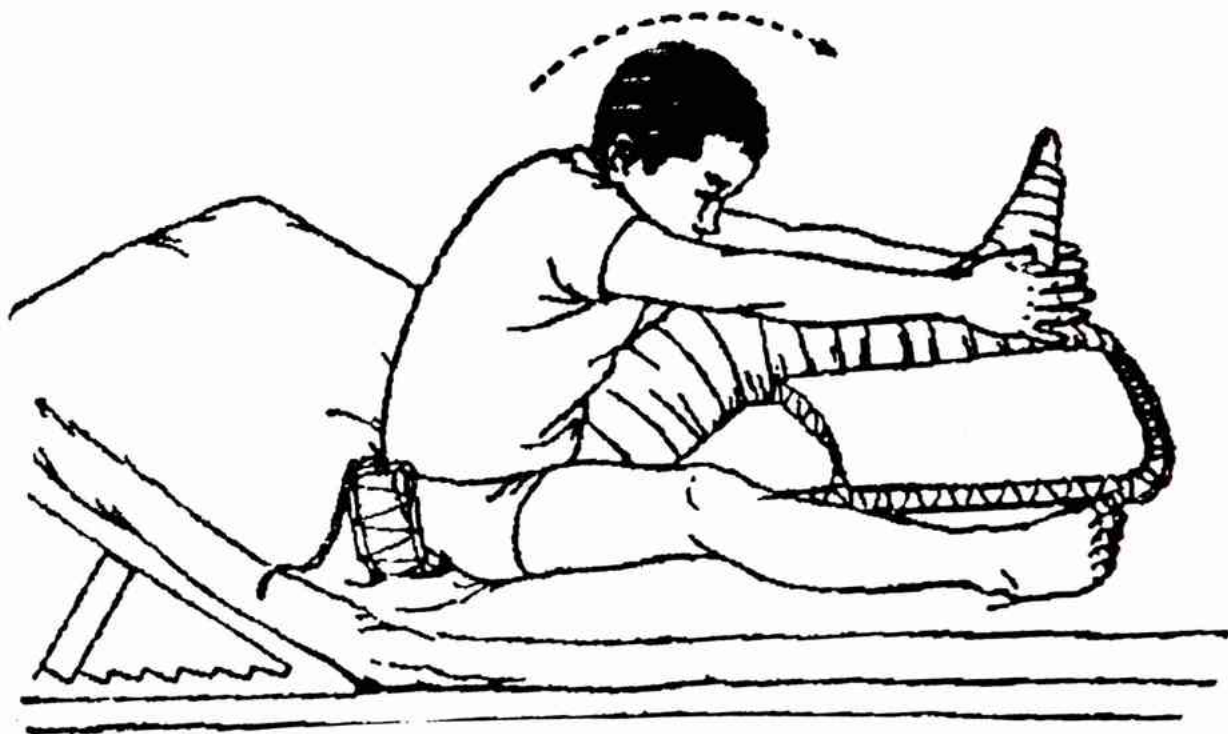
Hình 76. Phương pháp đặt nẹp, đệm cho gãy 1/3 giữa xương đùi.



Hình 77. Phương pháp đặt nẹp, đệm cho gãy 1/3 dưới xương đùi.



Hình 78. Kéo liên tục kết hợp bó nẹp và tập gấp duỗi khớp.



Hình 79. Luyện tập gấp duỗi cột sống trong thời kỳ bất động nẹp.
(sau khi thôi kéo liên tục).

b. Sơ lược một số phương pháp điều trị Y học hiện đại

- Gãy hở: cắt lọc sạch trong phòng mổ rồi cố định xương hoặc tạm thời bằng kéo tạ, hoặc nắn cố định ngoài, hay gập ở trẻ em. Xử trí:
 - . Từ 6-16 tuổi có thể đóng đinh nội tuỷ loại dẻo (Métaicau 1988).
 - . Trên 12 tuổi: điều trị như người lớn.
 - . Hiện nay có khuynh hướng của vài tác giả bó bột chậu-đùi-bàn chân ngay sau khi tai nạn cho các trường hợp lệch ít nhưng phải theo dõi sát và không y vào khả năng tự chỉnh xương trẻ em.
- Gãy kín: hay gập ở người lớn. Xử trí:
 - + Gãy kín đơn giản: đóng đinh nội tuỷ ngay sau khi tai nạn hay sau kéo tạ 1 - 2 tuần (kín; hở).
 - + Gãy kín phức tạp: có ba phương pháp:
 - . Nếu có màn tăng sáng (Amplificateur de brilliance, Image intensier hay Carm) thì đóng đinh nội tuỷ có chốt.
 - . Bắt nẹp vít.
 - . Nếu gãy nhiều xương: kết hợp xương (một cuộc mổ) thì cho các xương cùng một lúc.
 - + Gãy xương mệt: ngừng tập luyện trong 1 - 2 tuần đi nạng chống nhẹ chân đau, nếu có di lệch thứ phát thì cần phải đến phẫu thuật.
 - + Gãy xương bệnh: lấy bỏ mô bướu, đóng đinh nội tuỷ (thường hay có chốt) kèm theo nhét xi măng chỗ mất xương.

VII. THEO DÕI

1. Theo dõi diễn tiến điều trị: tránh các tư thế xấu, các biến dạng do co rút, cho người bệnh hiểu được sự quan trọng của tập vận động phục hồi chức năng, điều trị kịp thời biến chứng nhiễm trùng di lệch.

2. Thời gian lành xương: trong điều kiện thể trạng tốt hay gãy đơn giản, ở trẻ em thời gian lành xương của thân xương đùi thường sớm hơn, trung bình là 4 - 6 tuần, ở thanh niên khoảng 10 - 12 tuần, ở người già 16 - 22 tuần.

3. Thời gian để trở lại làm việc thay đổi từ 4 - 8 tháng.

4. Thời gian lấy kim loại ra sau khi mổ không biến chứng:

- Ít nhất 1 năm sau đóng đinh nội tuỷ.
- Ít nhất 2 năm sau bắt nẹp vít.

GÃY XƯƠNG VÙNG GỐI

Trong hoạt động thường ngày cũng như trong luyện tập thể dục thể thao, thao diễn quân sự, thi đấu thể thao, con người có phản xạ tự nhiên chống đỡ lại sự mất thăng bằng của cơ thể. Đầu gối thường chịu sự va đập trực tiếp làm gãy xương đùi, bánh chè, mâm chày cẳng chân, đứt dây chằng cùng một lúc, tạo ra hình thái gãy xương vùng gối rất nặng gọi là "gối bập bênh" (gãy cả xương đùi, cả xương cẳng chân).

Trong trường hợp đầu, xác suất gãy xương vùng gối ít hơn là tổn thương dây chằng. Chấn thương trực tiếp tạo gãy xương nhiều hơn tổn thương dây chằng hoặc tổn thương cả xương và dây chằng vùng gối. Nguyên nhân chính thường là tai nạn giao thông giữa xe gắn máy hai bánh, hoặc xe ô tô và xe gắn máy.

Tùy theo lực va chạm, có thể gãy bánh chè do lực nhẹ hoặc ngã quỳ gối. Nếu lực va chạm mạnh có thể gãy mâm chày, đứt dây chằng chéo. Lực mạnh hơn nữa cả xương đùi, xương bánh chè và xương chày cùng gãy; có thể kèm đứt dây chằng chéo, vỡ sụn chêm. Trường hợp "gối bập bênh", có thể dẫn tới sốc nguy hiểm đến tính mạng người bị thương.

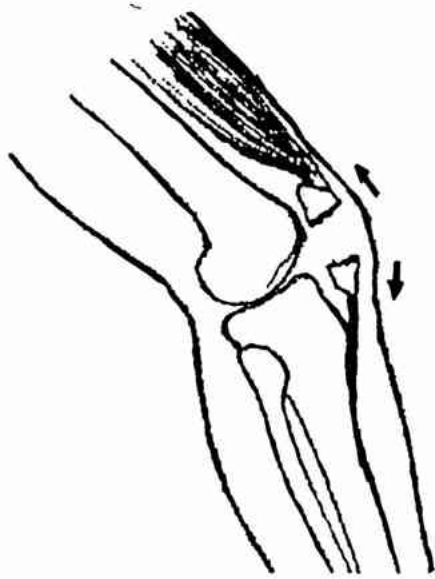
Tổn thương mạch máu khoeo.

Lỏng khớp sau này.

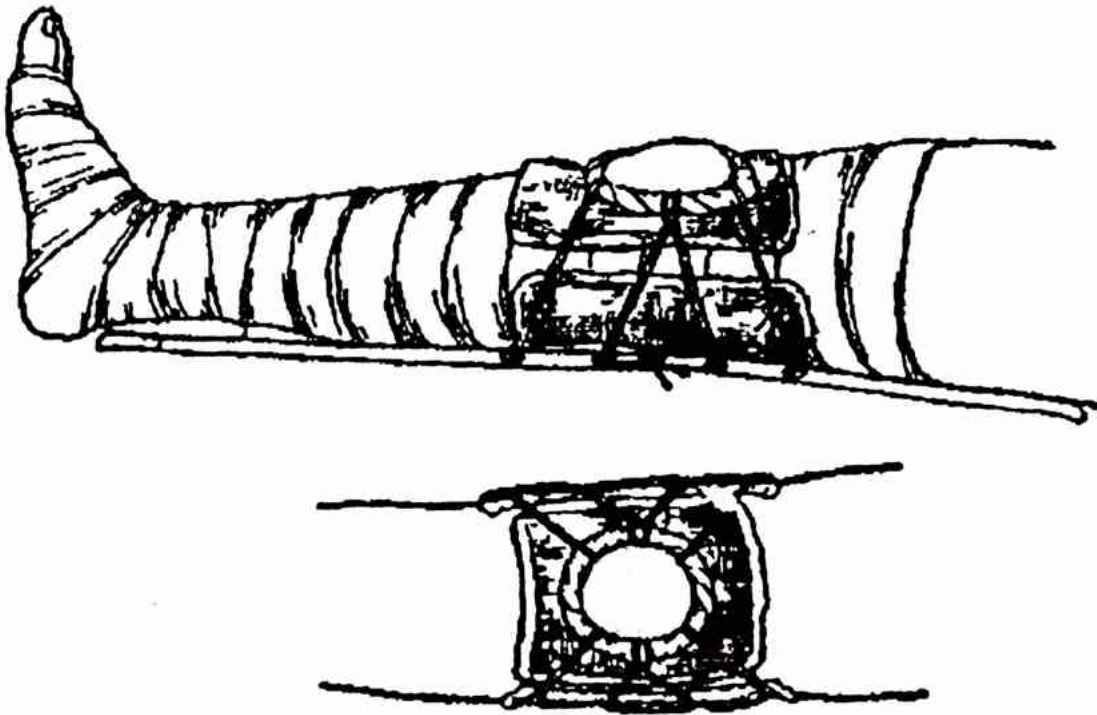
Tùy hướng tác động lên lõi cầu xương đùi hoặc mâm chày mà gây các kiểu gãy khác nhau.

I. GÃY XƯƠNG BÁNH CHÈ

Gãy xương bánh chè do chấn thương trực tiếp thường là gãy hở, đôi khi có thể nhận biết trên lâm sàng: vỡ xương bánh chè, chảy dịch khớp, máu không đông; khi dây chằng cánh bên xương bánh chè bị rách (đứt) thì hai mảnh xương bánh chè di lệch xa nhau tạo rãnh ngang trước xương bánh chè. Nếu gãy kín thì triệu chứng tràn dịch khớp gối luôn hiện diện. Chọc dò khớp gối vừa để chẩn đoán vừa làm giảm đau nhức khớp gối (chọc dò vô trùng).



Hình 80. Gãy xương bánh chè và di lệch phân li.



Hình 81. Nắn chỉnh gãy xương bánh chè di lệch.

II. ĐỨT DÂY CHẰNG CHÉO, RÁCH SỤN CHÊM, RÁCH BAO KHỚP SAU TRONG VÀ NGOÀI

Tổn thương sụn chêm rất phức tạp cần có những test (nghiệm pháp) đặc hiệu để phân biệt, qua đó có thể nghe thấy tiếng (kẹt khớp) rạo rạo trong khớp gối - (test Mac Murray, test Steinmann) tổn thương dây chằng chéo cần chứng minh bằng test ngăn kéo trước và ngăn kéo sau (test Slocum ngăn kéo trước và test Slocum ngăn kéo sau) để xác định dây chằng chéo trước bị đứt, hay dây chằng sau bị đứt.

Chúng ta chỉ được phép thực hiện các nghiệm pháp (test) trên khi gối bị chấn thương kín không có gãy xương vùng gối, gây đau đớn cho bệnh nhân, hơn nữa sẽ làm tổn thương xương trầm trọng thêm.

III. GÃY MÂM CHÀY HOẶC GÃY LỖI CẦU ĐƠN THUẦN

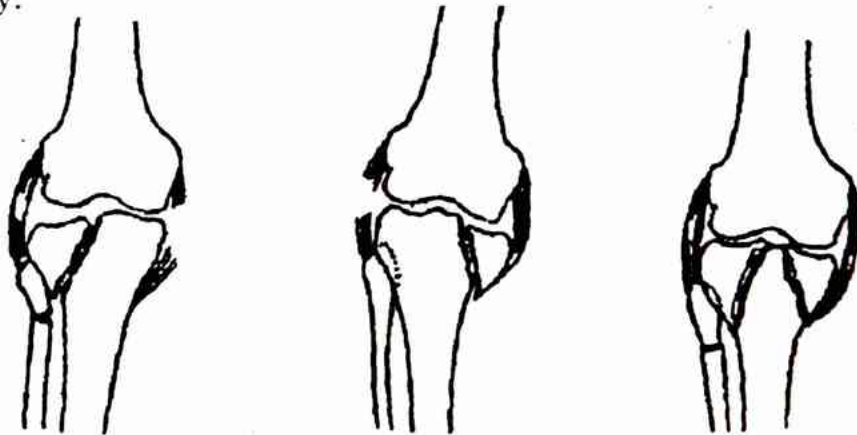
Các triệu chứng gãy mâm chày ít hơn gãy lồi cầu xương đùi.

- Sưng, đau, biến dạng gối rõ do lệch trục đùi, căng chân.
- Trần dịch khớp gối luôn có mặt.
- X quang xác định đường gãy và di lệch.
- Biến chứng nguy hiểm: khoảng 50% trường hợp có tổn thương mạch máu đùi (đoạn cuối) và động mạch khoeo, đòi hỏi phải phẫu thuật khẩn cấp để khỏi cắt cụt chi.

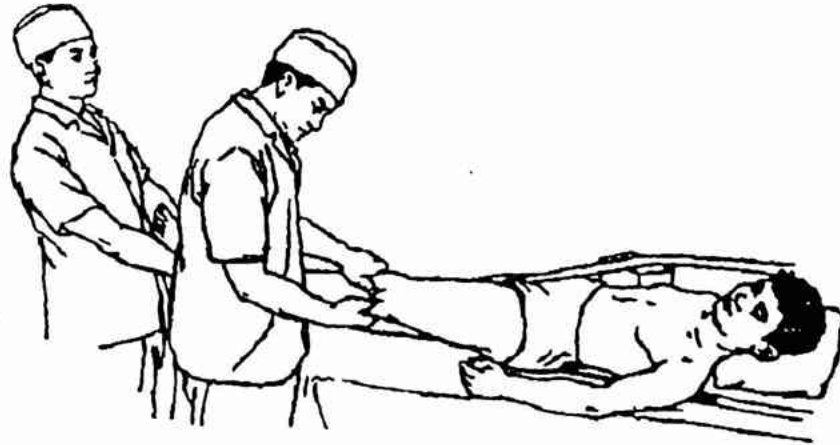
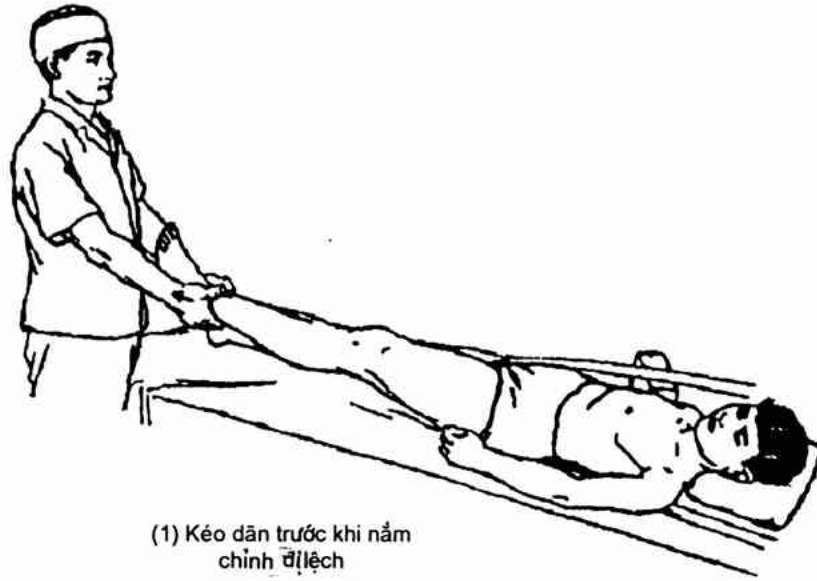
Chỉ định thăm dò mạch máu đùi khoeo khi:

- Mạch cổ chân yếu.
- Sưng vùng khoeo, gối.
- Nhiệt độ cẳng chân lạnh hơn bên lành.

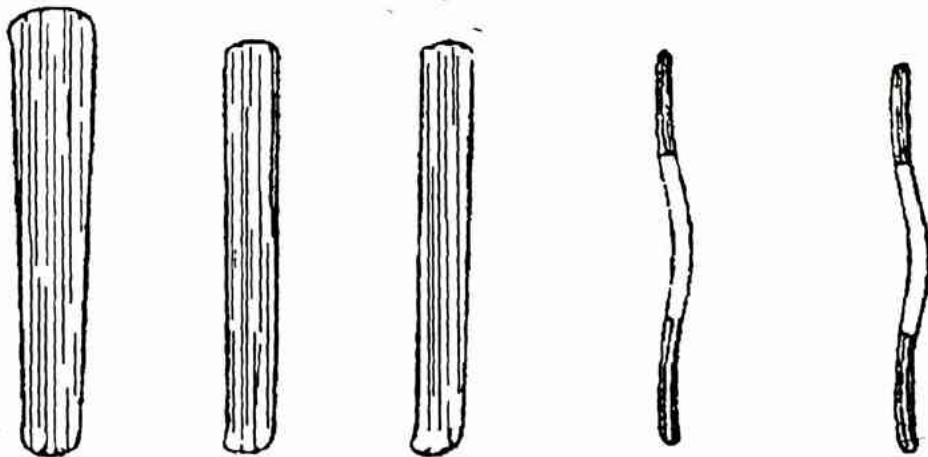
Giao động ký động mạch đồ là thăm dò chắc chắn nhất, nhưng phải làm ở cơ sở có thể phẫu thuật mạch máu khi cần thiết. Can thiệp phẫu thuật gãy vùng gối có hai việc cũng bức thiết như nhau: thăm dò mạch máu và bất động xương gãy.



Hình 82. Các dạng vỡ mâm chày, đứt dây chằng.

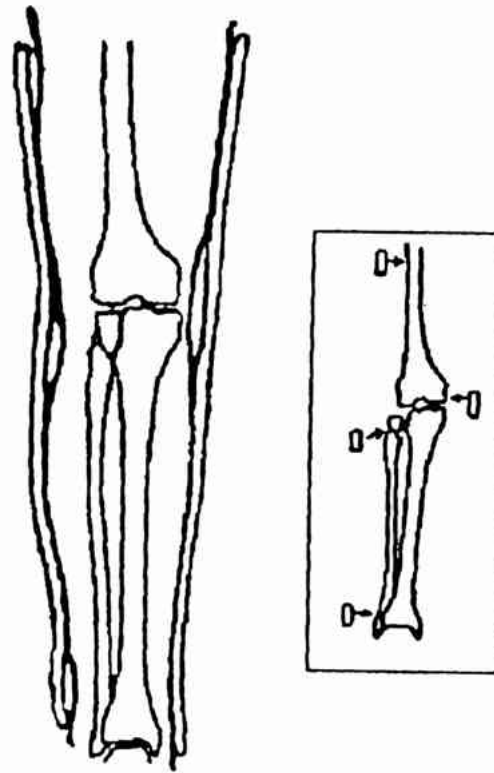


Hình 83. Kéo dẫn đồng thời nắn chỉnh vỡ lồi cầu ngoài

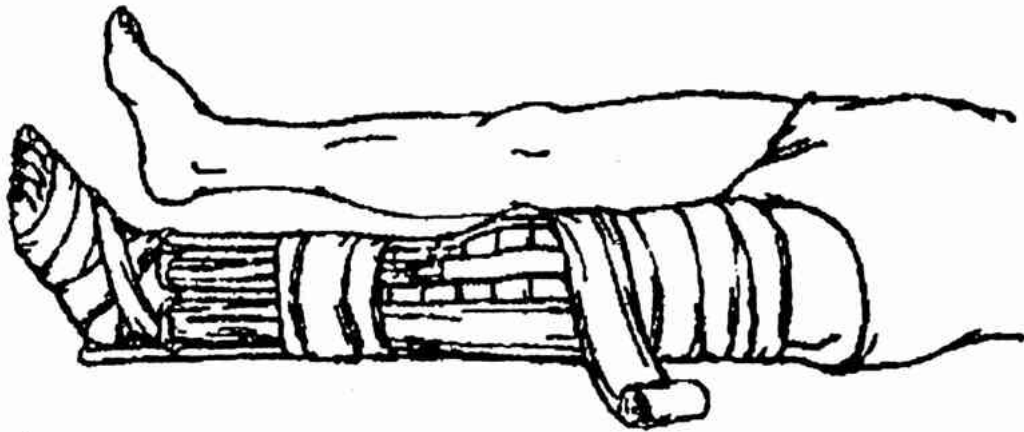


1) Nẹp sau. (2) Nẹp trong. (3) Nẹp ngoài. (4) Nẹp trước trong. (5) Nẹp trước ngoài.

Hình 84. Bộ nẹp cố định gãy mâm chày.



Hình 85. Gãy mâm chày ngoài; phương pháp đặt đệm trong và ngoài.



Hình 86. Gãy mâm chày: phương pháp quấn băng cố định

IV. GÃY VÙNG GỐI DẠNG GỐI BẬP BÈNH (Floating Knee)

Gối bập bênh gặp trong trường hợp gãy xương đùi ở 1/3 dưới, gãy lồi cầu kèm theo có gãy mâm chày hoặc gãy 1/3 trên xương chày. Lồi cầu xương đùi

và mâm chày đều là xương xốp, có rất nhiều máu nuôi. Khi gãy xương động mạch chắc chắn sẽ bị thương, rối loạn đông máu, dễ bị tắc mạch do mỡ.

Tổn thương mạch máu thường xuyên có mặt: cần can thiệp phẫu thuật kịp thời và bất động xương, đòi hỏi dụng cụ kết hợp xương chuyên biệt, điều trị bảo tồn các trường hợp này thường ít công hiệu.

Về điều trị, gãy xương bánh chè ít biến chứng và ít để lại di chứng chức năng nhất. Gãy lồi cầu và gãy mâm chày đơn thuần cần phục hồi chức năng gối sớm trở lại nhờ vật lý trị liệu. Gãy kiểu gối bập bênh, nếu có sốc cần điều trị ổn định, rồi kết hợp xương để chức năng gối sớm được bảo toàn phần nào. Phục hồi chức năng gối đòi hỏi một thời gian dài tập luyện tập tích cực (6 - 12 tháng), tuy nhiên tỷ lệ phục hồi tốt chỉ đạt < 40%. Nếu gối bập bênh có kèm theo tổn thương dây chằng, sụn chêm, điều trị càng phức tạp hơn. Nếu không tích cực can thiệp phẫu thuật sớm, đồng thời sửa chữa, tái tạo dây chằng và sụn chêm, kết hợp xương phục hồi mặt khớp gối ngay ngắn thì khớp gối sẽ mất chức năng.

GÃY THÂN XƯƠNG CẰNG CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Gãy thân xương cẳng chân là gãy xương chày từ dưới hai lồi cầu mâm chày đến trên mắt cá ngoài và mắt cá trong (có hoặc không kèm gãy xương mác).

Trên lâm sàng đường gãy xương ở dưới khe khớp gối ba khoát ngón tay và trên mắt cá cũng ba khoát ngón tay (5 - 8cm).

2. Nguyên nhân - cơ chế

Hai xương cẳng chân có thể gãy do chấn thương trực tiếp hoặc gián tiếp. Ở trẻ em thường do cơ chế gián tiếp.

Nguyên nhân do tai nạn giao thông: gãy xương chày chiếm 9% các loại gãy xương, trong đó gãy hở chiếm 30%, tai nạn lao động công nghiệp 6,3%; di chứng chiến tranh của nhân dân thành phố 2,3%. Ngoài các nguyên nhân trên, tai nạn thể dục thể thao làm gãy xương chày chủ yếu do bóng đá.

Ngã cao, sứt lở, ngã giếng.. là những nguyên nhân thường xuyên gặp ở nông thôn nước ta. Ngoài ra, gãy xương cẳng chân còn gặp do tai nạn giao thông trên sông do tai nạn tàu thuyền.

- Ví dụ cơ chế trực tiếp:

Khi ngã xe đạp, cẳng chân đạp xuống bờ hè khiến xương gãy ngang (hoặc bánh xe ô tô cán ngang, vật nặng đè).

- Ví dụ cơ chế gián tiếp:

Khi ngã, cẳng chân bị bẻ gập xuống, nếu bàn chân tự do thì thường gãy ngang, nếu bàn chân bị kẹt, cứng thì cẳng chân bị vặn xoắn. Điểm yếu nằm giữa đoạn tròn 1/3 dưới xương chày và đoạn tam giác 1/3 giữa.

3. Giải phẫu bệnh

a. Đường gãy: chủ yếu dựa vào X quang

- Khi gãy xương chày (không kèm gãy xương mác) đường gãy thường ngang.
- Khi gãy ngang cả hai xương thì đường gãy thường gần nhau hoặc hơi chéo.
- Gãy chéo ít.
- Khi gãy xoắn ốc, đường gãy xương mác thường ở trên và nối tiếp với đường gãy xương chày.
- Gãy nhiều mảnh ở xương chày thường gặp hơn ở xương mác.

b. Di lệch

- Khi gãy riêng xương chày, thường chỉ có di lệch bên - bên.
- Khi gãy hai xương thì ngoài di lệch bên - bên, hai đoạn có thể bị chồng ngấn, gập góc, di lệch xoay (thường gập xoay ngoài).

4. Phân loại

Theo kinh điển thì người ta chia gãy xương chày làm ba loại gãy là: 1/3 trên, 1/3 giữa, 1/3 dưới cẳng chân.

Ở trẻ em người ta chia gãy thân xương chày 1/4 trên, 1/4 dưới, 1/4 trên giữa và 1/4 dưới giữa do sự tăng trưởng của xương ảnh hưởng đến chiều dài xương sau liền xương.

II. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

1. Nếu đến sớm ngay sau tai nạn

- Đau nhói rất nhiều, nạn nhân không đứng dậy được.
- Nhìn thấy rõ di lệch kinh điển, khi nằm bàn chân xoay ngoài, gập góc ra sau hay ra trước.
- Sờ vào thấy đầu nhọn xương gãy nhô gồ dưới da mặt trong cẳng chân. Nắn ấn nhẹ nhàng từ trên xuống dưới theo bờ trước xương chày, phát hiện nơi gián đoạn, đau nhói, đôi khi còn thấy cảm giác được tiếng lạo sạo.

2. Nếu đến muộn vài giờ sau tai nạn

Nhất là ở loại gãy 1/3 trên xương chày, các triệu chứng trên bị sưng nề che lấp, song đau nhói và mất liên tục xương vẫn còn thấy rõ. Cần kiểm tra ngay mạch cổ chân, độ căng của bắp cơ cẳng chân, cảm giác và vận động các ngón chân, phát hiện các biến chứng quan trọng như: chèn ép động mạch khoeo hoặc chày sau, chèn ép khoang.

Vết bầm tím và phỏng da cẳng chân là một trong những dấu hiệu tăng nguy cơ chèn ép khoang.

Ngoài ra cần xem xét tổn thương khớp cổ chân (gãy mắt cá), gãy cổ xương mác (liệt thần kinh hông khoeo ngoài) và tổn thương dây chằng khớp gối (tràn dịch khớp gối) kèm theo.

III. BIẾN CHỨNG

1. Choáng chấn thương: ít khi xảy ra ở gãy thân xương cẳng chân.
2. Chèn ép khoang: dễ xảy ra với gãy 1/3 trên cẳng chân sát mâm chày, gãy nhiều mảnh, gãy xoắn và cũng có thể xảy ra với gãy 1/3 giữa.
3. Gãy cổ xương mác làm tê liệt thần kinh mác ngoài (kể cả gãy ít di lệch: gãy xoắn, gãy chéo).
4. Loét da, vết thương hở: thường thấy trong gãy xương cẳng chân.
5. Khớp giả: biến chứng muộn thường do nguyên nhân tại chỗ như:
 - Gãy ba đoạn, mạch máu không nuôi dưỡng đủ đoạn giữa.
 - Xương mác liền nhanh làm cản trở trong khi hai mặt gãy xương chày còn gián cách làm chậm liền xương.
 - Kéo liên tục, tạ quá nặng làm gián cách hai mặt gãy và cố định trong tình trạng này.
 - Bệnh nhân đi đứng sớm, tỳ đè tăng tiếp xúc giữa hai mặt gãy.

6. Can lệch, can xấu, đau khi va chạm:

- Can lệch trục chày > 10° (bình thường 5 - 7°) có chỉ định phẫu thuật sửa trục.
- Can gồ xấu ở người trẻ, ở nữ giới mới đặt vấn đề phẫu thuật thẩm mỹ.

7. Mất đoạn xương: căng dãn, nén ép bằng khung nén ép ngược chiều dựa trên nguyên lý Ilzarov cho phép kéo dài chi thẩm mỹ.

IV. ĐIỀU TRỊ

Điều trị gãy xương cẳng chân chú trọng điều trị xương chày, riêng xương mác thường dễ lành và dù còn di lệch cũng không ảnh hưởng đến chức năng đi đứng.

Mục đích điều trị: xương liền, không ngắn chi, không di lệch xoay, không cứng khớp gối và khớp cổ chân, không "bàn chân ngựa", bệnh nhân đi lại, ngồi đứng dễ dàng, chỉnh can gồ, loại bỏ mặc cảm tâm lý bệnh nhân.

Nấn chỉnh lưu ý hình trục xương chày trên phim X quang thẳng: lệch trục gấp góc trước sau < 10°, thẳng 5-7° chấp nhận được. Can lệch trục quá mức gây thoái hoá khớp cổ chân (hai mắt cá) và gối, lâu dài liên quan đến thoái hoá khớp háng và cột sống.

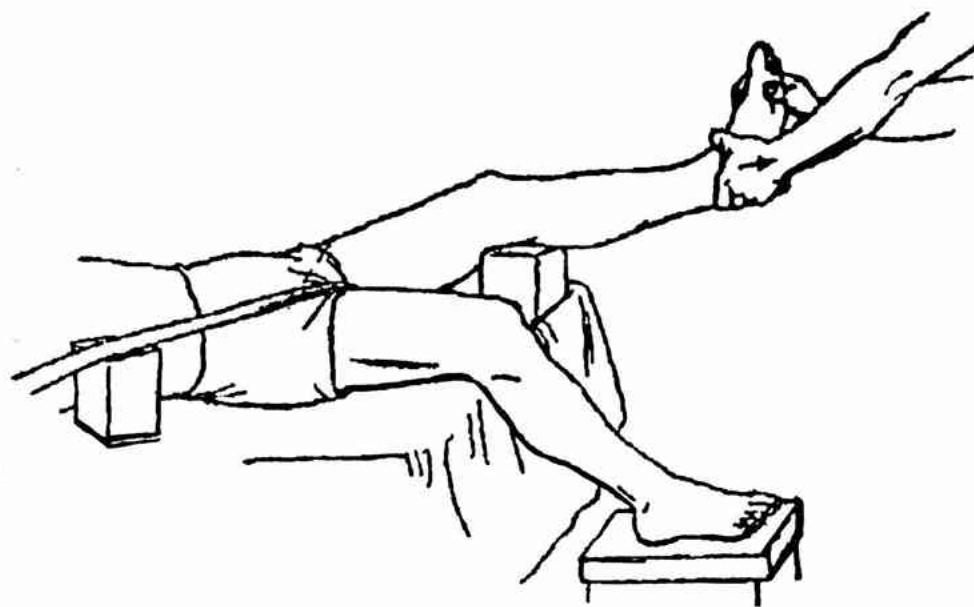
Kéo tạ sửa được di lệch chông, gấp góc, xoay ngoài và một phần nào di lệch ngang với trọng lượng tạ vừa vặn.

Tạ kéo bắt đầu từ 1/10 trọng lượng cơ thể và tăng dần mỗi giờ sau đó. So sánh chiều dài cẳng chân bình thường. Kéo tạ cho tới khi có can lâm sàng thì có thể bó nẹp để rút ngắn thời gian nằm trên giường. Thời gian kéo liên tục thường trong 4 - 6 tuần. Trong thời gian kéo tạ, bệnh nhân cần phải tập luyện, giữ sức khoẻ và ngăn ngừa teo cơ cẳng chân, bàn chân ngựa. Dưới đây là một số hướng dẫn thực hành điều trị khi ở xa các cơ sở điều trị chính thống.

1. Bó nẹp

a. Các trường hợp gãy xương cẳng chân không di lệch hoặc di lệch ít

Sau bó nẹp, gác chân cao trên khung Braun từ 3 - 4 ngày để đỡ phù nề, theo dõi điều chỉnh dây dán buộc cố định, phòng ngừa chèn ép. Sau 3 - 4 tuần, cho bệnh nhân đi nạng, tập tỷ chống sớm chân bị thương. Lưu nẹp 6 - 8 tuần; kiểm tra X quang, nếu xương liền thì luyện tập phục hồi chức năng.



(1) Phương pháp kéo dãn bằng tay.



(2) Nắn chỉnh di lệch.

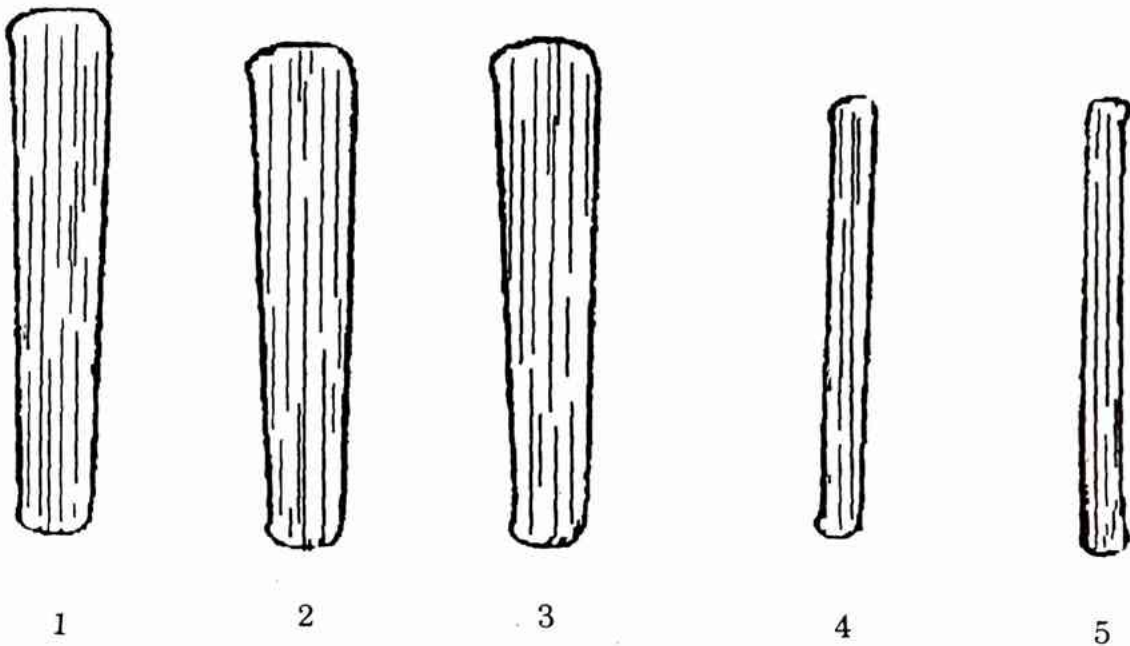
Hình 87. Phương pháp kéo nắn gãy hai xương cẳng chân bằng tay

b. Gãy xương chân có di lệch nhiều

Đa số tác giả chủ trương nắn chỉnh ngay sau khi gây tê ổ gãy, bằng khung kéo nắn (tự chế hoặc có sẵn) kiểu Bohler với tạ kéo 7 - 14 kg trong 10 - 20 phút. Đối với người có cơ bắp khoẻ thì nên dùng thuốc tiền mê để giãn cơ cho dễ nắn.

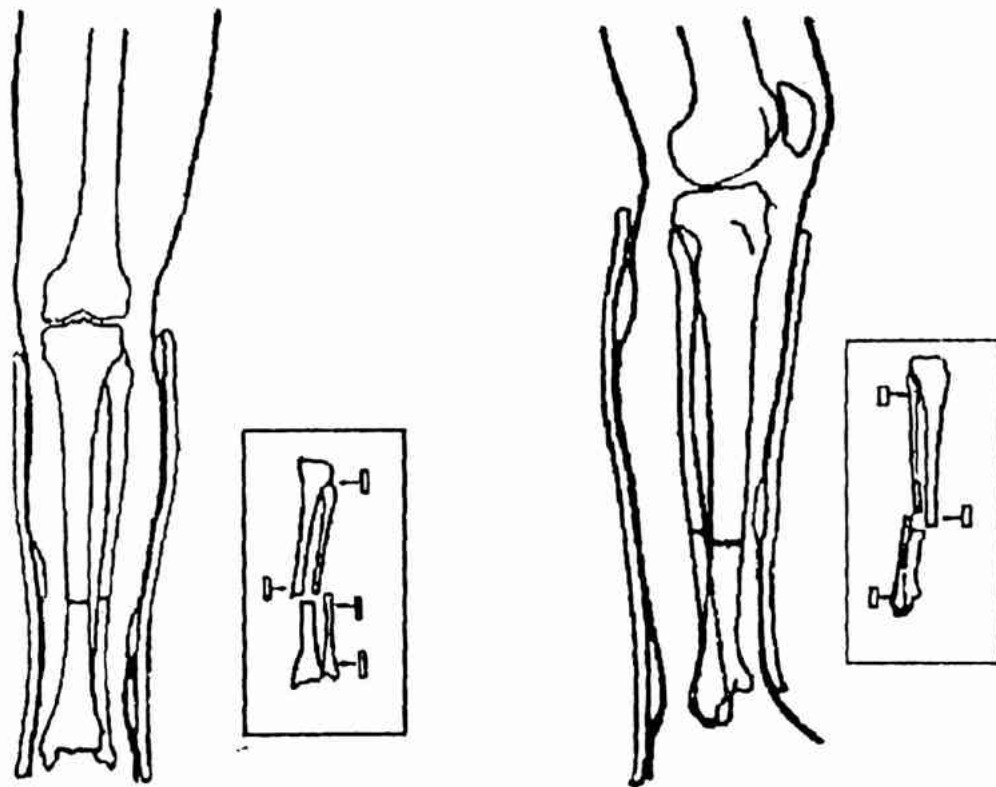
Khi cẳng chân đã lấy lại chiều dài bình thường thì xoay và nắn di lệch - bên. Nếu có điều kiện, kiểm tra ổ gãy bằng X quang tại chỗ hoặc bó nẹp cẳng bàn chân sau đó kiểm tra X quang. Nếu còn di lệch ít, chấp nhận được thì cho bệnh nhân nằm, gác chân cao 30cm trong 3 - 4 ngày, theo dõi sau bó nẹp. Lưu nẹp 6 - 8 tuần.

Theo Bohler nếu có nguy cơ di lệch sau trong thời gian bất động (gãy không vững) nên kéo tạ kết hợp trong 3 tuần đầu trên khung Braun với tạ thích ứng.

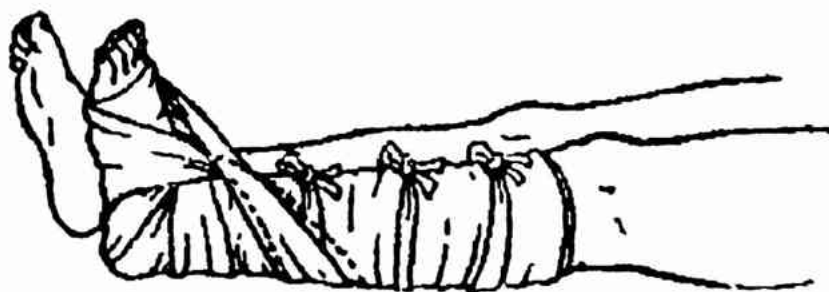


(1) Nẹp sau. (2) Nẹp trong. (3) Nẹp ngoài. (4), (5) Nẹp trước trong; trước ngoài.

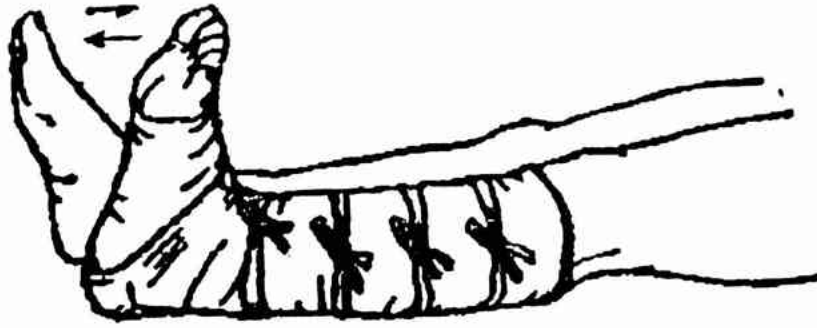
Hình 88. Bộ nẹp cố định gãy xương cẳng chân.



Hình 89. Gãy hai xương cẳng chân - Vị trí đặt đệm cố định.



Hình 90. Băng hình số 8, hạn chế vận động dưới cổ chân và phòng di chứng chân hình "thông".



Hình 91. Luyện tập gấp duỗi cổ chân.



Hình 92. Luyện tập gấp duỗi khớp gối.

c. Dựa theo nguyên lý A.Sarmiento

Sau khi kéo, nắn chỉnh di lệch, Nguyễn Quang Long cho bó mảnh tre, đặt chân cao 3 - 5 ngày để tránh rối loạn dinh dưỡng, bệnh nhân nằm trên giường, tập đưa chân lên xuống như tập cơ bụng (cả hai chân) trong 2 tuần (đúng là 11 ngày). Khi bệnh nhân hết đau ở ổ gãy (tuần thứ 2) sau 11 ngày,

để bệnh nhân tập đi chống nạng hoặc trong thanh song song. Lưu nẹp 8 - 12 tuần.

Màn tre Nguyễn Quang Long được làm từ các nan tre rộng khoảng 1cm, luồn trong bao vải được phân chia thành ngăn song song. Độ dài tương ứng với vùng được cố định.

Nếu có di lệch thứ phát phải nắn chỉnh lại ngay đến độ chấp nhận được:

- Gấp góc không quá 5 - 7° trên phim X quang thẳng; 10° trên phim nghiêng.
- Trục cẳng chân nằm trong ổ chày sên (đúng hơn trục xương sên).

2. Phẫu thuật

a. Cách làm

- Đóng đinh Muller nội tuỷ.
- Bắt bảng ốc Muller có ép.
- Bắt bảng ốc thường kèm ghép xương xốp quanh ổ gãy (dành cho khớp giả).
- Đóng đinh Rush.
- Cố định ngoại vi (kiểu Ilizarov, Volkov Kahnberg hoặc tự chế Nguyễn Văn Nhân).
- Đinh nội tuỷ và bảng ốc 1 năm sau phải lấy ra sau khi liền xương.
- Tháo cố định ngoại vi khi ổ gãy có can, chuyển bất động nẹp hoặc bột.

b. Các cách không nên làm

- Bắt ốc đơn thuần.
- Cột dây thép, nẹp Parham.

c. Vật lý trị liệu

Ngoài việc kê chân cao chống phù nề sau mổ, vận động tích cực toàn thân và của chi bị gãy là rất cần thiết để nâng cao hiệu quả điều trị.

Luyện tập có chương trình, tốt nhất có hướng dẫn của chuyên viên vật lý trị liệu. Cần bắt đầu sớm, đúng nguyên tắc ngay sau khi bệnh nhân ra khỏi ảnh hưởng của gây mê, gây tê.

Ưu điểm của phẫu thuật tại các cơ sở có đầy đủ trang thiết bị kỹ thuật là xương lành theo ý muốn của người điều trị, khớp sạch, người bệnh chóng trở lại sinh hoạt bình thường. Song nguy cơ nhiễm trùng khi mổ khá cao (10 - 25%). Nói chung ở đất nước ta điều kiện lý tưởng về phẫu thuật

còn hãn hữu, nên áp dụng phương pháp bảo tồn (nắn xương kéo liên tục kết hợp bó nẹp hoặc băng bột, kéo tạ trên bột) là tốt nhất.

Điều trị gãy cũ xương cẳng chân: khớp giả, mất đoạn xương

- Khớp giả, nhiễm trùng xương là 2 biến chứng thường gặp ở nước ta (35%) do điều trị chưa đúng quy ước.
- Mất đoạn xương chày do vết thương chiến tranh điều trị còn nhiều khó khăn.
- Nhờ phương pháp cố định ngoài ngày càng được thông dụng mà gãy xương hở xương chày mất đoạn xương hoặc nhiễm trùng làm viêm xương ngày càng ít đi.

CÁC GÃY XƯƠNG VÙNG CỔ CHÂN VÀ BÀN CHÂN

I. GÃY XƯƠNG HAI MẮT CÁ

1. Định nghĩa

Gãy hai mắt cá là gãy đầu dưới xương mác (7cm cuối) và mấu trâm chày (5cm cuối) kèm theo có hoặc không đứt dây chằng chày mác dưới - Volkmann 1952 đã thêm vào danh từ thứ 3 cho gãy mắt cá là gãy xương bờ sau của mặt khớp chày sên.

2. Cơ chế gãy các mắt cá

Dựa trên giải phẫu học và cơ chế sinh học của vùng cổ chân Lauge Hansen (1936) đã chứng nghiệm cơ chế gãy hai mắt cá thành 4 kiểu gãy chính:

- a. Gãy mắt cá kiểu lật ngửa - xoay ngoài bàn chân (68,5%).
- b. Gãy mắt cá kiểu lật sấp - xoay ngoài (8,5%) (còn gọi là kiểu xoay ngoài).
- c. Gãy mắt cá kiểu lật sấp - dạng (6%).

Nắm được cơ chế gãy để nắn chỉnh xương gãy phục hồi giải phẫu; cố định ở gãy vững vàng, nhanh gọn. Sự phân loại giúp chúng ta dễ ghi nhớ cơ chế đặc hiệu của mỗi kiểu gãy. Trong mỗi kiểu có các tổn thương đặc hiệu,

không nên chỉ xét tổn thương và di lệch trên phim X quang, mà cần suy luận tổn thương phần mềm, để nâng cao hiệu quả điều trị.

3. Nguyên nhân

Thông thường gãy hai mắt cá do cơ chế gián tiếp như trượt chân, ngã bị dồn ép, uốn bẻ, vặn xoắn hoặc kéo căng dây chằng vượt quá mức chịu đựng bình thường của cổ chân. Trong thực tế thường tai nạn xảy ra nhanh nên các cơ chế có phối hợp với nhau cùng lúc.

Nguyên nhân trực tiếp, cơ chế trực tiếp: chỉ thấy trong các trường hợp bị cán dập cổ chân, đập cổ chân trực tiếp vào vật cứng hoặc ngược lại (2 - 4%).

4. Triệu chứng

Gãy hai mắt cá rất đau khiến cho người bệnh không thể cử động được cổ chân bàn chân và các ngón chân. Người bệnh có thể rất đau đớn.

Vọng chẩn: cổ chân bị rộng ra (sau khi cởi hết giày, tất ở chân ra), vẹo trong nếu gãy mắt cá ngoài, vẹo ngoài nếu gãy mắt cá trong, bàn chân ở tư thế buông xuôi, gót nhô ra sau nếu có trật khớp chày sên hoặc gãy mắt cá thứ ba di lệch, sưng nề bầm tím lan nơi ổ gãy, nơi dây chằng bị sút, đứt, xuất hiện muện.

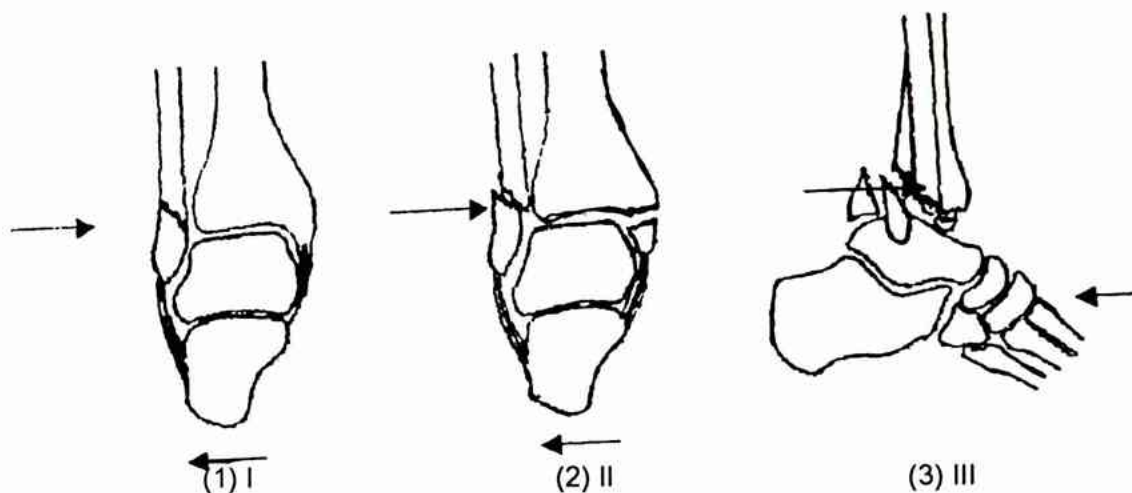
Sơ cứu: nắn lại tư thế chung của cổ chân và đặt trong máng gỗ lót êm. Cổ chân, bàn chân thẳng góc với mặt phẳng chân trời. Có thể sử dụng chăn bông, gối hơi, nệm bất động tạm để bệnh nhân bớt đau.

Vấn chẩn: đau nhiều, nhất là điểm đau ở giữa (trước) cổ chân và dọc lên trên mắt cá ngoài, chứng tỏ có tổn thương dây chằng chày mác dưới hoặc màng liên cốt. Trong trường hợp này các tác giả lớn khuyên chúng ta nên chích tê ổ gãy và ổ khớp cổ chân.

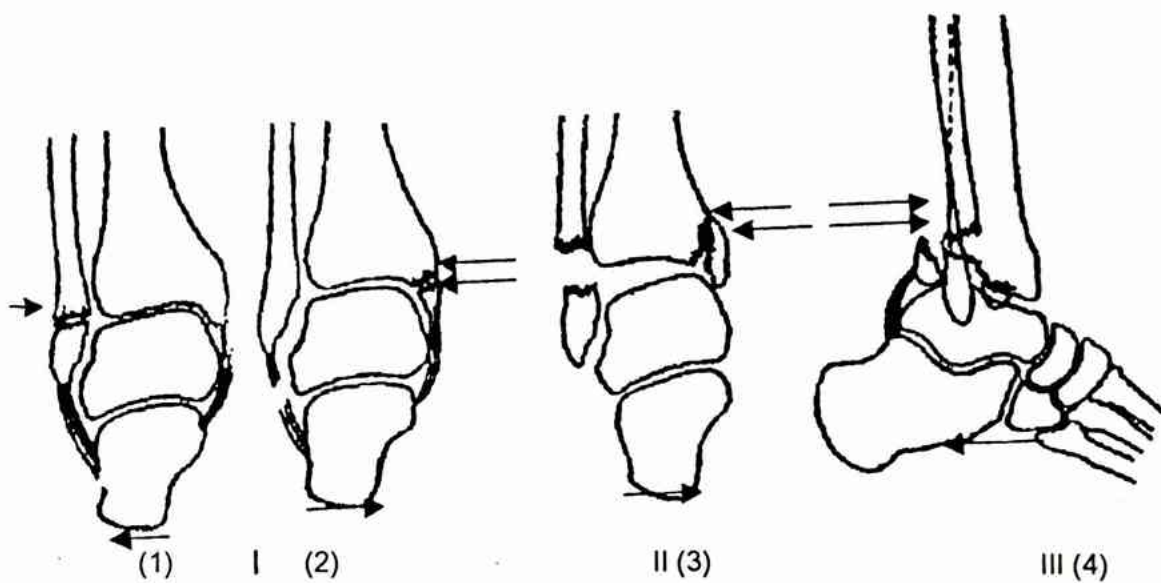
Vấn chẩn: hành chính, thời gian, cơ chế ngã.

Thiết chẩn: kiểm tra mạch cổ chân, ngoại trừ gãy mắt cá kiểu dưới dây chằng chày mác hoặc ổ gãy chưa di lệch, còn các kiểu gãy khác đều làm cổ chân sưng lớn. Mạch mu bàn chân yếu hơn vì sưng to do di lệch của ổ gãy và trật khớp cổ chân. Ép hai mắt cá nhẹ nhàng, nắm cẳng chân và bàn chân lắc ngang thấy cổ chân lỏng.

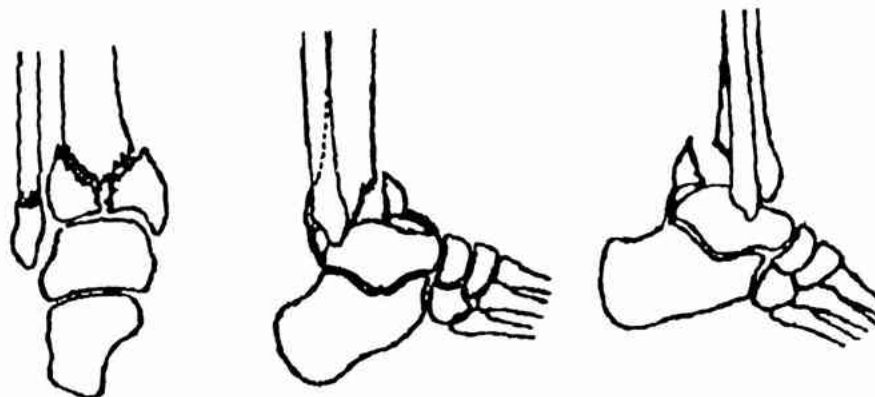
Chụp X quang ở tư thế đứng và cần thiết để thấy rõ di lệch của xương mà suy ra tổn thương phần mềm để phân loại đúng đắn hơn.



Hình 93: Các độ gãy, hướng tác động của ngoại lực và di lệch

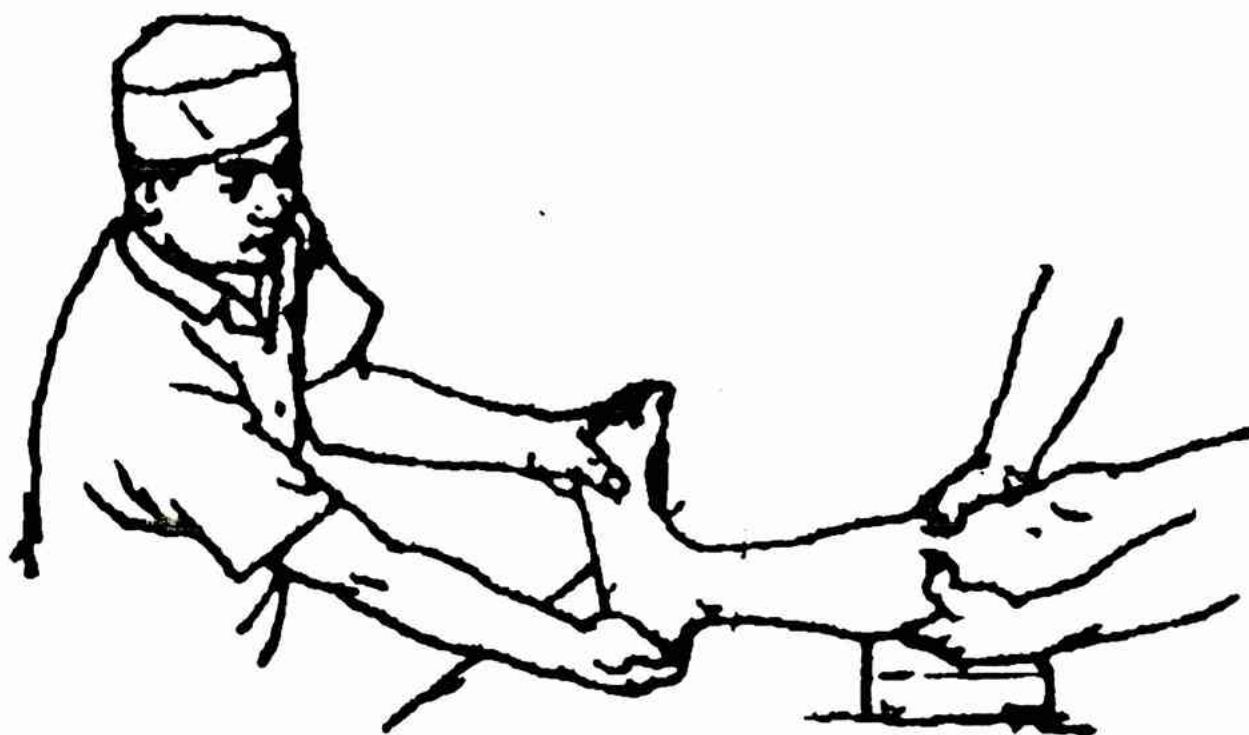


Hình 94: Các độ gãy mắt cá, hướng tác động của ngoại lực và di lệch



Hình 95: Gãy đầu dưới xương chày và trật khớp cổ chân

5. Điều trị gãy hai mắt cá



Kéo dẫn trước khi nắn chỉnh.



Hình 96: Gãy mắt cá trong và thủ pháp nắn chỉnh

a. Điều trị bảo tồn

Trong điều kiện thiếu thốn vật liệu phẫu thuật chỉnh hình và nhất là môi trường phẫu thuật vô trùng, dù phẫu thuật viên có tay nghề cao, phương pháp bảo tồn được xem là rất quan trọng. Điều trị bảo tồn được áp dụng cho những trường hợp sau:

- Gãy bong sụn tiếp hợp ở hai mắt cá.
- Gãy hai mắt cá ở người già, quá yếu không thể chịu đựng được cuộc mổ.
- Những trường hợp gãy không di lệch hoặc nắn chỉnh tốt, sớm.

Kiểm tra X quang sau khi nắn gãy hai mắt cá lưu ý các điểm sau:

- X quang bình diện thẳng:

- + Khe khớp gọng kìm với xương sên đều khít khao.
- + Trục xương chày không nghiêng quá 7° đối với xương sên hoặc ngược lại.
- + Bình thường khớp chày mác dưới lồng nhau 3 - 5mm: không dạng khớp.
- X quang bình diện ngang:
 - + Diện tích khớp ở mắt cá thứ 3 không được cập kênh và dưới 1/3 diện tích trước sau của mặt khớp chày.
 - + Không nên bất động cổ chân ở tư thế quá gấp lưng làm toác gọng kìm chày mác dưới. Thông thường để ở tư thế trục xương chày thẳng góc với mặt phẳng bàn chân hoặc cổ chân ở tư thế duỗi $7-10^{\circ}$ là tốt nhất (vì mặt khớp sau xương sên hẹp hơn phía trước; hơn nữa mắt cá ngoài nằm lùi sau 15 - 30mm so với mắt cá trong).

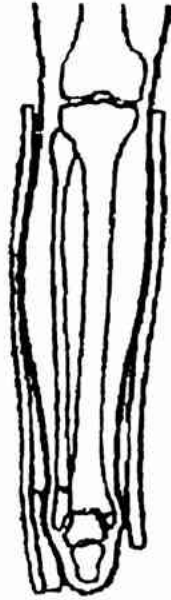
Theo dõi trong điều trị bảo tồn bất động cứng bàn chân của hai mắt cá (hoặc ba mắt cá):

- Đặt chân cao 3dm, 3 - 5 ngày để tránh phù nề.
- Theo dõi sưng nề chèn ép vùng cổ chân.
- Cho thuốc hoạt huyết tiêu ứ và an thần.
- Vận động, tập luyện ngay sau khi bất động chắc. Cử động các ngón chân và gối có hiệu quả trong chống phù nề và đau nhức.
- Lưu nẹp 35 - 45 ngày. Tập đi 2 nạng tý 3 - 4 điểm, xương liền ở tháng thứ 2 (6 - 8 tuần).

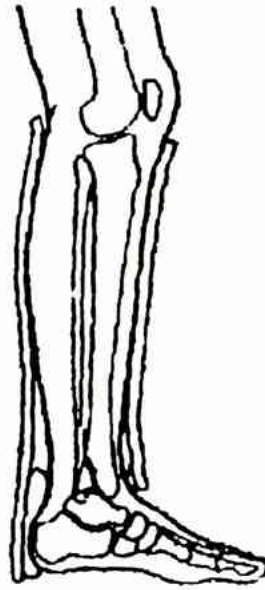
b. Phẫu thuật

Nếu sự cố gắng nắn chỉnh ổ gãy mà không được như ý, chúng ta nên đặt vấn đề phẫu thuật điều trị gãy 2 mắt cá vì những lý do sau:

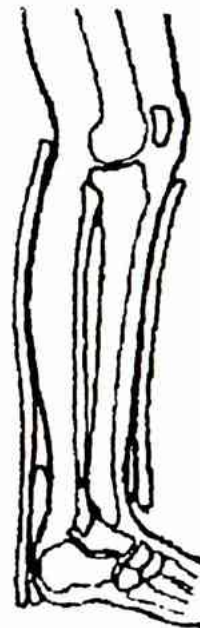
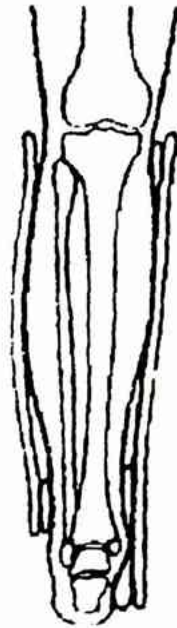
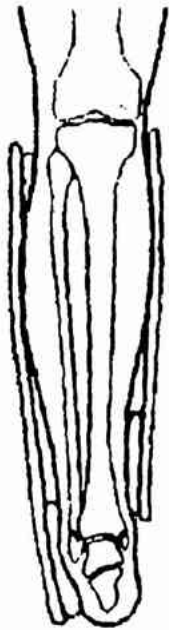
- Một mảnh màng xương bong và chèn vào ổ gãy của mắt cá trong (Beek) làm xương không nắn được khít khao, mặt khớp vẫn cập kênh, lành xương có khe khuyết trên bờ ngoài mắt cá trong gây dễ gãy lại, không liền xương.
- Một mảnh xương nhỏ, hoặc một mảnh sụn khớp kẹt trong khớp, trong khe gãy làm không liền xương hay không nắn chỉnh được.



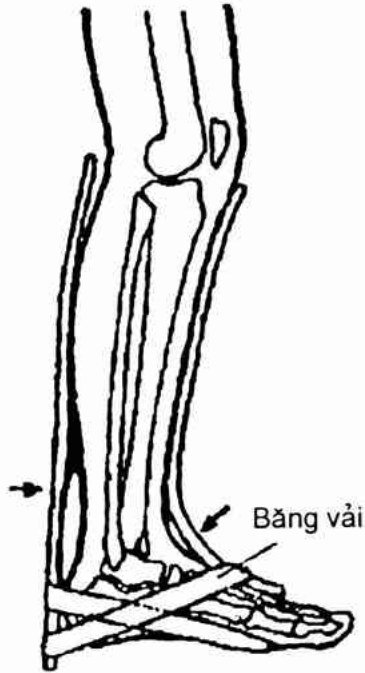
(1) Nẹp trong, ngoài và hai đệm



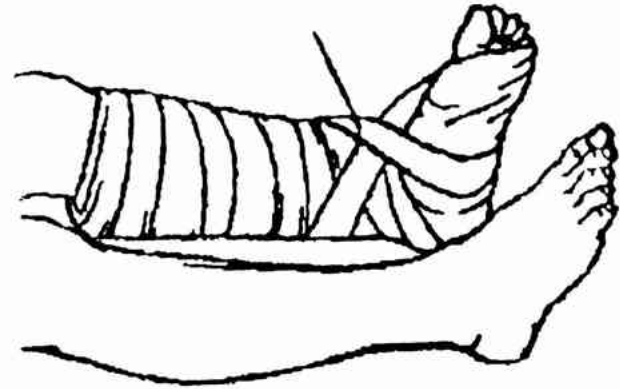
(2) Nẹp trước, sau và 2 đệm



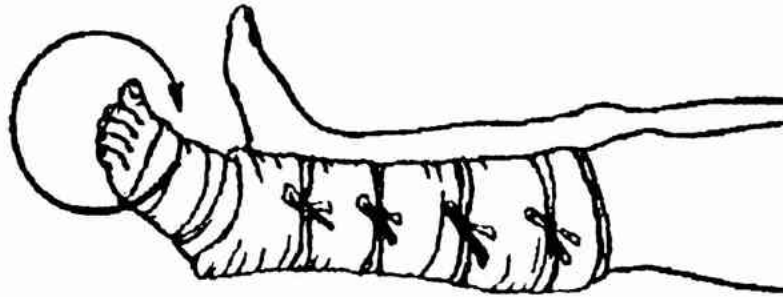
Hình 97. Phương pháp đặt nẹp, đệm trong-ngoài và trước -sau.



Hình 98. Gãy đầu dưới trước xương chày di lệch - Phương pháp đặt nẹp, đệm và quấn băng cố định.



Hình 99. Gãy mắt cá ngoài; dùng băng hình số "8" quấn cố định bàn chân nghiêng trong.



Hình 100. Phương pháp luyện tập cổ chân.

- Một mảnh dây chằng, bao khớp hoặc màng cơ chèn vào khe gãy làm không nắn chỉnh được, làm xương mác bị cài kẹt không nắn được để phục hồi lại chiều dài của mắt cá ngoài, màng liên cốt không lành, khớp chày mác dưới bị lỏng (Watson Jones).
- Di lệch nhiều (xoay, dạng xa, cài kẹt) của xương chày tỏ tổn thương hệ thống dây chằng để có thể được kết quả chức năng tốt cho cổ chân cần phẫu thuật.

Phẫu thuật có nhiều cách:

- Xuyên kim, néo mắt cá trong, mắt cá ngoài ổ gãy không tổn thương dây chằng.
- Bất ốc tất cả các mảnh xương gãy và nẹp ốc vững chắc có đàn hồi của nẹp ốc trên xương mác là quan trọng.
- Khâu lại tất cả các dây chằng bị đứt, sút, toác dọc.

Sau phẫu thuật muốn có kết quả tốt của khớp cổ chân, gãy hai mắt cá thì vận động sớm cổ chân có vai trò quan trọng.

II. GÃY XƯƠNG SÊN, GÓT, BÀN VÀ NGÓN CHÂN

A. CẤU TRÚC CHUNG CỦA BÀN CHÂN VÀ CƠ SINH HỌC

Các xương bàn chân được sắp xếp theo phương thức đá tảng thời La Mã thành hai khung dọc và khung ngang, tạo thành hình vòm tam giác xương gót, chỏm xương bàn V-1, các vòm ấy được ví như các cánh cung và dây chằng cơ ngấn lòng bàn chân như dây cung có sức đàn hồi. Các cơ căng chân điều khiển gấp duỗi cổ chân, lật sấp - ngửa bàn chân. Tùy theo tư thế bàn chân khi rơi xuống từ cao hay thấp, sự giảm đà rơi nhờ các cung vòm và dây chằng liên xương, cơ ngấn lòng bàn chân đảm nhận. Sự hãm đà đó nếu quá sức chịu đựng của dây cung thì xương sẽ gãy, bong, đứt dây chằng, cơ lòng bàn chân cũng bị tổn thương. Xương nào gãy tùy theo điểm chạm của bàn chân:

1. Tư thế bàn chân gấp lưng tối đa

a. Điểm chạm là xương gót thì xương gót vỡ trước.

b. Nếu điểm chạm là xương bàn thì xương sên vỡ trước, kế đó là xương bàn, xương nôm, xương hộp, xương bán nguyệt.

Điểm tập trung sức dội vẫn là xương gót.

2. Tư thế bàn chân phẳng chạm đều trên mặt cứng

a. Nếu điểm chạm chịu đều lên bàn chân thì trọng lượng cơ thể phân phối trên xương sên gót nhiều hơn làm "lún xương gót" gãy lún, gãy xẹp. Vì xương sên, gót đều xốp, dây chằng gót thuyền dễ bị tổn thương.

b. Chấn thương bờ ngoài xương (xương bàn V) bàn chân chịu sức nhiều, chạm đất trước nên xương bàn V gãy trước xương bàn khác vì nó là đỉnh xương ngoài.

3. Tư thế bàn chân duỗi (gấp lòng)

Điểm chạm ở các đầu xương bàn, sức rơi được chuyển ra sau và tập trung vào xương sên, gót. Cổ xương sên gãy trước và xương gót gãy sau. Gãy nhiều mảnh lớn khi bàn chân trở nên gấp lưng tối đa để hãm đà rơi.

4. Nếu tư thế cổ bàn chân bị kẹt trong một chiều nhất định thì xương sên và chày bị vỡ

a. Cổ chân duỗi: xương sên vỡ thân sau; xương chày vỡ nhiều mảnh và trật xương sên ra trước.

b. Cổ chân gấp:

- Gãy cổ và thân trước xương sên.
- Gãy bờ sau đầu dưới xương chày.

B. NGUYỄN NHÂN

1. Chấn thương nhẹ gián tiếp

Lật bàn chân, trượt bậc tam cấp, xương bàn V bị bẻ gãy trước, lúc nào cũng kèm theo bong gân vùng xương hộp - nêm và xương bàn chân V, IV, III, đẩy xương bàn II là khoá ngàm.

Gãy nhiều xương bàn cùng một lúc thường do chấn thương trực tiếp như vật nặng rơi đè lên bàn chân, xe cán ngang mu bàn chân hoặc ngã từ cao cổ chân gấp lưng, điểm chạm chịu trên đầu các xương bàn trước tiên (lúc tai nạn bệnh nhân đi chân trần hoặc đi giày đế mềm). Loại gãy này kèm theo xẹp mặt lưng các xương thuyền, hộp, nêm.

2. Gãy xương sên, xương gót do chấn thương nặng:

Thường do ngã từ cao, bàn chân chạm đất trước (xem cơ sinh học bàn chân).

Gãy kín xương sên, gót còn tìm thấy trong trường hợp người ngồi trong xe tăng bị cán phải mìn chống tăng do sức đội từ dưới lên gót cổ chân.

C. TRIỆU CHỨNG

1. Gãy xương bàn chân-ngón chân

Các xương này gãy có thể sờ nắn trực tiếp ở gãy một cách nhẹ nhàng dọc theo các xương.

- Trường hợp sưng nề lớn vì chấn thương, có thể phát hiện được một cách kéo nhẹ và dồn ép khe xương bàn theo chiều dọc từng ngón chân một, đau chói điểm xương gãy.
- Trường hợp gãy xương nêm, xương hộp: lõm lòng bàn chân bình thường, kèm bong gân nên máu bầm tím lan xuống dưới bàn chân gây biến dạng.

2. Gãy xương hộp và xương nêm

Các xương này thuộc cổ chân đều là xương ngắn xóp. Xung quanh lại có nhiều xương lớn nên các gãy xương này là hậu quả kèm theo các gãy xương bàn hoặc bong gân độ 3. Các gãy nẹp này thường ở mặt lưng bàn chân nên có triệu chứng đau sưng, bầm tím và gồ mảnh xương ở mu bàn chân. Kéo và dồn ép các ngón chân gây đau tại chỗ gãy.

X quang cho thấy di lệch (phần lớn các xương này ít di lệch).

3. Gãy xương thuyền

Xương thuyền nằm giữa xương sên và các xương nêm, hộp, nơi cử động chuyển tiếp từ các xương bàn qua xương nêm, hộp đến các xương cố định ở gốc bàn chân. Xương thuyền là xương bản lề, nên có cơ chế gãy ngược lại với các xương trước sau nó.

Cơ chế gãy thường là nửa bàn chân trước bị bẻ gấp lòng quá mức đột ngột, thường di lệch xa về mặt lòng - dây chằng mặt lưng bàn chân. Gãy không di lệch xương thuyên có triệu chứng đơn giản: đau, sưng, bầm, gồ xương tại chỗ.

Cần X quang kiểm chứng.

Trường hợp gãy xương thuyên di lệch-nhiều thì chèn ép mạch máu mu bàn chân gây hoại tử da lưng bàn chân phía trước nên phải được nhanh chóng nắn trật gãy xương thuyên. Thêm vào đó các ngón chân bị co rút về mặt lưng không cử động duỗi ngón chân được.

4. Gãy xương sên

Gãy xương sên lúc nào cũng kèm theo lỏng khớp cổ chân tương tự gãy hai mắt cá.

Cơ chế gãy (xem cấu trúc và cơ sinh học bàn chân).

Xương sên gãy hay trật đều có thể sờ nắn được qua lớp da và gân cơ vùng cổ chân kể cả khi sưng hay biến dạng. Sự biến dạng quá mức bất thường lạ lùng của vùng cổ chân cần nhớ tới tổn thương xương sên.

a. Triệu chứng

- Cổ chân rộng bề ngang.
- Sưng nề.
- Xương sên sờ thấy qua lớp da nề.
- X quang: kiểm chứng.

b. Biến chứng

- Chèn ép thần kinh mạch máu vùng cổ chân gây hoại tử phía xa của bàn chân tức thì.
- Hoại tử thiếu máu nuôi của chính xương sên về sau điều trị gãy xương sên thường gặp.

c. Phân loại

- Gãy một phần của đầu hoặc thân sên (kiểu Sheper) hoặc vòm sên (kiểu Kappis).

- Gãy hoàn toàn thân xương sên, dễ gây biến chứng hoại tử xương sên.

Loại này chia thành 4 nhóm:

- + Gãy ít hoặc không di lệch (hoại tử 12,5%).
- + Gãy và trật dưới sên, xương chày vẫn dính với xương sên hoại tử (hoại tử 56,8%).
- + Gãy xương sên và trật bàn ra khỏi gọng kìm và gãy xương gót (hoại tử 78,8%).
- + Gãy nát nhiều mảnh xương sên.

5. Gãy xương gót

Xương gót là điểm chạm, điểm chịu sức dội của chân thương ngã từ cao, nổ mìn (ngồi trong xe tăng) với cổ chân gấp lưng hay duỗi, điểm tựa duy nhất phía sau của vòng tam giác, chân đế thăng bằng của con người trong đi đứng, chạy, nhảy, rơi từ trên cao xuống (nhảy dù). Vì cơ chế gãy xương gót dễ ảnh hưởng đến nội tạng nên cần thăm khám kỹ và phát hiện những dấu hiệu: tràn khí màng phổi, vỡ tạng đặc, vỡ bàng quang, vỡ tạng rỗng, gãy cột sống lưng, thất lưng - trật khớp háng, vỡ xương chậu, đứt dây chằng chéo khớp gối.

a. Triệu chứng vỡ xương gót đơn thuần

- Cổ chân không rộng (nếu mắt cá không tổn thương dây chằng).
- Chiều cao từ mắt cá đến da bàn chân ngắn lại.
- Đau, bầm tím dưới mắt cá (đau khi ấn bên thân xương gót).
- Bầm lan cánh bướm lòng bàn chân muộn, không gây đau lòng bàn chân.

b. Phân loại

- Gãy ngoài đôi gót có tiên lượng tốt.
- Gãy đôi gót, có tiên lượng xấu hơn.
- + Gãy đôi gót đơn giản: có tiên lượng tốt hơn loại sau.
- + Gãy đôi gót có lún: có tiên lượng tùy theo độ lún.

Độ 1: góc Bohler giảm ít ($25-30^{\circ}$).

Độ 2: góc Bohler gần 0° .

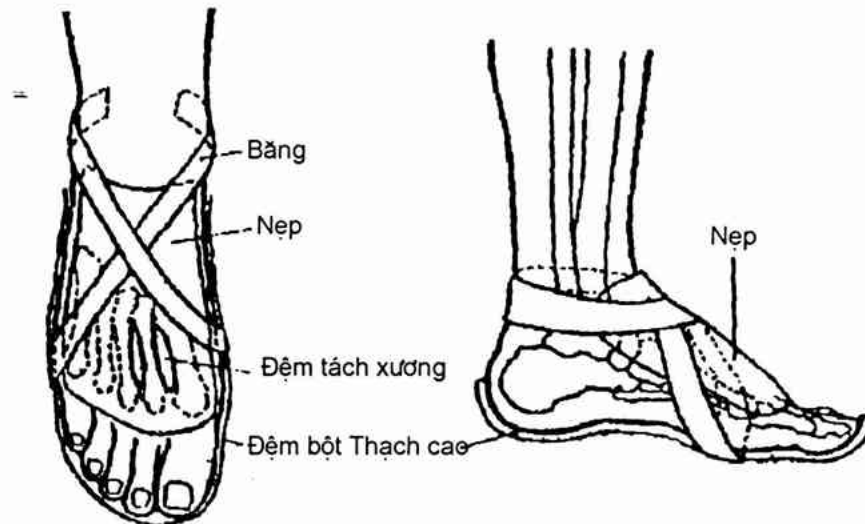
Độ 3: đôi gót lún hẳn trong xương gót hoặc vỡ nát.

D. ĐIỀU TRỊ

Nên cho ngủ, gậy mê hoặc tê tuỷ sống để nắn xương, hơn nữa phải chăm sóc da bàn chân thật sạch trước khi bất động.

1. Gãy xương bàn, xương hộp, xương nêm

Tuy các xương bàn khác cấu trúc giải phẫu học với xương nêm, nhưng các kiểu gãy xương bàn không di lệch điều trị giống như nhau.



Hình 101. Phương pháp cố định gãy xương bàn chân

Cần điều trị theo Y học hiện đại các gãy xương bàn - nhất là khi các xương ấy có di lệch mạch máu đã nắn.

- Cho các gãy xương bàn hoặc xương bàn kế tiếp nhau.
- Gãy chỏm các xương bàn.
- Xương ngón chân cái.

Còn các gãy xương ngón chân khác thì chỉ cần nắn chỉnh lại rồi băng kìm giữa hai ngón lành với nhau trong 3 - 6 tuần. Bệnh nhân phải cố gắng tránh đi tỳ lên các ngón chân gãy trong thời gian bất động.

2. Điều trị gãy xương thuyền

Xương thuyền là xương bản lề cần được nắn gãy xương ngay để tránh hậu quả chèn ép mạch máu, hoại tử da mặt lưng bàn chân trong cấp cứu.

Sau đó, tại Trung tâm điều trị chuyên khoa sẽ đặt vắn đề kết hợp xương và phục hồi dây chằng mu bàn chân của xương với các xương xung quanh nhất là đối với xương sên.

Sau mổ, chúng ta cũng phải làm bột cứng chân để đi ngay sau mổ 3 tuần. Bột không cần dày lắm, nhưng điểm tỳ vẫn trên gót.

3. Điều trị gãy xương sên

Ngoại trừ vài trường hợp gãy một phần vòm thân hoặc cổ xương sên không di lệch dành cho điều trị bảo tồn có lợi, còn lại tất cả trường hợp gãy xương sên cần kết hợp xương càng sớm càng tốt. Xương sên gãy kèm trật khớp thì chắc chắn tỷ lệ hoại tử cao, nên có nhiều tác giả khuyên chúng ta lấy bỏ xương sên hoặc đóng khớp cổ chân là thuận lợi hơn cả.

MỘT SỐ TRẬT KHỚP THƯỜNG GẶP

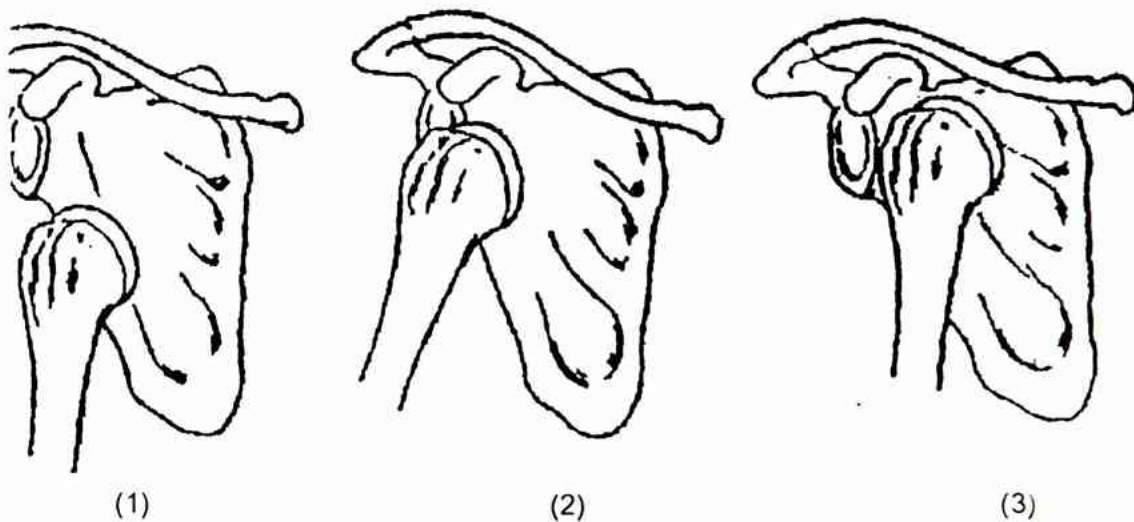
Trật khớp có thể xảy ra ở các khớp: vai, khuỷu, háng nhưng trật khớp vai hay gặp hơn.

Triệu chứng chung:

Cơ năng: đau vùng khớp bị trật, mất cơ năng và dấu hiệu quan trọng nhất là "dấu hiệu lò xo", nghĩa là khi đưa phần ngoại vi khớp trật sang vị trí khác, thả ra lại trở về vị trí cũ.

Trật khớp vai:

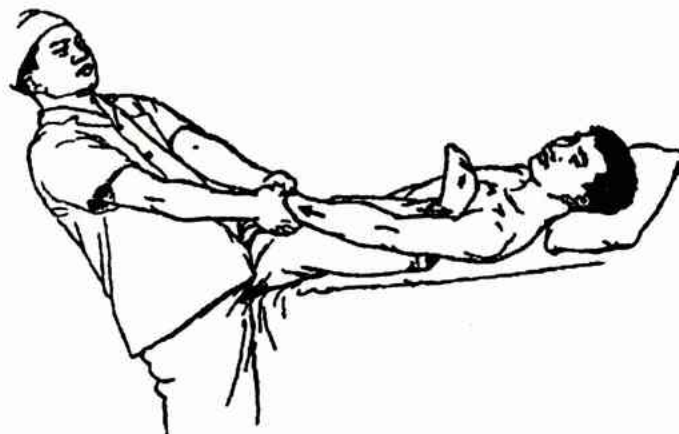
Hầu hết các trường hợp trật khớp vai đều di lệch chỏm ra trước và xuống dưới. Có thể minh họa ba loại sau đây:



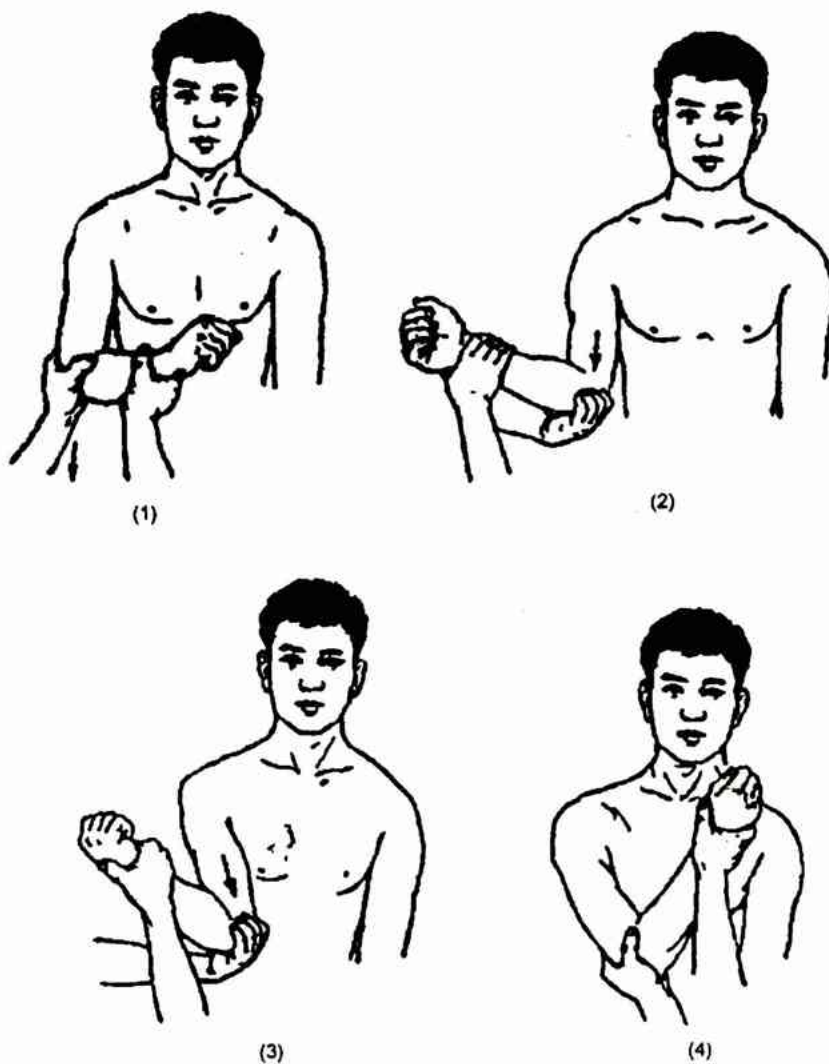
Hình 102. Trật khớp vai và các kiểu di lệch của chỏm

(1) Xuống dưới; (2) Trước-dưới; (3) Trước-trong.

Phương pháp nắn chỉnh:



Hình 103. Phương pháp dùng chân nắn di lệch (Hypocrat).



Hình 104. Trật khớp vai, chỏm di lệch ra trước.

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

NGOẠI KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN

Chịu trách nhiệm xuất bản

HOÀNG TRỌNG QUANG

<i>Biên tập:</i>	BS. ĐINH THỊ THU
<i>Sửa bản in:</i>	ĐINH THỊ THU
<i>Trình bày bìa:</i>	CHU HÙNG
<i>Kỹ thuật vi tính:</i>	TRẦN HẢI YẾN

In 1000 cuốn, khổ 19 x 27cm tại Xưởng in Nhà xuất bản Y học.

Số đăng ký kế hoạch xuất bản: 22 - 2007/CXB/72 - 151/YH

In xong và nộp lưu chiểu quý II năm 2007.

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Địa chỉ: 352 Đội Cấn - Ba Đình - Hà Nội

Tel: 04.7.625922 - 7.625934 - 7.627819 - Fax: 04.7625923

E-mail: Xuatbanyhoc@fpt.vn

Website: www.cimsi.org.vn/nhaxuatbanyhoc