

GÂY MÊ HỒI SỨC TRONG PHẪU THUẬT

CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG

BsCK2 Nguyễn Ngọc Anh
Bệnh viện ND 115.

I/-Mở đầu:

- CTCS là cấp cứu thường gặp.
- Tránh tổn thương thứ phát.
- Phải cấp cứu sớm trong 24 giờ đầu.
- Thường xuyên đánh giá tổn thương.

II/-Tần suất tổn thương:

*Ở Pháp:không thống kê đầy đủ vì:

-Chuyên khoa CTCSS.

-Đánh giá Bn ĐCT.

-Hồ sơ lưu trữ.

*Ở Mỹ

-10.000 ca/năm;15-35 tuổi,1,5-2,5% có tổn thương thần kinh.

-Tổn thương thứ phát 50bn/1 tr dân/năm

-500 triệu dola/năm

*Nguyên nhân:TNGT,TNNN,TNTT...

III/-Sinh lý bệnh của tổn thương CS

3.1/-Tổn thương tủy:

a)Tổn thương t/b trực tiếp:

-Tổn thương t/b tủy trực tiếp gây nên rối loạn chức năng tủy tiên phát.

-Những n/c về vi cấu trúc t/b.

-Hậu quả của thiếu máu và tổn thương tủy:

+Giải phóng chất trung gian hóa học.

+Dãn mạch.

+B/c tiết men tiêu fibrine.

+Phù tủy

III/-Sinh lý bệnh của tổn thương CS

3.1/-Tổn thương tủy:

b)Những tổn thương tủy do không cố định cột sống:

- Cố định trục đầu - cổ –thân
- 3-25% tổn thương CS do di chuyển.
- Cố định tốt→tưới máu tốt.

c)Những tổn thương tủy do hội chứng chèn ép:

- Xương,dây chằng,đĩa đệm.
- Tổn thương tỉ lệ với cường độ và thời gian chèn ép.

III/-Sinh lý bệnh của tổn thương CS:

3.2/-Hậu quả của tổn thương tủy:

a)Huyết động:

- Tổn thương hệ giao cảm.
- Mức độ RL tùy theo vị trí tổn thương.
- Thiếu oxy+giảm nhiệt độ+giảm HA:
ngừng tim.

b)Hô hấp:

- Tổn thương từ C4 trở lên.
- Tổn thương từ C4 trở xuống.

III/-Sinh lý bệnh của tổn thương CS:

3.2/-Hậu quả của tổn thương tử:

c)Tiêu hóa:

- Liệt ruột.
- Chảy máu và tụ máu trong phúc mạc.
- Hội chứng giả phúc mạc

d)Tiết niệu:

- Bí tiểu.

e)Nhiệt độ:

- Liệt mạch.
- Mất khả năng run.

IV/-Cấp cứu và điều trị CTCS

A)Cấp cứu:

- Giữ đúng trục đầu-cổ-thân.
- Đặt lên ván cứng.
- Giải phóng đường thở,điều chỉnh RL huyết động
- Tìm hiểu cơ chế chấn thương.

1/-Khám lâm sàng:

- Đánh giá tổn thương TK.
- Hô hấp.
- Vận động ngoại vi.
- Cảm giác

IV/-Cấp cứu và điều trị CTCS

A)Cấp cứu:

2/-Hình ảnh học:

a)X- quang qui ước:

Qui ước của Roherge:

-Đường thẳng của 7 đốt sống cổ.

-Đường thẳng:thành trước ,sau,mỏm gai.

-Tăng đậm độ xương,dấu hiệu gãy xẹp

-Khoảng cách >3mm giữa cung dưới của đốt
đội và mỏm răng.

c)Scanner.

d)IRM

49.87
A 20
4

16M

5cm



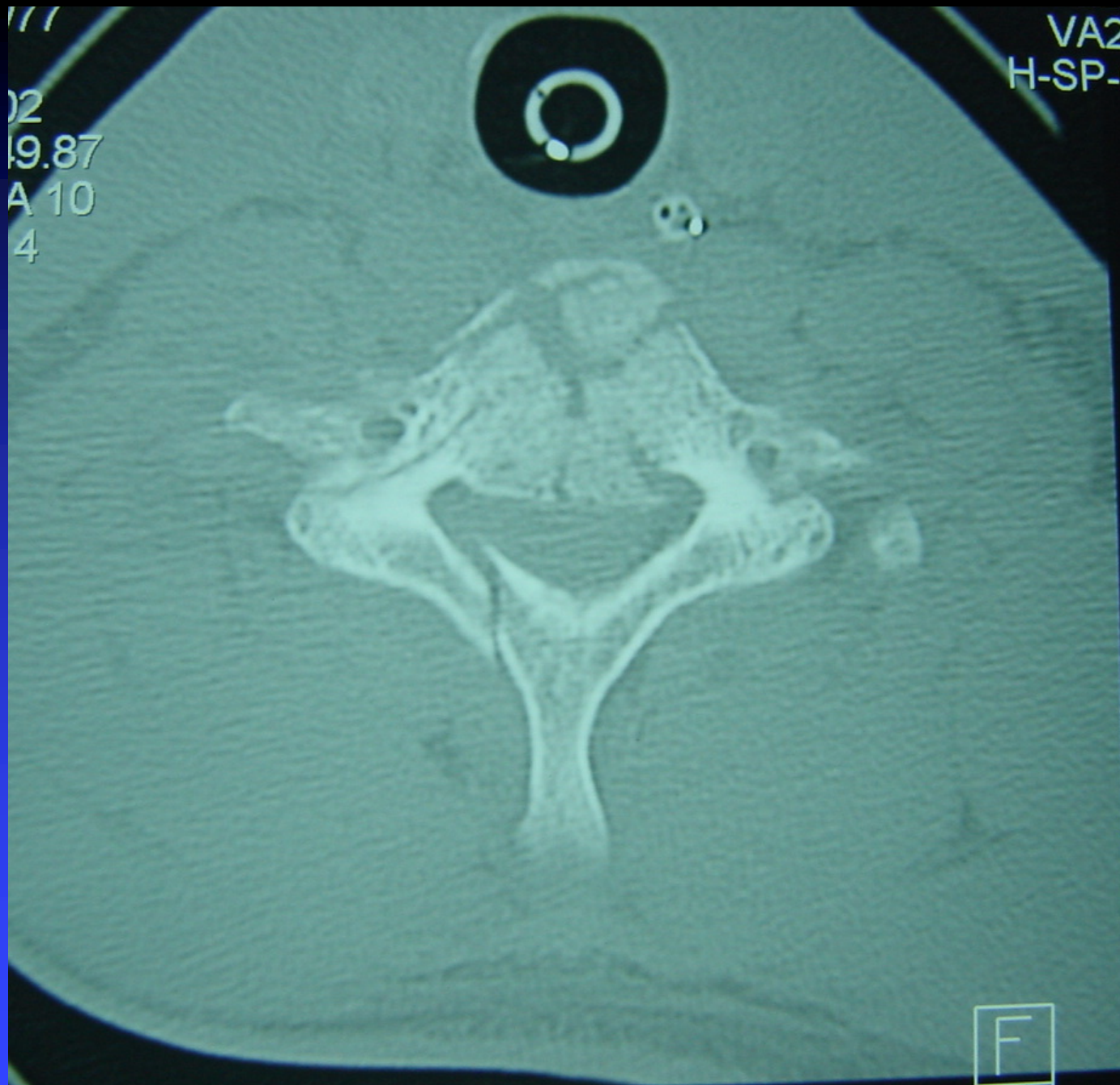
C6-C7

W 3056
C 324

177

VA20
H-SP-C

02
19.87
A 10
4



5



IV/-Cấp cứu và điều trị CTCS

B)Điều trị CTCS:

1/-Điều trị nội khoa:

-Tổn thương tiên phát.

-Tổn thương thứ phát:

Thiếu máu→giải phóng glutamate+

NMDA →tích lũy canxi →hoạt hóa phospholipase

→a.arachidonique,c/hthromboxane A₂ →co mạch

→thiếu máu →giải phóng gốc tự do →hủy neurone

a)Điều trị không dùng thuốc:

-Duy trì HA.

-Điều chỉnh RL chuyển hóa.

-Tránh tăng đường huyết

IV/-Cấp cứu và điều trị CTCS:

1/-Điều trị nội khoa:

b)Điều trị bằng thuốc:

- Các thuốc ức chế canxi.
 - Các đối vận của thụ cảm thể NMDA và MK801.
 - Các Glanglioside.
 - Corticoide:trong 8 giờ đầu sau CT.tác dụng chủ yếu do(-)oxy hóa t/b
 - +30 mg/kg/giờ thứ nhất.
 - +5,4 mg/kg/h trong 23 giờ còn lại
 - +Bất lợi trong ĐCT.
 - +Kích thích R.steroide →toan
- Chất tổng hợp corticoide:Lazoide,Tirilazad*

IV/-Cấp cứu và điều trị CTCS:

2/-Điều trị ngoại khoa

-Mục đích:

-Loại tổn thương

+Tổn thương tử không hoàn toàn.

+Tổn thương tử hoàn toàn.

-Thời điểm can thiệp.

+Ngay lập tức.

+Có trì hoãn.

V/-Gây mê:

1/-Theo dõi

-ECG, SpO₂, PNI, PI, EtCO₂

-Nhiệt độ.

-Đường truyền.

-Đường huyết.

-Nước tiểu.

2/-Đặt nội khí quản:

-Mục đích

-Phương pháp

-Theo Aprahamian.

-Thuốc dẫn mê, dẫn cơ

-Kỹ thuật: Mũi, ngược dòng, nội soi, masque
thanh quản.

V/-Gây mê:

3/-Dẫn mê và duy trì mê.

4/-Đặt tư thế .

5/-Theo dõi sau mổ:

-Thuyên tắc mạch.

-Hô hấp.

-Chống loét.

VI/-Kết luận:



