

QUYẾT ĐỊNH
V/v Ban hành Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa

GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM Y TẾ AN KHÊ

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15;
Căn cứ Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30 tháng 12 năm 2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;
Căn cứ Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2023 của Bộ Y tế quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;
Căn cứ Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 04/3/2016 của Bộ Y tế ban hành 500 quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức;
Căn cứ Quyết định số 11/QĐ-BYT ngày 04/01/2022 của Bộ Y tế ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa.;
Căn cứ Quyết định số 578/QĐ-UBND ngày 07/02/2026 của Ủy ban nhân dân tỉnh Gia Lai quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm Y tế An Khê;
Theo đề nghị của Hội đồng khoa học kỹ thuật, Trung tâm Y tế An Khê.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này 64 quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa theo danh mục đính kèm.

Điều 2. Các quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa ban hành kèm theo Quyết định này được áp dụng thống nhất tại Trung tâm Y tế An Khê.

Điều 3. Trưởng Khoa Ngoại, phẫu thuật - Gây mê hồi sức, Trưởng các khoa, phòng và các cá nhân có liên quan chịu trách nhiệm tổ chức triển khai và nghiêm túc thực hiện các quy trình kỹ thuật ban hành kèm theo Quyết định này.

Quyết định này có hiệu lực từ ngày ký./.

Nơi nhận:

- Ban Giám đốc (b/c);
- Các khoa, phòng (t/h);
- Lưu: VT; KHNV.



Trần Đức Phương

SỞ Y TẾ GIA LAI
TRUNG TÂM Y TẾ AN KHÊ

QUI TRÌNH KỸ THUẬT NGOẠI KHOA



An Khê, năm 2026

DANH MỤC QUY TRÌNH CHUYÊN NGÀNH NGOẠI KHOA
*(Ban hành theo Quyết định số 780 /QĐ-TTAK ngày 20 tháng 7 năm 2026 của
 Giám đốc Trung tâm Y tế An Khê)*

CHUYÊN KHOA GÂY Mê - HỒI SỨC

01. Quy trình kỹ thuật gây mê nội khí quản
02. Quy trình kỹ thuật gây tê tùy sống
03. Quy trình kỹ thuật gây tê tĩnh mạch
04. Quy trình kỹ thuật gây mê Mask thanh quản
05. Quy trình kỹ thuật gây tê tại chỗ
06. Quy trình kỹ thuật gây tê gốc ngón tay
07. Quy trình kỹ thuật gây tê đám rối thần kinh cánh tay

CHUYÊN KHOA NGOẠI TIÊU HÓA

01. Quy trình phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa viêm
02. Quy trình phẫu thuật mổ mở ruột thừa viêm
03. Quy trình phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng dạ dày
04. Quy trình phẫu thuật mổ mở khâu lỗ thủng dạ dày
05. Quy trình phẫu thuật nối ruột non, đại tràng
06. Quy trình phẫu thuật nội soi cắt túi mật
07. Quy trình phẫu thuật áp xe ruột thừa
08. Quy trình phẫu thuật mổ thăm dò ổ bụng
09. Quy trình phẫu thuật cắt lách
10. Quy trình phẫu thuật thoát vị bẹn
11. Quy trình phẫu thuật khâu phục hồi thành bụng
12. Quy trình phẫu thuật cắt một búi trĩ
13. Quy trình phẫu thuật rò hậu môn đơn giản
14. Quy trình kỹ thuật tháo lồng bằng hơi
15. Quy trình kỹ thuật hút áp xe gan dưới hướng dẫn siêu âm
16. Quy trình kỹ thuật chọc dịch màng bụng

CHUYÊN KHOA TIẾT NIỆU

01. Quy trình phẫu thuật cắt da bao quy đầu
02. Quy trình phẫu thuật tràn dịch màng tinh hoàn
03. Quy trình kỹ thuật đặt sonde tiểu

CHUYÊN KHOA CHẤN THƯƠNG CHÍNH HÌNH

01. Quy trình kỹ thuật phẫu thuật KHX gãy xương đòn
02. Quy trình kỹ thuật phẫu thuật KHX trật khớp cùng đòn
03. Quy trình kỹ thuật phẫu thuật KHX gãy thân xương cánh tay
04. Quy trình kỹ thuật phẫu thuật KHX gãy mỏm khuỷu
05. Quy trình kỹ thuật phẫu thuật KHX gãy thân hai xương cẳng tay
06. Quy trình kỹ thuật phẫu thuật KHX gãy đầu dưới xương quay
07. Quy trình kỹ thuật phẫu thuật KHX gãy thân - đốt - bàn ngón tay
08. Quy trình kỹ thuật phẫu thuật sửa mỏm cụt ngón
09. Quy trình kỹ thuật phẫu thuật KHX gãy thân xương đùi
10. Quy trình kỹ thuật phẫu thuật KHX gãy thân hai xương cẳng chân

11. Quy trình kỹ thuật phẫu thuật KHX gãy xương mác đơn thuần
12. Quy trình kỹ thuật phẫu thuật KHX gãy xương bánh chè
13. Quy trình kỹ thuật phẫu thuật KHX gãy xương đốt – bàn – ngón chân
14. Quy trình kỹ thuật phẫu thuật vết thương bàn tay tổn thương gân duỗi
15. Quy trình kỹ thuật phẫu thuật vết thương bàn tay tổn thương gân gấp
16. Quy trình kỹ thuật phẫu thuật vết thương đứt gân Achilles
17. Quy trình kỹ thuật phẫu thuật vết thương khớp
18. Quy trình kỹ thuật phẫu thuật gỡ dính gân
19. Quy trình kỹ thuật phẫu thuật vết thương bàn tay
20. Quy trình kỹ thuật phẫu thuật cắt ngón tay thừa
21. Quy trình kỹ thuật phẫu thuật cắt u lành đường kính dưới 10cm
22. Quy trình kỹ thuật phẫu thuật rút đinh/ tháo phương tiện kết hợp xương
23. Quy trình kỹ thuật phẫu thuật vết thương phần mềm
24. Quy trình kỹ thuật nắn, bó bột gãy đầu trên thân xương cánh tay
25. Quy trình kỹ thuật nắn, bó bột gãy thân xương cánh tay
26. Quy trình kỹ thuật nắn, bó bột gãy trên lồi cầu xương cánh tay trẻ em
27. Quy trình kỹ thuật nắn, bó bột gãy mỏm khuỷu
28. Quy trình kỹ thuật nắn, bó bột gãy thân hai xương cẳng tay
29. Quy trình kỹ thuật nắn, bó bột gãy đầu dưới xương quay
30. Quy trình kỹ thuật nắn, bó bột gãy thân xương đùi
31. Quy trình kỹ thuật nắn, bó bột gãy mâm chày
32. Quy trình kỹ thuật nắn, bó bột gãy xương bánh chè
33. Quy trình kỹ thuật nắn, bó bột gãy thân xương cẳng chân
34. Quy trình kỹ thuật nắn, bó bột gãy xương gót
35. Quy trình kỹ thuật điều trị bảo tồn trật khớp vai
36. Quy trình kỹ thuật điều trị bảo tồn trật khớp háng
37. Quy trình kỹ thuật điều trị bảo tồn trật khớp khuỷu
38. Quy trình kỹ thuật cố định lồng ngực do gãy xương sườn

I- CHUYÊN KHOA GÂY Mê-HỒI SỨC

QUY TRÌNH GÂY Mê NỘI KHÍ QUẢN

1. ĐẠI CƯƠNG

Gây mê nội khí quản (NKQ) là kỹ thuật gây mê toàn thân có đặt nội khí quản với mục đích kiểm soát hô hấp trong suốt cuộc phẫu thuật và hồi sức sau phẫu thuật.

2. CHỈ ĐỊNH

- Phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa.
- Phẫu thuật nội soi thai ngoài tử cung.
- Phẫu thuật thoát vị bẹn.
- Phẫu thuật cắt lách do chấn thương.
- Phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng dạ dày.
- Phẫu thuật nội soi viêm phúc mạc.
- Phẫu thuật lấy thai.
- Phẫu thuật thoát vị thành bụng.
- Phẫu thuật cắt u lành phần mềm đường kính dưới 10cm.
- Phẫu thuật kết hợp xương đòn.
- Phẫu thuật kết hợp xương cẳng tay, xương cẳng chân, xương bàn ngón tay, xương bàn ngón chân, xương bánh chè.
- Phẫu thuật tháo phương tiện kết hợp xương cẳng tay, xương cẳng chân, xương bàn ngón tay, xương bàn ngón chân, xương bánh chè.
- Phẫu thuật cắt bao quy đầu.
- Phẫu thuật nối gân Achilles.
- Phẫu thuật các vết thương phần mềm, vết thương đứt gân, vết thương khớp.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH TƯƠNG ĐỐI

- Người bệnh không đồng ý.
- Không đủ phương tiện gây mê, hồi sức.
- Không thành thạo kỹ thuật.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện kỹ thuật

- Bác sĩ, điều dưỡng viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

4.2. Phương tiện

- Hệ thống máy gây mê kèm thở, filter, nguồn oxy, máy theo dõi chức năng sống (ECG, huyết áp động mạch, SpO₂, EtCO₂, nhịp thở), máy hút.
- Đèn soi thanh quản, ống NKQ các cỡ, ống hút, mask, bóng bóp, canuyn miệng hầu, mandrin.
- Các phương tiện dự phòng đặt NKQ khó: mask thanh quản, guide...

4.3. Thuốc

- Thuốc gây mê: Fentanyl, Propofol, Rocuronium, thuốc mê bốc hơi (Sevofluran).
- Thuốc hồi sức: Adrenalin, Atropin sulphate, dịch đẳng trương (NaCl 0,9%, Ringer lactate), Methylprednisolon...
- Lidocain 10% dạng xịt. - Salbutamol dạng xịt. - Nicardipin.

4.4. Người bệnh

- Thăm khám trước mổ, phát hiện và phòng ngừa các nguy cơ, giải thích cho người bệnh cùng hợp tác.

- Đánh giá đặt ống NKQ khó.

4.5. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ y tế

4.6. Kiểm tra Hồ sơ

Kiểm tra hồ sơ bệnh án xem đã đầy đủ về: cam kết phẫu thuật, kết quả xét nghiệm máu và các kết quả thăm dò cận lâm sàng khác, lượng dịch đã truyền.

4.7. Kiểm tra người bệnh

Kiểm tra người bệnh theo bảng kiểm an toàn tại phòng phẫu thuật.

5. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

5.1. Các bước tiến hành chung

- Tư thế: nằm ngửa, thở oxy 100% 6 lít/phút trong 3 phút hoặc 8 nhịp hít thở sâu
- Lắp máy theo dõi.
- Thiết lập đường truyền có hiệu quả.
- Tiền mê (nếu cần).
- Cài đặt các thông số máy thở: Vt, tần số, I/E, PEEP.

5.2. Khởi mê

- Thuốc giảm đau: Fentanyl 2 – 3mcg/kg.
- Thuốc ngủ: Propofol, Ketamin (Propofol 2 – 3mg/kg, Ketamin (0,2 – 0,3mg/kg), thuốc mê bốc hơi (Sevofluran).
- Thuốc giãn cơ: Rocuronium 0,6mg/kg.
- Điều kiện đặt NKQ: người bệnh ngủ sâu, đủ độ giãn cơ.

5.3. Kỹ thuật đặt NKQ qua đường miệng

- Mở miệng, đưa đèn soi thanh quản vào bên phải miệng, gạt lưỡi sang bên trái, đẩy đèn sâu, phối hợp với tay phải đè sụn nhẫn tìm nắp thanh môn và 2 dây thanh âm. Trường hợp dạ dày đầy, khởi mê chuối nhanh và làm thủ thuật Selick (ấn sụn nhẫn với một lực bằng 10 – 30N cho tới khi đặt NKQ xong).
- Luồn ống NKQ nhẹ nhàng qua 2 dây thanh, dừng lại khi bóng của ống NKQ đi qua 2 dây thanh khoảng 2 – 3cm.
- Rút đèn soi thanh quản nhẹ nhàng.
- Bơm bóng chèn.
- Kiểm tra vị trí đúng của ống NKQ bằng EtCO₂ và nghe phổi.
- Cố định ống bằng băng dính.
- Nối ống NKQ với hệ thống máy mê kèm thở, điều chỉnh lưu lượng oxy 1 – 1,5l/phút, Sevofluran 3 – 3,5%.
- Đặt canuyn vào miệng để tránh cắn ống (nếu cần).
- Trong trường hợp đặt NKQ khó: áp dụng quy trình đặt ống NKQ khó.

5.4. Duy trì mê

- Duy trì mê bằng thuốc mê bốc hơi, thuốc giảm đau và giãn cơ (nếu cần).
- Kiểm soát hô hấp bằng máy.

5.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.
- Bàn giao người bệnh cho khoa điều trị.

6. THEO DÕI

- Theo dõi độ mê dựa vào nhịp tim, huyết áp, nhịp thở.
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: nhịp tim, huyết áp, SpO₂, EtCO₂, nhịp thở.
- Đề phòng ống NKQ sai vị trí, gập hoặc tắc ống.

- Theo dõi các thông số hô hấp: thể tích khí lưu thông, áp lực đỉnh đường thở, thông khí phút...

Tiêu chuẩn rút ống NKQ:

- Người bệnh tỉnh, làm theo lệnh.
- Nâng đầu trên 5 giây.
- Tự thở đều, tần số thở trong giới hạn bình thường.
- Thân nhiệt ổn định.
- Không có biến chứng của gây mê và phẫu thuật.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. Trào ngược dịch dạ dày vào đường thở

- Có dịch tiêu hoá trong khoang miệng và đường thở.
- Hút sạch ngay dịch, nằm đầu thấp, nghiêng đầu sang bên.
- Đặt nhanh ống NKQ và hút sạch trong đường thở.
- Theo dõi và đề phòng nhiễm trùng phổi sau phẫu thuật.

7.2. Rối loạn huyết động

- Hạ hoặc tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim (nhịp chậm, nhịp nhanh, loạn nhịp).
- Xử trí tùy theo triệu chứng và nguyên nhân.

7.3. Tai biến do đặt NKQ

- Không đặt được ống NKQ:
 - + Xử trí theo quy trình đặt NKQ khó hoặc chuyển phương pháp vô cảm khác
- Đặt nhầm vào dạ dày:
 - + Nghe phổi không có rì rào phế nang, không đo được EtCO₂.
 - + Đặt lại ống NKQ.
- Co thắt thanh – khí – phế quản:
 - + Khó hoặc không thể thông khí, nghe phổi có ran rít hoặc phổi câm.
 - + Cung cấp oxy đầy đủ, thêm thuốc ngủ và giãn cơ, đảm bảo thông khí và cho các thuốc giãn phế quản, corticoid.
 - + Nếu không kiểm soát được hô hấp: áp dụng quy trình đặt NKQ khó.
- Chấn thương khi đặt ống: chảy máu, gãy răng, tổn thương dây thanh âm, rơi dị vật vào đường thở... Xử trí tùy theo tổn thương.

7.4. Các biến chứng về hô hấp

- Gập, tụt ống NKQ, ống NKQ bị đẩy sâu vào một bên phổi, tụt hoặc hở hệ thống hô hấp, hết nguồn oxy, soda hết tác dụng dẫn tới thiếu oxy và ưu thán.
- Xử trí: đảm bảo ngay thông khí và cung cấp oxy 100%, tìm và giải quyết nguyên nhân.

7.5. Biến chứng sau rút ống NKQ

- Suy hô hấp.
 - Đau họng, khàn tiếng.
 - Co thắt thanh – khí – phế quản.
 - Viêm đường hô hấp trên.
 - Hẹp thanh – khí quản.
- Xử trí triệu chứng và theo nguyên nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

500 quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức, ban hành theo Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 04 tháng 3 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

QUY TRÌNH GÂY TÊ TUỖ SỐNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Gây tê tuỷ sống là kỹ thuật gây tê vùng được thực hiện bằng cách tiêm thuốc tê vào khoang dưới nhện nhằm ức chế tạm thời dẫn truyền thần kinh qua tuỷ sống nhằm đáp ứng yêu cầu vô cảm để phẫu thuật và giảm đau.

2. CHỈ ĐỊNH

- Phẫu thuật lấy thai chủ động
- Phẫu thuật lấy thai cấp cứu có trì hoãn (ví dụ vết mổ cũ chuyển dạ...)
- Phẫu thuật thoát vị bẹn.
- Phẫu thuật hở thai ngoài tử cung không có choáng.
- Phẫu thuật kết hợp xương cẳng chân, xương bánh chè, xương bàn ngón chân.
- Phẫu thuật tháo phương tiện kết hợp xương cẳng chân, xương bánh chè, xương bàn ngón chân.
- Phẫu thuật nối gân Achilles.
- Phẫu thuật các vết thương chi dưới.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Người bệnh từ chối.
- Phẫu thuật lấy thai tối cấp cứu (sa dây rốn, nhau bong non, vỡ tử cung...).
- Phẫu thuật lấy thai cấp cứu mà xét thấy thời gian chờ để được chọc tuỷ sống và thời gian chờ gây tê tuỷ sống có tác dụng có thể làm tăng nguy cơ cho mẹ và con.
- Dị ứng thuốc tê.
- Viêm nhiễm vùng chọc kim gây tê.
- Thiếu khối lượng tuần hoàn chưa bù đủ, sốc.
- Rối loạn đông máu nặng.
- Số lượng tiểu cầu $< 50 \times 10^3/L$.
- Sản giật.
- Dùng các thuốc chống đông chưa đủ thời gian.
- Hẹp van 2 lá khít, van động mạch chủ khít.
- Tăng áp lực nội sọ.

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Tiểu cầu $70 - 100 \times 10^3/L$ mà không kèm theo rối loạn đông máu khác.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện kỹ thuật

Bác sĩ, điều dưỡng viên chuyên khoa gây mê hồi sức

4.2. Phương tiện:

4.2.1. Phương tiện cấp cứu và theo dõi

- Phương tiện hồi sức: nguồn oxy, bóng Ambu, mask, các phương tiện đặt nội khí quản, máy mê kèm thở, máy sốc điện, máy hút...
- Thuốc hồi sức tuần hoàn: dịch tinh thể (NaCl 0,9%, Ringer lactate...), dung dịch keo, Ephedrin, Adrenalin, Atropin sulphate...
- Thuốc khác: Midazolam, Intralipid 20%...
- Phương tiện theo dõi thường quy: điện tim, huyết áp, bão hoà oxy, nhịp thở...

4.2.2. Phương tiện, dụng cụ gây tê và thuốc tê

- Bơm kim tiêm các cỡ, găng tay, gạc vô trùng, cồn sát trùng, khăn lố vô trùng, kim gây tê tủy sống các cỡ (tối ưu là kim nhỏ: 27-29G).

- Thuốc tê: Bupivacain 0,5%. Có thể phối hợp với thuốc họ Morphin: Morphin loại không có chất bảo quản để tiêm tủy sống (Morphin sulfate 50-100mcg), Fentanyl 20-30mcg. Liều dùng dựa vào trọng lượng, chiều cao và thể trạng của người bệnh, Bupivacain liều 0,25mg/kg, tối đa 12,5mg.

4.3. Chuẩn bị người bệnh

- Thăm khám trước mổ, giải thích cho người bệnh cùng hợp tác khi gây tê.

- Vệ sinh vùng gây tê

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ y tế

4.5. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra hồ sơ bệnh án xem đã đầy đủ về: cam kết phẫu thuật, kết quả xét nghiệm tiểu cầu, đông máu, nhóm máu và các kết quả thăm dò cận lâm sàng khác, lượng dịch đã truyền.

4.6. Kiểm tra người bệnh

Kiểm tra người bệnh theo bảng kiểm an toàn tại phòng phẫu thuật.

5. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Dự phòng hạ huyết áp: đặt đường truyền tĩnh mạch có hiệu quả và bù dịch từ 15-20ml/kg.

- Tư thế: Ưu tiên tư thế nằm nghiêng

- Tư thế ngồi: người bệnh ngồi cong lưng, đầu cúi, cầm tì vào ngực, chân duỗi trên mặt bàn mổ hoặc bàn chân đặt trên ghế.

- Tư thế nằm: người bệnh nằm nghiêng cong lưng, hai đầu gối áp sát vào bụng, cầm tì vào ngực.

- Người thực hiện: rửa tay, mặc áo, đi găng theo nguyên tắc vô trùng.

- Sát trùng vùng chọc kim 3 lần bằng dung dịch sát trùng và phủ khăn lố vô trùng.

- Kỹ thuật gây tê tủy sống: đường giữa hoặc đường bên

- Đường giữa: chọc vào khe giữa 2 đốt sống, vị trí chọc thông thường L2-L3, L3-4 hoặc L4-5.

- Đường bên: chọc cách đường giữa 1-2cm, hướng kim vào đường giữa, lên trên, ra trước.

- Hướng mặt vát của kim gây tê song song với cột sống người bệnh.

- Chọc kim cho đến khi cảm giác mất sức cản do kim đi qua màng cứng, đẩy kim thêm khoảng 1-2 mm nữa thì dừng lại.

- Kiểm tra nếu có dịch não tủy chảy ra, quay mũi vát của kim về phía đầu người bệnh và bơm thuốc tê.

- Kết thúc quy trình:

+ Đánh giá tình trạng người bệnh.

+ Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

+ Bàn giao người bệnh cho khoa điều trị.

6. THEO DÕI

- Các dấu hiệu sinh tồn: tri giác, nhịp tim, điện tim, huyết áp động mạch, SpO2.

- Mức độ phong bế cảm giác và vận động.

- Các tác dụng không mong muốn của gây tê tủy sống.

- Tiêu chuẩn chuyển người bệnh khỏi phòng hồi tỉnh: không có rối loạn về huyết động và hô hấp, phục hồi hoàn toàn vận động, mức phong bế cảm giác dưới T12 (dưới nếp bẹn).

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Dị ứng, sốc phản vệ với thuốc tê: ít gặp với các thuốc tê thế hệ mới.
- Ngộ độc thuốc tê: do tiêm nhầm vào mạch máu:
 - Xử trí: ngừng bơm thuốc tê, chống co giật, cấp cứu hồi sức hô hấp tuần hoàn, truyền intralipid 20%.
 - Hạ huyết áp, mạch chậm: điều trị bằng thuốc co mạch (ephedrin, adrenalin...), atropin và bù dịch.
 - Đau đầu: nằm bất động, bù đủ dịch, sử dụng thuốc giảm đau.
 - Buồn nôn và nôn: kiểm soát huyết áp, sử dụng thuốc chống nôn.
 - Gây tê tủy sống toàn bộ: cấp cứu hồi sức hô hấp tuần hoàn.
 - Các biến chứng khác: tụ máu quanh tủy, tổn thương tủy, hội chứng đuôi ngựa, viêm màng não tủy. Cần hội chẩn và thăm dò thêm để xác định tổn thương.
 - Gây tê thất bại phải chuyển phương pháp vô cảm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

500 quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức, ban hành theo Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 04 tháng 3 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

QUY TRÌNH GÂY TÊ TĨNH MẠCH

1. ĐẠI CƯƠNG

Gây tê tĩnh mạch là tiêm thuốc tê vào tĩnh mạch ở một chi sau khi đã dồn máu về gốc chi của vùng định mổ, sau đó đặt một garô ở gốc chi tại vùng đã dồn hết máu. Thuốc tê sẽ theo đường tĩnh mạch lan tỏa ra phần mềm dưới garô làm ức chế dẫn truyền cảm giác đau của các dây thần kinh nằm trong vùng chi đã được ép máu.

2. CHỈ ĐỊNH

- Phẫu thuật kết hợp xương cẳng tay, xương bàn ngón tay.
- Phẫu thuật tháo phương tiện kết hợp xương cẳng tay, xương bàn ngón tay.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Tiền sử dị ứng với thuốc tê.
- Sốt cao ác tính.
- Rối loạn dẫn truyền nhĩ thất nặng.
- Bệnh nhân không đồng ý.
- Hạ huyết áp.
- Động kinh do kích thích não.

3.2. Chống chỉ định tương đối

Suy gan và tăng huyết áp nặng.

3.3. Chống chỉ định về kỹ thuật

- Thiếu máu tan huyết.
- Vết thương rộng gây thoát thuốc tê, tổn thương nhiễm trùng nhiễm độc có nguy cơ lan tràn toàn thân.

- Viêm tắc động mạch.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện kỹ thuật

Bác sĩ, điều dưỡng viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

4.2. Phương tiện

- Hệ thống máy gây mê kèm thở, filter, nguồn oxy, máy theo dõi chức năng sống (ECG, huyết áp động mạch, SpO₂, EtCO₂, nhịp thở), máy hút.

- Đèn soi thanh quản, ống NKQ các cỡ, ống hút, mask, bóng bóp, canuyn miệng hầu, mandrin.

- Các phương tiện dự phòng đặt NKQ khó: mask thanh quản, guide...

- Băng thun, hai dây garô, kim, bơm tiêm, kim luồn tĩnh mạch.

4.3. Thuốc

- Lidocain 0,5%
- Thuốc gây mê: Fentanyl, Propofol, Rocuronium, thuốc mê bốc hơi (Sevofluran).
- Thuốc hồi sức: Adrenalin, Atropin sulphate, dịch đẳng trương (NaCl 0,9%, Ringer lactate), Methylprednisolon...
- Salbutamol dạng xịt.
- Nicardipin.

4.4. Người bệnh

- Thăm khám trước mổ, phát hiện và phòng ngừa các nguy cơ, giải thích cho người bệnh cùng hợp tác.
- Đánh giá đặt ống NKQ khó.

4.5. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ y tế

4.6. Kiểm tra Hồ sơ

Kiểm tra hồ sơ bệnh án xem đã đầy đủ về: cam kết phẫu thuật, kết quả xét nghiệm máu và các kết quả thăm dò cận lâm sàng khác, lượng dịch đã truyền.

4.7. Kiểm tra người bệnh

Kiểm tra người bệnh theo bảng kiểm an toàn tại phòng phẫu thuật.

5. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Đặt đường truyền tĩnh mạch có hiệu quả bên chi lành.
- Đặt kim luôn vào tĩnh mạch ở chi cần mổ, kim luôn này nên đặt càng gần phía đầu chi càng tốt.
- Đặt một garô bằng băng quấn đo huyết áp ở gốc chi định gây tê nhưng chưa bơm.
- Dồn ép máu từ đầu chi bằng một băng thun.
- Ngay sau đó bơm garô lên trên mức huyết áp động mạch tối đa, thường là 250mmHg cho chi trên và 300mmHg cho chi dưới, bắt đầu ghi giờ đặt garô. Sau khi đã bơm garô, ta tháo băng thun ép máu ra và thấy chi của bệnh nhân trắng nhợt.
- Tiêm thuốc tê vào tĩnh mạch qua kim luôn. Thể tích thuốc tê thường dùng là 40-50ml cho chi trên và 60-80ml cho chi dưới. Tốc độ tiêm thuốc tê là 1ml trong 2 giây. Áp lực tiêm thuốc không quá cao để thuốc không vượt garô mà vào hệ tuần hoàn chung. Khi tiêm thuốc nếu đúng là vào trong tĩnh mạch ta sẽ thấy da vùng đó "trắng" dần.
- Sau khi đã tiêm xong thuốc tê, chờ khoảng 2-3 phút, đặt garô thứ 2 cạnh garô 1 về phía chi đã được giảm đau và cũng được bơm lên áp lực bằng garô 1, rồi tháo bỏ garô 1. Thời gian chịu đựng garô đối với chi trên là 90 phút và chi dưới là 120 phút, nếu quá thời gian này có thể gây thiếu máu không hồi phục của chi.
- Thời gian tối thiểu có thể tháo garô là 30 phút.
- Kết thúc quy trình:
 - + Đánh giá tình trạng người bệnh.
 - + Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.
 - + Bàn giao người bệnh cho khoa điều trị.

6. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

6.1. Do đặt garô

- Garô có thể gây tổn thương thần kinh và mạch máu và thiếu máu không hồi phục của chi nếu để quá lâu.
- Khi tháo garô có thể có các biến chứng như nề đầu nhẹ thoáng qua, co giật do quá liều thuốc tê.
- Nếu tháo garô quá sớm sau khi tiêm thuốc tê có thể làm giảm sức cản mạch máu ngoại vi, hạ huyết áp, mạch nhanh, hơn nữa xung huyết phản ứng sau thiếu máu có thể làm nặng thêm biến chứng này.

6.2. Các rối loạn chuyển hóa

- Thay đổi khí máu: PaO_2 giảm và PaCO_2 tăng.
- Toan chuyển hóa ở chi bị thiếu máu tăng lên cùng với thời gian garô.
- Chi thiếu máu còn có tổn thương ở tế bào như tăng tính thấm mao mạch, phù sau mổ, nên sau mổ phải kê cao chi, không được để chi thấp hơn thân bệnh nhân
- Các rối loạn đông máu do tình trạng toan gây ra.
- Kali được giải phóng ra từ các tế bào thiếu máu thường thoáng qua ít gây biến chứng tim mạch nặng.

6.3. Các biến chứng của thuốc tê tại chỗ

- Trong gây tê tĩnh mạch các biến chứng xảy ra chủ yếu lúc bỏ garô. Có hai loại biến chứng chính:

+ Biến chứng tim mạch: nhịp tim chậm, tụt huyết áp, thay đổi điện tim thậm chí ngừng tim.

+ Biến chứng thần kinh: cảm giác say choáng, rối loạn ý thức hoặc co giật.

- Xử trí theo triệu chứng và nguyên nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

500 quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức, ban hành theo Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 04 tháng 3 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

QUY TRÌNH GÂY Mê MASK THANH QUẢN

1. ĐẠI CƯƠNG

Gây mê mask thanh quản là kỹ thuật gây mê toàn thân có đặt mask thanh quản với mục đích kiểm soát hô hấp trong suốt cuộc phẫu thuật.

2. CHỈ ĐỊNH

- Phẫu thuật cắt bao quy đầu.
- Phẫu thuật thoát vị thành bụng.
- Phẫu thuật cắt u lành phần mềm đường kính dưới 10cm.
- Phẫu thuật kết hợp xương đòn, xương cẳng tay, xương cẳng chân, xương bánh chè, xương bàn ngón tay, xương bàn ngón chân.
- Phẫu thuật tháo phương tiện kết hợp xương đòn, xương cẳng tay, xương cẳng chân, xương bánh chè, xương bàn ngón tay, xương bàn ngón chân.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dạ dày đầy
- Tồn thương hàm mặt phức tạp do chấn thương hay nhiễm trùng
- Không đủ phương tiện hồi sức.
- Không thành thạo kỹ thuật.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện kỹ thuật

Bác sĩ, điều dưỡng viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

4.2. Phương tiện

- Hệ thống máy gây mê kèm thở, filter, nguồn oxy, máy theo dõi chức năng sống (ECG, huyết áp động mạch, SpO₂, EtCO₂, nhịp thở), máy hút.
- Mask thanh quản các cỡ, ống hút, mặt nạ, bóp bóng, canuyn miệng hầu
- Các phương tiện đặt nội khí quản để phòng đặt mask thanh quản thất bại: ống nội khí quản, đèn soi thanh quản

4.3. Thuốc

- Thuốc gây mê: Fentanyl, Propofol, Rocuronium, thuốc mê bốc hơi (Sevofluran).
- Thuốc hồi sức: Adrenalin, Atropin sulphate, dịch đẳng trương (NaCl 0,9%, Ringer lactate), Methylprednisolon...
- Lidocain 10% dạng xịt.
- Salbutamol dạng xịt.
- Nicardipin.

4.4. Người bệnh

- Thăm khám gây mê trước mổ phát hiện và phòng ngừa các nguy cơ, giải thích cho người bệnh cùng hợp tác
- Đánh giá tiên lượng đặt Mask thanh quản, đặt NKQ khó.

4.5. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ y tế

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra hồ sơ bệnh án xem đã đầy đủ về cam kết phẫu thuật, kết quả xét nghiệm máu và các thăm dò cận lâm sàng khác, lượng dịch đã truyền.

5.2. Kiểm tra người bệnh

Kiểm tra người bệnh theo bảng kiểm an toàn tại phòng phẫu thuật.

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Các bước tiến hành chung

- Tư thế: nằm ngửa, thở oxy 100% 3-6 lít/phút trước khởi mê ít nhất 5 phút.
- Lắp máy theo dõi
- Thiết lập đường truyền có hiệu quả
- Tiền mê (nếu cần)

5.3.2. Khởi mê

- Thuốc giảm đau: Fentanyl 2 – 3mcg/kg.
- Thuốc ngủ: thuốc mê tĩnh mạch (Propofol 2-3mg/ kg, Ketamin 0,2-0,3mg/kg), thuốc mê bốc hơi (Sevofluran).

- Thuốc giãn cơ (nếu cần): Rocuronium 0,4-0,6mg/ kg

- Điều kiện đặt mask thanh quản: người bệnh ngủ sâu, đủ độ giãn cơ (nếu cần).

5.3.3. Kỹ thuật đặt mask thanh quản

- Đặt đầu người bệnh ở tư thế trung gian hoặc hơi ngửa.
- Cầm mask thanh quản như cầm bút, ngón tay trở đặt vào chỗ nối giữa mask thanh quản và phần ống.
- Một tay mở miệng người bệnh, tay kia đưa mask thanh quản qua các cung răng vào góc lưỡi, tỳ mặt sau mask vào khẩu cái cứng, đẩy mask trượt dọc theo khẩu cái cứng để vào vùng hạ hầu.

- Dừng lại khi gặp lực cản.
- Bơm cuff theo đúng thể tích được hướng dẫn trên mask thanh quản
- Kiểm tra độ kín của mask thanh quản (không có dò khí, thông khí dễ dàng)
- Kiểm tra vị trí đúng của mask thanh quản bằng nghe phổi và kết quả EtCO₂
- Cố định bằng băng dính.

5.3.4. Duy trì mê

- Duy trì mê bằng thuốc mê bốc hơi, thuốc giảm đau, thuốc giãn cơ (nếu cần).
- Kiểm soát hô hấp bằng máy hoặc bóp tay.

5.3.5. Theo dõi

- Theo dõi độ sâu của gây mê dựa vào nhịp tim, huyết áp, vã mồ hôi, chảy nước mắt
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: nhịp tim, huyết áp, SpO₂, EtCO₂, thân nhiệt.
- Đề phòng sai vị trí, tụt, gập, tắc mask thanh quản

5.3.6. Tiêu chuẩn rút mask thanh quản

- Người bệnh tỉnh, làm theo lệnh.
- Nâng đầu trên 5 giây.
- Tự thở đều, tần số thở trong giới hạn bình thường.
- Mạch, huyết áp ổn định.
- Thân nhiệt > 35 độ C.
- Không có biến chứng của gây mê và phẫu thuật.

5.3.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.
- Bàn giao người bệnh cho khoa điều trị.

6. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

6.1. Trào ngược dịch dạ dày vào đường thở

- Có dịch tiêu hóa trong khoang miệng và đường thở.
- Hút sạch ngay dịch, nằm đầu thấp, nghiêng đầu sang bên

- Đặt nhanh ống nội khí quản và hút sạch dịch trong đường thở
- Theo dõi và đề phòng nhiễm trùng phổi sau mổ

6.2. Rối loạn huyết động

- Hạ hoặc tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim (nhịp chậm, nhịp nhanh, loạn nhịp)
- Xử trí tùy theo triệu chứng và nguyên nhân

6.3. Tai biến do đặt mask thanh quản

6.3.1. Không đặt được mask thanh quản

- Do nhiều nguyên nhân
- Thay đổi mask, người đặt hoặc chuyển đặt nội khí quản

6.3.2. Co thắt thanh - khí - phế quản

- Khó hoặc không thể thông khí, nghe phổi có ran rít hoặc phổi câm.
- Cung cấp oxy đầy đủ, thêm thuốc ngủ và giãn cơ, đảm bảo thông khí và cho các thuốc giãn phế quản và corticoid.

- Nếu không kiểm soát được hô hấp: áp dụng quy trình đặt ống nội khí quản khó

6.3.3. Chấn thương khi đặt mask thanh quản

- Chảy máu, gãy răng, tổn thương dây thanh âm, rơi dị vật vào đường thở...
- Xử trí tùy theo tổn thương

6.4. Các biến chứng về hô hấp

- Gập, tuột mask thanh quản, hoặc hở hệ thống hô hấp, hết nguồn oxy, soda hết tác dụng dẫn tới thiếu oxy và ưu thán

- Xử trí: đảm bảo ngay thông khí và cung cấp oxy 100%, tìm và giải quyết nguyên nhân.

6.5. Biến chứng sau rút mask thanh quản

- Suy hô hấp do nhiều nguyên nhân
 - Đau họng khàn tiếng
 - Co thắt thanh - khí - phế quản
 - Viêm đường hô hấp trên
- Xử trí theo triệu chứng và nguyên nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

500 quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức, ban hành theo Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 04 tháng 3 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT GÂY TÊ TẠI CHỖ

1. ĐẠI CƯƠNG

Gây tê tại chỗ là phương pháp sử dụng thuốc tê tiêm trực tiếp lên vùng cần phẫu thuật để làm tê liệt một vùng nhỏ, ngăn chặn cảm giác đau nhưng bệnh nhân vẫn tỉnh táo bình thường.

2. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định cho các vùng phẫu thuật nhỏ, nông, ngoài da,...thời gian phẫu thuật ngắn. Như một số phẫu thuật:

- Khâu vết thương phần mềm
- Phẫu thuật cắt các u phần mềm đường kính dưới 10cm
- Phẫu thuật nối gân duỗi hoặc gân gấp các ngón tay, ngón chân
- Phẫu thuật rút đinh, tháo phương tiện kết hợp xương đơn giản.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dị ứng với thuốc tê
- Vết thương lớn có thể cần một lượng thuốc tê cao ở mức gây độc
- Các phẫu thuật cần căn chỉnh giải phẫu chính xác
- Các phẫu thuật có thời gian kéo dài, cần giãn cơ.
- Người bệnh không đồng ý.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện kỹ thuật

- Bác sĩ ,điều dưỡng viên chuyên khoa GMHS

4.2. Phương tiện

4.2.1. Phương tiện cấp cứu và theo dõi

- Phương tiện hồi sức: nguồn oxy, bóng Ambu, mask, các phương tiện đặt nội khí quản, máy mê kèm thở, máy sốc điện, máy hút...

- Thuốc hồi sức tuần hoàn: dịch truyền: Natriclorua 0.9% 500ml, Ringerlactate 500ml, Volulyte 6%, Ephedrin, Adrenalin, Atropin...

- Thuốc dùng khi cần chuyển phương pháp vô cảm gây mê: Propofol 1%, Fentanyl, Rocuronium, Sevofluran

- Thuốc chống co giật: Midazolam

- Lipid 20%.

- Phương tiện theo dõi thường quy: điện tim, huyết áp, bão hòa oxy, nhịp thở, nhiệt độ...

4.2.2. Phương tiện, dụng cụ gây tê và thuốc tê

- Phương tiện, dụng cụ: Bơm kim tiêm các cỡ, găng tay vô khuẩn, áo phẫu thuật, gạc vô trùng, kiềm Kelly, povidine 10%, cồn 70⁰, khăn lỗ vô trùng...

- Thuốc tê:

+ Lidocain 1% liều 4-5 mg/kg.

+ Lidocain 1% liều 6-7mg/kg khi kết hợp với Adrenalin 1/10.000 (liều Adrenalin tối đa không quá 200mcg

+ Giảm liều dùng thuốc tê trong các trường hợp bệnh nhân già yếu, trẻ em, thiếu máu, có thai...

4.3. Chuẩn bị người bệnh

- Thăm khám gây mê trước mổ phát hiện và phòng ngừa các nguy cơ, giải thích cho người bệnh cùng hợp tác

- Đánh giá tiện lợi đặt mask thanh quản, đặt NKQ khó.

4.4. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ y tế.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra hồ sơ xem đã đầy đủ về cam kết phẫu thuật, kết quả xét nghiệm máu, các tham dò cận lâm sàng khác, lượng dịch đã truyền.

5.2. Kiểm tra người bệnh

Kiểm tra người bệnh theo bảng kiểm an toàn phẫu thuật tại phòng phẫu thuật.

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Nguyên tắc khi mổ với gây tê tại chỗ

- Giải thích kỹ cho người bệnh từng bước điều gì sẽ xảy ra khi gây tê.
- Đảm bảo vô khuẩn.
- Tôn trọng thời gian để thuốc tê tác dụng, thường từ 5 - 10 phút, không vội vàng mổ khi bệnh nhân còn đau.
- Giao tiếp với bệnh nhân để thăm dò đáp ứng đau và phát hiện các phản ứng của thuốc tê

5.3.2. Kỹ thuật gây tê tại chỗ

- Kiểm tra mạch máu thần kinh của các cấu trúc ở đầu xa của vết thương.
- Mang găng tay
- Làm sạch da từ mép vết thương ra ngoài, tạo một số vòng tròn mở rộng ra bên ngoài bằng dung dịch sát trùng.
- Tiến hành gây tê từng lớp
 - + Trước tiên là gây tê trong da theo đường mổ hoặc quanh đường mổ dự kiến. Khi tiêm thuốc tê đúng vào trong da, da sẽ phồng lên, có màu trắng bệch, trong khi các lỗ chân lông lõm xuống.
 - + Sau đó chuyển hướng kim để gây tê dưới da và các lớp sâu hơn nếu cần (để giảm thiểu số lần chọc kim gây tê). Từ lớp dưới da, trước khi bơm thuốc phải rút thử pit-tông của bơm tiêm để đảm bảo không tiêm thuốc vào mạch máu. Nếu rút thử thấy có máu, phải rút kim lại khoảng 1 - 2 mm, thử lại rồi mới bơm thuốc.
 - Đợi cho thuốc tê có tác dụng mới bắt đầu mổ. Có thể dùng đầu ngón tay xoa bóp nhẹ vùng da bên trên để tạo điều kiện cho thuốc tê lan trong các mô.
 - Trong lúc mổ, nếu bệnh nhân còn đau phải dừng lại, giải thích cho bệnh nhân, tiêm thuốc tê thêm nếu cần. Chờ đợi thêm nếu chưa đủ thời gian để thuốc có tác dụng.
 - Đối với những vết thương bị nhiễm bẩn hoặc nhiễm trùng nặng, cần cân nhắc việc tiêm qua da thay thế qua vùng da nguyên vẹn, chưa bị nhiễm trùng (hoặc đã được khử trùng bằng cách khác) xung quanh vết thương.
- Kết thúc quy trình:
 - + Đánh giá tình trạng người bệnh.
 - + Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.
 - + Bàn giao người bệnh cho khoa điều trị.

6. THEO DÕI

- Các dấu hiệu sinh tồn: tri giác, nhịp tim, điện tim, huyết áp động mạch, độ bão hòa oxy mao mạch.
- Mức độ phong bế cảm giác và vận động
- Các tác dụng không mong muốn của gây tê

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Dị ứng, sốc phản vệ với thuốc tê: ít gặp với các thuốc tê thế hệ mới.

- Ngộ độc thuốc tê: do tiêm nhầm vào mạch máu
- Xử trí: ngừng bơm thuốc tê, chống co giật, cấp cứu hồi sức hô hấp tuần hoàn, truyền Intralipid 20%.

Dự phòng:

- Dùng lượng thuốc tê nhỏ nhất để đạt mức tê và thời gian tê mong muốn.
- Giảm liều thuốc tê đối với bệnh nhân có nguy cơ ngộ độc thuốc tê cao như người già yếu, trẻ em, suy kiệt, cá thai,...
- Hút nhẹ bơm tiêm trước khi bơm thuốc tê, quan sát xem có máu trong bơm tiêm.

Bơm thuốc từ từ.

- Giao tiếp thường xuyên với bệnh nhân để phát hiện các triệu chứng ngộ độc thuốc tê: Đắng miệng, tê quanh miệng, ù tai, nhìn mờ, kích thích, nói nhảm, co giật, ngủ lơ mơ, hôn mê, ngừng thở.

- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn của bệnh nhân trên monitor.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

500 quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức, ban hành theo Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 04 tháng 3 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

QUY TRÌNH GÂY TÊ GÓC NGÓN TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

Gây tê góc ngón tay là một kỹ thuật nhằm làm mất cảm giác ở một hoặc nhiều ngón tay bằng cách tiêm thuốc tê vào các dây thần kinh chi phối vùng đó, thường được thực hiện để giảm đau trong các phẫu thuật ở ngón tay hoặc để điều trị một số tình trạng bệnh lý.

2. CHỈ ĐỊNH

Phẫu thuật vết thương ngón tay: Tạo mỗm cụt, khâu nối gân.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Tiền sử dị ứng với thuốc tê.
- Không có các mốc giải phẫu cần thiết để hướng dẫn cách đặt kim (ví dụ, do chấn thương)

- Bệnh nhân không đồng ý.

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Nhiễm trùng trong đường dẫn kim
- Rối loạn đông máu

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện kỹ thuật

- Bác sĩ, điều dưỡng viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

4.2. Phương tiện

- Hệ thống máy gây mê kèm thở, filter, nguồn oxy, máy theo dõi chức năng sống (ECG, huyết áp động mạch, SpO₂, EtCO₂, nhịp thở), máy hút.

- Đèn soi thanh quản, ống NKQ các cỡ, ống hút, mask, bóng bóp, canuyn miệng hầu, mandrin.

- Các phương tiện dự phòng đặt NKQ khó: mask thanh quản, guide...

- Bơm tiêm, kim lùn tĩnh mạch.

4.3. Thuốc

- Lidocain 1%
- Thuốc gây mê: Fentanyl, Propofol, Rocuronium, thuốc mê bốc hơi (Sevofluran).
- Thuốc hồi sức: Adrenalin, Atropin sulphate, dịch đẳng trương (NaCl 0,9%, Ringer lactate), Methylprednisolon, Midazolam, Lipid 20%

- Salbutamol dạng xịt.

- Nicardipin.

4.4. Người bệnh

- Thăm khám trước mổ, phát hiện và phòng ngừa các nguy cơ, giải thích cho người bệnh cùng hợp tác.

- Đánh giá đặt ống NKQ khó.

4.5. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ y tế

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án xem đã đầy đủ về: cam kết phẫu thuật, kết quả xét nghiệm máu và các kết quả thăm dò cận lâm sàng khác, lượng dịch đã truyền.

5.2. Kiểm tra người bệnh

Kiểm tra người bệnh theo bảng kiểm an toàn tại phòng phẫu thuật.

5.3. Thực hiện kỹ thuật

- Đặt đường truyền tĩnh mạch có hiệu quả bên chi lành.
 - Bệnh nhân ở tư thế cánh tay được đỡ. Bàn tay được lật ngửa để tiêm ở mặt trước và lật sấp và phẳng để tiêm ở mặt lưng
 - Kiểm tra cảm giác của ngón tay (mặt gan và mặt lưng).
 - Đeo găng tay và sử dụng thiết bị bảo hộ cá nhân thích hợp.
 - Làm sạch vị trí đó bằng dung dịch sát trùng.
 - Đặt bàn tay và cổ tay nằm ngửa (lòng bàn tay hướng lên trên).
 - Xác định nếp gấp gan bàn tay ngón tay (nơi ngón tay tiếp xúc với gan bàn tay).
- Nếu cần, bệnh nhân gấp ngón tay chống lại sức cản để làm cho nếp gấp nổi rõ hơn. - Chọc kim theo chiều dọc ở điểm giữa của nếp gấp và đẩy đầu kim vào dưới da.
- Chọc hút để loại trừ vị trí đặt trong lòng mạch và sau đó từ từ tiêm thuốc tê. Liều lượng: 4 – 5mg/kg
 - Xoa bóp vùng tiêm để thuốc tê lan tỏa.
 - Nếu dị cảm xảy ra trong khi chọc kim vào, rút kim 1 đến 2 mm trước khi tiêm.
 - Để khoảng 5 đến 10 phút cho thuốc tê có tác dụng.
 - Kết thúc quy trình:
 - + Đánh giá tình trạng người bệnh.
 - + Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.
 - + Bàn giao người bệnh cho khoa điều trị.

6. BIẾN CHỨNG

- Phản ứng bất lợi với thuốc gây tê (ví dụ: phản ứng dị ứng với thuốc gây tê hiếm gặp hoặc với methylparaben (chất bảo quản)
 - Độc tính do dùng quá liều thuốc gây tê (ví dụ: co giật, loạn nhịp tim) hoặc tác dụng cường giao cảm do epinephrine (nếu sử dụng hỗn hợp thuốc mê epinephrine
 - Tiêm nội mạch thuốc tê hoặc epinephrine
 - Khó thở
 - Viêm thần kinh
 - Sự lây lan của nhiễm trùng, bằng cách đi kim qua một khu vực bị nhiễm bệnh
- Hầu hết các biến chứng là do đặt kim không chính xác.
- Xử trí theo triệu chứng và nguyên nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

500 quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức, ban hành theo Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 04 tháng 3 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

QUY TRÌNH GÂY TÊ ĐÁM RỐI THẦN KINH CÁNH TAY ĐƯỜNG LIÊN CƠ BẬC THANG

1. ĐẠI CƯƠNG

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay là kỹ thuật gây tê vùng được thực hiện bằng cách đưa thuốc tê hoặc hỗn hợp thuốc tê vào bao đám rối thần kinh cánh tay để giảm đau phẫu thuật chi trên.

2. CHỈ ĐỊNH

Phẫu thuật kết hợp xương đòn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh từ chối.
- Dị ứng thuốc tê.
- Viêm nhiễm vùng chọc kim gây tê.
- Rối loạn đông máu nặng.
- Không đủ phương tiện hồi sức.
- Không thành thạo kỹ thuật.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện kỹ thuật

Bác sĩ, điều dưỡng viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

4.2. Phương tiện

4.2.1. Phương tiện cấp cứu và theo dõi

- Phương tiện hồi sức: nguồn oxy, bóng Ambu, mask, các phương tiện đặt nội khí quản, máy mê kèm thở, máy sốc điện, máy hút...
- Thuốc hồi sức tuần hoàn: dịch truyền: Natriclorua 0.9% 500ml, Ringerlactate 500ml, Volulyte 6%, Ephedrin, Adrenalin, Atropin...
- Thuốc dùng khi cần chuyển phương pháp vô cảm gây mê: Propofol 1%, Fentanyl, Rocuronium, Sevofluran
- Thuốc chống co giật: Midazolam
- Lipid 20%.
- Phương tiện theo dõi thường quy: điện tim, huyết áp, bão hòa oxy, nhịp thở, nhiệt độ...

4.2.2. Phương tiện, dụng cụ gây tê và thuốc tê

- Bơm kim tiêm các cỡ, găng tay, gạc vô trùng, pince, cồn sát trùng...
- Thuốc tê: Lidocain 1% phối hợp với Adrenalin 1/200.000. Tổng thể tích dung dịch thuốc khoảng 20 - 40 ml. Liều dùng các thuốc theo trọng lượng cơ thể: 6-7mg/kg và tình trạng của người bệnh; giảm liều đối với người > 60 tuổi, thiếu máu, có thai...

4.3. Chuẩn bị người bệnh

- Thăm khám trước mổ, giải thích cho người bệnh cùng hợp tác khi gây tê.
- Vệ sinh vùng gây tê.
- Cho người bệnh an thần tối hôm trước mổ (nếu cần).

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ y tế.

5. Các bước tiến hành

5.1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra hồ sơ bệnh án xem đã đầy đủ về kết quả xét nghiệm máu, các thăm dò cận lâm sàng khác, lượng dịch đã truyền.

5.2. Kiểm tra người bệnh

Kiểm tra người bệnh theo bảng kiểm an toàn tại phòng phẫu thuật.

5.3. Thực hiện kỹ thuật

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, đầu quay sang bên đối diện, đặt một gối nhỏ dưới xương bả vai, tay để dọc theo thân người.
- Móc giải phẫu: khe hai cơ bậc thang trước và giữa; đường ngang qua mức sụn nhĩ.
- Điểm chọc: là điểm giao cắt giữa đường thẳng đi qua sụn nhĩ và khe giữa các cơ bậc thang.
- Sát khuẩn : cồn 70°

- Hướng kim: đi từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong, từ trước ra sau, tránh tĩnh mạch cảnh ngoài. Đẩy kim từ từ cho tới khi thấy dị cảm hoặc có phản ứng vận động của các nhóm cơ cánh tay, cẳng tay hoặc bàn tay; rút lui kim 1-2mm.

Trước khi bơm thuốc phải tuân thủ nguyên tắc hút thử xem có máu và khí, nếu không có mới được bơm thuốc. Hút lại sau khi bơm mỗi 3-5ml thuốc tê.

+ Nếu có máy kích thích thần kinh cơ: móc và hướng chọc kim như trên, khởi động máy với cường độ 1-2 mA, tần số 1 Hz; giảm dần cường độ để đạt được dấu hiệu co cơ ở các nhóm cơ tương ứng với dây thần kinh chi phối ở cường độ 0,3 - 0,5 mA. Thực hiện kỹ thuật bơm thuốc như trên.

+ Nếu sử dụng máy siêu âm định vị đám rối thần kinh: chọc kim dưới hướng dẫn của siêu âm và thực hiện bơm thuốc như trên.

- Đánh giá vô cảm sau 15 phút, nếu không đủ vô cảm, chuyển phương pháp vô cảm.

- Kết thúc quy trình:

+ Đánh giá tình trạng người bệnh.

+ Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

+ Bàn giao người bệnh cho khoa điều trị.

6. THEO DÕI

- Các dấu hiệu sinh tồn: tri giác, nhịp tim, điện tim, huyết áp động mạch, độ bão hòa oxy mao mạch.

- Mức độ phong bế cảm giác và vận động.

Các tác dụng không mong muốn của gây tê đám rối.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. Tai biến do thuốc và xử trí

- Dị ứng, sốc phản vệ với thuốc tê: ít gặp với các thuốc tê thế hệ mới.

- Xử trí: dừng sử dụng thuốc tê; sử dụng phác đồ chống sốc phản vệ theo Bộ y tế.

7.2. Ngộ độc thuốc tê

Thường do quá liều, hoặc tiêm nhầm vào mạch máu.

Xử trí theo phác đồ ngộ độc thuốc tê.

7.3. Tai biến do kỹ thuật và xử trí

- Bơm thuốc vào mạch máu.

- Tràn khí màng phổi.

- Có thể gặp các biến chứng khác: nhiễm trùng, tụ máu nơi chọc, tổn thương dây thần kinh...

- Gây tê thất bại phải chuyển phương pháp vô cảm.

Xử trí:

- Tụ máu: băng ép nơi chọc kim.

- Tràn khí khoang màng phổi: theo dõi; có thể chọc hút hoặc dẫn lưu khoang màng phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

500 quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức, ban hành theo Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 04 tháng 3 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế

II- CHUYÊN KHOA PHẪU THUẬT NGOẠI TIÊU HÓA

PHẪU THUẬT CẮT RUỘT THỪA NỘI SOI Ổ BỤNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Cắt ruột thừa nội soi ổ bụng là kỹ thuật mổ nội soi để cắt bỏ ruột thừa bệnh lý hoặc cắt ruột thừa để áp dụng các kỹ thuật khác.

Bệnh lý ruột thừa là viêm ruột thừa cấp tính, mạn tính, ung thư ruột thừa, carcinoid ruột thừa, các kỹ thuật liên quan có thể là lấy ruột thừa để tạo hình thay thế niệu quản, tạo hình đại tràng, thắt đại tràng trong mổ...

Phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi thường phải làm cùng với xử trí vùng thương tổn phúc mạc tại chỗ hoặc cả khoang phúc mạc ổ bụng trong trường hợp ruột thừa bị vỡ mủ làm bẩn vùng hố chậu, tiểu khung hoặc lan tràn mủ trong bụng gây viêm phúc mạc toàn thể.

2. CHỈ ĐỊNH

- Viêm ruột thừa cấp tính
- Viêm ruột thừa mạn tính
- Các trường hợp viêm phúc mạc do ruột thừa vỡ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tiền sử phẫu thuật mở ở vùng bụng (tương đối).
- Người bệnh có các bệnh lý mãn tính chống chỉ định của phẫu thuật nội soi.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người bệnh

- Vệ sinh
- Thông tiểu
- Xét nghiệm cơ bản, chụp phổi, điện tim.

5.2. Phương tiện

Thiết bị mổ nội soi cơ bản

5.3. Người thực hiện

Là phẫu thuật viên ngoại khoa có trình độ mổ nội soi cơ bản.

Bác sĩ gây mê: gây mê nội khí quản

5.4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định: bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Phương pháp vô cảm: Gây mê nội khí quản

Kỹ thuật:

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa.
- Vị trí người thực hiện phẫu thuật: Phẫu thuật viên chính đứng ở bên trái người bệnh, người phụ cầm camera đứng cùng bên phía trên của phẫu thuật viên chính, dụng cụ

viên đứng ngang gối bệnh trái người bệnh. Màn hình để bên phải và ngang vai người bệnh, bàn dụng cụ để sát dụng cụ viên.

Bước 1: Đặt các trocar, một trocar ở vùng cạnh rốn để sử dụng camera nội soi và hai trocar để sử dụng các dụng cụ thao tác.

Bước 2: Kiểm tra đánh giá tình trạng ổ phúc mạc, các tạng. Bộc lộ và đánh giá tình trạng của ruột thừa.

Bước 3: Phẫu tích mạc treo ruột thừa đến sát gốc. Cầm máu mạc treo ruột thừa bằng dao điện nội soi BIPOLAR or Mono

Bước 4: Buộc chỉ gốc ruột thừa và cắt ruột thừa

Bước 5: Hút dịch ổ phúc mạc.

Trường hợp viêm phúc mạc, nhiều dịch ổ phúc mạc, bơm dung dịch nước muối đẳng trương súc rửa ổ phúc mạc.

Bước 6: Lấy bệnh phẩm ra ngoài qua vị trí vết mổ.

Đặt dẫn lưu ở trường hợp viêm phúc mạc nhiều dịch ổ phúc mạc.

Đóng các vị trí trocar.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Điều trị thuốc kháng sinh và giảm đau ở thời gian hậu phẫu
- Hướng dẫn người bệnh vận động sớm sau khi hồi tỉnh.
- Cho người bệnh ăn sớm nếu có biểu hiện nhu động ruột phục hồi.
- Theo dõi các biến chứng sau phẫu thuật: viêm phúc mạc do bục gốc ruột thừa, rò manh tràng, thương tổn tạng rỗng; chảy máu trong ổ phúc mạc; áp xe tồn lưu; nhiễm trùng, chảy máu vết mổ; tràn khí dưới da.
- Chảy máu ổ phúc mạc: có thể xuất phát từ động mạch mạc treo ruột thừa, thương tổn mạch máu mạc treo hồi manh tràng, bó mạch chậu ngoài bên phải; hoặc chảy máu từ thành bụng ở vị trí đặt trocar. Trường hợp này nếu điều trị nội khoa thất bại, cần chỉ định phẫu thuật để cầm máu.
- Viêm phúc mạc toàn thể: do bục gốc ruột thừa, thương tổn manh tràng, ruột non. Cần phẫu thuật lại để xử trí thương tổn.
- Thương tổn niệu quản phải: Niệu quản bị rách, thì khâu vết rách và kèm dẫn lưu vị trí mổ. Nếu niệu quản đứt hẳn thì có thể nối ngay kiểu tận tận kèm dẫn lưu. Không có điều kiện nối ngay, thì phải đưa đầu trên của niệu quản ra ngoài thành bụng. Sau một thời gian sẽ tiến hành nối lại niệu quản.
- Áp xe tồn lưu: được điều trị như các khối áp xe trong ổ phúc mạc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định của Bộ Y Tế số 201/QĐ- BYT ngày 16 tháng 1 năm 2014 về tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và Phẫu thuật nội soi”.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT MỔ HỖ CẮT RUỘT THỪA

1. ĐẠI CƯƠNG

Cắt ruột thừa mổ mở là phẫu thuật cắt ruột thừa viêm và mạc treo ruột thừa qua đường rạch đủ rộng trên thành bụng. Phẫu thuật có thể kèm theo là lau rửa và làm sạch ổ phúc mạc viêm lây giả mạc hoặc loại bỏ ổ áp xe trong ổ bụng do viêm ruột thừa.

2. CHỈ ĐỊNH

- Viêm ruột thừa cấp không đủ điều kiện mổ nội soi ổ bụng
- Áp xe ruột thừa trong ổ bụng không đủ điều kiện điều trị can thiệp tối thiểu.
- Viêm phúc mạc ruột thừa mà ổ bụng quá bẩn, quá chướng hơi không mổ nội soi được.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có các bệnh lý nội khoa không đủ điều kiện can thiệp phẫu thuật.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa ngoại tổng hợp, kíp mổ có người phụ mổ, dụng cụ viên phẫu thuật
- Bác sĩ gây mê hồi sức và kíp phụ gây mê.

4.2. Người bệnh

- Người bệnh phải được để nhịn ăn uống ít nhất 6 giờ trước ca mổ nếu phải gây mê nội khí quản và ổ bụng lau rửa toàn bộ.
- Các xét nghiệm cơ bản, chụp tim phổi kiểm tra điện tâm đồ.

4.3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tiêu hóa cơ bản.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tư thế: người bệnh nằm ngửa và được đặt thông tiểu.
- Vô cảm bằng gây tê tùy sống hoặc gây mê nội khí quản, mặt nạ thanh quản tùy mức độ dự kiến của can thiệp, có thể phối hợp gây tê ngoài màng cứng tùy sống để giảm đau sau mổ.
- Kỹ thuật:

Rạch da: theo đường mổ ruột thừa bình thường (đường Mc Burney) nếu là ruột thừa viêm không có kèm theo yếu tố bất thường khác, hoặc theo đường trắng bên phải, hoặc đường trắng giữa kéo dài tùy theo yêu cầu phẫu thuật.

Gỡ dính hoặc lần theo các quai ruột hồi tràng đến gốc ruột thừa tại đáy manh tràng, nhất thiết phải tìm thấy và xác định gốc ruột thừa. Nếu có ổ áp xe trong ổ bụng do ruột thừa thì phải loại bỏ bằng cách hút rửa làm sạch và gỡ hết tổ chức viêm, nếu ổ áp xe dính chặt quá có thể không gỡ nhưng phải dẫn lưu. Cố gắng làm sạch tối đa vùng hố chậu phải, tiểu khung, và ổ bụng bằng cách rửa nước muối đẳng trương, lau hút sạch và dẫn lưu đưa ra thành bụng bên phải.

Cắt ruột thừa: là kỹ thuật quan trọng nhất. Bộc lộ ruột thừa rõ ràng từ đầu ruột thừa đến gốc nơi tận cùng của ba dải cơ dọc manh tràng. Bộc lộ mạc treo ruột thừa trong đó có động mạch ruột thừa. cặp cắt ruột thừa sát gốc buộc bằng chỉ hoặc các vật liệu khác như clip. Cặp cắt mạc treo ruột thừa bằng cách buộc chỉ hoặc clip hoặc dụng cụ khác. Nếu gốc ruột thừa viêm mủ nát hoại tử rộng hoặc ứ mủ phải cắt lọc làm sạch rồi dùng chỉ khâu đóng hai lớp.

Đóng bụng theo các lớp cân cơ, da hoặc đóng bụng một lớp toàn thể mũi rời nếu ổ bụng viêm phúc mạc nặng.

6.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

Theo dõi chăm sóc và xử trí biến chứng thông thường:

Biến chứng áp xe tồn dư trong ổ phúc mạc do xử trí vùng hố chậu phải không triệt để, do biến chứng tại gốc ruột thừa, do rò manh tràng. Áp xe giữa các quai ruột, áp xe tiểu khung đặc biệt là trường hợp sau mổ viêm phúc mạc toàn thể cần theo dõi chặt chẽ.

Nếu có nhiễm khuẩn trong ổ bụng phải điều trị kháng sinh, chọc hút dẫn lưu, tách vết mổ dẫn lưu hoặc mổ để loại bỏ nguyên nhân.

Biến chứng nhiễm trùng vết mổ, làm vết mổ sưng nóng đỏ đau ứ mủ, phải cắt chỉ tách vết tách vết mổ làm sạch và điều trị kháng sinh.

Khi dẫn lưu ổ bụng hết chảy dịch nên làm siêu âm bụng kiểm tra hoặc căn cứ vào khám lâm sàng tốt cho rút dẫn lưu.

6.2. Chăm sóc sau mổ

Điều trị giảm đau sau mổ cần thuốc giảm đau hiệu quả đường uống, tiêm hoặc truyền liên tục vào đường gây tê ngoài màng cứng, tiêm tự động tĩnh mạch kiểm soát liều.

Cho người bệnh ăn sớm nếu nhu động ruột về bình thường.

Nếu không có biểu hiện biến chứng nhiễm trùng có thể cho ra viện sớm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định của Bộ Y Tế số 201/QĐ- BYT ngày 16 tháng 1 năm 2014 về tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và Phẫu thuật nội soi”.

PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU THÙNG DẠ DÀY

1. ĐẠI CƯƠNG

Thủng ổ loét dạ dày là một biến chứng nặng thường gặp của bệnh lý loét dạ dày đôi khi của ung thư dạ dày. Thuật ngữ thủng dạ dày thường dùng không bao gồm các vết thương làm thủng hay chấn thương làm vỡ rách dạ dày. Thủng dạ dày là cấp cứu ngoại khoa, cần phải can thiệp phẫu thuật cấp cứu, vì chỉ có mổ sớm mới cứu sống người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả người bệnh được chẩn đoán thủng dạ dày
- Thời gian từ khi thủng tới khi vào viện ≤ 24 giờ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Với người bệnh chống chỉ định phẫu thuật nội soi (PTNS).
- Với bệnh lý thủng ổ loét dạ dày:
 - + Có xuất huyết tiêu hóa đi kèm.
 - + Có tiền sử hoặc triệu chứng hẹp môn vị đi kèm.
 - + Thủng do ung thư.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện kỹ thuật

Bác sĩ chuyên khoa ngoại chung và gây mê hồi sức có kinh nghiệm.

4.2. Phương tiện

Hệ thống phẫu thuật nội soi đồng bộ

4.3. Người bệnh

- Tiến hành các xét nghiệm cấp cứu cần thiết.
- Kháng sinh trước mổ: cephalosporin thế hệ 3 tiêm tĩnh mạch.
- Đặt ống thông dạ dày.
- Truyền dịch để bù nước và điện giải.
- Vệ sinh vùng mổ.
- Đặt ống thông tiểu
- Giải thích cho người bệnh và người nhà người bệnh về các bước điều trị và các tai biến có thể xảy ra trong mổ.

4.4. Hồ sơ bệnh án:

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định: bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ: Đầy đủ theo quy định

5.2. Kiểm tra người bệnh: Đúng người (tên, tuổi,...), đúng bệnh.

5.3. Thực hiện kỹ thuật:

5.3.1. Gây mê: Nội khí quản.

5.3.2. Tư thế: Người bệnh nằm tư thế đầu cao, chân thấp một góc 15-30°, phẫu thuật viên chính đứng phía bên trái người bệnh, người cầm camera đứng bên trái phẫu thuật viên chính, dụng cụ viên đứng bên phải người bệnh.

3.3.1 Kỹ thuật:

Thì 1: Đặt trocar 10 mm và bơm hơi vào ổ phúc mạc. Sau khi đặt trocar, bơm hơi ổ phúc mạc với áp lực từ 8 -12 mmHg.

Thì 2: Kiểm tra, đánh giá tình trạng lỗ thủng và ổ phúc mạc. Tiếp tục đặt 2 trocar 5mm và 10mm vào 2 bên hông phải và trái. Đánh giá tình trạng của dạ dày và môn vị bao gồm tình trạng giãn của dạ dày, tình trạng co kéo và dính của môn vị. Đánh giá tình trạng

lỗ thủng bao gồm vị trí, đường kính, độ xơ chai và mức độ ảnh hưởng đến các cơ quan xung quanh,

Thì 3: Khâu lỗ thủng. Phương pháp khâu thủng: dùng chỉ tiêu chậm Vicryl 2.0 dài khoảng 18-20 cm. Dùng dụng cụ kéo dẹt dày xuống để bộc lộ lỗ thủng. Nếu lỗ thủng < 1 cm, khâu một mũi chữ X toàn thể, hướng khâu đi theo trục của ống tiêu hoá. Nếu lỗ thủng > 1cm thường phải khâu 2-3 mũi rời, khâu theo chiều của ống tiêu hoá để khi thắt chỉ đường khâu nằm ngang không gây hẹp môn vị. Sau khi khâu có thể phủ mạc nối lớn lên đường khâu và dùng chỉ cố định vào đường khâu trong trường hợp ổ loét xơ chai.

Thì 4: Rửa ổ bụng. Hút sơ bộ dịch trong ổ phúc mạc. Sau đó tiến hành rửa ổ phúc mạc theo từng vùng từ góc $\frac{1}{4}$ trên phải đến $\frac{1}{4}$ trên trái, dưới trái, dưới phải và túi cùng Douglas. Khi rửa đảm bảo sạch toàn bộ các chất bẩn và giả mạc trong bụng. Kết hợp với thay đổi tư thế người bệnh để rửa sạch các khoang. Dịch rửa được lựa chọn là nước muối sinh lý đẳng trương. Có thể đặt dẫn lưu dưới gan hay dẫn lưu túi cùng Douglas bằng ống thông dạ dày

Thì 5: Đóng các lỗ trocar.

6. THEO DÕI

Ống thông dạ dày được giữ cho đến khi người bệnh có nhu động ruột, thời gian đặt ống thông dạ dày ít nhất là 48 giờ;

Bù nước và điện giải;

Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch cho đến khi người bệnh ăn trở lại được. Cho ăn trở lại sau khi rút ống thông dạ dày.

Dẫn lưu ổ bụng nếu có sẽ được rút khi không còn chảy dịch, thường từ 24- 48 giờ;

Kháng sinh dùng theo chế độ kháng sinh điều trị, được dùng tới 7 ngày hoặc đến khi hết sốt.

Dùng các thuốc kháng tiết như thuốc ức chế bơm proton hoặc thuốc ức chế thụ thể H2 được bắt đầu ngay sau mổ.

Người bệnh dậy vận động sau mổ 24 giờ.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: phải mổ lại cầm máu.
- Bục hay dò chỗ khâu: khâu lại chỗ bục hoặc dẫn lưu.
- Áp xe tồn dư: có thể mổ lại hoặc điều trị kháng sinh kèm chọc hút.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định của Bộ Y Tế số 201/QĐ- BYT ngày 16 tháng 1 năm 2014 về tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và Phẫu thuật nội soi”.

KHÂU LỖ THÙNG Ổ LOÉT DẠ DÀY Tá TRÀNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Khâu lỗ thùng dạ dày hành tá tràng là kỹ thuật thường gặp được thực hiện trong cấp cứu mục đích làm kín và liền lỗ thùng đồng thời lau rửa sạch ổ bụng. Khâu lỗ thùng có thể thực hiện đơn thuần hoặc kèm theo các kỹ thuật phối hợp: tạo hình môn vị, cắt thần kinh X, nối vị tràng... Khâu lỗ thùng có thể thực hiện bằng mở bụng thông thường hoặc qua nội soi ổ bụng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Lỗ thùng lành tính, bờ mềm mại, không gây hẹp đường xuống tá tràng.
- Lỗ thùng do vật sắc nhọn từ ngoài vào hoặc từ trong ra.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Lỗ thùng do ung thư, hoại tử, bờ ổ loét tổ chức mủn nát.
- Lỗ thùng to do ổ loét xơ chai làm hẹp đường xuống tá tràng.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Nhân lực: Phẫu thuật viên ngoại tổng quát hay chuyên khoa tiêu hóa.

4.2. Người bệnh: Hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính, các xét nghiệm cơ bản thông thường, hút dạ dày, truyền dịch, kháng sinh, sonde tiểu. CTM Ts, Tc- XQ bụng đứng không chuẩn bị, Echo bụng tổng quát, ECG khi bệnh nhân >60 tuổi, G/máu

4.3. Phương tiện: Bộ đại phẫu phẫu thuật tiêu hóa

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tư thế: nằm ngửa,

5.2. Vô cảm: gây mê nội khí quản

5.3. Kỹ thuật:

- Rửa da: đường trắng giữa trên dưới rốn
- Thăm dò, đánh giá:
 - + Tình trạng ổ bụng sạch hay bẩn.
 - + Vị trí của lỗ thùng: ở hành tá tràng hay ở dạ dày, mặt trước hay mặt sau, ở bờ cong lớn hay bờ cong nhỏ, gần tâm vị hay môn vị...
 - + Kích thước lỗ thùng: to hay nhỏ
 - + Tính chất lỗ thùng: bờ mềm mại hay xơ chai, mủn nát.
 - + Lỗ thùng có gây hẹp đường xuống tá tràng hay không
- Khâu lỗ thùng: trước khi khâu lỗ thùng bao giờ cũng cắt lọc bờ ổ loét để sinh thiết và khâu ổ loét để liền hơn. Chỉ khâu khi tổ chức bờ lỗ thùng mềm mại không bị xé, không gây hẹp, không bị ung thư. Nếu không khâu được thì sử dụng biện pháp khác như cắt dạ dày (bán phần hoặc toàn bộ), dẫn lưu lỗ thùng ra ngoài, nối vị tràng...

Lỗ thùng nhỏ (khoảng 1 cm), khâu lỗ thùng một lớp toàn thể mũi rời bằng chỉ tự tiêu chậm 3/0 hoặc 4/0. Lấy kim khâu cách 0,5 cm ở một bên mép lỗ thùng hướng về

phía lỗ thủng từ thanh cơ hết niêm mạc, lấy kim ra sau đó mới khâu tiếp từ trong lỗ thủng từ niêm mạc ra thanh cơ ở mép lỗ thủng bên kia cách mép cũng khoảng 0,5 cm. Các mũi khâu cách nhau khoảng 0,3 - 0,5 cm, chú ý khâu hết 2 góc lỗ thủng. Thực hiện hết các mũi khâu rồi mới buộc từng nút. Lỗ thủng rộng có thể khâu vắt (tương tự khâu mũi rời), không nhất thiết phải khâu 2 lớp. Sau khi khâu, lỗ thủng phải kín, hết các lớp, không gây hẹp đường xuống tá tràng. Kiểm tra có hẹp hay không bằng cách đặt 2 ngón tay ở trên và dưới đường khâu, khi 2 đầu ngón tay chạm nhau dễ (cách 2 lớp thành ruột) là được. Lưu ống thông dạ dày ở vị trí chảy tốt nhất, cố định ở mũi người bệnh bằng băng dính hoặc dây buộc.

- Rửa ổ bụng: Thì quan trọng của cuộc mổ là phải rửa ổ bụng sạch ở tất cả các khoang, giữa các quai ruột. Lấy hết thức ăn, lấy tối đa giả mạc có thể được. Rửa nhiều lần bằng huyết thanh ấm, những lần đầu có thể pha betadin loãng. Trước khi kết thúc nên dùng gạc lớn ẩm lau và thấm khô

- Dẫn lưu: Tối thiểu phải đặt một dẫn lưu silicon lớn (28 F), cắt thêm 1-2 lỗ bên ở dưới gan. Nếu ổ bụng bẩn đặt thêm dẫn lưu ở Douglas, hố lách. Không nên đặt dẫn lưu bằng cao su, dẫn lưu nhỏ vì rất dễ tắc.

6. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- + Mạch huyết áp, nhịp thở 11 lần/giờ trong 24 giờ đầu.
- + Hút ống thông dạ dày, dẫn lưu ổ bụng nếu có
- + Nhịn ăn nuôi dưỡng đường TM, bù nước điện giải: ít nhất 4 ngày

6.2. Xử lý tai biến

- + Chảy máu ổ bụng, miệng nối: Bơm rửa dạ dày, nội soi can thiệp
- + Phẫu thuật lại kiểm tra xử lý cầm máu
- + Tắc ruột, áp xe tồn lưu: Điều trị nội khoa tích cực: Phối hợp kháng sinh – Chọc hút và DL áp xe, phẫu thuật can thiệp lại khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định của Bộ Y Tế số 201/QĐ- BYT ngày 16 tháng 1 năm 2014 về tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và Phẫu thuật nội soi”.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT NỐI RUỘT NON – RUỘT NON, RUỘT NON - ĐẠI TRÀNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Nối thông ruột non đại tràng là phẫu thuật tạo miệng nối lưu thông đường tiêu hóa trực tiếp giữa đường tiêu hóa ruột non với ruột non hoặc ruột non với đại tràng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chấn thương bụng kín giáp rách, đứt rời đoạn ruột non.
- Hoại tử ruột do xoắn, mạc treo, do dây chằng, do lồng ruột.
- Do u mạc treo, Polyp cản trở chèn tắc, chảy máu cấp trong lòng ruột
- Do dính, tắc ruột không thể bảo tồn,
- Do bệnh lý nhiều lỗ thủng, lao ruột

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không nên làm miệng nối khi điều kiện tại chỗ và toàn thân không cho phép
Không đảm bảo an toàn miệng nối, dễ gây bục, rò miệng nối.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Người thực hiện ngoại chung hoặc Người thực hiện chuyên khoa tiêu hóa.

4.2. Phương tiện: Bộ dụng cụ phẫu thuật tiêu hóa

4.3. Người bệnh

- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chẩn đoán khả năng phẫu thuật,...
- Bồi phụ dinh dưỡng, nước - điện giải
- Đặt ống hút dạ dày nếu có dấu hiệu tắc ruột.
- Dùng kháng sinh dự phòng nếu cần thiết.
- Thụt tháo sạch đại tràng, trong phẫu thuật theo kế hoạch.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Vô cảm: gây mê nội khí quản.

5.2. Kỹ thuật

5.2.1. Đường rạch

Đường trắng giữa trên dưới rốn.

5.2.2. Thăm dò xác định tổn thương

- Đánh giá thương tổn: thương tổn chính, tình trạng các tạng khác trong ổ bụng.
- Xác định vị trí nối tắt: chọn vị trí ruột nối phù hợp (mạch nuôi tốt, hồng, mềm mại, không để quá nhiều đoạn ruột bị loại trừ,...). Trong trường hợp cắt đại tràng, tiến hành miệng nối sau khi đã cắt khối u và các thương tổn liên quan.

- Làm miệng nối:

Thông thường nối hồi - đại tràng ngang nếu tổn thương nằm ở vùng hồi manh tràng, đại tràng lên, đại tràng góc gan, đại tràng ngang.

Có thể nối hồi tràng - đại tràng sigma hay trực tràng nếu tổn thương ở thấp hơn,... tùy thuộc tình huống cụ thể.

- Kỹ thuật khâu nối: thực hiện miệng nối có thể bằng nối tay hay nối máy; dùng kỹ thuật nối một lớp hoặc hai lớp, nối tận - bên hay bên - bên là tùy thuộc vào điều kiện sẵn có và do Người thực hiện quyết định.

- Lau sạch ổ bụng, đóng thành bụng. Có thể đặt dẫn lưu hay không tùy thuộc tình trạng thực tế cuộc mổ.

6. THEO DÕI

6.1. Thời kỳ hậu phẫu

- Trong 24 giờ đầu:

Theo dõi tình trạng toàn thân, tri giác, đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở. Truyền dịch, dùng kháng sinh, thuốc giảm đau

- Những ngày sau:

Truyền dịch, dùng kháng sinh

Theo dõi lưu thông ruột, khi có trung tiện cho ăn nhẹ cháo, sữa.

Theo dõi tình trạng ổ bụng, vết mổ, toàn thân, cho người bệnh vận động sớm. Phát hiện và xử trí các biến chứng do bệnh, do phẫu thuật, do cơ địa,...

6.2. Sau thời kỳ hậu phẫu

Người bệnh thường diễn biến thuận lợi: ăn uống được, lưu thông ruột tốt. Tuy nhiên trong giai đoạn này có thể có các biến chứng do bệnh ung thư tiếp tục tiến triển gây đau, ăn uống kém, sút cân hay khối u vỡ, chảy máu, di căn xa,...

Đối với các người bệnh mắc bệnh lao, viêm không đặc hiệu khác cần chuyển tới cơ sở điều trị chuyên khoa phù hợp.

4. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Lưu thông miệng nối không tốt: hẹp, bán tắc,...

- Biến chứng chảy máu: tại miệng nối hay trong ổ bụng

- Bục miệng nối: gây viêm phúc mạc hay rò tiêu hóa.

- Áp xe tồn dư trong ổ bụng

Tùy theo các biến chứng có thể gặp và tình trạng cụ thể mà phải theo dõi điều trị bảo tồn hay phẫu thuật lại. Phẫu thuật xử trí các biến chứng sẽ thực hiện phụ thuộc tình huống cụ thể tại chỗ và toàn thân, cũng như điều kiện tại cơ sở y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định của Bộ Y Tế số 201/QĐ- BYT ngày 16 tháng 1 năm 2014 về tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và Phẫu thuật nội soi”.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt túi mật nội soi là phẫu thuật thường gặp nhất trong các phẫu thuật điều trị bệnh lý gan mật. Phillipe Mouret thực hiện lần đầu tiên vào năm 1987 tại Lyon - Pháp và ở Việt Nam vào năm 1992.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sỏi túi mật có triệu chứng hoặc kích thước lớn.
- Viêm túi mật
- Polyp túi mật có triệu chứng, đa polyp hoặc polyp có kích thước > 1 cm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định của phẫu thuật nội soi ổ bụng nói chung: tiền sử mổ bụng, không thể bơm CO₂ khoang ổ bụng (do suy tim, bệnh hô hấp...).
- Chống chỉ định của phẫu thuật ổ bụng nói chung: rối loạn đông máu nặng, bệnh lý tim mạch hô hấp không cho phép thực hiện gây mê toàn thân.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện: Người thực hiện chuyên khoa ngoại chung đã được đào tạo phẫu thuật nội soi cơ bản.

4.2. Phương tiện

- Bàn mổ có thể dạng chân, quay các chiều.
- Giàn máy mổ nội soi: nguồn sáng, máy bơm khí, khí CO₂, màn hình, dao điện (đơn cực và lưỡng cực).
- Bộ dụng cụ mổ nội soi: 04 trocar (02 trocar 10mm; 02 trocar 5mm); panh có răng - không răng; móc đốt điện; kìm cặp clip; kìm cặp kim; kéo; ống kính 90° hoặc 45°.

4.3. Người bệnh

- Các xét nghiệm cơ bản phục vụ cuộc mổ, lưu ý tiền sử đau, sốt, vàng da là các triệu chứng của sỏi ống mật chủ kèm theo.
- Các xét nghiệm đánh giá chức năng gan
- Siêu âm ổ bụng tối thiểu hai lần khẳng định không có bất thường ở đường mật chính.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, 2 chân có thể khép hoặc dạng 90°, tay phải khép, tay trái dạng 90°. Màn hình đặt ở phía đầu bên tay phải người bệnh.
- Người thực hiện đứng bên trái người bệnh, người phụ cầm camera đứng phía dưới

5.2. Vô cảm

- Mê nội khí quản.
- Có đặt ống thông dạ dày, không cần đặt ống thông bàng quang.

5.3. Kỹ thuật

- Mở bụng theo Kỹ thuật mini-open ở dưới rốn để đặt trocar 10mm. Bơm hơi ổ bụng, duy trì áp lực trong ổ bụng 10 - 12 mmHg.
- Đưa camera quan sát, lựa chọn vị trí đặt các trocar tiếp theo: trocar 10mm dưới mũi ức; trocar 5mm ở bờ ngoài cơ thẳng to ngang bên phải rốn; trocar 5mm ở dưới bờ sườn phải đường nách giữa.
- Chỉnh bàn tư thế đầu cao, nghiêng trái tối đa.
- Dùng panh có răng đưa qua lỗ trocar dưới sườn cầm vào đáy túi mật đẩy lên trên và sang phải tối đa để bộc lộ vùng cổ túi mật và cuống gan.
- Dùng panh không răng đưa qua lỗ trocar bờ ngoài cơ thẳng cầm vào phễu túi mật, quan sát xem có bất thường ống mật chủ (có giãn?), ống cổ túi mật (có giãn?).
- Dùng móc dao điện phẫu tích vào tam giác Calot ở mặt sau và mặt trước, bộc lộ được động mạch túi mật, ống cổ túi mật.
- Cặp clip vào động mạch túi mật và ống cổ túi mật, phải nhìn rõ ống gan chung khi cặp, dùng kéo cắt động mạch túi mật và ống cổ túi mật. Dùng móc điện giải phóng giường túi mật tỉ mỉ, cầm máu giường túi mật.
- Cho túi mật vào túi nylon, lau sạch ổ bụng, cầm máu kỹ. Trường hợp viêm nhiễm, dịch mật đục bẩn có thủng túi mật nên đặt dẫn lưu dưới gan và đưa vào ở lỗ trocar dưới sườn phải.

- Lấy túi mật qua lỗ trocar rốn, đóng các lỗ trocar bằng chỉ tiêu.

6. THEO DÕI

- Rút sonde dạ dày khi kết thúc phẫu thuật.
- Cho ăn sau 6-8h.
- Ngồi dậy, đi lại sau 6-8h.
- Ra viện sau 24-48h.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu trong ổ bụng: do tuột clip động mạch túi mật hoặc từ giường túi mật <> nội soi kiểm tra hoặc mổ mở để cầm máu.
- Viêm phúc mạc: do tuột clip ống cổ túi mật hoặc thương tổn đường mật chính <> mở bụng kiểm tra và xử trí theo thương tổn.
- Áp xe tồn dư: thường gặp ở vị trí hố túi mật <> điều trị kháng sinh kết hợp chọc hút dưới siêu âm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định của Bộ Y Tế số 201/QĐ- BYT ngày 16 tháng 1 năm 2014 về tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và Phẫu thuật nội soi”.

QUI TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT NỘI SOI ÁP XE RUỘT THỪA

1. ĐẠI CƯƠNG

Áp xe ruột thừa là trường hợp viêm ruột thừa cấp tính vỡ mũ, sau đó được các cơ quan lân cận bao bọc lại hình thành ổ áp xe. Áp xe ruột thừa thường được chỉ định chọc hút hay dẫn lưu, tuy nhiên ở trường hợp cần giải quyết cùng lúc ổ áp xe và cắt ruột thừa viêm thì có thể điều trị bằng phẫu thuật nội soi.

2. CHỈ ĐỊNH

Áp xe trong ổ phúc mạc do ruột thừa viêm vỡ mũ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tiền sử phẫu thuật mở ở vùng bụng (Tương đối).

Người bệnh có các bệnh lý mãn tính chống chỉ định của phẫu thuật nội soi.

4. CHUẨN BỊ

4.1 *Người thực hiện quy trình phẫu thuật*

Là phẫu thuật viên ngoại khoa có chứng chỉ phẫu thuật nội soi ổ bụng.

Bác sĩ gây mê có khả năng gây mê nội khí quản.

4.2 *Phương tiện*

Phòng mổ có đầy đủ điều kiện tiến hành phẫu thuật nội soi.

Thiết bị nội soi ổ bụng: màn hình monitor, hệ thống camera, nguồn sáng, hệ thống bơm khí CO₂, hệ thống máy hút.

Dụng cụ phẫu thuật nội ổ bụng: bộ trocar, dụng cụ phẫu thuật nội soi, hệ thống dao điện lưỡng cực, đơn cực.

Bộ dụng cụ phẫu thuật mở (khi chuyển đổi phương pháp phẫu thuật).

4.3 *Người bệnh*

Xét nghiệm tiền phẫu cơ bản, chụp X quang phổi.

Điện tâm đồ đối với người bệnh từ 40 tuổi trở lên.

Giải thích với người bệnh và gia đình về: tình trạng bệnh, tình trạng toàn thân, phương pháp phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp do bệnh lý, phẫu thuật, gây mê và cơ địa người bệnh. Giải đáp những thắc mắc của người bệnh và gia đình về bệnh lý, phẫu thuật trong phạm vi cho phép.

Nhịn ăn uống ít nhất 6 giờ trước phẫu thuật.

Vệ sinh vùng phẫu thuật.

Dùng kháng sinh dự phòng.

Đặt sonde tiêu trước phẫu thuật.

4.4 *Hồ sơ bệnh án*

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định: bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1 *Kiểm tra hồ sơ*

Biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

5.2 *Kiểm tra người bệnh*

Đúng người bệnh.

5.3 *Thực hiện kỹ thuật*

Phương pháp vô cảm: Gây mê nội khí quản

Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay trái để dọc theo thân người.

Vị trí người thực hiện phẫu thuật: Phẫu thuật viên chính đứng ở bên phải người bệnh, người phụ cầm camera đứng bên phải của phẫu thuật viên chính, dụng cụ viên

đứng ngang gối bệnh trái người bệnh. Màn hình để bên trái và ngang vai người bệnh, bàn dụng cụ để ngang gối người bệnh.

Bước 1: Đặt các trocar, một trocar ở vùng cạnh rốn để bơm khí CO₂ và sử dụng camera nội soi, hai trocar để sử dụng các dụng cụ thao tác.

Bước 2: Kiểm tra đánh giá tình trạng ổ phúc mạc, các tạng. Bộc lộ và đánh giá tình trạng của ổ áp xe ruột thừa.

Bước 3: Phẫu tích ổ áp xe, nếu thấy dịch mủ chảy ra tiến hành hút sạch, tránh tràn ra ổ phúc mạc. Chú ý không làm thương tổn các tạng bao bọc ổ áp xe. Có dịch mủ, tiến hành hút lấy mẫu dịch để làm xét nghiệm vi khuẩn và kháng sinh đồ.

Bước 4: Tìm ruột thừa viêm và cắt ruột thừa theo kỹ thuật phẫu thuật nội soi. Hút rửa và làm sạch ổ áp xe.

Bước 5: Đặt dẫn lưu tại vị trí ổ áp xe, túi cùng douglas. Lấy bệnh phẩm ra ngoài qua vị trí trocar. Đóng các vị trí trocar.

6. THEO DÕI

Truyền dịch, điều trị thuốc kháng sinh và giảm đau ở thời gian hậu phẫu.

Hướng dẫn người bệnh vận động sớm sau khi hồi tỉnh.

Cho người bệnh ăn sớm nếu có biểu hiện nhu động ruột phục hồi, triệu chứng đau và tình trạng nhiễm trùng giảm.

Rút dẫn lưu khi không còn ra dịch, tình trạng bụng và nhiễm trùng ổn định.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Viêm phúc mạc toàn thể sau phẫu thuật do quá trình phẫu tích gây thương tổn các tạng bao bọc ổ áp xe hoặc manh tràng: mổ lại làm sạch ổ bụng và xử trí thương tổn.

Chảy máu trong ổ phúc mạc do quá trình phẫu tích gây thương tổn: xử trí tùy mức độ chảy máu: nhẹ có thể điều trị nội, nặng mổ lại để cầm máu.

Tắc ruột sau phẫu thuật: điều trị nội hoặc mổ lại để gỡ dính tùy thuộc triệu chứng lâm sàng.

Áp xe tồn dư: điều trị kháng sinh, chọc hút ổ áp xe.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định của Bộ Y Tế số 7708/QĐ-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2016 về tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật nội soi”.

QUY TRÌNH PHẪU THUẬT MỞ BỤNG THĂM DÒ, LAU RỬA, ĐẶT DẪN LƯU

1. ĐẠI CƯƠNG

Thăm dò ổ bụng là thì đầu tiên để quyết định mọi can thiệp vào các tạng trong ổ bụng. Thủ thuật nhằm xác định chính xác vị trí, tính chất của tổn thương, liên quan của nó với các tạng khác, nhất là các tạng lân cận để có quyết định phẫu thuật thích hợp. Đây là một thủ thuật kinh điển, ngày nay nhờ có các tiến bộ về nội soi tiêu hóa, soi ổ bụng nên các thương tổn bệnh lý đã được xác định trước mổ tương đối đầy đủ, tuy vậy mọi quyết định cách thức phẫu thuật vẫn phải dựa trên tổn thương cụ thể được xác định qua thăm dò sau khi mở bụng, nhất là đối với vết thương thấu bụng thì thăm dò ổ bụng là bắt buộc không thể bỏ qua. Nguyên tắc của thủ thuật là phải xác định đầy đủ các thương tổn, không được bỏ sót, nhất là trong chấn thương bụng thì phải thăm dò kỹ toàn bộ ổ bụng. Những trường hợp thăm dò bệnh lý của từng tạng riêng biệt thì ta có những đường mổ tương ứng, nhưng nếu cần phải thăm dò toàn bộ ổ bụng thì tốt nhất là mở đường giữa trên và dưới rốn để có thể thăm dò rộng rãi và dễ dàng.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp chấn thương bụng, các phẫu thuật trong ổ bụng

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định trong các trường hợp người bệnh có chống chỉ định gây mê, chưa sử dụng các phương pháp chẩn đoán không xâm lấn khác.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện: Bác sỹ ngoại chung.

4.2. Người bệnh

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, chú ý phát hiện các bệnh phối hợp: tim mạch, huyết áp, đái đường, tiết niệu... tình trạng ruột sa, tình trạng tự chủ hậu môn.

- Được chuẩn bị như phẫu thuật thông thường, thụt sạch ngày hôm trước và sáng hôm phẫu thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Thăm dò gan và đường mật ngoài gan

5.1.1. Đường mở bụng: Thông thường mổ đường giữa trên rốn, ngoài ra còn đi đường dưới bờ sườn phải hoặc đường giữa trên rốn phối hợp mở vuông góc sang bên phải, hai đường này cắt ngang qua nhiều cơ gây thương tổn giải phẫu nặng cho thành bụng.

5.1.2. Thăm dò thùy phải và đường mật ngoài gan

- Thăm dò mặt trên: Sau khi đã mở thành bụng và bóc mép vết mổ, đặt một van cho người phụ nâng bờ sườn phải lên và một van mềm đè đại tràng góc gan, tá tràng xuống dưới, chiếu đèn mổ vào vùng dưới sườn phải. Người mổ quan sát mặt trên gan bằng mắt, đồng thời dùng bàn tay luân giữa cơ hoành và vòm gan (lòng bàn tay ôm lấy mặt trên gan) để tìm thương tổn của gan. Thăm dò tổn thương mặt trên gan là khó vì gan thường áp sát với vòm hoành.

- Thăm dò mặt dưới và đường mật ngoài gan: Đặt một van vào nâng mép phải vết mổ và bờ dưới gan phải lên, một van mềm đè nhẹ tá tràng xuống dưới ta có thể nhìn thấy rõ mặt dưới gan, túi mật. Nếu đặt một van dài hơn nâng nhẹ cả túi mật và mặt dưới gan lên ta có thể thấy rõ cuống gan, gồm ống mật chủ ở phía bên phải, động mạch gan ở phía bên trái, tĩnh mạch cửa nằm phía sau hai thành phần trên.

5.1.3. Thăm dò thủy trái: Thủy trái của gan thăm dò thường dễ, đặt van nâng vết mổ lên đã có thể thấy được mặt trên thủy trái, dùng tay ấn nhẹ bờ dưới thủy trái xuống ta sẽ kiểm tra được toàn bộ mặt trên thủy gan trái. Kéo dạ dày xuống dưới, nâng vết mổ lên ta sẽ nhìn thấy mặt dưới thủy gan trái.

5.2. Thăm dò lách

Lách nằm rất sâu, sát vòm hoành trái và thành ngực sau bên nên thăm dò tương đối khó. Đặt một van kéo mép trái vết mổ sang trái, kéo dạ dày xuống dưới và sang phải, chiếu đèn mổ vào vùng lách ta có thể quan sát được cuống lách, phía trước của lách. Người mổ luôn bàn tay phải sát thành bụng lên dưới vòm hoành trái lòng bàn tay ôm toàn bộ mặt ngoài của lách để tìm tổn thương.

5.3. Thăm dò dạ dày

- Thăm dò mặt trước dạ dày:

Mở bụng đường giữa trên rốn, banh rộng vết mổ bằng van tự giữ ta thấy ngay một phần của mặt trước dạ dày, góc bờ cong nhỏ và một phần của bờ cong lớn.

- Thăm dò phần trên của dạ dày:

Gồm có tâm vị và phần trên thân vị, đều nằm ở bên trái cột sống. Dùng một van banh vết mổ đặt ở mặt dưới gan trái nâng thủy gan trái lên và kéo mép trái của vết mổ sang trái để cho người phụ giữ. Người mổ dùng gạc lớn kéo dạ dày xuống dưới và sang phải sẽ thấy được phình vị lớn, phần đứng bờ cong nhỏ, tâm vị - thực quản, có thể nhìn hoặc sờ thấy dây thần kinh số X trái như sợi cước chạy dọc trước thực quản - tâm vị.

- Thăm dò phần dưới của dạ dày:

Gồm có mặt trước của hang vị, môn vị và hành tá tràng, các thương tổn bệnh lý như loét, ung thư dạ dày thì có khoảng 70% là ở vùng này. Vị trí của môn vị và hành tá tràng ở bên phải cột sống, sát với đầu tụy, cuống gan. Để thăm dò vùng này ta tiến hành như sau: dùng một van banh vết mổ đặt vào mặt dưới gan để nâng mặt dưới gan phải và túi mật lên đồng thời kéo mép phải của vết mổ sang bên phải, giao cho người phụ giữ. Người mổ dùng gạc lớn kéo dạ dày sang trái và xuống dưới ta sẽ thấy được:

+ Phần ngang bờ cong nhỏ, bờ cong lớn và mặt trước hang vị.

+ Môn vị và hành tá tràng, thông thường có một tĩnh mạch chạy vắt ngang phía trước môn vị.

Kiểm tra luôn cả túi mật, cuống gan, đầu tụy và các hạch ở vùng này.

Trong trường hợp ung thư dạ dày ở phụ nữ nhất thiết phải thăm dò buồng trứng hai bên xem có u hay không.

- Thăm dò mặt sau:

Mặt sau dạ dày là thành trước của hậu cung mạc nối, vì vậy muốn thăm dò mặt sau dạ dày ta phải đi vào hậu cung mạc nối. Khi thăm dò chú ý không được bỏ sót các thương

tồn ở mặt sau thân vị. Để có thể bộc lộ rộng rãi mặt sau dạ dày, trong số các đường vào hậu cung mạc nối ta chỉ dùng ba đường để vào thăm dò mặt sau dạ dày sau đây: Đường qua hai lá trước của mạc nối lớn:

+ Kéo nhẹ mạc nối lớn và đại tràng ngang xuống dưới đồng thời kéo dạ dày lên trên để thấy rõ những khoảng vô mạch ở phía ngoài cung mạch bờ cong lớn của dạ dày. Chọc thủng hai lá trước của mạc nối lớn, mở rộng về hai phía, nếu có cắt phải những mạch máu nhỏ thì cầm máu kỹ, ta có một đường vào hậu cung mạc nối khá rộng rãi, bộc lộ mặt sau dạ dày để kiểm tra một cách dễ dàng.

+ Sau khi thăm dò xong phải khâu kín lại chỗ mở này. Căng đại tràng ngang, kéo toàn bộ mạc nối lớn lên phía trên để lộ rõ khe giữa đại tràng ngang và mạc nối lớn. Rạch và cắt hai lá sau của mạc nối lớn dọc theo đại tràng ngang, mở một đường khá rộng rãi vào hậu cung mạc nối để thăm dò mặt sau dạ dày.

5.4. Thăm dò các tạng khác

- Các tạng khác được kiểm tra tuần tự từ ruột non, đại tràng, tử cung phụ (ở nữ giới), ghi nhận các bất thường, xử trí các tổn thương nếu có.

- Đặt dẫn lưu bụng.

- Tùy mục đích, yêu cầu (theo dõi, điều trị, dự phòng,...) mà có thể đặt một hoặc nhiều dẫn lưu.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Thông thường như sau các trường hợp phẫu thuật bụng khác.

- Cho ăn khi có lưu thông ruột. Tập luyện cơ tròn sau phẫu thuật.

6.2. Xử trí biến chứng

- Khâu vào mạch máu gây tụ máu: kiểm tra và khâu cầm máu.

- Chảy máu từ thành bụng, do sót tổn thương: kiểm tra và cầm máu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 5730/QĐ-BYT ngày 21 tháng 12 năm 2017 của Bộ Trưởng Bộ Y Tế về Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa chuyên khoa Phẫu thuật Tiêu hóa

QUI TRÌNH PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG THẨM DÒ

1. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi ổ bụng chẩn đoán là phẫu thuật được thực hiện qua nội soi ổ bụng để chẩn đoán giai đoạn bệnh (thăm sát khả năng cắt bỏ khối ung thư bao gồm tình trạng di căn trong ổ bụng và mức độ xâm lấn của khối u...) hay xác định chẩn đoán mà các phương tiện cận lâm sàng trước mổ chưa chẩn đoán được.

Nội soi ổ bụng chẩn đoán có thể chỉ định trong các trường hợp mổ phiên hay mổ cấp cứu.

2. CHỈ ĐỊNH

2.1 Mổ phiên

Hạch ổ bụng chưa rõ nguyên nhân.

Báng bụng chưa rõ nguyên nhân.

Ung thư các cơ quan trong ổ bụng mà không chắc chắn về khả năng cắt bỏ được để tránh mổ bụng lớn không cần thiết.

2.2 Mổ cấp cứu

Vết thương thấu bụng hoặc chấn thương bụng kín chưa rõ có tổn thương tạng hay không.

Bụng ngoại khoa chưa rõ nguyên nhân.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Trong cấp cứu mà tình trạng người bệnh nặng như shock mất máu, shock nhiễm trùng hoặc có nhiều tổn thương phối hợp.

Người bệnh có chống chỉ định gây mê hoặc bệnh lý tim mạch, hô hấp có chống chỉ định bơm hơi trong ổ bụng.

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện kỹ thuật

Người thực hiện là phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại chung có kinh nghiệm về phẫu thuật nội soi.

Bác sỹ gây mê hồi sức có kinh nghiệm.

4.2 Phương tiện

Hệ thống máy và dụng cụ phẫu thuật nội soi ổ bụng.

4.3 Người bệnh

Khám lâm sàng trước mổ.

Xét nghiệm tiền phẫu thông thường.

Khám đánh giá nguy cơ phẫu thuật khi cần thiết

Các xét nghiệm chuyên biệt để chẩn đoán bệnh, hội chẩn nhiều chuyên khoa để xác định chẩn đoán bệnh.

4.4 Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định: bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1 Kiểm tra hồ sơ

Biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

5.2 Kiểm tra người bệnh

Đúng người bệnh.

5.3 Thực hiện kỹ thuật

Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa.

Vị trí người mổ chính và người phụ tùy thuộc vào kết quả thám sát ổ bụng sau khi đặt kính soi.

Vô cảm:

Gây mê nội khí quản, đặt ống thông tiểu và thông mũi dạ dày khi cần thiết.

Kỹ thuật:

Vị trí trocar: thường đặt từ 3 đến 4 trocar.

1 trocar 10 ở rốn (kính soi).

2 trocar: 2 trocar 5 mm cho người mổ chính.

Khi cần thiết đặt thêm trocar 5mm cho người mổ phụ.

Thám sát khả năng cắt bỏ được đối với bệnh đối với ung thư (di căn phúc mạc, màu sắc dịch bụng, tình trạng di căn gan, hạch, kích thước và tình trạng xâm lấn của khối u).

Hạch bụng hoặc báng bụng chưa rõ nguyên nhân: thám sát toàn bộ ổ bụng bao gồm: dịch bụng, tình trạng phúc mạc, hạch bụng, các cơ quan trong ổ bụng ở tầng trên và tầng dưới mạc treo đại tràng ngang. Hút dịch để xét nghiệm sinh hóa, tế bào, hoặc soi cấy tìm vi trùng tùy trường hợp. Sinh thiết sang thương nghi ngờ như các nốt ở phúc mạc, gan, hạch, hoặc khối u...

Vết thương thấu bụng hoặc chấn thương bụng kín chưa rõ có tổn thương tạng hay không hoặc bụng ngoại khoa chưa rõ nguyên nhân: thám sát tình trạng dịch hoặc máu ổ bụng, các tổn thương tạng ở tầng trên và tầng dưới mạc treo đại tràng ngang. Thám sát cẩn thận để tránh bỏ sót thương tổn.

6. THEO DÕI

Theo dõi, chăm sóc sau mổ như mọi trường hợp phẫu thuật bụng: bù đủ nước.

Điện giải, năng lượng hàng ngày, truyền đủ protein, albumin và máu.

Sử dụng giảm đau.

Thông thường dùng kháng sinh dự phòng.

Người bệnh uống nước Đường, sữa ngày đầu sau mổ, ăn sớm sau khi đã có trung tiện.

7. TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

7.1 Tai biến

U to không có khả năng mổ nội soi, chuyển mổ mở.

Chảy máu nhiều khi sinh thiết hiếm gặp thường kiểm soát được qua nội soi bằng đốt cầm máu bằng bipolar hay khâu cầm máu.

7.2 Biến chứng

Chảy máu: chảy máu trong ổ bụng (theo dõi qua dẫn lưu, dấu sinh tồn và xét nghiệm công thức máu): cần theo dõi sát tùy mức độ mà cần thiết phải phẫu thuật lại ngay qua nội soi hoặc mổ mở.

Viêm phúc mạc do sót thương tổn: mổ lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quy trình kỹ thuật nội soi ổ bụng chẩn đoán của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, Thành Phố Hồ Chí Minh

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẮT LÁCH VỠ

1. ĐẠI CƯƠNG:

Chấn thương bụng kín vỡ lách chảy máu đe dọa đến tính mạng

Phẫu thuật mở bụng tiếp cận lách vỡ, khâu cột cầm máu cuống lách là cách để cứu sống nạn nhân.

2. CHỈ ĐỊNH:

Lách vỡ không thể bảo tồn, chảy máu tiến triển từ lách chấn thương

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

4. CHUẨN BỊ:

4.1. Người thực hiện: Phẫu thuật là bác sĩ ngoại khoa chung hoặc ngoại khoa bụng (PTV và 2 phụ mổ).

4.2. Phương tiện: Dụng cụ phẫu thuật bụng (Bộ đại phẫu).

4.3. Người bệnh và hồ sơ bệnh án: Theo quy định chung. Đặc biệt chú ý các xét nghiệm yếu tố về máu, xét nghiệm đông máu và siêu âm gan, tĩnh mạch cửa.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

5.1 Tư thế: Bệnh nhân nằm ngửa- Kê ngực bụng (T)- Đặt sonde dạ dày- Đặt sonde tiểu

5.2 Vô cảm: GM nội khí quản

5.3 Kỹ Thuật

- Mở bụng đường giữa ức -rốn đủ rộng để đưa tay vào tiếp cận lách
- Bộc lộ lách vỡ, đánh giá tổn thương: Lượng máu mất, mức độ vỡ không thể bảo tồn

- Kẹp cuống lách, cắt khâu cột cuống:(ĐM lách và TM lách)

- Kiểm tra tổn thương phối hợp.

- Lau bụng, kiểm tra chỗ cột cuống lách đảm bảo không chảy máu.

- Nếu nghi ngờ chảy máu: DL Hồ lách và DL Douglas theo dõi 24h đầu

- Đóng vết mổ thành bụng 3 lớp

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN:

- Theo dõi huyết động bệnh nhân: M,HA,toàn trạng

- Chảy máu : Huyết động giảm, bụng chướng Mạch nhanh, HA tụt kẹt, HC giảm, Hct giảm, DL hồ lách, DL Douglas ra máu tươi . Xử trí chuyển máu đông nhóm.

- Nhiễm trùng, bỏ sót tổn thương ổ phúc mạc, cần xử trí mở bụng lại kiểm tra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 5730/QĐ-BYT ngày 21 tháng 12 năm 2017 của Bộ Trưởng Bộ Y Tế về Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa chuyên khoa Phẫu thuật Tiêu hóa.

QUY TRÌNH PHẪU THUẬT THOÁT VỊ BỆN PHƯƠNG PHÁP BASSINI

1. ĐẠI CƯƠNG

Thoát vị bẹn là tình trạng một tạng trong ổ bụng rời khỏi vị trí chui qua ống bẹn xuống bìu, là loại hay gặp trong các loại thoát vị thành bụng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tuyệt đối: Cho các trường hợp bị nghẹt.
- Tương đối: Đối với các trường hợp không nghẹt nên chỉ định mổ chương trình nếu bệnh nhân không có các chống chỉ định.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ phẫu thuật (THA, tiểu đường, suy tim, già yếu,...).
- Những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ tái phát sau mổ cao. Chỉ nên mổ khi đã giải quyết được các yếu tố nguy cơ này.

4. CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện: Người thực hiện là bác sĩ ngoại chung hoặc ngoại tiêu hóa và bác sĩ gây mê hồi sức có kinh nghiệm.

b. Phương tiện: Dụng cụ mổ hở, đồ ban chuyên dụng

c. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ tình trạng bệnh tại chỗ và tình trạng chung của người bệnh, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê gây tê giảm đau, do cơ địa của người bệnh. Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật,...trong phạm vi cho phép.

- Ngày phẫu thuật: Bơm thuốc để bệnh nhân đi cầu, không cần tẩy sạch như phẫu thuật đại trực tràng.

- Ngày phẫu thuật: nhịn ăn, uống, đi tiểu trước khi lên bàn mổ.

d. Hồ sơ bệnh án

- Làm bệnh án đầy đủ

- Thực hiện các xét nghiệm tiền phẫu cơ bản - Siêu âm Doppler vùng bẹn bìu

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

a. Vô cảm: tê tủy sống, mê NKQ

b. Tư thế: nằm ngửa

c. Kỹ thuật

Người thực hiện Phẫu thuật viên chính đứng bên bẹn bị thoát vị, phụ 1 đứng bên đối diện, phụ 2 (nếu có) đứng cạnh phẫu thuật viên chính.

Kỹ thuật Rạch da đường phân giác góc bẹn,

Bóc tách cân cơ tìm túi thoát vị

Đánh giá tạng thoát vị

Đưa tạng thoát vị vào trong ổ bụng

Khâu cột cổ túi

Tái tạo thành bụng bằng cách khâu cơ kết hợp với dây chằng bẹn bằng các mũi chỉ rời.

Khâu cân cơ chéo ngoài

Khâu da và băng ép

6. THEO DÕI

a. Thời kỳ hậu phẫu

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật:

- Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác
- Theo dõi tại vết mổ: chảy máu, chảy dịch, đau.
- Dùng thuốc giảm đau
- Kháng sinh
- Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm.
- Săm sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ.

b. Sau thời kỳ hậu phẫu

- Cắt chỉ vết mổ sau 7 ngày
- Tái khám định kì sau phẫu thuật 2 tuần

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu trong mổ: kiểm tra kĩ lại vết mổ, tìm chỗ chảy máu, cầm máu kĩ các vị trí chảy máu
- Rách thủng bàng quang: mời hội chẩn bác sĩ chuyên khoa niệu tại phòng mổ
- Khâu vào ruột, thủng ruột: mở bụng đường giữa thám sát xử trí tùy thương tổn
- Sưng hoặc teo tinh hoàn: mời khám bác sĩ chuyên khoa nam sau mổ
- Nhiễm trùng vết mổ: sử dụng kháng sinh, chăm sóc thay băng vết mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quy trình kỹ thuật phẫu thuật thoát vị bẹn của Bệnh Viện Bình Dân, Thành Phố Hồ Chí Minh.

KỸ THUẬT KHÂU PHỤC HỒI THÀNH BỤNG DO TOÁC VẾT MỖ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Toác vết mổ là biến chứng sau mổ, tình trạng vết mổ thành bụng được khâu không liền lại, làm cho hai mép vết mổ cũng như phúc mạc thành bụng không dính lại với nhau như trước mổ mà toác rộng ra, làm cho các tạng trong ổ bụng chui ra ngoài qua vết mổ. Toác vết mổ có thể là một phần hoặc toàn bộ vết mổ.

- Khâu phục hồi thành bụng là phẫu thuật khâu đóng lại 2 mép vết mổ, khôi phục lại tình trạng toàn vẹn, liên tục của thành bụng tránh cho các tạng chui ra ngoài qua vết mổ và nhiễm khuẩn từ ngoài vào trong ổ bụng.

**Nguyên nhân và các yếu tố ảnh hưởng:*

- *Nhiễm khuẩn vết mổ:*

- + Trường hợp mổ các loại viêm phúc mạc
- + Trường hợp mổ các tạng như đại tràng, trực tràng...
- + Trường hợp mổ viêm ruột thừa mủ
- + Trường hợp mổ không đảm bảo nguyên tắc vô trùng

- *Kỹ thuật khâu đóng bụng không đúng:* khâu không đúng lớp cân, mũi chỉ quá căng, chỉ khâu bị đứt.

- *Áp lực ổ bụng sau mổ lớn và kéo dài làm tình trạng cân cơ thành bụng quá căng:* thở máy kéo dài, bụng quá chướng do liệt ruột cơ năng sau mổ, người bệnh gắng sức ho ọc, nôn, có ổ áp xe tồn dư sau mổ...

- *Yếu tố nguy cơ của toác vết mổ thành bụng:* suy dinh dưỡng, béo phì, đang dùng thuốc ức chế miễn dịch hay corticoid, đái tháo đường, suy thận, bệnh lý ác tính hóa trị hay xạ trị...

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp sau mổ có toác vết mổ thành bụng

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Cần nhắc thực hiện kỹ thuật trong các trường hợp mất tổ chức thành bụng rộng, vết mổ còn bản và không có khả năng kéo ép vết mổ vào nhau.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện: PTV ngoại chung hoặc PTV tiêu hóa.

4.2. Phương tiện

Bộ phẫu thuật tiêu hóa cơ bản

4.3. Người bệnh

- Làm bilan trước mổ: Cần xác định rõ có viêm phúc mạc hay áp xe trong ổ bụng sau mổ không?

- Điều trị các bệnh lý toàn thân phối hợp.

- Bồi phụ dinh dưỡng, nước - điện giải

- Dùng kháng sinh dự phòng.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định.
- Hoàn thiện đầy đủ các bước khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

Vô cảm: Gây mê nội khí quản hoặc tê tại chỗ trong các trường hợp toác vết mổ nhỏ, đơn thuần.

Kỹ thuật:

- Với những trường hợp toác vết mổ đơn thuần:
 - Làm sạch vết mổ: Lấy hết tổ chức giả mạc, bộc lộ cân cơ
 - Khâu lại thành bụng:
 - Vết mổ sạch: Khâu cân cơ bằng chỉ vicryl số 1, khoảng cách mỗi mũi khâu 1,5-2cm. Khâu da thừa.
 - Vết mổ bẩn: Đóng cân cơ - da một lớp có hoặc không có cầu phao.
- Với những trường hợp toác vết mổ có biến chứng của lần mổ trước:
 - Bóc tách gỡ dính các tạng với nhau, với mép vết mổ và đưa vào trong ổ bụng. Làm xẹp ruột.
 - Thăm dò ổ bụng.
 - Lấy dịch, bệnh phẩm làm vi sinh, kháng sinh đồ.
 - Lau rửa ổ bụng, đặt dẫn lưu, sắp xếp lại các quai ruột.
 - Khâu phục hồi thành bụng bằng đóng thành bụng một lớp. Khâu một lớp đi từ da cách mép vết mổ từ 1,5 - 2cm xuyên vào tới phúc mạc của mổ mép vết mổ (gồm tất cả các lớp) và tiếp tục từ phúc mạc ra da mép vết mổ đối diện cân xứng rồi thắt chỉ.
 - Phương pháp này dùng các loại chỉ không tiêu hoặc tiêu chậm số 1 hoặc số 0, có thể sử dụng cầu phao hoặc có thể sử dụng chỉ kim loại, khâu bằng các mũi rời, các mũi khâu cách nhau khoảng 2 cm.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Truyền dịch, dùng kháng sinh, giảm đau...
- Theo dõi tình trạng ổ bụng, vết mổ, dẫn lưu, toàn thân.
- Phát hiện và xử trí các biến chứng do bệnh, do phẫu thuật...

6.2. Xử trí tai biến

- Chảy máu thành bụng sau mổ
- Nhiễm trùng vết mổ
- Bục lại vết mổ
- Thoát vị vết mổ

- Tùy theo các biến chứng có thể gặp và tình trạng cụ thể mà theo dõi điều trị bảo tồn hay phẫu thuật lại. Phẫu thuật xử trí các biến chứng sẽ thực hiện phụ thuộc tình huống cụ thể tại chỗ và toàn thân, cũng như điều kiện tại cơ sở y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 5730/QĐ-BYT ngày 21 tháng 12 năm 2017 của Bộ Trưởng Bộ Y Tế về Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa chuyên khoa Phẫu thuật Tiêu hóa.

PHẪU THUẬT CẮT BÚI TRĨ ĐƠN ĐỘC

1. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật cắt búi trĩ sa đơn độc độ 3 hoặc độ 4. Không can thiệp vào các vị trí khác của ống hậu môn.

2. CHỈ ĐỊNH

- 2.1. Sa búi trĩ nội đơn độc, có thể kèm tắc mạch.
- 2.2. Sa búi trĩ đơn độc kết hợp nứt kẽ hay rò hậu môn.
- 2.3. Trĩ ngoại tắc mạch

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Sa trĩ vòng hay có viêm nhiễm hậu môn.

4. CHUẨN BỊ

- 4.1. *Người thực hiện:* Người thực hiện tiêu hóa hay ngoại chung.
- 4.2. *Phương tiện:* Bàn mổ tư thế sản khoa, bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản.
- 4.3. *Người bệnh:* hồ sơ bệnh án, giải thích kỹ để người bệnh hiểu và cộng tác, không cần cạo lông thật tháo phân; đi tiểu trước khi làm thủ thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- 5.1. *Tư thế:* người bệnh nằm tư thế sản khoa.
- 5.2. *Vô cảm:* Tê tủy sống
- 5.3. *Kỹ thuật*
 - Thăm hậu môn, xác định lại chẩn đoán.
 - Dùng panh cặp búi trĩ, kéo nhẹ ra ngoài
 - Tiêm thấm dung dịch Xylocain có adrenalin pha loãng để dễ phẫu tích bóc tách búi trĩ
 - Phẫu tích cắt búi trĩ từ da tới niêm mạc hậu môn trực tràng khỏi lớp cơ tròn trong tới gốc búi trĩ.
 - Khâu thắt gốc búi trĩ bằng chỉ chậm tiêu Vicryl 2.0, cắt búi trĩ. Có thể để mở hay khâu khít niêm mạc da bằng chỉ tiêu nhanh loại 4.0 (Vicryl Rapid, Safil Quick).

6. THEO DÕI

- Thường diễn biến đơn giản. Đề phòng choáng do dị ứng thuốc. Cần nằm lại theo dõi 1 - 2 giờ.
- Kháng sinh, thuốc giảm đau, nhuận tràng.
- Theo dõi chảy máu hoặc nhiễm khuẩn.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Choáng do dị ứng thuốc. Cần nằm lại theo dõi 1 - 2 giờ.
- Chảy máu gốc búi trĩ: khâu lại

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định của Bộ Y Tế số 201/QĐ- BYT ngày 16 tháng 1 năm 2014 về tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và Phẫu thuật nội soi”.

PHẪU THUẬT RÒ HẬU MÔN

1. ĐẠI CƯƠNG

Rò hậu môn là bệnh thường gặp của vùng hậu môn trực tràng. Nguồn gốc của nhiễm khuẩn bắt nguồn từ viêm các tuyến Hermann và Desfosses. Từ đây nhiễm trùng lan tỏa tới các khoang quanh hậu môn trực tràng. Tạo ra các thể áp xe khác nhau. Nếu không được chẩn đoán điều trị kịp thời, áp xe sẽ lan rộng phá hủy hệ thống cơ thắt, hoặc tự vỡ ra ngoài tạo nên các đường rò. Bài này không đề cập các loại rò do các nguyên nhân khác như bệnh Crohn, ung thư thể chế nhày, bệnh Verneuil, hay rò ruột từ trên cao...

2. CHỈ ĐỊNH

Rò hậu môn là bệnh lý ngoại khoa, cần được chỉ định phẫu thuật. Kháng sinh không có tác dụng điều trị khỏi bệnh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định chung của can thiệp ngoại khoa.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện: Người thực hiện tiêu hóa hay ngoại chung.

4.2. Phương tiện: Bàn mổ tư thế sản khoa, bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản.

4.3. Người bệnh: hồ sơ bệnh án, giải thích kỹ để người bệnh hiểu và cộng tác, không cần cạo lông thật tháo phân; đi tiểu trước khi làm thủ thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tư thế: tư thế sản khoa

5.2. Vô cảm: Tê tủy sống

5.3. Kỹ thuật

Nguyên tắc kỹ thuật:

- Bảo tồn tối đa cấu trúc giải phẫu và chức năng sinh lý của hệ thống cơ thắt hậu môn để bảo đảm chức năng tự chủ của ống hậu môn.

- Không tạo ra các sẹo làm biến dạng vùng tầng sinh môn, ống hậu môn trực tràng gây đau và ảnh hưởng tới chức năng đại tiện.

- Tìm thấy và giải quyết được lỗ trong (lỗ nguyên phát).

Cụ thể:

5.3.1. Đánh giá thương tổn

- Nong hậu môn.

- Thăm trực tràng đánh giá sơ bộ khối áp xe, đường rò, tương quan giữa đường rò và cơ thắt hậu môn.

- Bơm hơi hoặc oxy già từ lỗ ngoài, quan sát đường lược, tìm khí đi vào lỗ trong, có thể bơm xanh methylen.

- Nếu xác định được lỗ trong, phẫu tích lấy đường rò từ lỗ ngoài.

- Cầm máu, để ngỏ đường mở rò.
- Băng vết mổ mỡ với dung dịch betadine.

5.3.2. Một số loại rò phức tạp

- Rò liên cơ thắt: mở cơ tròn trong dẫn lưu trực tiếp vào lòng trực tràng. Đường rạch nên kéo dài ra ngoài da để có tác dụng dẫn lưu tốt, tránh ứ đọng mủ ở chỗ sâu, phần thấp.

- Rò hình móng ngựa: đây là loại rò phức tạp, phẫu thuật thường phải làm nhiều thì để tránh đường rạch quá rộng tạo ra sẹo xấu, gây đau, hẹp hậu môn nếu việc thay băng săn sóc vết thương không tốt.

- Rò kép: đây là loại rò có 2 lỗ nguyên phát tạo 2 đường rò độc lập. Vì vậy khi giải quyết bệnh sẽ phải cắt vòng cơ thắt ở 2 nơi nguy cơ làm yếu cơ thắt gây đại tiện không tự chủ. Do vậy về nguyên tắc chỉ được mở cơ tròn 2 nơi khi cả 2 đường rò đều ở nông, xuyên cơ thắt phần thấp. Nếu một trong 2 đường rò xuyên cơ thắt cao thì phải phẫu thuật nhiều thì.

- Rò hình chữ Y: đây là thể rò có 1 lỗ trong, 2 lỗ ngoài nối với nhau tạo hình chữ Y hay chữ V. Cần có siêu âm đầu dò trực tràng đánh giá trước tránh nhầm với thể rò kép nêu trên.

- Rò xuyên cơ thắt cao hay rò trên cơ thắt: cần phẫu thuật nhiều thì để bảo toàn cơ thắt.

5.3.3. Giải quyết lỗ trong: giải quyết lỗ trong là một trong những nguyên tắc để điều trị bệnh rò hậu môn. Trong trường hợp có định hướng của siêu âm và tìm thấy lỗ trong, đường rò không xuyên cao, không phức tạp, có thể giải quyết 1 thì. Thường dùng phẫu thuật mở ngổ. Một số phương pháp khác có thể áp dụng: lấy đường rò sau đó đóng kín lỗ trong bằng cách khâu trực tiếp, hạ niêm mạc trực tràng hoặc bơm keo sinh học vào đường rò. Các biện pháp này chỉ nên áp dụng cho đường rò chủ yếu tổ chức viêm xơ, không có áp xe hay hoại tử lan rộng.

6. THEO DÕI

- Ngâm hậu môn 2 - 3 lần/ ngày, dùng nước ấm, có thể pha loãng với dung dịch betadine.

- Thay băng 2 lần/ngày với các dung dịch sát khuẩn sao cho vết thương liền từ sâu ra nông, tránh khép miệng sớm vết thương.

7. XỬ TRÍ TAI BIÊN

Đau sau mổ: thông thường người bệnh đau ít. Dùng thuốc giảm đau paracetamol, ngâm hậu môn nước ấm cũng là biện pháp giảm đau tốt.

Chảy máu: tùy mức độ, có thể băng ép hoặc đốt điện, khâu cầm máu

Trường hợp nhiễm trùng nặng, toàn trạng người bệnh kém, suy kiệt cần điều trị tích cực: ngâm rửa sạch tại chỗ, kháng sinh toàn thân mạnh, nâng cao thể trạng, chữa các bệnh phối hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định của Bộ Y Tế số 201/QĐ- BYT ngày 16 tháng 1 năm 2014 về tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và Phẫu thuật nội soi”.

THÁO LỒNG BẰNG KHÍ (HƠI)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Lòng ruột là trạng thái một đoạn ruột chui vào đoạn ruột tiếp theo. Có nhiều kiểu lòng ruột nhưng hay gặp nhất là lòng hồi-mạnh tràng.

- Là một trong những cấp cứu ngoại khoa hay gặp nhất ở trẻ em, đặc biệt ở trẻ dưới 2 tuổi.

- Nếu không được cấp cứu kịp thời có thể gây nên biến chứng nguy hiểm và tử vong.

- Điều trị lòng ruột ở trẻ nhỏ phổ biến nhất là tháo lồng bằng các phương pháp không phẫu thuật (tháo lồng bằng khí). Chỉ có số ít trẻ (khoảng 10%) phải phẫu thuật điều trị lòng ruột. Có thể phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mổ mở.

2. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ

Cho tất cả các trường hợp lòng ruột chưa có biến chứng

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đến muộn sau 48h

- Biểu hiện: tắc ruột, có sốt, bụng chướng căng, có dấu hiệu viêm phúc mạc

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người bệnh

- Được bù nước điện giải nếu có mất nước điện giải

- Thiết lập đường truyền tĩnh mạch, đặt ống thông dạ dày

4.2. Người thực hiện làm thủ thuật: 1 bác sĩ , 1 điều dưỡng, 1 gây mê

4.3. Phương tiện

- Máy tháo lồng (bơm hơi) theo áp lực - Xông Foley các cỡ

4.4. Hồ sơ bệnh án: Điền đủ chỉ định, xét nghiệm nếu cần

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ Kiểm tra lại chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

5.2. Kiểm tra người bệnh, Tình trạng toàn thân

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Tiền mê

5.3.2. Kỹ thuật – Đặt ống thông Foley vào hậu môn, bơm căng bóng - Nối ống thông Foley với máy tháo lồng - Bơm hơi vào đại tràng, áp lực 8-10mmHg or 80-100cmH₂O - Duy trì áp lực cao nhất không quá 3 phút/01 lần. - Quan sát theo dõi di chuyển của khối lồng - Bơm hơi từng đợt cho đến khi tháo được lồng. - Ngay sau tháo được khối lồng phải giữ ống thông hậu môn, nắn bụng để tháo hơi ra hết mới rút ống thông.

- Tiêu chuẩn tháo lồng thành công: Bụng tròn đều, nắn không thấy khối lồng, bụng giữa giữ hơi sau khi ngưng bơm hơi, hơi ra liên tục qua thông dạ dày.

6. THEO DÕI

- Sau khi tháo lồng cho người bệnh nhin ăn 2-4 tiếng

- Cho người bệnh xuất viện khoảng 24h sau bơm hơi tháo lồng khi siêu âm kiểm tra không còn dấu hiệu của lòng ruột.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Thủng đại tràng trong lúc tháo lồng: Xử trí: Chọc giải áp hơi trong bụng bệnh nhi bằng kim 18G, hỗ trợ oxy, dịch truyền, kháng sinh và chuẩn bị phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định 2831/QĐ-BYT ngày 04/7/2019 của Bộ Y tế ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nhi khoa

QUI TRÌNH KỸ THUẬT CHỌC HÚT Ổ ÁP XE GAN QUA SIÊU ÂM

1. ĐỊNH NGHĨA

Là một thủ thuật dùng kim chọc vào ổ áp xe gan dưới hướng dẫn của siêu âm nhằm chẩn đoán và điều trị ổ áp xe gan.

2. CHỈ ĐỊNH

Ổ áp xe lớn > 5cm.

Ổ áp xe giai đoạn hóa mủ.

Ổ áp xe dọa vỡ.

Cần ổ áp xe cần hút để điều trị.

Trong trường hợp cần chẩn đoán phân biệt với u gan.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Rối loạn đông máu: Prothrombine < 50%.

Tiểu cầu < 50 G/l.

Dị ứng với thuốc gây tê.

Đường vào không an toàn trên siêu âm.

Người bệnh không đồng ý can thiệp.

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện

02 bác sĩ: 01 làm siêu âm, 01 chọc hút.

01 hoặc 02 điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên.

4.2 Phương tiện

Máy siêu âm: 01 chiếc

Cáng nằm: 01 chiếc

Kim chọc tủy sống loại 18G - 20G hoặc kim sắt có nòng loại lớn: 01 cái

Bơm tiêm 5ml: 01 cái, bơm tiêm 10 ml: 01 cái

Lidocain 2% 2ml: 01 ống

Bông cotton: 01 lọ

Gạc vô trùng miếng nhỏ: 10 cái

Săng có lỗ: 01 cái

Cồn sát trùng 70°: 01 lọ to dùng sát trùng tay

Băng dính y tế: 01 cuộn

Găng tay vô trùng: 03 đôi

4.3 Người bệnh

Cần được giải thích rõ mục đích của thủ thuật, các tai biến có thể xảy ra. Phải ký vào giấy cam đoan làm thủ thuật.

Có người nhà đi cùng.

4.4 Hồ sơ bệnh án

Có hồ sơ bệnh án đầy đủ, kèm theo phim chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ nếu có.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1 Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra phiếu chỉ định, phiếu cam đoan của người bệnh.

Kiểm tra các xét nghiệm: công thức máu, đông máu cơ bản,

Kiểm tra xem người bệnh có dị ứng thuốc gì không.

Các thăm dò cận lâm sàng: kết quả siêu âm, CT scanner

5.2 Kiểm tra người bệnh

Kiểm tra mạch, huyết áp, nhịp thở.

5.3 Thực hiện kỹ thuật

Người bệnh được nằm trên cang theo qui trình siêu âm bụng.

Bác sĩ làm siêu âm kiểm tra vị trí nang gan và xác định đường vào, cùng bác sĩ chọc hút xác định hướng đi của kim.

Điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên sát trùng nơi sẽ chọc.

Bác sĩ làm chọc hút đi gang vô trùng, trái sãng có lỗ vào vị trí chọc hút.

Gây tê nơi chọc.

Dùng kim chọc qua da và vào thẳng vị trí ổ áp xe gan, khi đầu kim vào tới ổ áp xe gan, dùng bơm tiêm 10ml lấp vào kim chọc hút để hút dịch trong ổ áp xe, hút ra càng nhiều càng tốt, hút cho tới khi nào không thể hút được nữa thì dừng.

Dặn người bệnh nhịn thở và rút nhanh kim ra khỏi cơ thể.

Băng dính gạc chỗ chọc, sau đó chuyển người bệnh về phòng theo dõi.

6. THEO DÕI

Người bệnh được theo dõi: toàn trạng, mạch, huyết áp trong 6 giờ, nằm tại giường.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Nhìn chung đây là thủ thuật khá an toàn cho người bệnh, tuy nhiên cũng lưu ý một số tai biến có thể xảy ra như sau:

Chảy máu: theo dõi sát, nếu chảy ít không cần can thiệp mà người bệnh cần nằm theo dõi thêm, chảy nhiều nên can thiệp ngoại khoa, truyền máu.

Thủng tạng rỗng: phẫu thuật.

Đau chỗ chọc: có thể uống thuốc giảm đau như Efferalgan...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện.

Evan J Samett, MD; Chief Editor: Kyung J Cho, MD: "Percutaneous Abscess Drainage" Medscape Referenc

Qui trình kỹ thuật chọc hút áp xe gan qua siêu âm của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHỌC HÚT DỊCH MÀNG BỤNG

1. MỤC ĐÍCH

Chọc hút dịch màng bụng nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định có tràn dịch màng bụng.
- Chẩn đoán căn nguyên: dựa vào tính chất vật lý, xét nghiệm sinh hóa, tế bào, vi sinh vật dịch màng bụng.

2.2. Điều trị

- Hút dịch điều trị các triệu chứng do tràn dịch màng bụng gây ra đau -tức bụng. Thường kết hợp với truyền bù Albumin.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối. Cân nhắc giữa lợi ích chọc dịch và các tai biến trong các trường hợp sau:
 - + Rối loạn đông máu, chảy máu
 - + Bệnh lý tim mạch: loạn nhịp tim, nhồi máu cơ tim...
 - + Bệnh nhân quá sợ hãi.

4. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ THUỐC MEN

- Bơm tiêm 5ml – 10ml, kim tiêm
- Máy hút dịch hoặc bơm tiêm 50ml để hút dịch
- Kim chọc dò: loại kim chuyên biệt có van 3 chiều. Nếu không có kim chuyên biệt thì có thể lắp một đoạn cao su ở đốc kim và dùng kim Kocher để mở thay cho van, đảm bảo hút kín.
- Khăn mổ có lỗ, khay đựng dịch, ống nghiệm, bông và cồn sát trùng (cồn Iod 1% và cồn 70⁰).

Lidocain 0,25 x 5 – 10ml; Atropin 1/4mg; Seduxen 10mg và các thuốc cấp cứu khác: Depersolon 30mg, Adrenalin 1⁰/₀₀ ... túi thở Oxy,

5. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN

- Giải thích động viên bệnh nhân
 - Siêu âm ổ bụng...
 - Thử phản ứng thuốc Lidocain; đo mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- 30 phút trước khi chọc dịch, có thể tiêm tiền tê Atropin 1/4mg x 1 – 2 ống; Sedexen 5mg 1 ống (nếu bệnh nhân bình tĩnh, sức khỏe cho phép, có thể không dùng thuốc tiền tê).

6. KỸ THUẬT

- Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân nằm ngửa, 2 chân co
- Xác định vị trí chọc kim (thường ở điểm nối 1/3 ngoài và 2/3 trong đường nối từ rốn tới gai chậu trước bên T)
 - Sát trùng rộng vùng chọc kim bằng cồn Iod và cồn 70⁰.
 - Trải khăn lỗ
 - Gây tê bằng Lidocain từng lớp tại điểm chọc kim: từ da, tổ chức dưới da, đến màng bụng thành.

- Chọc kim tại điểm gây tê, vuông góc với thành bụng. Khi kim vào tới khoang màng bụng sẽ có cảm giác sứt và nhẹ tay, hút thử kiểm tra và giữ cố định kim sát thành bụng.

- Hút bằng bơm tiêm 50ml, đảm bảo nguyên tắc hút kín, ở lần hút đầu tiên lấy 30ml cho vào 3 ống nghiệm gửi ngay đến labo để xét nghiệm sinh hoá, tế bào, vi sinh vật. Mỗi lần hút không quá 2000ml. Nếu cần có thể hút lại lần II sau 24-48 giờ.

- Khi hút dịch xong, rút kim, sát khuẩn vùng chọc kim và băng lại, cho bệnh nhân nằm nghỉ, lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Dị ứng thuốc. Cần phải thử phản ứng thuốc tê trước khi làm thủ thuật.

- Choáng do lo sợ, cơ thể yếu, hoặc do phản xạ phó giao cảm. Tùy theo mức độ có thể để bệnh nhân nằm đầu thấp, uống nước chè đường, thở Oxy, Depessolon 30mg x 1 ống tiêm tĩnh mạch, nâng huyết áp bằng tráng Adrenalin tĩnh mạch, hoặc Dopamin và các can thiệp hồi sức tích cực khác.

- Bội nhiễm gây mũ màng bụng. Cần thực hiện các bước hết sức vô trùng.

- Một số tai biến khác như: Chọc nhầm vào các phủ tạng cũng có thể xảy ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 437/140/QĐ-BYT 15/01/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế về Hướng dẫn qui trình kỹ thuật Ngoại khoa.

CHƯƠNG III- QUI TRÌNH KỸ THUẬT NGOẠI TIẾT NIỆU

QUY TRÌNH PHẪU THUẬT HẸP BAO QUI ĐẦU

1. ĐẠI CƯƠNG:

- Hẹp bao qui đầu là tình trạng bao qui đầu phủ kín, khó tuột lộ qui đầu, gây tiểu khó, nước tiểu đọng rãnh qui đầu, tạo cặn lắng và viêm nhiễm
- Cắt bao qui đầu là để điều trị hẹp bao qui đầu-Giải quyết vệ sinh qui đầu, miệng sáo, làm sạch cặn lắng

2. CHỈ ĐỊNH

- Hẹp bao qui đầu bẩm sinh
- Hẹp bao qui đầu gây viêm qui đầu

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vùi dương vật
- Hẹp niệu đạo

4. CHUẨN BỊ

4.1. Nhân lực: 1BS Chuyên khoa ngoại PTV chính – 2 Phụ mổ

4.2. Phương tiện: Bộ dụng cụ tiểu phẫu

4.3. Bệnh nhân: đủ HSBA theo qui định

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tư thế: nằm ngửa

5.2. Vô cảm: Trẻ em gây mê, người lớn tê gốc dương vật

5.3. Kỹ thuật

- Dùng kẹp răng chuột kẹp vị trí 6 h và 12h nâng da qui đầu lên
 - Dùng que thăm dò xem bao qui đầu có dính không
 - Dùng kẹp thẳng kẹp lớp da, cắt vát từ sau ra trước để tránh cắt vào hãm qui đầu
 - Lộn lớp da cầm máu dao điện hoặc buộc chỉ
 - Cắt vòng lớp niêm mạc để lộn được qui đầu ra ngoài. Mép cắt phải để dài 2mm cho rộng chỗ để khâu
 - Khâu da với niêm mạc bằng các mũi chỉ rời chỉ tiêu để khỏi cắt chỉ
 - Băng ép vòng tròn diện cắt
- #### 6. THEO DÕI XỬ LÝ TAI BIẾN
- Cắt vào phần qui đầu gây chảy máu phải khâu cầm máu
 - Cắt vào hãm qui đầu phải khâu nối lại
 - Cắt chỉ sau 7 ngày nếu khâu chỉ không tiêu
 - Cắt quá nhiều da sau này gây đau mỗi khi cương cứng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa 149/11/QĐ-BYT ngày 04/01/2022 của Bộ Y tế

QUI TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT TRÀN DỊCH MÀNG TINH HOÀN

1. ĐẠI CƯƠNG

Tràn dịch màng tinh hoàn có nhiều thể bệnh:

Tràn dịch màng tinh hoàn lưu thông với phúc mạc do còn ống phúc tinh mạc hay gặp ở trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ, có thể phối hợp với thoát vị bẹn, tinh hoàn lạc chỗ.

Tràn dịch ống phúc tinh mạc, do ống phúc tinh mạc không tắc hoàn toàn, còn thông cực dưới với màng tinh hoàn.

Tràn dịch màng tinh hoàn khu trú như thành nang bọc quanh tinh hoàn. Có nhiều kỹ thuật mổ tràn dịch màng tinh hoàn như qua đường bẹn, qua lỗ bẹn nông (đối với trẻ em trên 18 tháng nên đi qua đường này) hoặc đi trực tiếp qua đường bìu.

Có thể tiến hành cắt lộn màng tinh hoàn hoặc cắt bớt lá thành màng tinh hoàn hay lộn xếp lá thành màng tinh hoàn.

2. CHỈ ĐỊNH

Tràn dịch màng tinh hoàn lượng nhiều làm mất cân đối bìu hoặc làm người bệnh đau tức nhiều vùng bìu, ảnh hưởng cuộc sống.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có chống chỉ định phẫu thuật.

Tràn dịch màng tinh hoàn do ung thư tinh hoàn

4. CHUẨN BỊ

Người thực hiện:

Phẫu thuật viên (PTV) chuyên khoa Nam học – Tiết niệu – Ngoại chung.

Kíp mổ gồm 3 người: 1 PTV chính và 2 PTV phụ

Người bệnh:

Giải thích kỹ cho người bệnh và người thân về các tai biến, biến chứng có thể xảy ra khi phẫu thuật.

Yêu cầu người bệnh tối hôm trước ăn nhẹ, sáng ngày mổ nhịn ăn.

Chuẩn bị ruột: Thụt tháo tối trước mổ.

Phương tiện: Bộ dụng cụ trung phẫu

Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Tư thế:

Tư thế người bệnh, người bệnh nằm ngửa hai chân duỗi thẳng và đầu kê cao khoảng 15 độ.

Cách bố trí phòng mổ:

+ Bác sĩ gây mê ở phía trên đầu người bệnh.

+ Phẫu thuật viên chính đứng cùng bên với bên mổ và phụ đứng ở phía đối diện.

+ Bàn dụng cụ đặt ở dưới chân người bệnh, y tá dụng cụ đứng cùng bên với phẫu thuật viên phụ.

Vô cảm:

Gây tê tuỷ sống hay gây tê tại chỗ ở gốc bìu bằng lidocain 1%

Kỹ thuật:

Bước 1: Dùng ngón tay cái và ngón trỏ bên trái kẹp đẩy dưới góc của khối tràn dịch màng tinh hoàn ra phía ngoài da bìu. Kẹp chặt để căng da và chèn mạch máu.

Bước 2: Rạch da bìu một đường rạch khoảng 3-5 cm (tùy khối lượng tràn dịch). Qua đường rạch tới thẳng lớp màng tinh hoàn, qua lớp Dartos, các lớp tổ chức liên kết và một số mạch nhỏ dưới da.

Bước 3: Dùng khoảng 3-4 cái kẹp răng chuột (Allis), kẹp vào mép đường rạch và các tổ chức dính với màng tinh hoàn, tay trái vẫn giữ cho căng vết mổ, kiểm tra và cầm máu. Tách lớp Dartos ra khỏi màng tinh hoàn để có thể mở rộng rõ để giữ được tinh hoàn.

Bước 4: Mở lớp màng tinh hoàn, hút hết dịch màng tinh hoàn (làm xét nghiệm tế bào, cấy vi khuẩn,...). Đưa tinh hoàn ra ngoài lớp màng tinh hoàn.

Bước 5: Khâu lớp màng tinh hoàn: có hai cách:

Phương pháp lộn xếp lá thành màng tinh hoàn (phẫu thuật Lord): Khâu lớp màng tinh hoàn từ mép cắt vào mặt trong (mặt phúc mạc) cách nhau một cm bằng chỉ tiêu 3/0-4/0, khâu lần lượt vòng quanh cuống tinh hoàn (6-8 mũi) để tạo những nếp gấp của mào tinh hoàn, cho đến sát tinh hoàn.

Phương pháp khâu lộn màng tinh hoàn (phẫu thuật Jaboulay): Khâu lộn ngược màng tinh hoàn từ vùng mào tinh hoàn lên thừng tinh phía trên.

Đưa nhẹ nhàng tinh hoàn trở lại bìu như nằm trong một cái túi được tạo bởi lớp Dartos. Tháo dần các kẹp Allis và khâu thành bìu bao gồm lớp Dartos, các lớp tổ chức liên kết, để đóng kín lớp tổ chức dưới da. Tiếp tục đóng kín lớp da bìu.

Trường hợp cầm máu chưa kỹ hoặc dịch thoát ra nhiều, để đề phòng khối máu hoặc dịch tụ trong ổ mổ, có thể đặt dẫn lưu ổ mổ

6. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ TAI BIẾN – BIẾN CHỨNG

Theo dõi:

Theo dõi các chức năng sống và tại chỗ vùng mổ - vết mổ.

Các biến chứng phẫu thuật thông thường đều có thể gặp trong phẫu thuật tràn dịch màng tinh hoàn. Có một số bằng chứng cho thấy phẫu thuật Lord ít biến chứng hơn. Biến chứng thường gặp nhất là tụ máu (thường tụ máu trong bìu). Có thể có khối máu tụ hoặc khối dịch tụ nếu không cầm máu kỹ và không đặt dẫn lưu.

Các biến chứng khác có thể gặp nhưng ít gặp hơn nhiều, đó là nhiễm khuẩn, áp xe bìu, tràn dịch tái phát. Tràn dịch màng tinh hoàn tái phát rất hiếm gặp, vì các lớp khâu gấp lớp màng tinh hoàn được đóng kín, không để khoảng trống cho dịch xuất tiết tụ lại

Xử trí tai biến:

Khối máu tụ hoặc khối dịch tụ mức độ nhẹ thì không cần phải can thiệp phẫu thuật. Nếu ở mức độ nặng thì phẫu thuật lấy khối máu – dịch tụ.

Nhiễm khuẩn: điều trị kháng sinh phù hợp.

Áp xe bìu: phẫu thuật trích rạch mở áp xe

Tràn dịch màng tinh hoàn tái phát: phẫu thuật lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quy trình kỹ thuật phẫu thuật tràn dịch màng tinh hoàn Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, TP Hồ Chí Minh.

KỸ THUẬT ĐẶT THÔNG TIỂU

1. ĐẠI CƯƠNG;

Thông tiểu là phương pháp dùng ống thông đưa qua niệu đạo vào bàng quang để dẫn lưu nước tiểu ra ngoài, chẩn đoán, theo dõi và điều trị một số bệnh đường tiết niệu.

2. CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm khuẩn tiết niệu cần chẩn đoán chính xác nguyên nhân.
- Phân biệt: bí đái hay vô niệu.
- Bí đái cấp
- Theo dõi diễn biến của suy thận cấp.
- Chuẩn bị phẫu thuật, đẻ và lọc màng bụng.
- Giữ sạch sẽ và khô ráo vùng tiết niệu-sinh dục trong trường hợp: hôn mê, tai biến mạch máu não, vết thương nhiễm khuẩn vùng đó.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm khuẩn niệu đạo
- Dập, rách niệu đạo.
- Đứt niệu đạo.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Cán bộ chuyên khoa

Bác sĩ, điều dưỡng: đội mũ, khẩu trang, rửa tay vô khuẩn.

4.2. Phương tiện

- Ống thông cao su mềm (Foley)
- Ống thông cao su cứng (Nelaton) dùng trong co thắt niệu đạo
- Ống thông kim loại dùng khi sử dụng ống thông cao su không hiệu quả
- Khay quả đậu hoặc bô vệt
- Khay men để ống thông
- Kìm Kocher
- Khăn mổ có lỗ, bông, gạc, tăm bông, găng vô khuẩn
- Dầu parafin
- Thuốc sát khuẩn
- Bơm tiêm nhựa dùng một lần 10ml

4.3. Bệnh nhân

- Bệnh nhân nằm ngửa, đùi co và hơi dẹt
- Để sẵn bô dẹt dưới mông bệnh nhân
- Rửa bộ phận sinh dục ngoài bằng nước xà phòng, sau khi rửa xong phải bỏ hết các chất bẩn ra ngoài.

- Để sẵn khay quả đậu vào giữa vùng 2 đùi bệnh nhân gần háng.
- Thủ thuật viên rửa tay lại
- Trải khăn vô khuẩn dưới mông bệnh nhân và bao quanh bộ phận sinh dục ngoài, chỉ để hở lỗ thông đái.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Thông tiểu nam

5.1.1. Thông tiểu bằng ống cao su

- + Thủ thuật viên sát khuẩn tay, đi găng; đứng bên phải bệnh nhân
- + Tay trái cầm gác nắm dương vật bệnh nhân đã sát khuẩn ở quy đầu; tay phải dùng gác cầm ống cao su đã bôi dầu parafin.
- + Đưa nhẹ nhàng ống cao su vào niệu đạo bệnh nhân, nếu có cảm giác vướng thì bảo bệnh nhân hít mạnh và hơi rặn, ống thông sẽ vào bàng quang dễ dàng.
- + Sau khi rút thông phải sát khuẩn lại

5.1.2. Thông tiểu bằng ống kim loại

- + Thủ thuật viên sát khuẩn tay.
- + Tiến hành thủ thuật qua 4 thì:

Thì 1: tay phải cầm ống thông, tay trái cầm dương vật sang ngang, đưa ống thông cho đến túi bịt hành xóp.

Thì 2: tay trái đưa dương vật và ống thông trở về đường giữa trước còn song song với thành bụng, sau nâng dương vật thẳng lên. Không cần đẩy ống thông cũng có cảm giác ống thông tự trôi vào niệu đạo sau; nếu chưa thấy cảm giác ấy thì làm lại.

Thì 3: chỉ cần gập dương vật xuống là ống thông tự trôi vào lòng bàng quang.

Thì 4: Rút ống thông, rút ra bằng động tác ngược lại với các thì cho vào.

- + Thông đái xong, sát khuẩn bộ phận sinh dục ngoài.
- + Giúp bệnh nhân trở lại tư thế nằm nghỉ bình thường.
- + Thu dọn dụng cụ.

5.2. Thông tiểu nữ

- Thủ thuật viên sát khuẩn đi găng.
- Tay trái banh 2 môi bé để nhìn thấy lỗ niệu đạo, tay phải cầm ống thông cao su hoặc ống thông kim loại ngắn đã bôi dầu parafin. Đưa ống thông từ từ qua lỗ niệu đạo vào khoảng 5cm sẽ đến bàng quang và nước tiểu chảy ra tháo vào khay quả đậu.
- Thông tiểu xong sát khuẩn bộ phận sinh dục ngoài
- Giúp bệnh nhân trở lại tư thế nằm nghỉ bình thường.
- Thu dọn dụng cụ.

6. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Sắc mặt nhợt nhạt, màu sắc nước tiểu.
- Sốt, đái rắt, đái buốt.

6.2. Xử trí

- Choáng do đau hoặc lấy hết nước tiểu nhanh quá.
- Rách niệu đạo do ống thông quá cứng.
- Tổn thương tuyến tiền liệt do ống thông kim loại hoặc kỹ thuật tiến hành không đúng.
- Đái máu
- Nhiễm khuẩn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 44/140//QĐ-BYT 15/01/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế về Hướng dẫn qui trình kỹ thuật, thủ thuật

III- CHUYÊN KHOA CHẨN THƯƠNG CHÍNH HÌNH

PHẪU THUẬT KHX GÂY XƯƠNG ĐÒN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy xương đòn thường gặp do chấn thương té ngã, đoạn 1/3 giữa hay gặp nhất với trên 75% các trường hợp.

2. CHỈ ĐỊNH

- NB có chẩn đoán xác định bị gãy xương đòn trên lâm sàng và XQ.
- Bệnh nhân có đường gãy phức tạp, đường gãy dài, di lệch nhiều chồng ngấn trên 2 cm, đe dọa gãy hở hoặc gãy hở, có tổn thương mạch máu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- NB có bệnh lý kèm theo chống chỉ định phẫu thuật: Tim mạch, ĐTĐ ...

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

4.2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại và hai người phụ

4.3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.

4.4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 - 90 phút

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Tê ĐR cổ bên chi phẫu thuật hoặc gây mê

2. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn, trải săng
- Rạch da 5- 10 cm dọc xương đòn với vị trí gãy xương.
- Phẫu tích, bộc lộ ổ gãy, làm sạch diện gãy.
- Dùng dụng cụ giữ xương kéo nắn, đặt lại xương theo trục giải phẫu.
- Xuyên đinh kirschner hoặc nẹp vis cố định ổ gãy
- Đóng vết mổ theo giải phẫu

6. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MÔ

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, tại chỗ vết mổ
- Kháng sinh 5- 7 ngày
- Tập PHCN sau mổ

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Băng ép cầm máu hoặc khâu cầm máu
- Nhiễm trùng: Tách chỉ, thay kháng sinh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 198/QĐ-BYT ngày 16/1/2014 về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Phẫu thuật chấn thương chỉnh hình, phẫu thuật cột sống.

PHẪU THUẬT KHX TRẬT KHỚP CÙNG ĐÒN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Trật khớp cùng - đòn là tổn thương rất thường gặp (chiếm 20-25% trong các loại sai khớp), nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông, khi bệnh nhân ngã đập vai xuống đường.

2. CHỈ ĐỊNH

- NB có chẩn đoán xác định bị trật khớp cùng đòn trên lâm sàng và XQ.
- Trật khớp cùng đòn độ III trở lên

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- NB có bệnh lý kèm theo chống chỉ định phẫu thuật: Tim mạch, ĐTĐ ...

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

4.2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại và hai người phụ

4.3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.

4.4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 - 90 phút

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Vô cảm: Tê ĐR cổ bên chi phẫu thuật hoặc gây mê

5.2. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn, trải sẵn
- Rạch da 5- 10 cm vị trí móm cùng vai đòn
- Phẫu tích, bộc lộ khớp cùng đòn.
- Dùng dụng cụ giữ xương kéo nắn, đặt lại khớp theo giải phẫu.
- Cố định khớp theo phương pháp nẹp số 8 và xuyên đinh kirschner hoặc nẹp

móc

- Khâu lại dây chằng đứt.

- Đóng vết mổ theo giải phẫu

6. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MÔ

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, tại chỗ vết mổ
- Kháng sinh 5- 7 ngày
- Tập PHCN sau mổ

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Băng ép cầm máu hoặc khâu cầm máu
- Nhiễm trùng: Tách chỉ, thay kháng sinh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 198/QĐ-BYT ngày 16/1/2014 về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Phẫu thuật chấn thương chỉnh hình, phẫu thuật cột sống.

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GỖ THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

Gãy thân xương cánh tay thường xảy ra do lực tác động trực tiếp: té, tai nạn giao thông hay chấn thương đập nát do máy

Chấn thương gián tiếp như té chống khuỷu hay cánh tay dạng, hoặc gãy do cơ cơ.

2. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

Gãy xương cánh tay di lệch nhiều, nguy cơ tổn thương mạch máu thần kinh.

Phẫu thuật kết hợp xương gãy hở độ I thân xương cánh tay người lớn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Phẫu thuật kết hợp xương gãy hở độ I thân xương cánh tay ở trẻ em

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện: Là phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại.

4.2. Người bệnh:

Được giải thích đầy đủ về bệnh, về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau mổ (nhiễm trùng, khớp giả...). Người bệnh hoặc đại diện gia đình kí cam đoan chấp nhận mổ.

4.3. Phương tiện

Bộ dụng cụ đại phẫu.

Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên.

Khoan Y tế, nẹp vít cánh tay các cỡ

4.4. Hồ sơ bệnh án: Theo quy định của bộ Y tế.

4.5. Dự kiến thời gian phẫu thuật : 90 phút

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa, tay giăng vuông góc với thân mình, kê trên một bàn mổ riêng.

5.2. Vô cảm: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê nội khí quản

5.3. Kỹ thuật tiến hành

Sát khuẩn, trải băng

Đường rạch da phải thuận tiện cho việc kết hợp xương. Phẫu tích thần kinh quay, tránh làm tổn thương.

Thì can thiệp về xương:

Làm sạch hai đầu xương gãy, bơm rửa huyết thanh, ô xy già...

Đặt lại xương thẳng trục chi.

Kết hợp xương bằng nẹp vít

Dẫn lưu ổ gãy, ống dẫn lưu cỡ 16-18F.

Thì đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

Tăng cường nẹp bột cánh- cẳng-bàn tay, để khuỷu ở tư thế cơ năng.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi sau mổ: Mạch quay, mạch trụ, ống dẫn lưu 30'/lần trong 6h đầu sau mổ

Theo dõi và chăm sóc vết thương hàng ngày, nếu có nhiễm trùng: Tách vết thương, làm sạch và để hở.

Chảy máu sau mổ: Mở vết mổ lấy máu tụ, cầm máu, băng ép.

Gác tay cao, tập vận động cổ và bàn ngón tay, vận động khuỷu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 198/QĐ-BYT ngày 16/1/2014 về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Phẫu thuật chấn thương chỉnh hình, phẫu thuật cột sống.

PHẪU THUẬT KHX GỠY MỖM KHUYỖ

1. ĐẠI CƯƠNG

Gỗy mỗm khuyỖ là loại gỠy nội khớp, thường do chấn thương trực tiếp. Mỗm khuyỖ là nơi bám tận của gân cơ tam đầu cánh tay, sau chấn thương do lực co kéo nên thường gỠy di lệch nhiều.

Gỗy mỗm khuyỖ thường phải xử trí phẫu thuật; Phẫu thuật KHX mỗm khuyỖ néo ép bằng kim Kirschner/ Kwire và chỉ thép hoặc nẹp vít.

Biến chứng hàng đầu có thể gặp: Hạn chế vận động khuyỖ.

2. CHỈ ĐỊNH

- GỠy mỗm khuyỖ di lệch, hoặc có trật khớp khuyỖ
- Điều trị bảo tồn thất bại
- Nhu cầu vận động sớm

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có tình trạng nhiễm khuẩn
- Toàn trạng nặng vì đa chấn thương

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sỹ chuyên khoa ngoại

4.2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, khớp giả, tai biến do gây tê đám rối, gây mê...).

Nhịn ăn trước 6 giờ

4.3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ KHX cẳng tay
- Bộ nẹp vít xương cẳng tay
- Bộ kim Kirschner/ Kwire và chỉ thép

4.4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình.

4.5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa, tay đặt vuông góc với thân mình, ôm qua ngực

5.2. Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

5.3. Kỹ thuật

- Đường mổ: Rạch da khoảng 10 - 20 cm (theo thương tổn phức tạp của xương)
- đường sau xương trụ và qua mỗm khuyỖ
- Bộc lộ đầu trên xương trụ và ổ gỠy mỗm khuyỖ
- Làm sạch diện gỠy và khớp khuyỖ
- Đặt lại xương, kết hợp xương néo ép bằng kim Kirschner/ Kwire và chỉ thép hoặc đặt nẹp vít ôm mỗm khuyỖ và bắt vít
- Kiểm tra ổ gỠy, cầm máu, bơm rửa kỹ
- Đặt dẫn lưu nếu cần thiết, rút sau 24 – 48h
- Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu

- Băng vô khuẩn
- Túi treo tay hoặc nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90° trong 1 tuần

Chú ý:

- Phẫu tích tránh tổn thương thần kinh trụ
- Làm sạch khớp khuỷu, tránh xơ dính sau mổ

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tụ máu, phù nề sau mổ
- Nhiễm trùng sau mổ
- Liệt thần kinh sau mổ: do chấn thương cơ kéo trong mổ, garo kéo dài (liệt 3 dây)
- Phục hồi chức năng sau mổ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 4484/QĐ-BYT ngày 18/08/2016 về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình.

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GỠ THÂN HAI XƯƠNG CẰNG TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

Gãy thân xương cẳng tay thường xảy ra do lực tác động trực tiếp: té, tai nạn giao thông hay chấn thương đập nát do máy

Chấn thương gián tiếp như té chống bàn tay, hoặc gãy do cơ cơ.

2. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

Gãy xương di lệch nguy cơ tổn thương mạch máu thần kinh,

Gãy hở hai xương cẳng tay người lớn

Gãy hở hai xương cẳng tay trẻ em di lệch

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Gãy hở độ I cẳng tay ở trẻ em không di lệch (gãy cành tươi)

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện: Là phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại

4.2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về bệnh, về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau mổ (nhiễm trùng, khớp giả...). Người bệnh hoặc đại diện gia đình ký cam đoan chấp nhận mổ.

4.3. Phương tiện

Bộ dụng cụ đại phẫu.

Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên.

Khoan Y tế, nẹp vít chuyên dùng các cỡ, Kirschner... các loại

4.4. Hồ sơ bệnh án: Theo quy định của Bộ Y tế.

4.5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa, tay dạng vuông góc với thân mình, kê trên một bàn mổ riêng.

5.2. Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê toàn thân.

5.3. Kỹ thuật tiến hành

Sát khuẩn, trải băng

Ga-rô gốc chi, tốt nhất với ga-rô hơi. Áp lực 250 mmHg.

Rạch da: xương quay theo đường Henry hoặc đường Thompson. Xương trụ rạch da dọc theo mào trụ.

Thì can thiệp về xương

Làm sạch hai đầu xương gãy, bơm rửa huyết thanh, Betadin

Đặt lại xương, giữ ổ gãy bằng dụng cụ giữ xương

Cố định ổ gãy bằng nẹp - vít hoặc đinh kirschner

Dẫn lưu ổ gãy, ống dẫn lưu cỡ 14-16F

Thì đóng vết mổ: Theo các lớp giải phẫu

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi sau mổ: Mạch quay, mạch trụ, ống dẫn lưu 30'/lần trong 6h đầu sau mổ

Theo dõi và chăm sóc vết thương hàng ngày, nếu có nhiễm trùng: Tách vết thương, làm sạch và để hở.

Chảy máu sau mổ: Mở vết mổ lấy máu tụ, cầm máu, băng ép.

Gác tay cao, tập vận động cổ và bàn ngón tay, vận động khuỷu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO Quyết định hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa 13-14-15/4484/QĐ-BYT ngày 18/08/2016 của Bộ Y tế.

PHẪU THUẬT KHX GỠ ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY

1. ĐẠI CƯƠNG

Gãy đầu dưới xương quay rất phổ biến, chiếm 16% tất cả gãy xương điều trị ở phòng cấp cứu và chiếm 75% tất cả gãy xương cẳng tay.

Có thể điều trị bảo tồn nắn bột hoặc nắn kín rồi cố định diện gãy bằng kim Kirschner chéo diện gãy hay kỹ thuật Kapandji. Phẫu thuật KHX nẹp vít giúp bệnh nhân vận động được sớm và phục hồi cơ năng tốt.

Biến chứng hay gặp là can lệch và tổn thương thần kinh giữa.

2. CHỈ ĐỊNH

- Gãy di lệch hoặc điều trị bảo tồn thất bại

- Có biến chứng như can lệch, tổn thương thần kinh quay...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tại chỗ bị rối loạn dinh dưỡng, phỏng nước.

- Toàn thân: Tình trạng nhiễm khuẩn, sốc vì đa chấn thương.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa ngoại.

4.2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, hạn chế vận động khuỷu, tai biến do gãy tê đám rối...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

4.3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cho xương cẳng tay.

- Bộ nẹp vít cho gãy đầu dưới xương quay.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình.

4.5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH****5.1. Tư thế người bệnh**

Nằm ngửa, cánh tay dạng, cẳng tay ngửa.

5.2. Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê.

5.3. Kỹ thuật

- Đặt Garo.
- Đường mổ: Rạch da theo đường Henry dài khoảng 10cm.
- Vào khoảng giữa gân gấp cổ tay quay và bó mạch quay bộc lộ gân gấp các ngón, sau đó vén sang bên bộc lộ cơ sấp vuông.
- Bộc lộ cơ sấp vuông và vén vào trong để vào đầu dưới xương quay.
- Bộc lộ rõ diện khớp và phía trung tâm đủ để đặt nẹp, làm sạch đầu xương.
- Đặt lại xương, ốp nẹp và cố định bằng kim kẹp xương giữ nẹp.
- Bắt vít để cố định nẹp, ít nhất 3 vít ở đầu trung tâm.
- Rửa vùng mổ, kiểm tra cầm máu.
- Khâu phục hồi các lớp cân cơ, da theo giải phẫu.
- Băng vô khuẩn.
- Nẹp bột cẳng bàn tay, treo tay để trong 2-3 tuần.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tụ máu, phù nề sau mổ.
- Nhiễm khuẩn sau mổ, thay kháng sinh
- Tổn thương động mạch quay hoặc thần kinh giữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa 23/4484/QĐ-BYT ngày 18/08/2016 của Bộ Y tế.

PHẪU THUẬT KHX GỠY THÂN ĐỐT BÀN VÀ NGÓN TAY**1. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy đốt bàn và ngón tay là loại gãy phổ biến trong các gãy xương của chi trên. Do yêu cầu hoạt động chức năng tinh tế và vận động sớm của bàn tay, ngày nay phẫu thuật KHX bàn ngón tay thường được chỉ định để đạt được giải phẫu tốt nhất

Phẫu thuật KHX chỏm đốt bàn và ngón tay bằng nẹp vít mini hoặc kim Kirschner
Biến chứng hàng đầu có thể gặp: Hạn chế vận động khớp bàn ngón, liên đốt ngón

2. CHỈ ĐỊNH

- Gãy đốt bàn, ngón tay di lệch
- Gãy phức tạp, có đường gãy nội khớp, trật khớp
- Gãy nhiều đốt, nhiều ngón tay
- Điều trị bảo tồn thất bại

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có tình trạng nhiễm khuẩn
- Toàn trạng nặng vì đa chấn thương

4. CHUẨN BỊ**4.1. Người thực hiện**

Phẫu thuật viên là bác sỹ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình hoặc ngoại chung

4.2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, khớp giả, tai biến do gây tê đám rối, gây mê...). Nhịn ăn trước 6 giờ

4.3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ KHX bàn ngón tay
- Bộ nẹp vít mini
- Bộ kim Kirschner/ Kwire

4.4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình

4.5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tư thế người bệnh

Nằm ngửa, tay đặt ngang ra bàn mổ, garo hơi dồn máu

5.2. Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê, tê tại chỗ

5.3. Kỹ thuật

- Đường mổ: Rạch da khoảng 3 - 5 cm (theo thương tổn phức tạp của xương) đường mổ sau

- Phẫu tích tách qua gân duỗi
- Bộc lộ xương đốt bàn và ngón tay.
- Bộc lộ ổ gãy, làm sạch diện gãy
- Đặt lại xương, đặt nẹp vít và bắt vít mini (ít nhất trên và dưới ổ gãy 2 vít)
- Đối với đóng đinh nội tuỷ: bộc lộ 2 lồi cầu hoặc từ nền đốt hoặc xuyên kim qua da
- Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ
- Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu
- Băng vô khuẩn
- Nẹp bột tư thế nghỉ và treo tay 2 tuần

Chú ý:

- Sau kết hợp xương cần kiểm tra vận động của khớp bàn ngón, liên đốt ngón
- Có thể bắt vít tự do hoặc dùng kim cố định với đốt bên cạnh trong trường hợp gãy

rất phức tạp

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tụ máu, phù nề sau mổ
- Nhiễm trùng sau mổ
- Phục hồi chức năng sau mổ tránh cứng khớp, hạn chế vận động ngón

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa 26/4484/QĐ-BYT ngày 18/08/2016 của Bộ Y tế.

PHẪU THUẬT LÀM MỎM CỤT NGÓN VÀ ĐỐT BÀN NGÓN

1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ ngón tay đến gốc ngón tay, cắt bỏ xương đốt bàn ngón tay, giữ lại hệ thống xương khối tụ cốt.

Trong trường hợp tháo bỏ toàn bộ xương bàn ngón tay, toàn bộ chức năng bàn ngón tay mất hết, cần giải thích kỹ người bệnh và gia đình trước khi tiến hành phẫu thuật.

2. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý mạch máu chi: tắc mạch, loét do đái tháo đường.
- Cụt chấn thương, dập nát các ngón không có khả năng bảo tồn.
- Bỏng làm hoại tử ngón.
- Nhiễm trùng làm hoại tử tổ chức các ngón.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tồn thương dập nát, hoại tử cấp máu kém, xâm lấn đến khối tụ cốt bàn tay.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại, phụ phẫu thuật.

4.2. Người bệnh: Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính.

4.3. Phương tiện: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay.

4.4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, tay phẫu thuật để trên bàn phẫu thuật.

5.2. Vô cảm: tê gốc ngón, tê đám rối cánh tay hoặc gây mê.

5.3. Kỹ thuật:

- Garo gốc ngón hoặc garo cánh tay bằng garo hơi hoặc garo chun.
- Sát trùng vùng mổ bằng betadine hoặc cồn 700
- Làm móm cụt ngón.
- + Rạch da ngang nền đốt 1 các ngón.
- + Cắt bỏ hệ thống gân gấp, duỗi.
- + Cầm máu bó mạch bờ quay, trụ bằng dao điện hoặc khâu mũi chữ X chỉ tiêu.
- + Khi bị cụt các ngón giữa thì cần tháo bỏ đốt bàn và khâu khếp 2 đốt bàn lân cận lại.
- + Bóc tách tạo hình vạt da móm cụt.
- + Khâu vết mổ.
- Làm móm cụt xương bàn ngón: Tùy theo tổn thương ngón nào mà có các cách phẫu thuật khác nhau
- + Cụt đốt bàn ngón cái: bảo tồn tối đa, giữ lại nền đốt bàn, sử dụng vạt da cơ che phủ phần mềm tốt không để lộ xương.
- + Cụt đốt bàn ngón II:
 - Cắt cao xương đến nền đốt bàn.
 - Tìm buộc mạch máu, tìm thần kinh buộc và cắt ngang giữa đốt bàn, giấu thần kinh vào khoảng gian cốt.
 - Gân gấp thì cắt ngang và cho tự rút lên cao.
 - Cầm máu, khâu ống màng xương.
 - Khâu da
- + Cụt đốt bàn III, IV:

- Khâu khép 2 đốt bàn lân cận, khâu vào màng xương tại cổ các đốt bàn lân cận để che lấp.
- + Cột đốt bàn V: bảo tồn nền đốt bàn là vị trí bám gân gấp và duỗi cổ tay trụ
- Tìm nhánh cảm giác của thần kinh trụ ở ô mô út, cắt gân duỗi riêng, duỗi chung, cắt gân gấp ngón V
- Lấy bỏ đốt bàn V, để lại nền đốt bàn.
- Khâu vết mổ.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi:

- Dấu hiệu sinh tồn, tình trạng băng vết mổ, vận động cảm giác đầu ngón không tổn thương.
- Hướng dẫn vận động, tập phục hồi chức năng sớm.
- Kháng sinh đường tiêu 3-5 ngày.

6.2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu mồm cắt: Băng ép nhẹ nhàng, không hết có thể khâu tăng cường vị trí mồm cắt.
- Nhiễm trùng: Thay băng hàng ngày, cắt chỉ khi tụ dịch, nguy cơ nhiễm trùng sâu, lấy dịch cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ, thay kháng sinh khi có kháng sinh đồ.
- Hoại tử mồm cắt: Lộ xương cần cắt cao hơn hoặc chuyển vạt che xương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa 25/4484/QĐ-BYT ngày 18/08/2016 của Bộ Y tế

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GỖ THÂN XƯƠNG ĐÙI

1. ĐẠI CƯƠNG

Gãy thân xương đùi là gãy xương tính từ dưới máu chuyển xương đùi đến trên lồi cầu xương đùi.

2. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

Gãy xương di lệch nguy cơ tổn thương mạch máu thần kinh

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- NB có bệnh lý kèm theo chống chỉ định phẫu thuật: Tim mạch, ĐTĐ ...

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện: Là phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại

4.2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về bệnh, về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau mổ (nhiễm trùng, khớp giả...). Người bệnh hoặc đại diện gia đình ký cam đoan chấp nhận mổ.

4.3. Phương tiện

Bộ dụng cụ đại phẫu.

Bộ dụng cụ kết hợp xương.

Khoan Y tế, nẹp vít chuyên dùng các cỡ, Kirschner... các loại

4.4. Hồ sơ bệnh án: Theo quy định của Bộ Y tế.

4.5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa, kê đệm dưới mông cùng bên

5.2. Vô cảm

Gây tê tủy sống hoặc gây mê toàn thân.

5.3. Kỹ thuật tiến hành

Sát khuẩn, trải băng

Rạch da: Rạch da theo đường định hướng từ mấu chuyển lớn đến lồi cầu ngoài xương đùi. Bóc tách cơ vào xương theo vách gian cơ ngoài

Làm sạch hai đầu xương gãy, bơm rửa huyết thanh, Betadin

Đặt lại xương, giữ ổ gãy bằng dụng cụ giữ xương

Cố định ổ gãy bằng nẹp - vít

Dẫn lưu ổ gãy, ống dẫn lưu cỡ 14-16F

Thi đóng vết mổ: Theo các lớp giải phẫu

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi sau mổ: Mạch khoeo, mạch chày. ống dẫn lưu 30'/lần trong 6h đầu sau mổ

Theo dõi và chăm sóc vết thương hàng ngày, nếu có nhiễm trùng: Tách vết thương, làm sạch và để hở.

Chảy máu sau mổ: Mở vết mổ lấy máu tụ, cầm máu, băng ép.

Gác chân cao, tập vận động gối, cổ bàn chân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa 40/4484/QĐ-BYT ngày 18/08/2016 của Bộ Y tế

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GỠ THÂN HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy hai xương cẳng chân là loại gãy xương dài thường gặp nhất, chiếm 18% các loại gãy xương.

2. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương di lệch nhiều nguy cơ tổn thương mạch máu thần kinh

- Gãy xương hở

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối. Trong bệnh cảnh đa chấn thương nặng, cần lựa chọn biện pháp hợp lý.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa ngoại

4.2. Người bệnh và gia đình:

- Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật và các tai biến có thể gặp.

- Nhịn ăn uống 6 giờ trước phẫu thuật.

4.3. Phương tiện:

.- Bộ dụng cụ kết hợp xương cẳng chân

- Ga rô, đinh nội tủy, khoan xương, nẹp, vít các cỡ, kim Kirschner, bột.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa, ga rô gốc chi.

5.2. Vô cảm: gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống.

5.3. Kỹ thuật:

Đường rạch: Tùy vào vị trí gãy xương.

Tránh bóc tách phần mềm và màng xương nhiều.

Làm sạch diện gãy

Đặt lại ổ gãy

Cố định ổ gãy bằng nẹp vít

Bơm rửa vùng mổ

Bỏ ga rô, cầm máu.

Đặt 1 dẫn lưu

Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

Băng vết mổ

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi:

Mạch, nhiệt độ, nhịp thở

Tình trạng vết mổ: chảy máu, sưng nề, nhiễm trùng...

Dùng kháng sinh 5 - 7 ngày, thuốc giảm đau sau mổ

Rút dẫn lưu sau 48 giờ.

Nếu kết hợp xương vững: cho cử động sớm các khớp lân cận. Tập đi có nạng sau 6 tuần, sức đề nặng lên chân đau tăng dần. Bỏ nạng sau 4 tháng, đi có gậy chống. Bỏ gậy sau phẫu thuật 6 tháng.

6.2. Xử trí:

Tụ máu: Tách chỉ vết mổ, lấy máu tụ

Nhiễm khuẩn: Tách chỉ, làm sạch, nạo viêm, lấy bỏ dụng cụ kết hợp xương (tùy mức độ nhiễm trùng).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa 37-38/5728/QĐ-BYT ngày 21/12/2017 của Bộ Y tế

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GỠ XƯƠNG MÁC ĐƠN THUẦN

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật kết hợp xương gãy thân xương mác đơn thuần là phẫu thuật nắn chỉnh diện gãy xương mác, cố định diện gãy xương mác bằng phương tiện kết hợp xương.

2. CHỈ ĐỊNH

- Gãy đầu xa xương mác di lệch.
- Gãy đầu xa xương mác gây mất vững mộng chày mác.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy cao thân xương mác.
- Gãy xương hở độ 3 theo phân độ gãy xương hở Gustilo.

- Gãy hở đến muôn.
- Tổn thương nặng phần mềm vùng gãy.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình hoặc ngoại chung

4.2. Người bệnh:

- Chuẩn bị vệ sinh thân thể trước mổ.
- Vệ sinh vùng mổ, cạo lông chân nếu có nhiều lông.

4.3. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ kết hợp xương máy
- Nẹp vít, vít AO.
- Đinh Rush hoặc kim Kirschner

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tư thế người bệnh: Người bệnh nằm ngửa, nên kê mông bên đối diện để dễ bộc lộ xương máy.

5.2. Vô cảm: Gây tê tủy sống, tê ngoài màng cứng hoặc gây mê toàn thân.

5.3. Kỹ thuật:

- Dẫn máu, ga rô gốc chi.
- Rửa da đường ngoài.
- Tách cân cơ bộc lộ 2 đầu xương máy gãy.
- Đặt lại xương theo giải phẫu.
- Kết hợp xương máy thường dùng nẹp vít. Nếu có mất vững mộng chày máy thì dùng vít để cố định mộng chày máy. Trong một số trường hợp gãy chéo vát có thể dùng vít tự do bắt vuông góc với diện gãy. Nếu không có nẹp vít có thể dùng đinh Rush hoặc kim Kirschner kết hợp xương máy đinh nội tủy.
- Kiểm tra lại diện gãy sau khi kết hợp xương.
- Cầm máu kỹ trước khi đóng phần mềm theo giải phẫu, thường không phải dẫn lưu.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu sau mổ: Hiếm gặp.
- Hoại tử phần mềm trên mắt cá ngoài gây phương tiện kết hợp xương: Biến chứng này thường xảy ra trên người bệnh vốn bị tổn thương phần mềm nặng trước đó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa 43/5728/QĐ-BYT ngày 21/12/2017 của Bộ Y tế.

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GỠ XƯƠNG BÁNH CHÈ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Xương bánh chè tham gia vào cơ chế duỗi gối. Gãy xương bánh chè chiếm khoảng 3% gãy xương chi dưới. Nguyên nhân thường do cơ chế trực tiếp.
- Phân loại đơn giản có 3 kiểu
- Gãy ngang, gãy ngang cực trên, cực dưới.
- Gãy dọc ít gặp, ít lệch
- Gãy nhiều mảnh

2. CHỈ ĐỊNH

Gãy xương bánh chè di lệch nhiều mà không thể điều trị bảo tồn

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh bị đa chấn thương nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình hoặc ngoại chung

4.2. Người bệnh:

- Chuẩn bị vệ sinh thân thể trước mổ.
- Vệ sinh vùng mổ, cạo lông chân nếu có nhiều lông.

4.3. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ kết hợp xương
- Chỉ thép, đinh kirschner các cỡ

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tư thế người bệnh: Người bệnh nằm ngửa

5.2. Vô cảm: Gây tê tủy sống, tê ngoài màng cứng hoặc gây mê toàn thân.

5.3. Kỹ thuật:

- Dồn máu, ga rô gốc chi.
- Rạch da trước gối.
- Tách cân cơ bộc lộ 2 đầu xương gãy.
- Đặt lại xương theo giải phẫu.
- Kết hợp xương bánh chè bằng đinh kirschner và chỉ thép
- Kiểm tra lại diện gãy sau khi kết hợp xương.
- Cầm máu kỹ trước khi đóng phần mềm theo giải phẫu, thường không phải dẫn lưu.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu sau mổ: Hiếm gặp
- Nhiễm trùng vết mổ: cắt chỉ, thay băng, thay kháng sinh.
- Tập phục hồi chức năng sớm để tránh cứng khớp

PHẪU THUẬT KHX GÃY XƯƠNG ĐÓT BÀN VÀ ĐÓT NGÓN CHÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy đốt bàn chân hay gập do chấn thương trực tiếp.
- Với cấu trúc 3 trụ chịu lực tại bàn chân nên cần xem xét kỹ thương tổn đưa ra phương pháp điều trị thích hợp.

2. CHỈ ĐỊNH

- Gãy đốt bàn di lệch.
- Gãy hở.
- Gãy cả 5 xương.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khi tình trạng phần mềm bàn chân chưa ổn định

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại

4.2. Người bệnh: Chuẩn bị tâm lý, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính. và các Làm các xét nghiệm cơ bản, chụp XQ, điện tim, đo chức năng hô hấp.

4.3. Phương tiện: Bộ dụng cụ KHX bàn chân

4.4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, duỗi cẳng chân.

5.2. Vô cảm: Tê tủy sống hoặc mê khí quản.

5.3. Kỹ thuật

- Garo gốc chi bằng garo hơi hoặc garo chun
- Sát trùng chi chân thương.
- Rửa da mặt mu chân.
- Đặt lại diện gãy.
- KHX bằng K.Wire hoặc nẹp vis.
- Làm sạch.
- Đóng da.
- Tháo garo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- 3 ngày đầu sau mổ: Dấu hiệu sinh tồn, vận động cảm giác chi thể, tình trạng vết thương
- Những ngày sau: Tình trạng nhiễm trùng, rối loạn dinh dưỡng

6.2. Xử trí tai biến

- Chảy máu vết mổ: băng ép hoặc khâu tăng cường.
- Nhiễm trùng: phân biệt NT nông hay sâu để xử trí.
- Rối loạn dinh dưỡng: gác cao chân, chườm lạnh, thuốc chống phù nề

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa 75/4484/QĐ-BYT ngày 18/08/2016 của Bộ Y tế

PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG BÀN TAY TỔN THƯƠNG GÂN DUỖI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Thương tích bàn tay là tổn thương đa dạng phong phú, là thương tổn thường gặp trong cuộc sống hàng ngày

- Cần thăm kỹ lưỡng, toàn thể để phát hiện tổn thương gân duỗi của bàn tay cũng như các tổn thương phối hợp khác

2. CHỈ ĐỊNH

- NB bị vết thương bàn tay lâm sàng mất duỗi cổ tay, ngón tay

3. CHUẨN BỊ

3.1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

3.2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình hoặc ngoại chung

3.3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay

3.4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 - 120 phút

4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

4.1. Vô cảm: Người bệnh bằng gây tê đám rối hoặc gây tê tại chỗ

4.2. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn vùng mổ bằng Betadine hoặc cồn 70°

- Đặt Garo

- Cắt lọc vết thương: Đánh giá các vật da lóc xem có sống được không

- Mở rộng vết thương theo các đường Zich – zac: đánh giá thương tổn,

- Xử trí thương tổn: Khâu gân bằng chỉ Prolene theo kiểu Kessler

- Bất động nẹp bột cẳng bàn tay tư thế chùng gân, đặt ở gan tay

5. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, da, niêm mạc, màu sắc chi thể, vận động cảm giác chi thể, để phát hiện những biến chứng sau mổ

- Bất động bột

- Hướng dẫn tập vật lý trị liệu

6. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Băng ép cầm máu, nếu không được mở vết mổ cầm máu

- Nhiễm trùng: Tách chỉ vết mổ, thay băng hàng ngày, kháng sinh, cấy dịch làm kháng sinh đồ

- Đứt gân: Phẫu thuật nối gân hoặc chuyển gân

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa 48/198/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế

PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG BÀN TAY TỔN THƯƠNG GÂN GẤP

1. ĐẠI CƯƠNG

- Thương tích bàn tay tổn thương gân gấp là tổn thương đa dạng phong phú, là thương tổn thường gặp trong cuộc sống hàng ngày.

- Theo Verdan ở vùng cẳng tay và bàn tay chia 5 vùng, tổn thương gân ở mỗi vùng có những cách xử trí riêng

2. CHỈ ĐỊNH

- NB bị vết thương bàn tay tổn thương gân gấp

3. CHUẨN BỊ

3.1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

3.2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình hoặc ngoại chung và hai người phụ

3.3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay

3.4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 - 90 phút

4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

4.1. Vô cảm: Người bệnh bằng gây tê đám rối hoặc gây tê tại chỗ

4.2. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn vùng mổ bằng Betadine hoặc cồn 70°

- Đặt Garo

- Cắt lọc vết thương: đánh giá các vật da lóc xem có sống được không

- Mở rộng vết thương theo các đường Zich – zac: kiểm tra kỹ thương tổn

- Xử trí thương tổn:

a/Vùng I:

• Nếu gân gấp đứt trên chỗ bám tận 1cm thì nối gân bằng Prolene 4.0 và khâu tăng cường bằng prolene 6.0

• Nếu gân gấp đứt cách chỗ bám gân dưới 1 cm thì dịch chuyển gân xương thấp và cố định vào xương đốt 3

b/Vùng II :

• Rạch da zich-zac, phẫu tích tìm gân. Trường hợp đầu gân trung tâm tụt sâu lên gan tay, có thể rạch ngang nếp gấp gan tay tìm đầu gân gấp

• Luồn gân qua hệ thống ròng rọc

• Nối gân gấp sâu bằng Prolene 4.0 và 6.0

• Có thể cắt bỏ rộng rãi gân gấp nông

• Cố gắng giữ dây chằng vòng A2 tránh co cứng gấp ngón tay

c/Vùng III:

• Thương tổn thường kèm cả mạch máu thần kinh

• Khâu nối cả gân gấp nông và sâu bằng Prolene 4.0 và 6.0

• Khâu nối thần kinh bằng Prolen 6.0. Khâu bao bó thần kinh dưới kinh hiển vi là tốt nhất

d/Vùng IV:

• Thường gặp đứt nhiều gân, thần kinh giữa, cung gan tay nhánh vận động của thần kinh trụ

• Nối gân gấp nông sâu bằng Prolene 4.0 và 6.0

• Nối thần kinh

e/ Vùng V:

• Thường bị tổn thương gân cơ, mạch máu, thần kinh giữa trụ

- Nối gân bằng prolene 4.0 6.0
- Khâu cơ bằng Vicryl 2.0
- Nối thần kinh, mạch máu

Bất động bột tư thế trùng gân, đặt ở mu tay.

5. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MÔ

- Theo dõi mạch,, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, da, niêm mạc, màu sắc chi thể, vận động cảm giác chi thể, để phát hiện những biến chứng sau mổ

- Bất động bột
- Hướng dẫn tập vật lý trị liệu

6. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Băng ép cầm máu, nếu không được mở vết mổ cầm máu.
- Nhiễm trùng: Tách chỉ vết mổ, thay băng hàng ngày, kháng sinh, cấy dịch làm kháng sinh đồ.
- Đứt gân: Phẫu thuật ghép gân hoặc chuyển gân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa 46/4484/QĐ-BYT ngày 18/08/2016 của Bộ Y tế

PHẪU THUẬT ĐÚT GÂN ACHILLES

1. ĐẠI CƯƠNG

Gân Achilles hay còn gọi là gân gót là một gân lớn và mạnh nhất trong cơ thể, chịu từ 2-3 lần trọng lượng cơ thể khi đi và hơn 10 lần khi chạy nhảy. Đứt gân Achilles chiếm tỷ lệ cao nhất trong tổng số đứt gân nói chung của cơ thể. Cho đến nay đã có nhiều kỹ thuật phẫu thuật điều trị được giới thiệu và đưa vào áp dụng trong lâm sàng như kỹ thuật nối tận tận Kessler, Bunnel, Krackow, ... ; kỹ thuật chuyển vật gân, tăng cường gân cơ gan chân gầy, cơ mào ngắn, ...; kỹ thuật kéo dài gân V-Y; ... Tuy nhiên, do tùy từng tổn thương giải phẫu, vị trí đứt gân Achilles, người bệnh đến sớm hay muộn nên không một phương pháp phẫu thuật nào được coi là toàn diện cho điều trị mọi người bệnh đứt hoàn toàn gân Achilles do chấn thương.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh bị đứt gân Achille

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh toàn thân nặng, không thể phẫu thuật

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện: Bác sĩ ngoại chung hoặc chấn thương chỉnh hình

4.2. Người bệnh:

- Hồ sơ bệnh án
- Động viên tinh thần người bệnh nếu người bệnh tỉnh táo, giải thích cho người nhà và người bệnh về khó khăn và các rủi ro của phẫu thuật.
- Chuẩn bị vùng mổ
- Chuẩn bị thuốc, phương tiện hồi sức

4.3. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường
- Kim chỉ khâu, chỉ nối gân
- Băng, băng, gạc....

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Vô cảm: Tê tại chỗ, Tê tủy sống hoặc gây mê

5.2. Kỹ thuật mổ

Phẫu tích bóc lộ 2 đầu gân đứt

Khâu nối gân Achilles theo kỹ thuật nối tận tận Kessler, Bunnel, Krackow

Khâu bao gân

Khâu vết thương

Sau mổ, bột cố định bàn chân tư thế bàn chân gấp tối đa về gập chân và tập phục hồi chức năng sau mổ

- 0-2 tuần đầu: Chăm sóc vết thương, đeo bột, đi nặng không tỳ đè lên chân tổn thương.

- 2-6 tuần: Thay bột bột cố định bàn chân, tư thế cổ chân duỗi nhẹ dần về tư thế trung gian, đi lại có nặng đỡ và không tỳ đè, tập phục hồi chức năng khớp gối và háng không có sự tham gia của cổ chân.

- 6-8 tuần: Thay bột bột cố định bàn chân, tư thế cơ năng cổ chân vuông góc, đi có nặng đỡ chịu lực tăng dần.

- 8-12 tuần: Bỏ bột, đi có nặng đỡ, phục hồi từ từ tăng dần đến khi chịu được toàn bộ trọng lực.

- Sau 12 tuần: Tập phục hồi chức năng tích cực để lấy lại biên độ vận động, sức mạnh và khả năng chịu đựng.

6. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Băng ép cầm máu hoặc khâu cầm máu
- Nhiễm trùng: tách chỉ, thay kháng sinh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 5728/QĐ-BYT ngày 21/12/2017 về Hướng dẫn qui trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình.

PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG KHỚP

1. ĐẠI CƯƠNG

- Vết thương khớp là những vết thương vùng khớp làm thông thương giữa khớp và môi trường bên ngoài.

- Vết thương khớp nếu không được xử lý sớm và triệt để có thể dẫn đến biến chứng nặng nề như nhiễm trùng khớp, viêm xương khớp về sau.

2. CHỈ ĐỊNH

Vết thương vùng khớp có lộ khớp hoặc chảy dịch khớp.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng toàn thân người bệnh quá nặng hoặc có bệnh phối hợp không thể tiến hành phẫu thuật.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại

4.2. Người bệnh và gia đình:

- Chuẩn bị tâm lý, cần được giải thích trước mổ về quá trình phẫu thuật, hậu phẫu và tập phục hồi chức năng sau mổ. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm cần thiết.

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: nhịn ăn, thực tháo, vệ sinh vùng mổ, kháng sinh dự phòng.

4.3. Phương tiện, trang thiết bị:

- Bộ dụng cụ mổ chấn thương chi.

- Thực hiện tại các cơ sở có chuyên khoa

4.4. Dự kiến thời gian tiến hành: 60 phút

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa hoặc nghiêng tùy theo vùng khớp cần phẫu thuật.

5.2. Vô cảm

- Kháng sinh dự phòng.

- Vô cảm người bệnh bằng gây tê tủy sống hoặc gây mê.

5.3. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn vùng mổ bằng dung dịch Betadine.

- Dùng garo hơi (nếu có thể) trong mổ với áp lực bằng hai lần áp lực động mạch tối đa.

- Cắt lọc, rạch rộng mép da vết thương vùng khớp.

- Mở bao khớp để vào bọc lộ vùng mặt khớp.

- Bơm rửa, làm sạch khớp bằng dung dịch huyết thanh vô khuẩn.

- Cầm máu, đặt dẫn lưu ngoại khớp.

- Đóng cân và phần mềm theo các lớp giải phẫu.

- Đóng da một lớp da thừa.

- Cố định bột tùy theo thương tổn (nẹp bột hoặc bột rạch dọc).

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi:

- Theo dõi tình trạng toàn thân: mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác.

- Theo dõi tình trạng thiếu máu: da niêm mạc nhợt.

- Theo dõi tình trạng chi thể: Màu sắc da, vận động, cảm giác đầu chi, mạch đầu chi.

- Kháng sinh kết hợp đường tiêm dùng 3-5 ngày sau mổ.

- Giảm đau sau mổ đường tiêm, đặt hậu môn hoặc uống.

- Gác chân cao, chườm lạnh trong 24h đầu.

- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ sớm.

6.2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu vết mổ: băng thun ép cầm máu, có thể phải mở vết mổ cầm máu nếu cần.

- Nhiễm trùng vết mổ: Tách chỉ vết mổ, thay băng làm sạch vết mổ hàng ngày, thay thuốc kháng sinh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 5728/QĐ-BYT ngày 21/12/2017 về Hướng dẫn qui trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình.

PHẪU THUẬT GỖ DÍNH GÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

Xơ dính gân là tình trạng hình thành các tổ chức xơ dính quanh bao các gân gây chèn ép giảm chức năng vận động của chi.

2. CHỈ ĐỊNH

Di chứng của thương tổn gân đã được xử trí thì đầu, viêm bao gân mạn tính

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tại chi thể phẫu thuật.
- Người bệnh có các bệnh nội khoa, ngoại khoa không đáp ứng đủ điều kiện để gây mê, gây tê hay phẫu thuật.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện:

- Số người: gồm 1 Phẫu thuật viên ngoại chung chính, Phụ phẫu thuật và 1 Dụng cụ viên.

- Trình độ: Phẫu thuật viên chính là Bác sĩ chuyên khoa Ngoại
- Được khám bệnh và đánh giá trước mổ.
- Người bệnh và người nhà được giải thích kỹ phương án phẫu thuật, các nguy cơ, tai biến có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật. Được ký cam kết đồng ý phẫu thuật.

4.2. Phương tiện:

- Dụng cụ: Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm cơ bản
- Máy móc: Dao điện

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tư thế:

- Người bệnh nằm ở tư thế có thể tiếp cận dễ dàng nhất tới vùng cần phẫu thuật.
- Sát khuẩn tới gốc chi phẫu thuật.

5.2. Vô cảm:

- Tê tại chỗ
- Tê đám rối cánh tay đối với chi trên.
- Tê tủy sống đối với chi dưới.
- Mask thanh quản hoặc Nội khí quản đối với trẻ em hoặc các trường hợp chống chỉ định gây tê.

5.3. Kỹ thuật:

- Rạch da theo vị trí thương tổn của gân
- Bóc tách tổ chức dưới da, cân - cơ, bóc lộ toàn bộ đoạn gân cần can thiệp. Chú ý đốt điện cầm máu các nhánh mạch xiên nuôi cơ.
- Phẫu tích, tách bao gân ra khỏi tổ chức xơ dính.
- Cắt bỏ tổ chức xơ dính.
- Bơm rửa làm sạch vết mổ.
- Đóng vết mổ theo lớp giải phẫu.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi:

- Sau mổ 24h theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp người bệnh.
- Thay băng và theo dõi tình trạng vết mổ 2 ngày 1 lần.
- Sử dụng các thuốc kháng sinh, giảm đau, chống phù nề và dịch truyền sau mổ.
- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng từ ngày thứ 2 sau mổ.

6.2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu: số lượng ít, tiến hành băng ép cầm máu. Số lượng nhiều, máu đỏ tươi, chảy rỉ rả, có thể sát khuẩn, tách mép vết mổ, cầm máu dưới da tại giường. Nếu không hiệu quả, cần mổ lại cầm máu.

- Nhiễm khuẩn: Thay kháng sinh theo kháng sinh đồ, truyền dịch bù điện giải. Không hiệu quả, cần mổ lại, nạo viêm, đặt dẫn lưu, đóng da thưa tiếp tục theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 84/3449/QĐ-BYT ngày 07 tháng 6 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế về Hướng dẫn qui trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa tạo hình - thẩm mỹ.

PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG BÀN TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương bàn tay là một tổn thương thường gặp trong cấp cứu chủ yếu do tai nạn lao động. Theo Beler, loại vết thương này chiếm từ 40 - 50% tổng số tai nạn lao động. Thương tổn bàn tay rất đa dạng và phong phú. Theo thống kê tại bệnh viện Việt - Đức, Hà Nội 58% vết thương bàn tay được điều trị là do tai nạn lao động. Việc chẩn đoán thương tổn bàn tay khó chính xác khi mới tiếp nhận người bệnh. Muốn đánh giá được một cách đầy đủ nhất, phải được xử lý phẫu thuật tại phòng mổ.

Đặc điểm vết thương bàn tay:

1.1. Vết thương bàn tay rất dễ nhiễm trùng do các yếu tố:

- Thiếu các bó cơ tim như ở đùi hoặc thiếu các màng che như màng bụng.

- Bàn tay có chức năng cầm nắm, bao gồm nhiều bộ phận tạo thành đều rất bé nhỏ.

Đảm bảo những chức năng quan trọng. Khi bị tổn thương dễ bị nhiễm trùng.

- Bàn tay luôn vận động, nhiều bộ phận kề nhau mà có rất ít tổ chức đệm ngăn cách nên khi nhiễm khuẩn dễ lan sâu, dọc theo bao gân tới ngón tay và cẳng tay.

- Bàn tay bị tổn thương thường dập nát, nguyên nhân chính do tai nạn lao động như máy, búa, dao, cuốc, thuổng...ngoài ra còn nhiều nguyên nhân khác như tai nạn giao thông, tai nạn do hỏa khí, tai nạn sinh hoạt. Các thành phần cấu tạo bàn tay bị giập nát, làm tăng tiết chất dịch, gây trạng thái phù nề.

- Nếu quá trình phù nề kéo dài thì các nguyên bào sợi sẽ xâm nhập tổ chức gây xơ cứng và ngăn cản sự phục hồi tổ chức. Do đó một vết thương bàn tay nhiều khi tổn thương giải phẫu mà mắt thường không nhìn thấy được, nhưng chức năng bàn tay giảm đi nhiều.

- Nhiều vết thương nhỏ ở bàn tay như vết chọc, đâm xước, đứt tay thường không phải xử trí bằng phẫu thuật nhưng nếu coi thường hoặc không được đánh giá đúng đã có biến chứng viêm tấy bàn tay. Những vết thương do súc vật cào cấu hay bị hoại tử, hoại thư.

1.2. Vết thương bàn tay dễ ảnh hưởng tới chức năng của bàn tay nhiều khi tàn phế

- Xơ cứng tổ chức sau khi phẫu thuật. Thần kinh cảm giác vùng bàn tay rất nhạy cảm. Tổn thương thần kinh không những làm ngón tay mất cảm giác mà còn gây đau do cục thần kinh và rối loạn dinh dưỡng làm tổ chức xơ cứng.

- Cấu tạo bàn tay vô cùng phức tạp. Phẫu trường nhỏ phẫu thuật nhiều khi khó khăn, ngay cả trong khi phẫu thuật không đánh giá đúng thương tổn.

1.3. Vết thương bàn tay dễ để lại di chứng như sẹo co dính ngón, dính gân, cứng khớp ngón tay, cổ tay, cụt mất đốt, mất ngón.

1.4. Việc điều trị vết thương bàn tay đòi hỏi nắm vững giải phẫu bàn tay, kỹ thuật phẫu thuật tinh vi. Đánh giá được đầy đủ các thương tổn. Phục hồi về hình thái giải phẫu.

1.5. Phục hồi chức năng của chi rất quan trọng nhằm hạn chế những biến chứng và di chứng của bàn tay với mục đích phục hồi chức năng của bàn tay.

2. CHỈ ĐỊNH

Các thương tích bàn tay

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tại chi thể phẫu thuật.
- Người bệnh có các bệnh nội khoa, ngoại khoa không đáp ứng đủ điều kiện để gây mê, gây tê hay phẫu thuật.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện:

- Số người: gồm 1 Phẫu thuật viên ngoại chung chính, Phụ phẫu thuật và 1 Dụng cụ viên.

- Trình độ: Phẫu thuật viên chính là Bác sĩ chuyên khoa Ngoại
- Được khám bệnh và đánh giá trước mổ.
- Người bệnh và người nhà được giải thích kỹ phương án phẫu thuật, các nguy cơ, tai biến có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật. Được ký cam kết đồng ý phẫu thuật.

4.2. Phương tiện:

- Dụng cụ: Bộ dụng cụ phẫu thuật chi trên
- Máy móc: Dao điện

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Nguyên tắc

- Phải xử trí sớm tốt nhất trong 6 giờ đầu.
- Phải cắt lọc tiết kiệm da đặc biệt ngón 1 và ngón 2.
- Chống nhiễm trùng sớm bằng cách băng sạch, dùng kháng sinh liều cao phối hợp, tiêm phòng uốn ván.
- Chống phù nề bằng cách treo tay cao, băng ép. Chú ý băng riêng từng ngón để tránh dính ngón.
- Chống co cứng và cứng khớp ở tư thế xấu bằng cách bất động bàn ngón tay bị thương trong tư thế cơ năng. Bất động phù hợp với từng loại thương tổn

5.2. Điều trị cấp cứu

- Vấn đề xử trí da là quan trọng nhất. Còn vấn đề điều trị cấp cứu gãy xương, đứt gân... phụ thuộc vào cơ sở có điều kiện phẫu thuật.
- Điều trị toàn diện và đầy đủ vết thương bàn tay đòi hỏi có phương tiện, phẫu thuật viên có kinh nghiệm và có thời gian. Tuy nhiên trong điều kiện cấp cứu đòi hỏi giải quyết hai vấn đề cấp bách: Nhiễm khuẩn và sự dập nát tổ chức.
- Tùy theo điều kiện có thể xử trí một số thương tổn đơn giản, nhằm làm cho vết thương liền nhanh thì đầu tạo điều kiện tốt cho điều trị triệt để sau này.

5.2.1. Chuẩn bị bàn tay

Cần chuẩn bị bàn tay thật kỹ. Rửa vết thương bằng thuốc vô khuẩn và xà phòng. Bàn tay dính dầu mỡ phải rửa bằng xăng cho tan. Sau khi rửa sạch vết thương, phẫu thuật viên phải thay áo khác, thay dụng cụ phẫu thuật vô trùng khác.

5.2.2. Vô cảm

- Vết thương nhỏ không phức tạp: gây tê tại chỗ
- Vết thương phức tạp, giập nát nhiều, khi mổ đòi hỏi kiểm tra tỉ mỉ các gân, mạch, thần kinh. Cần garô bằng cao su to bản để tạo phẫu trường thuận lợi.

- Có thể áp dụng phương pháp gây mê hoặc gây tê: rãnh mạch, đám rối thần kinh cánh tay, trong xương...

5.2.3. Cắt lọc:

Cắt lọc vết thương là một biện pháp chống nhiễm khuẩn, với các nguyên tắc:

- Cắt lọc sớm trong 6 giờ đầu
- Tôn trọng các nguyên tắc xử trí vết thương phần mềm
- Phải coi đây là một phẫu thuật lớn.
- Đốt với vết thương đến sớm trước 6 giờ: cắt lọc khâu kín vết thương trừ vết thương do hỏa khí.

- Đối với vết thương đến muộn sau 6 giờ: Chỉ cắt lọc, khâu che phủ gân xương mà không được khâu kín da.

- Đối với vết thương đã có dấu hiệu nhiễm khuẩn: không cắt lọc vết thương. Nếu có mủ phải dẫn lưu mủ.

5.2.4. Cắt lọc da và xử trí thiếu da

- Cắt lọc da và các đường rạch da:
 - + Xén các mép da phải hết sức tiết kiệm.
 - + Đường rạch da phải phù hợp để tránh sẹo co sau này ảnh hưởng đến vận động của bàn tay, ngón tay.

+ Đường rạch da ở ngón tay: Tránh đường rạch mặt trước ngón, nhất là đường cắt ngang nếp liên đốt.

+ Đường rạch da ở bàn tay: tránh đường rạch dọc gan tay, các đường cắt ngang nếp gấp bàn tay. Tránh rạch trên đường đi của gân gấp.

+ Tránh gây sẹo ở các vùng dùng làm điểm tựa hay cầm nắm như: Đầu ngón cái, mô cái, mặt trong ngón cái, mặt ngoài ngón trỏ.

- Xử trí mất da và thiếu da - vá da che phủ vết thương:

+ Các bộ phận gân xương khớp, mạch máu thần kinh nhất thiết phải được che phủ nếu không sẽ gây hoại tử và xơ dính.

+ Nếu thiếu da phải ghép da trong cấp cứu để bảo vệ dù sau này miếng ghép không thành công thì ghép da thì đầu đã làm nhiệm vụ như một màng sinh học để che chở tổ chức hạt phía dưới.

+ Nếu các bộ phận bị lộ thì ghép da toàn phần có cuống. Đặc biệt với mất da đầu ngón tay, cắt lọc xong nhiều khi không khâu được vì dúm và rất căng. Nếu không vá da thì sẽ gây đau buốt, sẹo co cứng.

5.3. Điều trị triệt để:

5.3.1. Vết thương gãy xương bàn, ngón tay

- Xử trí theo nguyên tắc của gãy xương hở nói chung
- Sau khi cắt lọc sạch, lấy bỏ xương vỡ rời, có thể điều trị bảo tồn hay cắt bỏ.
- Điều trị bảo tồn có thể dùng nẹp nhôm kiểu Iselin hoặc nẹp bằng dây thép uốn cong theo kiểu Beler. Hoặc áp dụng phương pháp kết hợp xương bằng xuyên kim Kirschner.

- Thời gian giữ nẹp và để kim trong 3 - 4 tuần.

- Phải bất động ở tư thế cơ năng: cổ tay duỗi, các ngón tay gấp.

5.3.2. Vết thương khớp bàn ngón tay

- Sau khi cắt lọc sạch vết thương cần khâu kín bao khớp.
- Bất động khớp trong 1 tuần.
- Nếu vết thương nhiễm khuẩn viêm khớp, mổ dẫn lưu mủ.

5.3.3. Xử trí vết thương thần kinh ở bàn và ngón tay

- Vết thương thần kinh cần được khâu nối ngay. Tùy theo dây thần kinh, khả năng phục hồi và điều kiện vết thương sạch hay bẩn. Nếu không khâu nối ngay gây đau, rối loạn dinh dưỡng..

- Nếu không đủ điều kiện khâu nối ngay tìm hai đầu thần kinh khâu dính dưới da để tránh co rút sau đó khâu phục hồi thì 2.

- Dùng kim chỉ nhỏ khâu xuyên qua lớp vỏ bọc dây thần kinh

- Hiện nay phẫu thuật thần kinh mang lại nhiều kết quả khả quan do sự phát triển của vi phẫu thuật, thường nối riêng từng có nhỏ thần kinh.

5.3.4. Xử trí vết thương gân

- Vết thương gân đòi hỏi phải xử trí trong điều kiện vô khuẩn, vết thương sạch, phẫu thuật viên chuyên khoa.

- Khâu ngay thì đầu: vết thương gọn, sạch, đến sớm, có điều kiện dụng cụ và phẫu thuật viên chuyên khoa.

- Không khâu nối: Vết thương dập nát, nhiều dị vật, đến muộn, nhiều gân bị đứt, điều kiện trang thiết bị thiếu, phẫu thuật viên không có kinh nghiệm chuyên khoa.

- Đường rạch từ gân: tận dụng vết thương sẵn có và mở rộng vết thương bằng những đường rạch kéo dài hai mép vết thương.

*** Kỹ thuật khâu:**

- Xử trí vết thương gân thường phức tạp nhất là gân gấp.

- Phải để hai đầu gân dính với nhau thật nhỏ, không gây phản ứng xơ dính xung quanh để sau này gân di động dễ dàng.

- Chỉ khâu gân: chỉ liên kim nhỏ, chắc chắn.

- Kỹ thuật khâu: Có thể áp dụng kỹ thuật khâu của Cuneo, Iselin, Sterning-Bunell

- Sau khi nối gân phải bất động chi ở tư thế trùng gân.

5.4. Bất động và phục hồi cơ năng sau mổ

- Trong phẫu thuật bàn tay việc cầm máu kỹ trong khi mổ, băng ép, bất động và treo tay cao trong 24 - 48 giờ đầu là biện pháp tích cực nhất để chống phù nề và chống nhiễm khuẩn.

- Các khớp của bàn tay rất dễ bị cứng nhất là ngón cái. Sau thời gian bất động phải tập vận động gấp duỗi chi với động tác tăng dần. Sự tập luyện này phải thường xuyên, liên tục mới mong phục hồi được chức năng của bàn tay.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi:

- Sau mổ 24h theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp người bệnh.

- Thay băng và theo dõi tình trạng vết mổ 2 ngày 1 lần.

- Sử dụng các thuốc kháng sinh, giảm đau, chống phù nề và dịch truyền sau mổ.

- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng từ ngày thứ 2 sau mổ.

6.2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu: số lượng ít, tiến hành băng ép cầm máu. Số lượng nhiều, máu đỏ tươi, chảy rỉ rả, có thể sát khuẩn, tách mép vết mổ, cầm máu dưới da tại giường. Nếu không hiệu quả, cần mổ lại cầm máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định 5278/QĐ-BYT ngày 21/12/2017 về Hướng dẫn qui trình kỹ thuật Ngoại Khoa, chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình.

PHẪU THUẬT CẮT NGÓN TAY THỪA

1. ĐỊNH NGHĨA

Phẫu thuật làm mồm cụt ngón tay thừa do dị tật bẩm sinh.

2. CHỈ ĐỊNH

Thừa ngón trong dị tật bẩm sinh

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh toàn thân

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Kíp phẫu thuật: 1 PTV Ngoại, 2 phụ phẫu thuật
- Kíp gây mê: 1 bác sĩ gây mê, 1 phụ mê
- Kíp dụng cụ và chạy ngoài: 1 điều dưỡng dụng cụ, 1 điều dưỡng chạy ngoài

4.2. Người bệnh

- Làm các xét nghiệm máu, chụp Xquang bàn tay
- Giải thích kỹ cho người bệnh và người nhà người bệnh về những nguy cơ rủi ro có thể xảy ra trước, trong và sau quá trình điều trị.
- Kí hồ sơ bệnh án

4.3. Phương tiện

- Thuốc tê, mê, chỉ, băng gạc
- Bộ dụng cụ phẫu thuật

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Vô cảm: Mê NKQ, tê tại chỗ hoặc đám rối cánh tay.

5.2. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa

5.3. Cách thức mổ:

- Thiết kế đường rạch da, sử dụng 1 phần da của ngón tay thừa để bù phần da còn thiếu sau khi cắt ngón tay
- Rạch da theo thiết kế
- Bóc tách tổ chức phần mềm, bộc lộ gốc ngón tay thừa
- Tách riêng phần gân của ngón thừa nếu có
- Cắt bỏ ngón thừa, chuyển gân tạo hình cho ngón chính
- Đóng vết mổ

6. BIẾN CHỨNG, DI CHỨNG

- Biến chứng do gây mê, tê.
- Chảy máu nhiễm trùng sẹo xấu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3449/QĐ-BYT ngày 07 tháng 6 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế về Hướng dẫn qui trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa tạo hình thẩm mỹ.

PHẪU THUẬT CẮT KHỐI U LÀNH TÍNH DƯỚI 10 CM

1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nhằm lấy bỏ các u lành tính dưới 10 cm...

2. CHỈ ĐỊNH

Các khối u lành tính của da

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Điều kiện toàn thân không cho phép phẫu thuật

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện: Bác sĩ chuyên khoa Ngoại

4.2. Người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

4.3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật

4.4. Thời gian phẫu thuật: 30p-1h

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tư thế: nằm ngửa/sấp tùy thuộc vị trí khối u

5.2. Vô cảm: tê tại chỗ

5.3. Kỹ thuật

- Rạch da quanh u, cắt bỏ toàn bộ khối u
- Khâu đóng trực tiếp, ghép da hoặc xoay vạt tại chỗ

6. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ

- Tai biến của gây tê, máu tụ, nhiễm trùng, sốt, sẹo lồi
- Xử trí theo từng nguyên nhân

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3449/QĐ-BYT ngày 07 tháng 6 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế về Hướng dẫn qui trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa tạo hình thẩm mỹ.

RÚT ĐINH/THÁO PHƯƠNG TIỆN KẾT HỢP XƯƠNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Tháo phương tiện kết hợp xương là tháo ra các phương tiện cố định diện gãy xương khi tình trạng xương đã liền, hay do tình trạng nhiễm trùng sau phẫu thuật phải lấy bỏ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các phương tiện kết hợp xương tạm thời(như K- wires hay phương tiện cố định ngoài)
- Các trường hợp phương tiện kết hợp xương có nguy cơ của sự ăn mòn, phản ứng dị ứng, tiêu xương
- Các tiêu chuẩn xuất phát từ phẫu thuật: gãy phương tiện kết hợp xương, nhiễm khuẩn, hoại tử vô khuẩn, tổn thương nội khớp, viêm gân hay đứt gân

- Theo nhu cầu của người bệnh không hài lòng khi có di vật trong người

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh không có nhu cầu phẫu thuật
- Xương chưa liền, cal xương chưa vững chắc

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình hoặc ngoại chung
- 2 PTV phụ mổ.

4.2. Người bệnh:

- Được giải thích về tình trạng bệnh tật, lợi ích, rủi ro và các biến chứng có thể xảy ra
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và xét nghiệm

4.3. Phương tiện: Bộ dụng cụ kết hợp xương thông thường

4.4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 40phút

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Vô cảm:

- Gây tê đám rối cánh tay hoặc tủy sống, tê tại chỗ
- Gây mê nội khí quản

5.2. Kỹ thuật:

Bước 1: Sát trùng toàn bộ chi bằng Bêtadin hoặc cồn 70°

Bước 2: Ga rô cầm máu đối với những vị trí có thể được

Bước 3: Rạch da theo đường mổ cũ

Bước 4: Bộc lộ và tháo phương tiện kết hợp xương

Bước 5: Đục bỏ xương chồi

Bước 6: Dẫn lưu

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, dẫn lưu, vận động cảm giác chi thể...để phát hiện các biến chứng sau mổ
- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ

6.2. Tai biến và xử trí

- Chảy máu: Băng ép cầm máu nếu không được thì mổ lại cầm máu
- Nhiễm trùng: Thay kháng sinh, điều trị theo kháng sinh đồ, bù nước và điện giải cho người bệnh
- Xương gãy lại: Mổ kết hợp xương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 87/4484/QĐ-BYT ngày 18/08/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn qui trình kỹ thuật Ngoại khoa, Chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình.

PHẪU THUẬT THƯƠNG TÍCH PHẦN MỀM CÁC CƠ QUAN VẬN ĐỘNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Thương tích phần mềm cơ quan vận động là một tổn thương hay gặp trong tai nạn lao động, sinh hoạt, giao thông...
- Cần phát hiện các thương tích về da, gân cơ, thần kinh, xương, mạch máu để có thái độ xử trí kịp thời, phù hợp

2. CHỈ ĐỊNH

- Phân loại theo thời gian
- Vết thương phần mềm đến sớm trong 6h đầu
- Vết thương phần mềm đến muộn sau 6h: Viêm tấy tổ chức xung quanh
- Vết thương phần mềm đến muộn sau 24h: Viêm tấy tổ chức xung quanh có thể kèm

NK huyết

- Phân loại theo độ sâu VT
- Vết thương nông, nhỏ: chỉ tổn thương thượng bì
- Vết thương rách da đơn thuần
- Vết thương sâu: tổn thương gân, cơ, mạch máu thần kinh phía dưới
- Vết thương bong lóc da và phần mềm rộng

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Điều kiện toàn thân không cho phép phẫu thuật

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

4.2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình hoặc ngoại chung và hai người phụ

4.3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật chấn thương chung

4.4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 - 90 phút

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Vô cảm: Gây tê hoặc gây mê

5.2. Kỹ thuật:

- Rửa vết thương bằng xà phòng và nước muối cho sạch, Vệ sinh và chải xăng vô khuẩn

- Ga rô gốc chi, tốt nhất là ga rô hơi
- Cắt lọc mép vết thương 2-3 mm, riêng da mặt và da tay cắt lọc tiết kiệm
- Cắt lọc phần mềm dưới tổn thương tới tổ chức lành, tưới rửa
- Mở rộng vết thương, cắt lọc lại phần mềm, tưới rửa hết các góc ngách
- Khâu lại các lớp, đặt dẫn lưu, khâu da

6. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Thay băng vết thương
- Kháng sinh phối hợp hai loại KS, tốt nhất dùng theo KSD

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nhiễm trùng nặng viêm tấy: cần điều trị tích cực, thay băng cắt chỉ, cấy dịch vết mổ làm KSD, thay kháng sinh
- Di chứng vận động, sẹo co kéo nếu tổn thương rộng và nặng: Cần phục hồi chức năng sớm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 4484/QĐ-BYT ngày 18/08/2016 của Bộ Y tế về Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, Chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình.

NẤN, BÓ BỘT GÃY ĐẦU TRÊN THÂN XƯƠNG CÁN TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

- Đây là phần xương xóp, gãy ở trên chỗ bám tận cơ ngực lớn. Bao gồm các loại gãy: gãy cổ giải phẫu, gãy cổ phẫu thuật, gãy chỏm xương cánh tay, gãy mấu động lớn, gãy mấu động nhỏ và gãy phức tạp đầu trên xương cánh tay.

2. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy xương kín. Gãy hở độ I theo Gustilo.
- Gãy xương trẻ em.
- Gãy di lệch ít dưới 1cm và gấp góc dưới 45°.
- Gãy di lệch nhưng với người bệnh già, thể trạng kém, mắc các bệnh toàn thân...

không mổ được.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy hở độ II của Gustilo trở lên.
- Gãy kèm tổn thương mạch máu, thần kinh.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Chuyên khoa ngoại chung: 3 (1 chính, 2 trợ thủ).
- Người bệnh có gây mê: 1 bác sỹ gây mê, 1 phụ mê.

4.2. Phương tiện

- Bàn nắn: 1 bàn nắn thông thường.
- 1 ghế đầu để người bệnh ngồi bó bột (khi không gây mê) và kê đầu bó bột (khi gây mê).

- Bột thạch cao: 3-4 cuộn bột cỡ 20 cm, 3-4 cuộn bột cỡ 15 cm.

4.3. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương.
- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.
- Được vệ sinh sạch sẽ vùng xương gãy, cởi bỏ hoàn toàn áo.
- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn sặc hoặc hiện tượng trào ngược.

4.4. Hồ sơ

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.
- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Gãy xương kiểu dạng

- Người bệnh nằm ngửa, gây tê hoặc gây mê.
- Trợ thủ 1: 2 tay cầm cổ tay người bệnh kéo thẳng xuống dưới, tư thế dạng tay nhẹ.
- Người nắn chính luôn căng tay vào nách người bệnh để làm điểm tựa kéo ra ngoài, trợ thủ 1 đồng thời bỏ 1 tay ra để nắm lấy khuỷu tay người bệnh khép khuỷu tay vào thân mình để bẫy đoạn gãy dưới ra ngoài. Khi đó thường cảm thấy một tiếng rắc nhỏ là được. Có thể người nắn không luôn tay như mô tả ở trên, mà dùng 1 đai vải thứ 2 kéo phần trên của cánh tay (tương ứng với đầu trên của thân xương cánh tay) để nắn. Cũng có thể trợ thủ 1 vừa kéo, vừa cho gót chân của mình vào nách người bệnh để nắn, bẫy đầu thân xương đang rúc vào nách được bật ra phía ngoài, tương tự như nắn trật khớp vai kiểu Hippocrates cũng được.

- Trường hợp bong sụn tiếp hợp ở thiếu niên di lệch nhiều đôi khi phải nắn rất khỏe, người bệnh nằm trên cang, dùng gót chân làm điểm tựa để nắn di lệch.

5.2. Gãy xương kiểu khớp

- Người bệnh nằm ngửa, gây tê hoặc gây mê.- Người phụ kéo thẳng theo trục cánh tay để sửa di lệch chồng, dạng dần cánh tay ra. Người nắn chỉnh dùng một bàn tay đặt mặt ngoài cơ Delta đẩy vào trong để sửa di lệch góc mở vào trong. Sau đó người phụ từ từ khép dần cánh tay lại và giảm dần lực kéo. Người già và những người bệnh loãng xương: chỉ kéo nắn tối thiểu, tránh gây thêm xương, quan trọng nhất là vấn đề tập phục hồi chức năng sớm.

5.3. Bất động

- Với người bệnh trẻ, khỏe: sau khi nắn xong cho bó bột Desault. Thời gian bất động trung bình 3-4 tuần.

- Với người bệnh già yếu, béo phì, các bệnh lý về tim phổi mãn tính, gù vẹo cột sống...thì chỉ nắn tương đối nhẹ nhàng và bất động bằng áo chỉnh hình kiểu Desault. Thời gian mang áo chỉnh hình: 2-3 tuần, tháo ra tập vận động sớm khớp vai, người già bất động lâu hay gây viêm quanh khớp vai, cứng khớp.

6. THEO DÕI

- Nhẹ thì theo dõi điều trị ngoại trú.
- Nặng hoặc tay sưng nề nhiều thì cho vào viện theo dõi nội trú, kiểm tra đánh giá tình trạng của tay hàng giờ: mạch, cử động, cảm giác, màu da...

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tổn thương mạch máu: ít gặp, nếu có thì chuyển mổ cấp cứu.
- Tổn thương thần kinh: chờ tự phục hồi sau vài tuần đến vài tháng.
- Các trường hợp gây tê nắn thì không có gì đặc biệt, ít tai biến.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa- chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột.

NẮN, BÓ BỘT GỠ THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

- Xương cánh tay là một trong những xương thuộc loại xương dài. Một xương dài được cấu tạo bởi 1 thân xương (Diaphyse) và 2 đầu xương (Epiphyse), ở chỗ tiếp nối giữa thân xương và đầu xương là hành xương (Métaphyse- phần xương có khẩu kính to dần ra như hình củ hành). Thân xương cánh tay hình lăng trụ tam giác, nhưng các bờ, các mặt không rõ ràng như xương chày ở cẳng chân.

- Gãy thân xương cánh tay được giới hạn từ cổ phẫu thuật xương cánh tay, chỗ bám của cơ ngực to, đến vùng trên lồi cầu xương cánh tay, nơi nơi tiếp nối với hành xương. Hay nói cách khác, gãy thân xương cánh tay là gãy vào vùng từ dưới của hành xương ở phía trên đến chỗ trên của hành xương phía dưới, đoạn xương có thành xương và tủy xương rõ rệt.

- Gãy xương cánh tay chia làm 3 vị trí: 1/3 trên, 1/3 giữa, 1/3 dưới. Gãy ở vị trí 1/3 giữa có thể gặp tổn thương thần kinh quay.

- Ở trẻ em dưới 15 tuổi và gãy xương không lệch ở người lớn thì điều trị bảo tồn. Còn các trường hợp khác nên mổ.

- Nguyên nhân gãy thường là do ngã đè lên, ngã chống tay, tai nạn giao thông, bị đánh trực tiếp bằng vật cứng. Đôi khi còn gặp ở thanh niên chơi trò vật tay nữa.

2. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BÓ BỘT

- Gãy kín, gãy hở độ I theo Gustilo, gãy xương ở trẻ em (dưới 15 tuổi).
- Gãy ít di lệch hoặc không di lệch.
- Gãy xương di lệch ở người lớn, lẽ ra có chỉ định mổ, nhưng vì một lý do nào đó mà không mổ được: có bệnh toàn thân nặng, không có điều kiện mổ, người bệnh từ chối mổ...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy hở từ độ 2 trở lên theo Gustilo.
- Gãy xương kèm theo tổn thương mạch máu, thần kinh.
- Thận trọng: những trường hợp lóc da, đung dập cơ, sưng nề nhiều, nhiều nốt phỏng. Những trường hợp này điều trị ổn định sẽ tiến hành mổ hoặc nắn bó bột sau.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Chuyên khoa chấn thương hoặc ngoại chung: 4 người (1 chính và 3 phụ).
- Chuyên khoa gây mê hồi sức: 2 người (nếu người bệnh cần gây mê).

4.2. Phương tiện

- Bàn nắn (1 bàn nắn thông thường).
- Thuốc gây mê hoặc gây tê.
- Bột thạch cao: với người lớn cần 8-10 cuộn khổ 15-20 cm.
- Một số dụng cụ tối thiểu khác: bông lót, băng vải, bơm tiêm, cồn tiêm, dây và dao rạch dọc bột, nước ngâm bột, dụng cụ hồi sức cấp cứu...

4.3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với bệnh nhi cần giải thích kỹ cho bố mẹ hoặc người thân.
- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ áo.
- Với người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

4.4. Hồ sơ

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.
- Với người bệnh gây mê cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Người bệnh

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa trên bàn chỉnh hình.
- Tay để dọc theo thân mình, nách hơi dẹt, hõm nách đặt 1 đai vải đối lực.
- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê tùy từng trường hợp cụ thể.

5.2. Các bước tiến hành

5.2.1. Nắn

- Trợ thủ 1: 2 tay nắm chắc cổ tay người bệnh kéo xuống theo trục cánh cẳng tay để sửa di lệch chùng, nên kéo từ từ, tăng dần lực trong khoảng 5-7 phút. Hoặc có thể trợ thủ 1 kéo trong tư thế khuỷu 90°, 2 bàn tay bắt vào nhau đặt ở trước cẳng tay, dưới khuỷu để kéo, trong khi trợ thủ 2 cầm giữ cổ bàn tay kéo nhẹ lên trên làm đối lực để khi trợ thủ 1 tiến hành kéo thì khuỷu tay người bệnh không bị duỗi ra, kéo có lực hơn.

- Người nắn chính: đứng quay mặt xuôi về phía chân người bệnh, dựa vào sự di lệch trên phim XQ để nắn sửa di lệch sang bên. Vuốt dọc theo xương vùng ổ gãy thấy được thì trợ thủ 1 chùng lực kéo lại cho 2 đầu gãy tỳ vào nhau vững hơn. Đỡ nhẹ nhàng để tiến hành bó bột.

- + Với gãy chéo xoắn: chỉ cần kéo thẳng trục và bó bột ở tư thế cơ năng.
- + Với người già yếu và thể trạng kém, cũng chỉ kéo thẳng trục để bó bột.
- + Với gãy có mảnh rời: chỉ nắn 2 diện gãy chính, mảnh rời tự áp vào đến đâu thì đến, sau can vẫn có thể tốt, Không cố nắn bằng mọi cách vì có thể gây bong lóc cơ và màng xương, hoặc gây tổn thương thần kinh quay hoặc đụng dập thêm phần mềm.

5.2.2. Bó bột

Tùy theo người bệnh gãy tê hay gãy mê mà có cách bó bột khác nhau. Tùy vị trí gãy mà bó bột Chữ U hay bột Ngực - vai - cánh tay: gãy ở vị trí 1/3 giữa và 1/3 dưới: bó bột Chữ U. Gãy 1/3 trên: bó bột Ngực - vai - cánh tay, với trường hợp sung nề nhiều vẫn bó bột Chữ U để rạch dọc bột, khi nào đã bớt sung nề thì thay bột Ngực - vai - cánh tay sau. Trong quá trình bột khô cứng dần, giữ trục để tránh di lệch góc. Rạch dọc bột từ nách trở xuống (với bột Chữ U). Thời gian bất động trung bình với người lớn 8-12 tuần (với trẻ em thì ít hơn, tùy theo tuổi). Trong thời gian bất động:

- Sau 7-10 ngày chụp kiểm tra, nếu có di lệch thứ phát thì nắn sửa lại hoặc mổ kết hợp xương có chuẩn bị.
- Sau khoảng 3 tuần khi có hình thành can non, chụp kiểm tra lần nữa, kết quả chụp phim tốt thì thay bột tròn, sửa góc nếu cần.
- Thời gian cuối của quá trình mang bột (4-5 tuần cuối) nếu gãy ở vị trí thấp (1/3 dưới), có thể thay bằng bột Cánh - cẳng - bàn tay.
- Với người bệnh quá già yếu, có thể bó bột bất động tối thiểu, bằng bột Cánh - cẳng - bàn tay ôm vai rạch dọc, ngay từ đầu, mà không bó bột Chữ U hoặc bột Thoraco.

6. THEO DÕI

Đa số chỉ cần theo dõi điều trị ngoại trú. Trường hợp nặng, tay sung nề nhiều hoặc có tổn thương phối hợp thì cho vào viện theo dõi điều trị nội trú.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. Tai biến sớm

- Tổn thương mạch máu (động mạch cánh tay, ít gặp): mổ cấp cứu XỬ TRÍ theo tổn thương (giải phóng mạch, nối hoặc ghép động mạch bằng tĩnh mạch hiển đảo chiều hay bằng động mạch nhân tạo). Nên xét nghiệm siêu âm Doppler xác định tổn thương để có hướng XỬ TRÍ tổn thương cụ thể.
- Tổn thương thần kinh quay: nếu đứt thì nối, bị kẹt thì giải phóng thần kinh, dập hoặc căng giãn thì chờ tự phục hồi. Nên xét nghiệm điện chẩn cơ (EMG) để xác định phương pháp XỬ TRÍ phù hợp.

7.2. Tai biến muộn

- Rối loạn dinh dưỡng: nở rộng bột, tập vận động sớm, vì bột Chữ U là 1 trong những loại bột không gác cao tay được nên tay hay bị sung nề hơn.
- Can lệch và khớp giả: mổ kết hợp xương, ghép xương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa- chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột.

NẮN, BÓ BỘT GỠ TRÊN LÒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY Ở TRẺ EM

1. ĐẠI CƯƠNG

- Đây là loại gãy phổ biến nhất ở trẻ em, thường do ngã chống tay.
- Đường gãy ngoài khớp, thường gãy duỗi, đầu dưới lệch ra sau, vào trong.
- Thăm khám mạch quay là quan trọng và bắt buộc trong tất cả các trường hợp gãy trên lồi cầu xương cánh tay. Nếu nghi ngờ tổn thương mạch phải cho nắn xương sớm, đặt nẹp bột tạm thời, cho làm siêu âm Doppler mạch kiểm tra, nếu có tổn thương chuyển mổ cấp cứu kết hợp xương, XỬ TRÍ mạch máu theo thương tổn.
- Khám xem có dấu hiệu liệt thần kinh quay không, nếu có tổn thương biểu hiện bằng mất duỗi chủ động cổ tay và các ngón tay (dấu hiệu tay rủ cổ cò).
- Khám thần kinh giữa: nếu tổn thương thì mất các động tác khép các ngón tay, mất động tác đối chiếu.

* X Quang:- Trên phim thẳng cho thấy đầu dưới di lệch vào trong và xoay nghiêng.

- Trên phim nghiêng cho ta thấy mức độ di lệch. Chia thành 4 độ gãy:

Độ 1 gãy không di lệch, độ 2 gãy di lệch dưới 50% thân xương, độ 3 gãy di lệch trên 50% thân xương, độ 4 di lệch hoàn toàn hai đầu gãy.

- Về vị trí di lệch của đầu dưới xương cánh tay so với phần xương còn lại, người ta còn chia ra kiểu di lệch ra sau hay ra trước, vì quyết định tư thế bột bó có tác động nhiều đến kết quả điều trị.

2. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy trên lồi cầu xương cánh tay ở trẻ em.
- Gãy xương kín hoặc gãy hở độ I theo Gustilo.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy hở từ độ II trở lên.
- Gãy xương kèm tổn thương mạch máu, hoặc dấu hiệu chèn ép khoang.
- Cần nhắc: người bệnh đến muộn, hoặc có tổn thương thần kinh quay, trẻ lớn trên 15 tuổi, rối loạn dinh dưỡng, đưng dập phần mềm.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Trường hợp không gây mê: 3 người (1 kỹ thuật viên nắn chính, 2 kỹ thuật viên phụ, trong đó 1 phụ nắn, 1 chạy ngoài). Ở tuyến cơ sở, có thể là 3 kỹ thuật viên.
- Với trường hợp có gây mê: cần thêm 1 bác sỹ, 1 kỹ thuật viên gây mê.

4.2. Phương tiện

- 1 bàn nắn thông thường.
- Đai đối lực: bằng vải mềm, dai, to bản (như kiểu quai ba lô).
- Thuốc tê hoặc thuốc mê: số lượng tùy trọng lượng bệnh nhi. Kèm theo là dụng cụ gây tê, gây mê, hồi sức (bơm tiêm, cồn 70o, thuốc chống sốc, mặt nạ bóp bóng, đèn nội khí quản...).
- Bột thạch cao chuyên dụng: với bột Cánh - cẳng - bàn tay trẻ em thường cần 3-4 cuộn cỡ 10 cm là đủ (kể cả 1 phần trong đó dùng để rải thành nẹp bột tăng cường cho việc bó bột sau này).
- Giấy vệ sinh, bông cuộn: 1 cuộn, hoặc bít tắt vải xóp mềm để lót (jersey).
- Dây rạch dọc, dao rạch dọc (khi bó bột cấp cứu, khi tổn thương 7 ngày trở lại).
- Nước để ngâm bột: đủ về số lượng để ngâm chìm hẳn 2-3 cuộn bột. Lưu ý, mùa lạnh phải dùng nước ấm. Nước sử dụng ngâm bột phải được thay thường xuyên để đảm bảo vệ sinh và tránh hiện tượng nước có quá nhiều cặn bột ảnh hưởng đến chất lượng bột.
- 1 cuộn băng vải hoặc băng thun, để băng giữ ngoài bột.

4.3. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương, nhất là những tổn thương lớn có thể gây tử vong trong quá trình nắn bó bột (chấn thương sọ não, chấn thương ngực, vỡ tạng đặc, vỡ tạng rỗng...).

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật, để người bệnh khỏi bị bất ngờ, động viên để họ yên tâm, hợp tác tốt với thầy thuốc. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng xương gãy, cởi hoặc cắt bỏ tay áo bên tay gãy.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược (nước hoặc thức ăn từ dạ dày tràn sang đường thở gây tắc thở).

4.4. Hồ sơ

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật, với trẻ em cần cha mẹ ký.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN BÓ BỘT

5.1. Các trường hợp gãy không lệch

- Bó bột Cánh - cẳng - bàn tay rạch dọc, không cần chụp kiểm tra, cũng không cần thay bột tròn nếu bột không bị lỏng, không bị gãy bột.

- Thời gian mang bột trung bình: 3 tuần là đủ.

5.2. Các trường hợp gãy ít di lệch, hoặc chỉ di lệch góc đơn thuần

- Không cần gây mê, nắn sửa thường dễ, chỉ cần nắn sửa bằng động tác nhanh, dứt khoát, xương sẽ vào khi trẻ chưa kịp đau.

- Bó bột Cánh - cẳng - bàn tay rạch dọc. Chụp kiểm tra.

- Sau 1 tuần chụp kiểm tra, thay bột tròn, nếu có di lệch thứ phát thì nắn sửa thêm.

Thời gian bất động: trung bình 4 tuần.

5.3. Các trường hợp gãy di lệch độ III trở lên

5.3.1. Người bệnh

- Nằm ngửa trên bàn nắn thông thường. Lấy ven bên tay lành, truyền dung dịch Natriclorua 0,9% để sẵn sàng cho việc hồi sức.

- Cởi bỏ áo bên tay gãy, vệ sinh sạch sẽ.

- Đặt 1 đai vải đối lực ở nách, vai dạng nhẹ, cẳng tay sấp hay ngửa tùy di lệch ra sau hay ra trước (di lệch ra sau thì để tay sấp và ngược lại).

- Gây mê toàn thân, đường tĩnh mạch (thuốc mê loại mê nhanh, thoát mê nhanh, do bác sỹ gây mê thực hiện). Trẻ lớn (trên 13-14 tuổi) có thể gây tê.

5.3.2. Nắn

- Với di lệch ra sau:

+ Trợ thủ 1: 2 tay nắm cổ tay người bệnh kéo xuống trong tư thế tay dạng nhẹ và sấp để chữa di lệch chông.

+ Người nắn chính: căn cứ di lệch cụ thể trên phim XQ sửa di lệch trong- ngoài, rồi dùng các ngón tay dài của 2 tay giữ ở phía trước cánh tay làm đối lực, đồng thời lấy 2 ngón tay cái đẩy mạnh đầu dưới xương cánh tay ra trước để sửa di lệch ra sau. Cũng có thể nắn bằng cách dùng 1 tay nắm giữ phần trước cánh tay làm đối lực, lấy cùi gan tay còn lại đẩy vào đầu dưới xương cánh tay để sửa di lệch ra sau. Cuối cùng, xoay cẳng tay sấp tối đa để sửa di lệch xoay (khi bó bột nhớ phải nhả lại tư thế trung bình hoặc sấp nhẹ, mà không để ở tư thế sấp tối đa nữa). Di lệch xoay không sửa tốt sẽ để di chứng vẹo khuỷu vào trong (varus).

- Vội di lệch ra trước: nắn đơn giản hơn, chỉ riêng động tác kéo duỗi tay của trợ thủ cũng đã nắn được phần nào di lệch, người nắn chính nắn đây thêm cho đầu dưới xương cánh tay ra sau, rồi đỡ nhẹ nhàng để bó bột Cánh - cẳng - bàn tay tư thế khuỷu duỗi, rạch dọc.

5.3.3. Bất động: bột Cánh - cẳng - bàn tay rạch dọc.

- Vội di lệch ra sau: bột tư thế khuỷu 90°. Sau 1 tuần chụp kiểm tra, thay bột tròn, thời gian bất động trung bình 4-5 tuần.

- Vội di lệch ra trước: bột khuỷu tư thế duỗi 160-180°. Sau 1 tuần chụp kiểm tra, thay bột tròn vẫn duỗi khuỷu (nếu di lệch thứ phát thì nắn thêm), sau 3 tuần thay bột khuỷu 90° thêm 2 tuần nữa. Thời gian bất động 5-6 tuần.

6. THEO DÕI

Hầu hết có thể theo dõi điều trị ngoại trú, trường hợp nặng, sưng nề nhiều, cần theo dõi tổn thương mạch thì phải cho vào viện.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tổn thương động mạch cánh tay: giải phóng mạch, nối mạch, ghép mạch.

- Tai biến thần kinh: chủ yếu tổn thương thần kinh quay: đa số theo trường phái bảo tồn, tức theo dõi chờ tự phục hồi sau 1 vài tuần, đến 3 tháng, thậm chí 6 tháng. Ít người hơn thì đề xuất mổ sớm để XỬ TRÍ tùy theo tổn thương.

- Tai biến gây mê: thở oxy, bóp bóng, hút đờm dãi, cần thì đặt nội khí quản hoặc mở khí quản...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa- chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột.

NẮN BÓ BỘT GỠY MỠM KHUYỬ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Nguyên nhân thường do ngã đập khuỷu tay vào vật cứng hoặc do bị đánh trực tiếp.

- Gãy móm khuỷu thường di lệch do móm khuỷu có gân cơ tam đầu kéo lên trên rất khỏe. Là gãy ở đầu xương xóp, nên gãy ít lệch và không lệch rất nhanh liền xương. Trong gãy móm khuỷu, người ta quan tâm đến sự di lệch của mặt khớp để bắt khớp với rỗng rọc xương cánh tay nhiều hơn là di lệch ở phía sau móm khuỷu. Diện khớp này không được nắn chỉnh tốt sẽ ảnh hưởng nhiều đến cơ năng co duỗi khuỷu.

- Chỉ điều trị bó bột trong trường hợp gãy móm khuỷu không di lệch hoặc ít lệch. Khi gãy móm khuỷu di lệch (mặt khớp di lệch từ 3mm trở lên) thì có chỉ định mổ.

2. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GỠY MỠM KHUYỬ:

- Gãy kín, gãy hở độ I theo Gustilo.

- Gãy ít lệch hoặc không di lệch.

- Gãy di lệch, nhưng vì 1 lý do nào đó không mổ được (già yếu, có bệnh toàn thân nặng, không có điều kiện mổ, từ chối mổ).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy hở độ II trở lên.

- Gãy có kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, có hội chứng chèn ép khoang.

- Chống chỉ định tương đối:

- + Gãy mỏm khuỷu di lệch.
- + Gãy mỏm khuỷu kèm theo gãy các xương khác ở vùng khuỷu (gãy trên lồi cầu, liên lồi cầu, lồi cầu trong, lồi cầu ngoài, gãy chỏm quay, đài quay).
- + Gãy mỏm khuỷu sưng nề nhiều, rối loạn dinh dưỡng.
- + Gãy mỏm khuỷu kèm trật khớp khuỷu.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Chuyên khoa chấn thương hoặc ngoại chung: 2-3 người: 1 chính, 1 hoặc 2 trợ thủ

4.2. Phương tiện

Tương tự như bó bột điều trị gãy 2 xương cẳng tay, nhưng đơn giản hơn vì không cần nắn (các trường hợp di lệch nhiều đã có chỉ định mổ).

1 bàn nắn thông thường.

1 đai vải to bản, đủ dài để cố định tay người bệnh vào bàn làm đối lực khi nắn.

- Thuốc gây tê: nếu có nắn, chỉ cần 1 ống Lidocaine (hoặc Xylocaine) 1%, pha loãng trong 5 ml nước cất hoặc huyết thanh mặn 0,9%.

- Bột thạch cao 3-4 cuộn khổ 15 cm.

- Băng lót hoặc giấy vệ sinh: 1 cuộn.

- Dây và dao rạch dọc bột, nước ngâm bột, băng vải hoặc băng thun để quấn ngoài bột khi bó bột xong...

4.3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với bệnh nhi cần giải thích kỹ cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ áo tay bên bó bột.

4.4. Hồ sơ: cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Với gãy không di lệch

Đỡ tay nhẹ nhàng để bó bột, làm sao để tránh di lệch thứ phát do vô tình gập quá mức khuỷu tay vào. Nên đơn thuần chỉ là kỹ thuật bó bột Cánh - cẳng - bàn tay rạch dọc ở tư thế cơ năng khuỷu 90°.

5.1.1. Người bệnh

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, 1 đai vải đặt ở hõm nách. Đai vải đối lực này được cố định chắc vào mấu của bàn nắn. Khuỷu tay gập 90°, cổ tay, bàn tay ở tư thế cơ năng (ngón tay cái chỉ mũi).

- Kỹ thuật viên chính: đứng bên phía tay định bó bột của người bệnh. Trợ thủ viên 1: một tay cầm vào 4 ngón tay dài của người bệnh, một tay đỡ vùng khuỷu. Kỹ thuật viên chính sẽ là người trực tiếp bó bột. Trợ thủ viên 1 kéo giữ tay người bệnh, trợ thủ viên 2 chạy ngoài (giúp việc).

5.1.2. Thực hiện kỹ thuật bó bột Cánh - cẳng - bàn tay gồm có các bước sau

- Bước 1: quấn giấy vệ sinh hoặc băng lót, hoặc lòng bít tất jersey, đặt dây rạch dọc phía trước Cánh - cẳng - bàn tay, đầu trên để thò dài, đầu dưới cài qua kẽ ngón 2-3, quặt lại vòng qua ngón 3 để khỏi bị tuột khi rạch bột.

- Bước 2: rải nẹp bột: đo và rải 1 nẹp bột từ vai đến khớp bàn-ngón.

- Bước 3: quấn bột: quấn vòng tròn quanh tay và nẹp bột đã đặt từ trước, quấn đều tay theo kiểu xoáy tròn ốc từ trên xuống dưới rồi từ dưới lên trên cho đến hết cuộn bột. Nếu thấy bột chưa đủ dày, vừa quấn bột vừa thả tiếp 1 cuộn bột nữa vào chậu, lưu ý là nếu ngâm bột quá lâu hoặc quá vội mà vớt lên sớm đều

không tốt, thường thấy rằng, cuộn bột ngâm khi nào vừa hết sủi tăm là tốt. Bó bột nên lăn đều tay, nhẹ nhàng, không tỳ ngón tay vào một vị trí của bột quá lâu dễ gây lõm bột, quần đến đâu vuốt và xoa đến đấy, độ kết dính sẽ tốt hơn, bột sẽ nhẵn và đẹp. Thấy bột đã đủ dày, xoa vuốt, chỉnh trang cho bột nhẵn, đều và đẹp. Cần bọc lọ mô cái để tập sớm.

- Bước 4: rạch dọc bột và băng giữ ngoài bột.

5.1.3. Thời gian bất động: 3-4 tuần, nếu bột không lỏng, không vỡ thì không cần thay bột.

5.2. Với trường hợp lệch ít: tùy di lệch mà nắn thêm, bó bột cánh - cẳng - bàn tay duỗi 120-130o, rạch dọc. Sau 7-10 ngày chụp kiểm tra và thay bột tròn (vẫn duỗi khuỷu), sau 2 tuần nữa thay bột khuỷu 90o. Thời gian bất động 4-5 tuần.

5.3. Với gãy di lệch nhưng người bệnh vì lý do nào đó không mổ được:

- Gây tê tại chỗ.

- Trợ thủ nắm cổ tay người bệnh duỗi dần khuỷu ra, trong lúc người nắn chính dùng 4 ngón tay dài của 2 tay giữ lấy mặt trước cánh tay làm đối lực, dùng 2 ngón tay cái đẩy mạnh vào móm khuỷu (chỗ bám của gân cơ tam đầu) theo hướng ngược lại chiều co của cơ này, nhằm ép 2 diện gãy vào gần nhau hơn.

- Giữ tay ở tư thế khuỷu duỗi tối đa để bó bột Cánh - cẳng - bàn tay duỗi, rạch dọc.

- Chụp kiểm tra và thay bột như với gãy móm khuỷu ít lệch.

- Thời gian bất động lâu hơn 2 loại gãy trên (5-6 tuần).

6. THEO DÕI

Hầu hết là theo dõi điều trị ngoại trú, trường hợp sưng nề nhiều mới cần cho vào viện theo dõi.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tai biến ít gặp, nếu có thì cũng thường nhẹ nhàng như sưng nề: nới bột, gác cao tay.

- Tai biến tổn thương thần kinh trụ: hiếm gặp, nếu có tê bì hoặc liệt thì cho điện chẩn cơ (EMG) để quyết định mổ gỡ hoặc nới thần kinh hay chỉ chờ thần kinh tự phục hồi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa- chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột.

NẮN, BÓ BỘT GỠ THÂN HAI XƯƠNG CẰNG TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

- Cẳng tay có 2 xương dài: xương quay và xương trụ. Giữa 2 xương là màng liên cốt. Màng liên cốt có đặc điểm rất dai, nên khi gãy xương cẳng tay thì do màng này co kéo, các đầu xương gãy thường bị kéo chụm lại tạo hình chữ K, hoặc hình chữ X, khó khăn cho việc nắn chỉnh.

- Gãy thân hai xương cẳng tay là gãy ở vùng màng liên cốt dưới lồi củ nhị đầu 2 cm và trên khớp quay cổ tay 3cm.

- Xương quay, xương trụ và màng liên cốt tạo nên một khung sắp ngửa, quay quanh trục là chỏm quay, móm trâm trụ. Bình thường, khi cẳng tay để ngửa 2 xương nằm song

song với nhau; khi để sắp căng tay, xương quay nằm bất chéo xương trụ. Nếu nắm chỉnh không tốt (đặc biệt là xương quay), sẽ ảnh hưởng rất nhiều đến sắp ngửa bàn tay.

- Phân loại:

* Phân loại theo vị trí gãy: Gãy 1/3 trên, 1/3 giữa, 1/3 dưới.

Gãy 1/3 trên căng tay ở người lớn di lệch: do các khối cơ dày bao phủ, lại có cơ sắp tròn co kéo nên nắm thường ít kết quả, phải mổ kết hợp xương.

* Phân loại theo kiểu gãy:

+ Gãy vững: gãy cành tươi, gãy đôi ngang, không có mảnh rời, ít di lệch.

+ Gãy không vững: Gãy chéo vát, gãy có mảnh rời, gãy nhiều đoạn.

2. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy kín, gãy hở độ I theo phân loại của Gustilo.

- Gãy ở trẻ em (từ 15 tuổi trở về).

- Gãy ít lệch hoặc không lệch.

- Người bệnh đến sớm (1 tuần trở lại).

- Gãy ở người lớn, gãy di lệch, gãy vào vị trí khó nắm...lẽ ra có chỉ định mổ kết hợp xương nhưng vì do nào đó người bệnh không mổ được (già yếu, có bệnh toàn thân nặng, không có điều kiện mổ, từ chối mổ).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương hở độ II trở lên.

- Gãy xương có kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, hoặc hội chứng chèn ép khoang.

- Chống chỉ định tương đối: người bệnh đến muộn (trên 1 tuần), gãy xương ở người lớn, vào các vị trí khó nắm...

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Chuyên khoa chấn thương hoặc ngoại chung: 4 người (1 chính và 3 phụ).

- Chuyên khoa gây mê hồi sức: 2 người (nếu người bệnh cần gây mê).

4.2. Phương tiện

- 1 bàn nắm thông thường.

- 1 đai vải to bản, đủ dài để cố định tay người bệnh vào bàn làm đối lực khi nắm.

- Thuốc gây mê hoặc gây tê: tùy theo tuổi, cân nặng (nếu gây mê, do bác sỹ gây mê chuẩn bị và thực hiện).

- Các dụng cụ thông thường khác: bông lót, bơm tiêm, dịch truyền, bộ dây truyền dịch, dụng cụ hồi sức cấp cứu, nước ngâm bột...

- Bột thạch cao 3-4 cuộn khổ 15 cm, thêm vài cuộn cỡ 10 cm để bó vùng cổ tay.

4.3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với bệnh nhi cần giải thích kỹ cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ áo tay bên bó bột.

- Với người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

4.4. Hồ sơ

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮM BÓ BỘT GỠ THÂN HAI XƯƠNG CĂNG TAY

5.1. Người bệnh

- Tư thế: nằm ngửa trên bàn nắn thông thường, đặt đai vải đối lực ở trên khuỷu, cố định vào bàn nắn. Cởi bỏ áo bên tổn thương, vệ sinh sạch bằng xà phòng. Tay để nửa sấp nửa ngửa.

- Gây tê: mỗi ổ gãy dùng 2 ống Xylocaine (hoặc Lidocaine) 1% pha loãng với 5 ml nước cất hoặc dung dịch Natriclorua 0,9%. Nếu gây mê, do bác sỹ gây mê thực hiện.

5.2. Các bước tiến hành

5.2.1. Nắn

- Trợ thủ 1: 2 tay nắm cổ tay (hoặc 1 tay nắm ngón 1, tay còn lại nắm 3 hoặc 4 ngón còn lại), kéo thẳng trục cẳng tay để sửa di lệch chùng (khoảng 3-5 phút).

- Người nắn chính: dùng các ngón dài của 2 tay giữ làm đối lực, lấy 2 ngón tay cái đẩy vào đầu xương gãy nắn sửa di lệch trước sau và di lệch trong ngoài, kiểm tra thấy không còn gò và ổ gãy đã vào phẳng phiu thì tiến hành dùng các ngón dài đặt ở sau giữa cẳng tay, 2 ngón cái đặt ở trước giữa cẳng tay bóp vào hướng của màng liên cốt nhằm tách cho 2 xương tách xa nhau, tránh đầu xương di lệch chụm lại do lực kéo của màng liên cốt. Khi cảm thấy được, đỡ nhẹ nhàng, giữ trục để bó bột. Trợ thủ 2: giúp việc, chạy ngoài... Cũng có thể nắn bằng cách nắn chùng: bẻ cho cẳng tay gấp góc thêm, nắn cho 2 đầu gãy gối vào nhau rồi duỗi thẳng cẳng tay ra (kiểu này nắn đỡ tổn nhiều lực, nhưng đòi hỏi người nắn có kinh nghiệm), sau đó nắn để tách màng liên cốt cũng tương tự như cách nắn trên.

5.2.2. Bó bột: bột Cánh - cẳng - bàn tay. Lưu ý:

- Bó bột 2 thì, thì 1 bó bột Cẳng - bàn tay, thì 2 tháo bỏ đai vải đối lực để bó tiếp lên vai. Rạch dọc bột hoàn toàn không để sót, dù chỉ là 1 sợi gạc.

- Với gãy 1/3 giữa và 1/3 trên: bó bột tư thế ngửa bàn tay để chống lại lực kéo của cơ sấp tròn. Gãy có kèm trật khớp quay trụ dưới: nắn khớp và khi bó bột, cho duỗi cổ tay và ngửa cẳng bàn tay.

5.2.3. Thời gian bất động: trung bình với người lớn 8-12 tuần (trẻ em tùy theo tuổi). Trong thời gian này:

- Sau 1 tuần cho chụp kiểm tra: với trẻ em và các loại gãy vững: thay bột tròn, nếu cần nắn sửa thêm, chủ yếu là sửa góc. Với gãy không vững: nếu tốt sẽ thay bột tròn hoặc nếu lo xương bị di lệch trong khi thay bột thì để thêm 7-10 ngày nữa mới thay bột tròn cũng được (trước khi thay bột, nên chụp kiểm tra để nếu cần còn nắn chỉnh thêm).

- Sau 3-4 tuần, chụp kiểm tra lần nữa, thay bột lần 2 nhằm tránh hiện tượng xương lệch thêm do lỏng bột.

- Giai đoạn 3-4 tuần sau cùng của quá trình mang bột, nếu gãy xương cẳng tay ở vị trí thấp (1/3 dưới trở xuống) có thể thay bột Cẳng - bàn tay cũng được. Nếu gãy 1/3 trên thì bắt buộc phải thay bột Cánh - cẳng - bàn tay đến khi kết thúc thời gian bất động.

6. THEO DÕI

- Nhẹ thì theo dõi điều trị ngoại trú.

- Nặng hoặc gãy di lệch, tay sưng nề thì cho vào viện theo dõi nội trú.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Sưng nề, rối loạn dinh dưỡng: nới bột, gác cao tay, cho vào viện theo dõi điều trị nội trú.

- Nghi ngờ có hội chứng chèn ép do bó bột, hội chứng khoang: mổ cấp cứu giải phóng mạch, kết hợp xương.

- Di lệch thứ phát trong gãy di lệch: mổ kết hợp xương có chuẩn bị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa- chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột.

NẮN, BÓ BỘT GỠ ĐÀU DƯỚI XƯƠNG QUAY

1. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy đầu dưới xương quay là loại gãy phổ biến nhất vùng cổ tay ở người lớn. Nguyên nhân thường do ngã chống tay. Hay gặp nhất là gãy kiểu Pouteau- Colles. Còn lại là gãy các kiểu khác: các loại gãy nội khớp, gãy mỏm trâm quay, gãy kèm gãy đầu dưới xương trụ hoặc gãy mỏm trâm trụ...- Gãy Pouteau-Colles (hoặc Colles): là gãy đầu dưới xương quay, đường gãy cách khe khớp cổ tay 2,5- 3 cm, là loại gãy ngoại khớp, có 2 kiểu di lệch điển hình là di lệch ra ngoài (tạo hình lưỡi lê) và di lệch ra sau (tạo hình đĩa).

- Trong một số ít trường hợp (khoảng 3%) đoạn gãy dưới có thể di lệch vào trong và ra trước (gãy Smiths, hoặc Goyrand).

2. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

2.1. Gãy kín, gãy hở độ I theo Gustilo.

2.2. Gãy đầu dưới xương quay ở trẻ em.

2.3. Tất cả các trường hợp gãy kín đầu dưới xương quay đến sớm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Gãy hở từ độ 2 trở lên theo Gustilo.

3.2. Gãy xương kèm tổn thương mạch, thần kinh, hội chứng khoang bàn tay.

3.3. Chống chỉ định tương đối: những trường hợp sưng nề nhiều, nhiều nốt phỏng, biểu hiện của rối loạn dinh dưỡng. Các trường hợp này nên bất động tạm bằng các loại nẹp, cho gác cao tay, thuốc men..., chờ ít ngày tay bớt sưng nề sẽ nắn bó bột thực thụ.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Chuyên khoa chấn thương hoặc ngoại chung: 3 người (1 chính và 2 phụ).

- Chuyên khoa gây mê hồi sức: 2 người (nếu người bệnh cần gây mê).

4.2. Phương tiện

- 1 bàn nắn thông thường.

- 1 đai vải to bản, đủ dài để cố định tay người bệnh vào bàn làm đối lực khi nắn.

- Thuốc gây mê hoặc gây tê.

- Bột thạch cao 3-4 cuộn khổ 15 cm.

4.3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với bệnh nhi cần giải thích kỹ cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ áo tay bên bó bột.

- Với người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

4.4. Hồ sơ

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.
- Với người bệnh gây mê cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Nắn chỉnh ổ gãy

5.1.1. Người bệnh

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa trên bàn, dùng dây đai to bản cố định khuỷu tay vào mấu ngang ở bàn nắn làm đối lực.

- Cẳng tay, bàn tay người bệnh để sấp (nếu gãy kiểu Pouteau-Colles và các di lệch ra sau), để ngửa (nếu gãy Smiths, Goyrand và các loại gãy di lệch ra trước khác).

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê tùy từng trường hợp cụ thể.

5.1.2. Các bước tiến hành: dựa vào sự di lệch trên phim XQ để nắn xương

5.1.2.1. Nắn gãy di lệch kiểu Pouteau-Colles

- Cố định khuỷu tay gấp 90°, sấp cổ bàn tay. Sau khi thuốc tê có hiệu lực:
- Người phụ 1: một tay nắm lấy ngón cái kéo theo trục của xương quay, tay kia nắm các ngón còn lại kéo theo hướng cẳng tay, kéo giãn chừng 3-5 phút.

- Người nắn chỉnh: nắn sửa di lệch ra sau bằng 2 cách chính:

- + Cách 1: dùng các ngón tay dài của 2 tay giữ phía trước cẳng tay và cổ tay người bệnh làm đối lực, dùng 2 ngón cái đẩy mạnh vào đầu dưới xương quay để sửa di lệch ra sau. Sau đó nắn nghiêng về phía trụ để sửa di lệch ra ngoài.

- + Cách 2: dùng 1 tay giữ ở phía trước cẳng tay và cổ tay làm đối lực, tay kia dùng cả cùi gan tay (cườm gan tay) đẩy mạnh vào đầu dưới xương quay để sửa di lệch ra sau. Nắn sửa di lệch ra ngoài tương tự như cách 1.

- + Cũng có thể nắn theo cách khác: vì gãy kiểu Pouteau-Colles, do 2 thành xương (thành sau của đoạn trên ổ gãy và thành trước của đoạn dưới ổ gãy) là các diện mặt phẳng tỳ lên nhau, dễ nắn, nên nắn sửa di lệch trong-ngoài xong thì mới nắn sửa di lệch trước-sau. Ngoài ra, có thể nắn bằng cách: đưa đầu dưới gấp góc thêm, rồi dùng 2 ngón tay cái đẩy trượt cho 2 diện gãy gối vào nhau rồi đột ngột duỗi cổ tay ra, xương sẽ được nắn vào tốt.

5.1.2.2. Nắn gãy kiểu Smiths, Goyrand và các kiểu gãy di lệch ra trước:

- Tay người bệnh để ngửa, nắn ngược chiều với cách nắn kiểu di lệch ra sau.
- Còn có thể nắn bằng cách: sau khi kéo giãn như trên, dựng đứng cẳng bàn tay người bệnh lên, dùng 2 ngón cái đẩy đầu dưới xương quay ra sau, gãy kiểu này đa số là gãy chéo nội khớp, xương có thể vào dễ.

5.1.2.3. Nắn gãy mỏm trâm quay, các loại gãy khác: tùy theo di lệch mà nắn

5.2. Bất động: bó bột Cẳng - bàn tay.

5.2.1. Các bước tiến hành bó bột

- Bước 1: Quần giấy vệ sinh hoặc bông lót, hoặc lồng bí tất jersey, đặt 1 dây rạch dọc chính giữa mặt trước cẳng bàn tay. Không đặt dây rạch dọc sang 2 bên hoặc ra sau cẳng tay. Giấy, bông hoặc jersey bao giờ cũng làm dài hơn bột.

- Bước 2: Rải nẹp bột: lấy 1 trong số những cuộn bột đã được chuẩn bị, rải lên bàn, xếp đi xếp lại hình Zích-zắc khoảng 4-6 lớp, độ dài của nẹp được đo trước (từ mỏm khuỷu đến khớp bàn-ngón), cuộn hoặc gấp nhỏ lại, ngâm nhanh trong nước, vớt ra, bóp nhẹ cho ráo nước, gỡ ra và vuốt cho phẳng, đặt nẹp bột ra sau tay theo mốc đã định, vuốt dọc nẹp bột vào sau cẳng bàn tay cho phẳng.

- Bước 3: Quán bột: quán vòng tròn quanh tay và nẹp bột đã đặt từ trước, quán đều tay theo kiểu xoay tròn ốc từ trên xuống dưới rồi từ dưới lên trên cho đến hết cuộn bột. Nếu thấy bột chưa đủ dày, vừa quán bột vừa thả tiếp 1 cuộn bột nữa vào chậu, lưu ý là nếu ngâm bột quá lâu hoặc quá vội mà vớt lên sớm đều không tốt. Thường thấy rằng, cuộn bột ngâm khi nào vừa hết sủi tăm là tốt. Bó bột nên lăn đều tay, nhẹ nhàng, không tỳ ngón tay vào một vị trí của bột quá lâu dễ gây lõm bột, quán đến đâu vuốt và xoa đến đấy, độ kết dính sẽ tốt hơn, bột sẽ nhẵn và đẹp. Thấy bột đã đủ dày, xoa vuốt, chỉnh trang cho bột nhẵn, đều và đẹp. Cần bọc lộ mô cái để tập sớm (trừ 1 số trường hợp đặc biệt, bột ôm cả mô cái và đốt 1 ngón cái như khi gãy xương thuyền, xương bàn 1, đốt 1 ngón 1).

- Bước 4: Rạch dọc bột và băng giữ ngoài bột: có thể rạch bột từ trên xuống hoặc từ dưới lên. Một tay cầm đầu dây nâng cao vuông góc với mặt da, một tay rạch bột theo đường đi của dây, cẩn thận không làm đứt dây. Để dây không bị tuột, nên quặt đầu dây, quán qua ngón 2 hoặc ngón 3. rạch từ trên xuống và rạch từ dưới lên, đến khi 2 đường rạch gần gặp nhau thì túm cả 2 đầu dây lên để rạch nốt, khi cầm dây lên xem, dây còn nguyên vẹn thì chắc chắn rằng bột đã được rạch dọc hoàn toàn. Băng giữ ngoài bột. Cuối cùng, đừng quên lau chùi sạch các ngón tay để tiện theo dõi màu sắc ngón tay trong quá trình mang bột.

5.2.2. Thời gian bất động: 4-5 tuần. Trong thời gian bất động: sau 7-10 ngày cho chụp kiểm tra, thay bột tròn, nếu có di lệch thứ phát thì nắn sửa thêm.

6. THEO DÕI

- Nhẹ thì theo dõi điều trị ngoại trú.

- Nặng hoặc gãy di lệch, tay sung nề thì cho vào viện theo dõi nội trú.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. Hội chứng chèn ép khoang gan tay: ít gặp. Nếu có: mổ cấp cứu giải phóng thần kinh giữa và các thành phần khác trong ống cổ tay.

7.2. Hội chứng Sudeck, rối loạn dinh dưỡng: điều trị phục hồi chức năng.

7.3. Tai biến muôn: can lệch (tùy tuổi người bệnh, tùy cơ năng mà quyết định).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa- chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột.

NẮN, BÓ BỘT GẦY THÂN XƯƠNG ĐÙI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Xương đùi là xương dài và to nhất, khỏe nhất trong bộ khung xương người, xung quanh có nhiều nhóm cơ khỏe bao bọc, do vậy gãy xương đùi thường do sang chấn mạnh và di lệch nhiều.

- Xương trẻ em còn phát triển theo chiều dài và chiều ngang nên một khi xương bị gãy, được kéo nắn thẳng và đủ chiều dài thì những di lệch gấp góc, di lệch sang bên, di lệch xoay ở mức độ vừa phải có thể sẽ tự điều chỉnh được theo thời gian.

2. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

2.1. Gãy xương đùi ở trẻ em dưới 10 tuổi chủ yếu điều trị bảo tồn, trẻ em 10 tuổi trở lên cần cân nhắc (trẻ em ở lứa tuổi này chỉ định mổ rộng rãi hơn).

2.2. Gãy xương đùi người lớn, lẽ ra có chỉ định mổ, nhưng vì điều kiện y tế và tình trạng người bệnh không thể tiến hành phẫu thuật được.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Gãy hở độ II của Gustilo trở lên.

3.2. Gãy xương kèm tổn thương mạch máu, thần kinh.

3.3. Chống chỉ định tương đối: không áp dụng cho những người quá già, yếu không thể mang được bột Chậu - lưng - chân (các trường hợp này có thể bó bột chống xoay, nhưng nên bó cao lên sát bẹn).

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Chuyên khoa xương hoặc ngoại chung: 4-5 người, ít nhất cũng là 4 (1 chính, 3 phụ).

- Chuyên khoa gây mê : 1 bác sĩ và 1 phụ mê.

4.2. Phương tiện

- Bàn nắn: bàn chỉnh hình Pelvie.

- Thuốc gây tê hoặc gây mê (nắn bó bột xương đùi hầu hết phải gây mê, chỉ gây tê với những trường hợp gãy không lệch, gây tê khi này chỉ có tác dụng khi vận chuyển người bệnh lên bàn Pelvie và tiến hành bó bột, để người bệnh khỏi bị đau mà thôi).

- Bột thạch cao: 15 cuộn bột khổ 20 cm; 2-3 cuộn bột khổ 15 cm. Trẻ em thì tùy theo tuổi, kích thước cơ thể để chuẩn bị bột.

- Băng lót, cồn 70o, dây và dao rạch dọc, dụng cụ gây mê hồi sức, o xy, dịch truyền, nước ngâm bột...

4.3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng xương gãy, cởi bỏ quần áo.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

4.4. Hồ sơ

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Nắn chỉnh ở gãy

- Tư thế người bệnh: Nằm ngửa trên bàn chỉnh hình.

- Gây mê, tốt nhất có giãn cơ.

- Trước hết kéo thẳng trục sửa di lệch chồng, kéo từ từ cho đến khi lấy đủ chiều dài so với chân lành (thường kéo dài hơn một chút). Tiếp theo người nắn chỉnh sẽ căn cứ hình ảnh trên phim XQ mà nắn chỉnh các di lệch theo thứ tự: di lệch sang bên, di lệch gấp góc. Sau đó xoay dựng thẳng bàn chân để cố định tư thế bó bột.

5.2. Bật động

5.2.1. Với gãy 1/3 dưới: bó bột Chậu - lưng - chân. Bó bột Chậu - lưng - chân gồm 2 thì:

* Thì 1: bó bột Chậu - lưng - đùi: (bó từ khung chậu đến gối).

- Người bệnh được đặt nằm trên bàn như đã mô tả ở trên, hai bàn chân được cố định chặt vào 2 đế giày của khung kéo. Với người bệnh nam, nhớ vén bìu người bệnh lên để khi kéo nắn bìu không bị kẹt vào ống đối lực.

- Quay vô lăng để căng chỉnh, nắn xương gãy (như mô tả ở trên). Chân bên lành cũng được căng chỉnh làm đối lực, nhưng lực căng thường giảm hơn bên chân có tổn thương.

- Chỉnh 2 khung đỡ 2 chân cho chân dẹt ra và xoay vào rồi cố định khung lại (bằng cờ-lê có sẵn). Quần giấy vệ sinh hoặc bông lót toàn bộ vùng định bó bột (nên quần lót rộng rãi hơn phần bó bột).

- Đo chu vi khung chậu và dùng bột khổ lớn nhất (20 cm) để rải 1 đai bột to, rộng (thường rộng từ 20 cm trở lên, tùy hình thể người bệnh), đủ dài để bó vòng quanh khung chậu và bụng. Ngâm bột nhanh, vắt ráo nước, vuốt phẳng đai bột, luồn qua dưới lưng người bệnh. Bên kia, trợ thủ viên đón đầu đai bột. Đưa 2 đầu đai bột gặp nhau và gối lên nhau ở trước giữa bụng. Nên đặt 1 gối mỏng trước bụng, bó xong thì rút bỏ để tránh bột chặt khi người bệnh ăn no.

- Rải tiếp 2 nẹp bột to bản nữa, đủ dài:

+ 1 nẹp đặt từ trước bụng bên tổn thương, gối lên phần đai bột đã đặt trước đó (đai bột vòng quanh khung chậu và bụng). Quần bắt chéo qua cung đùi ra ngoài, để ra sau đùi, quần chéo từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong cho hết nẹp bột.

+ 1 nẹp bột nữa tương tự, nhưng quần chéo và xoay tròn ốc theo chiều ngược lại với nẹp bột trên. Xuất phát điểm từ sau mào chậu, quần vòng từ trên xuống dưới, qua mào chậu để từ ngoài vào trong, từ trước ra sau và cuối cùng từ trong ra ngoài cho hết chiều dài của nẹp bột. Mép trên của nẹp bột trùng với cung đùi. Có thể đặt 2 nẹp bột trên không bắt chéo mà song song nhau, cùng chiều nhau, gối nhau 1 ít, đỡ bị cộm.

- Dùng bột rải kiểu Zích-zắc tăng cường vùng trước bẹn. Đến đây coi như xong phần rải và đặt các nẹp bột.

- Quần bột: dùng bột to bản (cỡ 20 cm) quần từ trên xuống dưới, đến gối thì dừng lại (có thể bó xuống đến 1/3 dưới cẳng chân), quần ngược lên trên, quần lên quần xuống như vậy đến khi cảm thấy đủ dày thì được. Nhớ quần bổ sung cho đai bột ở xung quanh bụng và khung chậu đã được đặt ban đầu. Cũng như các loại bột bó 2 thì khác, chỗ bột nối nhau giữa 2 thì nên bó mỏng dần để khi bó bột thì 2, bột gối lên nhau khỏi bị cộm.

* Thì 2:

- Cắt băng cố định cổ bàn chân khỏi để giày.

- Đưa người bệnh sang bàn nắn thường để bó nốt bột Cẳng - bàn chân (như bó bột Cẳng - bàn chân). Xong rồi thì xoa vuốt, chỉnh trang lần cuối.

- Nếu bó bột Chậu - lưng - chân-đùi, phần bột đùi đối diện được bó đồng thời với bên đùi tổn thương, đặt các nẹp và kỹ thuật bó tương tự như bên đùi tổn thương.

- Lau chùi sạch các ngón chân để dễ theo dõi.

- Bột cấp cứu: vẫn rạch dọc bột từ bẹn trở xuống.

5.2.2. Với gãy 1/3 trên và 1/3 giữa: bó bột Chậu - lưng - chân-đùi (nghĩa là bó bột Chậu - lưng - chân bên tổn thương, bó thêm đùi bên lành nữa).

5.3. Thời gian bất động bột: với người lớn trung bình 12 tuần (với trẻ em, tùy theo tuổi). Sau 1 tuần chụp kiểm tra, nếu có di lệch thứ phát thì nắn lại (như nắn lần đầu), hoặc chuyển mổ kết hợp xương có chuẩn bị. Nếu không di lệch thứ phát, sau 2-3 tuần nữa thay bột, tránh hiện tượng di lệch thêm do lỏng bột (bó bột lần này vì xương đã có can non, không cần thiết phải gây mê).

6. THEO DÕI

- Nhẹ: theo dõi điều trị ngoại trú.

- Nặng, có tổn thương phối hợp, sung nề: cho vào viện theo dõi điều trị nội trú.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tai biến mạch máu, thần kinh: rất hiếm gặp. Có thể gặp tổn thương động mạch đùi chung, động mạch đùi nông, động mạch đùi sâu: XỬ TRÍ theo tổn thương.

- Khi người bệnh đau bụng, cần nhanh chóng rạch dọc bột ở phần bụng và rạch dọc bột từ bẹn trở xuống, để tiện cho việc theo dõi, thăm khám và xử trí. Theo dõi, nếu không phải XỬ TRÍ cấp cứu ngoại khoa, sẽ quấn tăng cường để trả lại nguyên trạng của bột sau.

- Bột bó 2 thì, thì 1 bột được bó khi chân được kéo rất căng trên khung, bó xong rồi chân người bệnh được giải phóng sức căng, chân sẽ dãn lên do lực co của cơ, dễ gây chèn ép và mép bột có thể thúc vào bẹn gây đau hoặc loét, nên phải quấn đệm lót cho dày, nhất là vùng bẹn, gối, cổ chân. Bó xong nên sửa mép bột ở bẹn cho rộng rãi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa- chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột.

NẮN, BÓ BỘT GỠY MÂM CHÀY

1. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy mâm chày là loại gãy xương nội khớp đầu trên xương chày.
- Là phần xương xẹp nên gãy mâm chày sẽ chảy máu ồ ạt nhiều, gây sưng nề, rối loạn dinh dưỡng, có thể kèm theo các tai biến nguy hiểm như hội chứng khoang, tắc mạch.

- Là loại gãy xương dễ liền, ít khi thấy khớp giả.

2. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

2.1. Gãy kín.

2.2. Gãy mâm chày không di lệch hoặc di lệch ít (di lệch và lún dưới 5mm).

2.3. Gãy có di lệch, có chỉ định mổ, nhưng vì một lý do nào đó không mổ được (thể trạng già yếu, có bệnh toàn thân nặng, không có điều kiện mổ, từ chối mổ).

2.4. Với những trường hợp gãy nhiều mảnh phức tạp, phẫu thuật kết hợp xương khó khăn có thể điều trị bảo tồn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Không điều trị bảo tồn những trường hợp gãy hở.

3.2. Gãy xương kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang.

3.3. Thận trọng: những trường hợp sưng nề, nốt phỏng nhiều nên kê chân cao trên khung (có thể kéo liên tục qua xương gót), chờ khi chân bớt nề sẽ bó bột.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Chuyên khoa chấn thương hoặc ngoại chung: 4 người (1 chính và 3 phụ).

- Chuyên khoa gây mê hồi sức: 2 (nếu người bệnh cần gây mê).

4.2. Phương tiện

- Bàn nắn:

+ Trường hợp đơn giản, ít lệch: bàn nắn bình thường. Cần 1 đệm gỗ để kê dưới chân người bệnh khi bó bột.

+ Trường hợp khó, phức tạp: bàn nắn chỉnh hình có hệ thống kéo và căng chỉnh (bàn Pelvie).

- Thuốc gây tê hoặc gây mê. Nếu gây tê: 2-3 ống Lidocaine (hoặc Xylocaine) 1% pha loãng trong 5-10 ml nước cất (hoặc huyết thanh mặn 0,9%). Nếu gây mê: do bác sỹ gây mê chuẩn bị và thực hiện.

- Bột thạch cao: 4-5 cuộn khổ 20 cm, 3-4 cuộn khổ 15 cm.

- Các dụng cụ phương tiện tối thiểu khác: bông lót, bơm tiêm, dịch truyền, dây truyền dịch, dây và dao rạch dọc, cồn tiêm, dụng cụ gây mê hồi sức, nước ngâm bột, băng vải (hoặc băng thun) để quấn ngoài bột...

4.3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng xương gãy, cởi bỏ quần bên tổn thương.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

4.4. Hồ sơ

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

5.1. Nắn chỉnh ổ gãy

- Tư thế người bệnh: Nằm ngửa trên bàn, tốt nhất là bàn chỉnh hình.

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê (nếu gây mê, do bác sỹ gây mê tiến hành).

- Sát trùng rộng vùng khớp gối, đi găng vô khuẩn hút máu tụ trong khớp gối.

- Kéo thẳng trục, giữ cho phần mềm quanh gối căng. Người nắn chỉnh dùng 2 tay đẩy ép mảnh gãy về vị trí.

5.2. Bật bột: Bó bột Đùi - cẳng - bàn chân rạch dọc.

5.2.1. Bó bột trên bàn nắn thông thường

- Bước 1: Quấn lót chân bằng giấy vệ sinh, hoặc bông, hoặc đi bít tất vải jersey. Vùng khớp gối và cổ chân cần độn lót dày hơn tránh đau và sự tỳ đè gây loét.

Đặt dây rạch dọc trước đùi, gối, cẳng bàn chân (cho bột cấp cứu). Dây rạch dọc nên để dài một chút cả về 2 đầu, đầu trên lên quá nếp bẹn chừng 20-30 cm, đầu dưới nên cài vào kẽ ngón 2-3, vòng quanh ngón 2 để dây khỏi tuột khi rạch bột.

- Bước 2: bó bột thì 1 (bó bột Cẳng - bàn chân): Dùng độn gỗ kê dưới khoeo người bệnh. Rải và đặt 1 nếp bột tăng cường ở phía sau cẳng, bàn chân để tiến hành bó bột Cẳng - bàn chân. Quấn bột xuất phát điểm là từ cổ chân, quấn từ dưới lên trên rồi từ trên xuống dưới theo kiểu xoáy tròn ốc, bó đến đâu xoa và vuốt đến đó cho bột kết dính tốt hơn, khi cảm thấy bột đủ độ dày thì được. Lưu ý 3 điểm:

+ Một là: vùng trước cổ chân cũng giống như vùng trước của khuỷu tay, nếu bó không khéo thì bột sẽ bị căng như 1 dây cung, vừa xấu bột, vừa không bắt động được tốt. Nên dùng bột cỡ nhỏ và nhiều khi dùng kéo cắt xẻ tà (cắt bán phần băng bột khi bó bột đến cổ chân), để XỬ TRÍ hiện tượng căng bột, bột sẽ đẹp hơn.

+ Hai là: Nơi mép trên của bột bó thì 1, nên bó mỏng dần, nếu bó dày vuông thành sắc cạnh, khi bó bột thì 2 nối vào, bột dễ bị cộm hoặc dễ long lờ, gãy bột.

+ Ba là: nên làm nhanh tay, vì bột bó 2 thì, nếu làm chậm, bột thì 1 đã khô cứng hẳn, sẽ khó kết dính tốt với bột bó ở thì 2 (giống như thợ xây đổ bê tông 2 thì, họ cũng phải làm như vậy thì khối bê tông mới vững chắc được).

- Bước 3: bó bột thì 2 (bó tiếp bột lên đùi): Bỏ độn gỗ, 1 trợ thủ viên cầm cổ chân kéo chéo chân người bệnh lên, 1 trợ thủ viên dùng 2 tay đỡ dưới đùi người bệnh và kỹ thuật viên chính tiến hành bó bột. Rải tiếp 1 nẹp bột to bản, ngâm nhanh, vắt ráo nước và đặt phía sau đùi, đầu dưới nẹp gối lên mép bột vừa bó ở thì 1. Dùng bột khô to quấn đè lên 1 phần bột đã bó, cũng quấn bột vòng tròn, xoay tròn ốc từ dưới lên trên, rồi từ trên xuống dưới, đến khi thấy đủ độ dày thì thôi, theo mốc đã định từ ban đầu. Chú ý tăng cường chỗ bột nối 2 thì để bột khỏi bị long lở.

5.2.2. Bó bột trên bàn chỉnh hình (Pelvie): vẫn bó 2 thì, nhưng khác là:

+ Thì 1: bó ống bột trước, bột ở gần cổ chân cũng bó mỏng dần, để khi bó bột thì 2 nối vào, bột khỏi bị cộm, đẹp và không bị đau.

+ Thì 2: Bó nối thêm bột ở cổ chân, bàn chân: sau khi bó xong ống bột, đỡ người bệnh khỏi bàn Pelvie, đặt nằm trên bàn thường, bó nối tiếp phần bột ở cổ, bàn chân. Nếu bột cấp cứu thì rạch dọc bột.

5.2.3. Bột Đùi- cẳng - bàn chân que ngang: để chống di lệch xoay, bằng cách bó đến cổ chân được 4-5 lớp thì đặt 1 que ngang dưới vùng gót (que ngang này đặt song song với mặt phẳng nằm ngang), bó tiếp bột ra ngoài, đến khi xong.

- Với gãy rạn mâm chày, có thể bó ống bột rạch dọc.

5.3. Thời gian bất động bột: với người lớn: 6-8 tuần (trẻ em tùy theo tuổi).

6. THEO DÕI

- Những trường hợp nặng, nên cho vào viện theo dõi và điều trị nội trú.

- Gãy mâm chày là một loại gãy cần phải theo dõi chu đáo, để phát hiện sớm các biến chứng như: chèn ép bột, hội chứng khoang. Phải theo dõi hàng giờ tình trạng của chi.

- Cần kê chân cao, theo dõi sát cảm giác đau của người bệnh, vận động, cũng như màu sắc, nhiệt độ của ngón chân (giống như với gãy cẳng chân ở vị trí 1/3 trên).

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Với những trường hợp biến chứng mạch máu, hội chứng khoang cần phải siêu âm Doppler (hoặc chụp mạch), mổ cấp cứu để xử trí tổn thương.

- Chân sưng nề, rối loạn dinh dưỡng: nới bột rộng rãi, kê cao chân, thuốc chống sưng nề...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa- chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột.

NẮN, BÓ BỘT VỠ XƯƠNG BÁNH CHÈ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Là xương vùng lớn nhất trong cơ thể (1 xương nằm ở trong gân).

- Xương bánh chè có hình tam giác, đáy ở phía trên có gân cơ tứ đầu đùi bám, đỉnh hoặc cực dưới có gân bánh chè bám, nên khi xương gãy thường là di lệch, mà đã lệch thì không nắn được, do lực kéo rất khỏe của 2 gân cơ nói trên. Các trường hợp gãy chéo hoặc gãy dọc, xương bánh chè thường ít lệch.

- Xương bánh chè nằm ngay dưới da, trước gối và mặt sau tựa vào nền cứng là các lồi cầu xương đùi. Vì thế khi ngã đập gối dễ gây vỡ xương bánh chè. Trẻ em rất ít gặp vỡ xương bánh chè.

2. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

2.1. Chỉ định điều trị bảo tồn với những trường hợp vỡ xương bánh chè ít lệch, khi các mảnh vỡ xương bánh chè xa nhau dưới 3mm, mặt khớp di lệch dưới 2mm.

2.2. Các trường hợp gãy di lệch nhưng vì một lý do nào đó người bệnh không thể mổ (bệnh toàn thân nặng, tình trạng sức khỏe không thể tiến hành mổ hoặc không thể tiến hành gây mê được, người bệnh không có điều kiện mổ, từ chối mổ...).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Không điều trị bảo tồn với trường hợp gãy hở xương bánh chè.

3.2. Có tổn thương mạch máu hay thần kinh, hội chứng khoang.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện: Chuyên khoa chấn thương hoặc ngoại chung: 3 người (1 chính và 2 phụ).

4.2. Phương tiện

- Bàn nắn: bàn nắn bình thường. Cần thêm 1 độn gỗ để kê cao cổ chân người bệnh khi bó bột.

- Thuốc gây tê.

- Bột thạch cao: 5-6 cuộn bột khổ 20cm.

4.3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng gối, cởi bỏ quần.

4.4. Hồ sơ

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Nắn chỉnh ổ gãy

- Tư thế người bệnh: Nằm ngửa trên bàn, tốt nhất là bàn chỉnh hình.

- Sát trùng rộng vùng khớp gối, đi găng vô khuẩn, gây tê tại chỗ.

- Hút máu tụ trong khớp gối: dùng bơm tiêm 20ml hoặc to hơn, mũi kim to, chọc qua khe khớp bánh chè-đùi bên ngoài (túi cùng bên ngoài của cơ tứ đầu đùi). Không cần phải hút hết dịch máu, phần máu còn lại sẽ tự tiêu đi, cũng không cần hút ở túi cùng trong, vì 2 túi cùng này thông với nhau.

- Nắn chỉnh, ở đây chủ yếu là nắn chỉnh di lệch theo chiều trước-sau và di lệch sang bên, còn di lệch rời xa nhau (giãn cách) như trên đã nói, do gân tứ đầu kéo lên, gân bánh chè kéo xuống, nên không thể nắn được.

5.2. Bật động: Bó ống bột rạch dọc

5.2.1. Người bệnh

- Nằm ngửa, gót chân kê cao trên độn gỗ.

- Được cởi hoặc cắt bỏ quần bên bó bột.

- Nếu hút dịch hoặc máu tụ khớp gối, phải đảm bảo nguyên tắc vô trùng: vệ sinh bằng xà phòng, sát trùng cồn 70o rộng rãi, trải toan lỗ đã hấp tiệt trùng, đi găng hấp. Chọc hút: dùng bơm tiêm 20 ml hoặc to hơn, kim to và dài, chọc ở vị trí túi cùng cơ tứ đầu đùi ngoài (phần căng phồng ở phía trên-ngoài của cực trên xương bánh chè). Chỉ cần chọc hút ở 1 vị trí trên, do các túi cùng thông nhau, dịch hoặc máu tụ sẽ ra tốt. Không cố hút hết dịch hoặc máu, còn một ít, dịch hoặc máu sẽ tự tiêu trong 1 vài tuần.

5.2.2. Các bước tiến hành bó bột

- Bước 1: Quần giấy hoặc bông lót, hoặc lông tất jersey, đặt dây rạch dọc mặt trước đùi, gối, cẳng chân. Vùng khớp gối và cổ chân nên độn dày hơn để đỡ đau và đỡ chèn ép. Đặt dây rạch dọc (với bột cấp cứu) ở phía trước đùi, gối, cẳng chân).

- Bước 2: Đặt nẹp bột: Rải 1 nẹp bột bằng bột khô rộng theo độ dài đo trước, theo mốc đã định, chú ý vuốt cho nẹp bột phẳng phiu, đỡ cộm khi bó bột.

- Bước 3: Quần bột:

+ Trong khi trợ thủ 1 giữ nẹp bột vào mặt sau đùi, 1 tay dưới đầu trên nẹp, 1 tay dưới khoeo người bệnh, trợ thủ 2 giữ nẹp bột, 1 tay dưới mặt sau cẳng chân, 1 tay dưới đầu nẹp ở cổ chân.

+ Kỹ thuật viên chính tiến hành quần bột: dùng bột to bản quần từ giữa gối, quần từ dưới lên trên, rồi từ trên xuống dưới kiểu xoáy tròn ốc, quần đến đầu, trợ thủ viên nhắc tay ra đỡ chân người bệnh ở vị trí khác, 2 trợ thủ viên nhớ dùng cả lòng bàn tay để đỡ bột và thay đổi liên tục vị trí đỡ bột để bột khỏi bị móp, bị lõm. Thường thì bó 6-8 lớp là đủ. Xoa, vuốt, chỉnh trang cho bột nhẵn, phẳng và đẹp. Đỡ bột cho khô dần ở tư thế duỗi (nhưng không để ưỡn tối đa, gây khó chịu khi mang bột).

- Bước 4: Rạch dọc bột (nếu bột cấp cứu).

5.3. Thời gian bất động bột: 4-6 tuần.

6. THEO DÕI

- Nhẹ thì điều trị ngoại trú (vỡ xương bánh chè thường là nhẹ).

- Sung nề nhiều hoặc có tổn thương phối hợp thì theo dõi điều trị nội trú.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Thường chỉ có tai biến khi có thương tổn phối hợp như gãy vùng 1/3 trên cẳng chân, mâm chày, lồi cầu xương đùi. Cần theo dõi sát sao nhằm phát hiện sớm các biểu hiện của hội chứng chèn ép khoang hoặc rối loạn dinh dưỡng nặng để có biện pháp xử trí kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa- chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột.

NẮN, BÓ BỘT GẦY THÂN XƯƠNG CẰNG CHÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Cẳng chân có hai xương: xương chày và xương mác, xương chày chịu toàn bộ sức tỳ nén của cơ thể nên cần nắn chỉnh tốt. Xương mác chỉ quan trọng khi gãy ở vị trí 1/3 dưới hoặc đầu dưới (nơi cùng đầu dưới xương chày và xương sên cấu tạo nên khớp cổ chân).

- Khi xương chày bị gãy, vì có cân cơ dẹt (một loại cân nội cơ), vách liên cơ lại dày và chắc nên nguy cơ dẫn đến hội chứng khoang, đặc biệt là ở vùng 1/3 trên cẳng chân.

- Dinh dưỡng vùng cẳng chân nói chung kém, tuần hoàn tĩnh mạch dễ bị ứ trệ, vùng 1/3 dưới xương hầu như chỉ được bao quanh bởi các nhóm gân và da do vậy gãy xương chày ở người lớn và người già thường chậm liền.

- Xương chày hình lăng trụ tam giác, mặt trước trong không được cơ che phủ, nên dễ bị gãy hở, gây nhiều khó khăn trong điều trị, đặc biệt là vấn đề nhiễm khuẩn.

2. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

Ngày nay chỉ định phẫu thuật rộng rãi điều trị gãy hai xương cẳng chân.

Chỉ định bảo tồn với những trường hợp sau:

2.1. Gãy không di lệch hoặc di lệch ít.

2.2. Gãy di lệch lệch ra có chỉ định mổ, nhưng do điều kiện y tế, tình trạng người bệnh không tiến hành phẫu thuật được (thể trạng kém, có bệnh toàn thân nặng như tiểu đường nặng, bệnh tim mạch, rối loạn đông máu...).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Không điều trị bảo tồn những trường hợp gãy hở độ II của Gustilo trở lên chưa được XỬ TRÍ phẫu thuật.

3.2. Gãy xương kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang.

3.3. Những trường hợp sưng nề, nốt phồng nhiều nên kê chân cao trên khung (có thể kéo liên tục qua xương gót) chờ khi chân bớt nề sẽ bó bột.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Chuyên khoa chấn thương hoặc ngoại chung: 4 người (1 chính và 3 phụ).
- Chuyên khoa gây mê hồi sức: 2 (nếu người bệnh cần gây mê).

4.2. Phương tiện

- Bàn nắn:
- + Trường hợp đơn giản, ít lệch: bàn nắn bình thường. Cần thêm 1 đệm gỗ để kê dưới chân người bệnh.
- + Trường hợp khó, phức tạp: bàn nắn chỉnh hình có hệ thống kéo và căng chỉnh (bàn Pelvie).

- Thuốc gây tê hoặc gây mê.

- Bột thạch cao: 4-5 cuộn khổ 20 cm, 3- 4 cuộn khổ 15 cm.

4.3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.
- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ quần .
- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

4.4. Hồ sơ

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.
- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Nắn chỉnh ổ gãy

- Tư thế người bệnh: Nằm ngửa trên bàn, tốt nhất là bàn chỉnh hình.
- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

5.1.1. Nếu dùng bàn chỉnh hình: cố định cổ bàn chân vào giá kéo qua một băng vải quấn vào cổ chân. Tăng dần lực kéo để sửa di lệch chùng. Sau đó tùy theo di lệch thế nào, dùng hai lòng bàn tay đặt ở trên và dưới ổ gãy, ép đẩy hai đầu xương về vị trí. Thả chùng dây kéo để hai đầu xương cài vào nhau. Kiểm tra bằng cách sờ dọc mào chày và mặt trước trong xương chày (là các vị trí xương chày nằm ngay dưới da, dễ kiểm tra nhất). Chụp kiểm tra nếu hai đầu xương gãy áp vào nhau là được. Các di lệch gấp góc vượt quá giới hạn cho phép là 15o với gãy 1/3 giữa và 10o với 1/3 trên có thể dễ dàng sửa bằng cách cắt bột hình chêm (còn gọi là cắt múi cam) sau khoảng 2-3 tuần đầu.

5.1.2. Nếu nắn trên bàn thường: để gối gấp qua mép cuối bàn, có đệm lót mặt dưới đùi cho êm. Người nắn ngồi trên ghế thấp, kẹp chặt bàn chân người bệnh vào giữa hai

đầu gối kéo giãn căng chân xuống (hoặc trợ thủ 1 dùng tay để kéo cũng được). Có thể tăng lực kéo giãn bằng cách nâng bàn cao hơn để sửa di lệch chông. Hai tay được tự do nắn chỉnh di lệch như mô tả trên. Để cơ giãn và chùng ra tiện lợi hơn trong việc nắn, nhiều khi người ta để chân buông thông, buộc băng qua cổ chân để kéo tạ với trọng lượng 5-7 kg, trong khoảng 10-12 phút rồi mới tiến hành kéo nắn như trên.

5.2. Bất động: bó bột Đùi - căng - bàn chân rạch dọc 2 thì.

5.2.1. Bó bột trên bàn thông thường

- Bước 1: Quần lót chân bằng giấy vệ sinh, hoặc bông, hoặc đi bít tất vải Jersey. Đặt dây rạch dọc trước đùi, gối, căng bàn chân (cho bột cấp cứu).

- Bước 2: bó bột thì 1 (bó bột Căng - bàn chân): Dùng độn gỗ kê dưới khoeo người bệnh. Rải và đặt 1 nẹp bột tăng cường ở phía sau căng, bàn chân để tiến hành bó bột Căng - bàn chân. Quần bột xuất phát điểm là từ cổ chân, quấn từ dưới lên trên rồi từ trên xuống dưới theo kiểu xoáy tròn ốc, bó đến đâu xoa và vuốt đến đó cho bột kết dính tốt hơn, khi cảm thấy bột đủ độ dày thì được. Lưu ý 3 điểm:

+ Một là: dây rạch dọc nên đặt chùng, bột bó không bị căng ở trước cổ chân.

+ Hai là: Nơi mép trên của bột bó thì 1, nên bó mỏng dần, nếu bó dày vuông thành sắc cạnh, khi bó bột thì 2 nổi vào, bột dễ bị cộm hoặc dễ long lở, gãy bột.

+ Ba là: nên làm nhanh tay, vì bột bó 2 thì, nếu làm chậm, bột thì 1 đã khô cứng hẳn, sẽ khó kết dính tốt với bột bó ở thì 2.

- Bước 3: bó bột thì 2 (bó tiếp bột lên đùi): Bỏ độn gỗ, 1 trợ thủ viên cầm cổ chân kéo chéo chân người bệnh lên, 1 trợ thủ viên dùng 2 tay đỡ dưới đùi người bệnh và kỹ thuật viên chính tiến hành bó bột. Rải tiếp 1 nẹp bột to bản, ngâm nhanh, vắt ráo nước và đặt phía sau đùi, đầu dưới nẹp gối lên mép bột vừa bó ở thì 1. Dùng bột khô to quấn đè lên 1 phần bột đã bó, cũng quấn bột vòng tròn, xoáy tròn ốc từ dưới lên trên, rồi từ trên xuống dưới, đến khi thấy đủ độ dày thì thôi, theo mốc đã định từ ban đầu. Chú ý tăng cường chỗ bột nối 2 thì để bột khỏi bị long lở.

5.2.2. Bó bột trên bàn chỉnh hình

- Thì 1: bó ống bột.

- Thì 2: gỡ chân người bệnh ra khỏi khung kéo, chuyển người bệnh lên bàn thường để bó tiếp xuống cổ chân và bàn chân.

5.2.3. Bột Đùi - căng - bàn chân que ngang: để chống di lệch xoay, bằng cách bó đến cổ chân được 4-5 lớp thì đặt 1 que ngang dưới vùng gót (que ngang này đặt song song với mặt phẳng nằm ngang), bó tiếp bột ra ngoài, đến khi xong.

Bột bó trong cấp cứu phải rạch dọc hoàn toàn, không để sót dù là 1 sợi gạc.

5.2.4. Thời gian bất động bột: với người lớn tổng thời gian mang bột trung bình khoảng 12 tuần. Trong quá trình bất động ấy:

- Sau 1 tuần đầu, chụp kiểm tra nếu di lệch thứ phát có thể nắn lại (như với nắn lần đầu) hoặc chuyển mổ có chuẩn bị. Nếu tốt: thay bột tròn (nên đỡ nhẹ nhàng).

- Sau 3-4 tuần tiếp theo, lại chụp kiểm tra lần nữa và thay bột, tránh hiện tượng bột lỏng dần gây di lệch thứ phát trong bột.

- 1 tháng cuối cùng của quá trình bất động, tùy vị trí gãy cao hay thấp mà có thể thay bột Căng - bàn chân hoặc bột Ôm gối (với gãy thấp), hoặc bột Ống (với gãy cao gần gối).

6. THEO DÕI

Nhẹ thì điều trị ngoại trú, nặng thì cho vào theo dõi nội trú.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Gãy cẳng chân, đặc biệt là gãy ở vị trí 1/3 trên thì biến chứng hay gặp và nguy hiểm nhất là hội chứng chèn ép khoang hoặc chèn ép do bó bột không đúng nguyên tắc (không rạch dọc bột trong bó bột cấp cứu).

- Với những trường hợp biến chứng mạch máu, hội chứng khoang cần phải mổ cấp cứu để xử trí tổn thương, càng sớm càng tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa- chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột.

NẮN, BÓ BỘT GỠ XƯƠNG GÓT

1. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy xương gót nguyên nhân chính là ngã cao, hai gót chân tiếp đất, trọng lượng của cơ thể dồn xuống làm vỡ dọc và ngang xương gót. Cơ chế này thường kèm gãy cột sống.

- Điều trị phẫu thuật cũng như bảo tồn còn nhiều khó khăn, kết quả chưa được tốt.

- Di chứng: can lệch xương gót, trật khớp sên gót, đi lại đau đớn kéo dài, gót chân bẹt ra ảnh hưởng thẩm mỹ nữa.

- Chẩn đoán lâm sàng:

+ Nhìn từ phía sau khi người bệnh đứng: gót chân bè rộng, vẹo ngoài, gót chân phẳng hơn.

+ Bầm tím máu tụ ở mặt trong bàn chân.

+ Khi đứng tý đề đau, phần nhiều là không đứng được.

- Cận lâm sàng:

Chụp X quang: thẳng và nghiêng. Đặc biệt phim thẳng thấy rõ toàn bộ xương gót. Phim thẳng xương gót, bóng phải để 1 góc 40 độ so với mặt phẳng đứng dọc. Bàn chân gấp mu chân. Phim nghiêng xem được xương gót và khớp sên gót: đo góc Boehler tạo nên bởi 2 đường: đường phía trước đi qua đỉnh cao nhất của xương gót với mỏm cao nhất của chỏm xương. Đường phía sau đi qua đỉnh cao nhất của xương gót tới điểm cao nhất của lồi củ sau xương gót. Bình thường góc này từ 20-40 độ. Nếu góc nhỏ đi, hoặc âm thể hiện sự lún của xương gót. Chụp cắt lớp dựng hình nếu có điều kiện.

2. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GỠ XƯƠNG GÓT

- Vỡ dọc lồi củ xương gót: loại vỡ này nếu không vào mặt khớp tiên lượng rất tốt. Lâm sàng sưng nề nhiều, không cần nắn, chỉ cần băng ép và gác cao chân 1 tuần, quá trình phù nề giảm đi.

Tỳ chân ít một, không hoàn toàn. Đi bằng nạng trong 4 tuần. Độn miếng đệm êm ở gót chân trong giày.

- Vỡ ngang xương gót: chia 2 mức độ, mảnh gãy còn dính với phần thân xương: điều trị bảo tồn.

- Vỡ mỏm chân đế gót di lệch ít (không quá 2mm).

- Gãy thân xương gót không kèm theo trật khớp sên gót.

- Gãy thân xương gót kèm theo tổn thương mặt khớp sên gót, nhưng xương gãy ít lệch.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương hở, hoặc gãy xương gót có kèm vết thương khớp cổ chân, gãy hở các xương khác vùng cổ bàn chân.
- Có tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang, loét sẵn do tiểu đường, gout...

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Như với bó các bột ở trên (chuyên khoa xương hoặc ngoại chung: 03, nếu có gây mê: thêm bác sỹ gây mê và phụ mê).

4.2. Phương tiện

- 1 bàn nắn thông thường.
- Thuốc tê hoặc thuốc mê: số lượng tùy thuộc người bệnh là trẻ em hay người lớn, trọng lượng người bệnh. Kèm theo là dụng cụ gây tê, gây mê, hồi sức (bơm tiêm, cồn 70o, thuốc chống sốc, mặt nạ bóp bóng, đèn nội khí quản...).
- Bột thạch cao: 6-8 cuộn, cỡ 15 cm.
- Giấy vệ sinh, bông cuộn hoặc bít tất vải xốp mềm để lót (jersey).
- Dây rạch dọc (dùng cho bột cấp cứu, khi tổn thương 7 ngày trở lại).
- Dao hoặc cưa rung để rạch dọc bột trong trường hợp bó bột cấp cứu (tổn thương trong 7 ngày đầu).
- Nước để ngâm bột: đủ về số lượng để ngâm chìm hẳn 3-4 cuộn bột cùng 1 lúc. Lưu ý, mùa lạnh phải dùng nước ấm, vì trong quá trình bột khô cứng sẽ tiêu hao một nhiệt lượng đáng kể làm nóng bột, có thể gây hạ thân nhiệt người bệnh, gây cảm lạnh. Nước sử dụng ngâm bột phải được thay thường xuyên để đảm bảo vệ sinh và tránh hiện tượng nước có quá nhiều cặn bột ảnh hưởng đến chất lượng bột.
- 1 cuộn băng vải hoặc băng thun, để băng giữ ngoài bột, khi việc bó bột và rạch dọc bột đã hoàn thành.
- 1 đệm gỗ kê dưới khoeo chân khi bó bột.

4.3. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương, nhất là những tổn thương lớn có thể gây tử vong trong quá trình nắn bó bột (chấn thương sọ não, chấn thương ngực, vỡ tạng đặc, vỡ tạng rỗng...).
- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật, để người bệnh khỏi bị bất ngờ, động viên để họ yên tâm, hợp tác tốt với thầy thuốc. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.
- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi hoặc cắt bỏ quần bên chân gãy.
- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược (nước hoặc thức ăn từ dạ dày tràn sang đường thở gây tắc thở).

4.4. Hồ sơ

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.
- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN BÓ BỘT

5.1. Người bệnh

Tư thế: nằm sấp, gối gấp 90o căng chân dựng ngược lên trên, gan chân thẳng góc lên trên.

5.2. Các bước tiến hành

5.2.1. Nếu gãy không lệch: chỉ bó bột Cẳng - bàn chân tư thế cơ năng (cổ chân 90o), rạch dọc bột. Thời gian bất động chỉ cần 4-5 tuần.

5.2.2. Nếu gãy di lệch

- Nắn: người nắn dùng 2 ngón tay cái đẩy vào gốc gân Achille, nơi gân Achille bám vào lồi củ xương gót, đẩy cho xương gót theo hướng ngược với lực co của gân Achille, đồng thời trợ thủ kéo cho bàn chân duỗi ra tối đa, đồng thời 1 tay đẩy vào đỉnh vòm gan chân, thực tế là làm gấp thêm gan chân tối đa.

- Bất động: bó bột Cẳng - bàn chân:

+ Sau khi nắn, đỡ chân tư thế cổ chân duỗi tối đa, gan chân gấp, lật người bệnh nằm ngửa, quần bông hoặc giấy vệ sinh đủ dày, đặt dây rạch dọc.

+ Đặt 1 nếp bột sau cẳng bàn chân.

+ Quần bột vòng tròn kiểu xoay tròn ốc, từ trên xuống dưới rồi từ dưới lên trên, đủ dày thì thôi, tư thế duỗi cổ chân, xoa vuốt cho bột liên kết tốt và nhẵn, rạch dọc bột, lau chùi sạch sẽ bột dính ở da để dễ theo dõi sau bó bột.

Thời gian bất động: 6-8 tuần. Trong thời gian mang bột ấy:

- Sau 7-10 ngày chụp kiểm tra, thay bột tròn, độn, vẫn tư thế duỗi cổ chân.

- Sau 3-4 tuần chụp lại, thay bột tư thế cổ chân 90o, để người bệnh tập đi. Khi người bệnh không đi, cho gác cao chân (gãy xương gót thường sưng nề nhiều).

- Trường hợp nắn khó, có thể nắn bằng cách xuyên 1 đinh Steinmann, khi đầu đinh sắp tới ổ gãy thì cầm đinh để bẫy xương mà nắn, kiểm tra bằng màn tăng sáng (không có màn tăng sáng thì ước lượng bằng kinh nghiệm), rồi xuyên tiếp lên qua xương sên, xương gót ở phía trước trên. Bó bột Cẳng - bàn chân như trên, lượn vòng qua đầu đinh, để thò đầu đinh ra ngoài, rút đinh sau khi tháo bột (cũng có thể rút đinh sớm hơn, khi đã hình thành can non).

Xương gãy di lệch nhiều, hoặc gãy xương kèm trật khớp sên gót, nắn không kết quả thì chuyển mổ đặt lại xương, đặt lại khớp, phục hồi vòm gan chân, găm vài kim Kirschner cố định, có thể vẫn phải tăng cường bột rạch dọc sau mổ.

6. THEO DÕI

Đa số theo dõi ngoại trú, trường hợp nặng hoặc sưng nề nhiều thì cho vào viện theo dõi điều trị nội trú.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tai biến chủ yếu là sưng nề, rối loạn dinh dưỡng kéo dài: kê cao chân, thuốc chống sưng nề, tập vận động sớm.

- Nắn không tốt sẽ dẫn đến can lệch, chồi xương, đi lại đau, gót chân bè ra ảnh hưởng thẩm mỹ, phải mổ đục bặt xương chồi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa- chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột.

ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN TRẬT KHỚP VAI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khớp vai là 1 khớp chỏm (có chỏm khớp và ổ khớp), chỏm khớp thì to, ổ khớp lại nhỏ và nông nên khớp vai rất dễ bị trật (chiếm 50-60% , hay gặp nhất trong tất cả các loại trật khớp). Bao khớp và dây chằng rộng và yếu ở phía trước và phía trước trong, nên hay gặp trật khớp vai kiểu ra trước và vào trong.

- Người ta phân loại trật khớp vai ra nhiều loại, theo kiểu trật và theo thời gian đến sớm hay muộn. Về kiểu trật, hầu hết gặp kiểu trật ra trước và vào trong.
- Nguyên nhân thường là lực tác động gián tiếp (ngã chống tay).
- Nếu đến sớm việc nắn rất đơn giản và hiệu quả, nếu đến muộn (vài tuần trở lên) việc điều trị trở nên rất khó khăn, kể cả bằng điều trị bằng phẫu thuật.

2. CHỈ ĐỊNH NẮN BẢO TỒN TRẬT KHỚP VAI

- Trật khớp kín.
- Trật khớp vai đến sớm (3 tuần trở lại).
- Trật khớp vai đơn thuần (không có kèm gãy xương vùng vai).
- Trật khớp vai có kèm gãy xương vùng vai nhưng không di lệch, ít di lệch.
- Trật khớp vai kèm gãy xương vùng vai di lệch, có chỉ định mổ kết hợp xương nhưng chưa thể mổ được, hoặc người bệnh không đủ điều kiện mổ, không chấp nhận mổ... Trường hợp này cần phải nắn khớp vai vào đã, việc mổ xương tính sau (mổ kết hợp xương có chuẩn bị).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trật khớp hở chưa xử trí phẫu thuật.
- Trật khớp vai đến quá muộn (trên 01 tháng).
- Không phải chống chỉ định tuyệt đối, nhưng cần cân nhắc trong các trường hợp trật khớp vai kèm gãy các xương vùng vai có di lệch (gãy cổ xương cánh tay, gãy xương bả vai...).

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Chuyên khoa chấn thương hoặc ngoại chung: 3 người (1 chính, 2 trợ thủ viên). Nếu gây mê: thêm 2 chuyên khoa gây mê (1 gây mê, 1 phụ mê).

4.2. Phương tiện

- 01 bàn nắn thông thường (tốt nhất là bàn kiểu bàn mổ), bàn bằng chất liệu gì thì cũng đòi hỏi phải nặng, được cố định chắc chắn xuống sàn nhà, để khi kéo nắn bàn không bị trôi theo lực kéo. Bàn có 1 mẫu ngang để giữ đai đôi lực khi kéo nắn.
- Bột thạch cao: với người lớn cần 4-5 cuộn cỡ lớn (15-20 cm).
- Giấy vệ sinh hoặc bông lót: 02 cuộn.
- Các dụng cụ cho gây tê hoặc gây mê: bơm tiêm, bông cồn 70o, nếu gây tê, thuốc tê 3-4 ống Lidocaine 1% (hoặc Xylocaine), pha loãng trong khoảng 10 ml nước cất (hoặc huyết thanh mặn 0,9%).
- Nước ngâm bột: đủ để ngâm chìm các cuộn bột, không dùng nước đã dùng ngâm bột quá nhiều lần, nước quá đặc sẽ khó ngấm đều trong bột. Mùa đông phải dùng nước ấm ngâm bột, vì trong quá trình bó bột, bột sẽ hấp thu 1 nhiệt lượng đáng kể; nếu dùng nước lạnh, người bệnh dễ bị cảm lạnh.

4.3. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương, nhất là những tổn thương lớn có thể gây tử vong trong quá trình nắn bó bột.
- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật, để người bệnh khỏi bị bất ngờ, động viên để họ yên tâm, hợp tác tốt với thầy thuốc. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.
- Được vệ sinh sạch sẽ vùng vai và nách, cởi hoặc cắt bỏ tay áo bên tay trật.
- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược (nước hoặc thức ăn từ dạ dày tràn sang đường thở gây tắc thở).

4.4. Hồ sơ

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN BÓ BỘT TRẬT KHỚP VAI

5.1. Người bệnh: với người bệnh gây tê và gây mê cũng giống nhau.

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa.

- Được giải thích kỹ mục đích và quá trình tiến hành thủ thuật để họ yên tâm, phối hợp tốt với thầy thuốc trong quá trình làm thủ thuật.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng vai bằng xà phòng, đặc biệt vùng nách.

- Cởi bỏ áo (trời lạnh nên phủ ấm ngực, chỉ để bộc lộ vai và tay bên tổn thương).

- Với người bệnh gây mê: cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật (tương tự cam kết chấp nhận phẫu thuật).

5.2. Các bước tiến hành nắn bó bột trật khớp vai

Như ở trên đã nói, trật khớp vai hầu hết là ra trước và vào trong. Khuôn khổ bài có hạn, chúng tôi chỉ nói cách nắn kiểu trật khớp vai ra trước và vào trong. Các kiểu trật khác có vỡ xương, nên thường phải mổ.

5.2.1 Nắn: Có rất nhiều cách nắn, tùy trường phái. Ở đây chúng tôi chỉ nói 2 phương pháp nắn hay dùng nhất:

* Phương pháp Hypocrates (còn gọi là phương pháp gót chân): là một trong những phương pháp kinh điển nhất, đơn giản, an toàn, lại hiệu quả, là phương pháp đang được rất nhiều bệnh viện sử dụng. Mô tả:

- Người bệnh nằm ngửa trên ván cứng đặt dưới sàn hoặc trên bàn, người nắn ngồi hoặc đứng cùng bên tổn thương (ví dụ người bệnh bị trật khớp vai bên trái thì người nắn ở về bên trái người bệnh, người bệnh nằm trên sàn thì người nắn ngồi, người bệnh nằm trên bàn thì người nắn đứng). Người nắn cho gót chân cùng bên (ví dụ người bệnh trật khớp vai trái thì người nắn dùng gót chân trái) vào hõm nách người bệnh làm đối lực, 2 tay cầm cổ tay người bệnh kéo theo trục tay người bệnh, hơi dẹt (khoảng 20-25o). Kéo từ từ và mạnh dần khoảng 5-7 phút, dùng gót chân bẩy nhẹ chỏm xương cánh tay ra ngoài, từ từ xoay cánh tay ra ngoài và khép cánh tay lại, đồng thời rút gót chân ra. Lúc này sẽ có cảm giác nghe thấy tiếng “khục”, có thể cảm nhận được tiếng “khục” truyền vào tay người nắn, nếu người nắn có kinh nghiệm, thế là khớp đã được nắn xong. Nếu thấy còn khó khăn, xoay nhẹ cánh tay theo trục vài lần trong quá trình kéo nắn, khớp sẽ vào dễ hơn.

- Nếu có vỡ máu động lớn xương cánh tay kèm theo, chỉ cần nắn khớp, máu động lớn trong hầu hết các trường hợp sẽ tự vào theo (nhiều khi chụp phim kiểm tra, máu xương vào hoàn toàn, thậm chí có thể không trông thấy vết gãy).

- Sau khi nắn xong, đỡ người bệnh ngồi dậy (nếu người bệnh gây tê), băng bất động tạm cánh tay và cẳng tay người bệnh vào thân người, khuỷu để 90o, chụp kiểm tra trước khi bó bột (hoặc bó bột xong mới cho chụp kiểm tra cũng được).

* Phương pháp Kocher: người bệnh cũng nằm ngửa, nắn qua 4 thì

- Thì 1: Kéo thẳng cánh tay (tương tự cách nắn của Hyppocrates).

- Thì 2: Ép khuỷu và cánh tay vào thân người.

- Thì 3: Xoay cánh tay ra ngoài (có thể gấp khuỷu và đưa cổ tay ra ngoài để xoay ngoài cánh tay dễ hơn).

- Thì 4: Đưa cánh tay lên trên và vào trong (có thể lúc này bàn tay người bệnh sờ được vào tai bên đối diện).

Phương pháp này không nên dùng khi trật khớp lần đầu vì có thể gây tổn thương phần mềm, tuy nắn cách này đỡ tổn nhiều lực nhưng dễ gây gãy xương do lực đòn bẩy. Thường nắn trong trật khớp vai tái diễn với kiểu trật vai ra trước và vào trong. Vì có thể xảy ra tai biến, nên người ít kinh nghiệm không nên áp dụng phương pháp này.

5.2.2. Bất động: thời gian bất động trung bình là 3 tuần.

- Với người trẻ, khỏe: bó bột Desault, với 2 tình huống gãy tê và gãy mê.
- Với người bệnh già yếu, có bệnh toàn thân, cong vẹo cột sống, người bệnh đang cho con bú, hoặc có thai trên 6 tháng thì nên mặc áo chỉnh hình bằng vải mềm.

6. THEO DÕI (thường là theo dõi ngoại trú)

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Gần như hiếm gặp tai biến, nếu có thì cũng chủ yếu là tai biến của gãy mê. Về nắn, có thể gặp gãy xương cánh tay ở người già, phòng ngừa bằng cách nắn nhẹ nhàng, không nắn thô bạo, không nắn cố.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa- chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột.

ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN TRẬT KHỚP HÁNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khớp háng cũng là 1 khớp chỏm (giống như khớp vai), là khớp lớn nhất cơ thể, ổ khớp rất sâu, được nhiều cơ che phủ nên trật khớp háng phải do 1 chấn thương rất nặng và việc phẫu thuật cũng gặp nhiều khó khăn. Ổ cối là nơi gặp nhau của 3 xương (chậu, ngồi, mu), điểm yếu ở giữa hõm khớp nên một khi ổ cối bị vỡ, chỏm xương đùi chui qua chỗ gãy tạo trật khớp kiểu trung tâm.

- Tuổi hay gặp là thanh niên và trung niên (tuổi lao động), nam gặp nhiều hơn nữ (4/1). Điều này có thể lý giải bởi nam giới ở tuổi này thường phải làm những công việc nặng nhọc, vất vả hơn nữ giới. Đa số là gặp trật khớp kín.

- Nguyên nhân hay gặp ở phương Tây thường do người bệnh đang lái xe ô tô, xe bị dừng lại đột ngột, đùi đang khép, đầu gối bị dồn thúc vào phần cứng ở phía trước, lực mạnh truyền từ gối lên thân và chỏm xương đùi làm chỏm bị trật ra sau ổ cối. Ở ta, ngoài nguyên nhân trên, còn hay gặp khi ngã cao, hoặc các tai nạn lao động.

- Phân loại: Theo vị trí chỏm xương đùi trật ra ở đâu, người ta chia ra 5 kiểu trật:

+ Kiểu chậu: chỏm xương đùi ra sau, lên trên, và ra phía ngoài ổ cối. Lâm sàng thấy đùi khép và xoay trong.

+ Kiểu ngồi: chỏm xương đùi ra sau, xuống dưới, và ra phía ngoài ổ cối. Lâm sàng thấy đùi khép và xoay trong.

+ Kiểu mu: chỏm xương đùi ra trước ra trước, lên trên, vào phía trong ổ cối và có thể nhìn thấy rõ hoặc sờ thấy được ở vùng nếp bẹn. Lâm sàng thấy đùi dạng, xoay ngoài.

+ Kiểu bịt: chỏm xương đùi nằm ở trước hố bịt (ra trước, xuống dưới, và phía trong ổ cối). Lâm sàng thấy đùi dạng và xoay ngoài.

+ Kiểu trung tâm: chỏm xương đùi chui qua chỗ xương gãy ở ổ cối vào trong tiểu khung. Lâm sàng thường khó chẩn đoán, chỉ phát hiện qua phim X quang.

2. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN TRẬT KHỚP HÁNG

- Trật khớp kín. Trật khớp háng đến sớm (3 tuần trở lại).
- Trật khớp háng đơn thuần (không có gãy xương vùng háng kèm theo).
- Trật khớp háng có kèm gãy xương vùng háng nhưng ít di lệch.
- Trật khớp háng có kèm gãy xương vùng háng di lệch nhưng không đủ điều kiện mổ (bệnh toàn thân nặng, các trường hợp khó khăn về kinh tế hoặc người bệnh từ chối mổ).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trật khớp hở chưa XỬ TRÍ phẫu thuật. Trật khớp háng đến muộn (sau 3 tuần).
- Có vỡ xương chậu nặng (gãy Malgaigne). Gãy đùi, cẳng chân cùng bên.
- Người bệnh có chấn thương nặng ở tạng khác, đa chấn thương, hôn mê, hoặc không đủ điều kiện gây mê.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện: do nắn trật khớp háng bắt buộc phải gây mê, nên cần:

- Kỹ thuật viên xương bột: 3-4 người (1 chính, 2-3 trợ thủ viên).
- Chuyên khoa gây mê hồi sức: 2 người (1 bác sỹ gây mê, 1 phụ mê).

4.2. Phương tiện

- 1 ván cứng, nếu không có ván cứng, dùng bàn nắn thông thường. Nắn trên bàn cần 1 bàn nữa kê bên cạnh cho kỹ thuật viên quỳ nắn.
- 1 bàn chỉnh hình (Pelvie): để nắn trật khớp kiểu trung tâm và để bó bột chậu - lưng - chân sau khi đã nắn xong.
- Bột thạch cao: tùy theo, nếu bó bột chống xoay (với trật khớp đơn thuần): 6-8 cuộn bột cỡ lớn 20 cm và vài cuộn bột cỡ 15 cm. Nếu bó bột Chậu- lưng-chân (với trật khớp không vững, trật khớp có kèm vỡ xương vùng khớp như vỡ ổ cối, vỡ chỏm xương đùi, vỡ máu chuyển lớn...): 15 cuộn bột cỡ 20 cm.
- Dụng cụ gây mê, thuốc gây mê (do bác sỹ gây mê chuẩn bị).
- 1 đai vải to bản làm đai số 8 để kéo nắn, thường lấy khăn mổ hoặc toan mổ lớn, xoắn lại và buộc chéo 2 góc đối đỉnh làm đai số 8.
- 1 đai vải nữa để buộc giữ khung chậu người bệnh vào cáng làm đối lực.
- Các dụng cụ khác để phục vụ bó bột (giấy vệ sinh, bông lót cuộn, dây rạch dọc... như để bó các loại bột khác).

4.3. Người bệnh

Mọi trường hợp trật khớp háng người bệnh đều cần phải gây mê, nên cần dặn người bệnh nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, và làm tờ cam kết, chấp nhận thủ thuật. Người bệnh được cởi bỏ quần (kể cả quần lót).

4.4. Hồ sơ

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.
- Vì người bệnh gây mê để nắn, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN, BẮT ĐỘNG TRẬT KHỚP HÁNG

Ở đây chúng tôi chỉ nói đến phương pháp Boehler, 1 trong những phương pháp kinh điển, dễ làm, an toàn, và cho đến hiện nay nhiều bệnh viện và trung tâm lớn vẫn đang áp dụng. Các phương pháp khác chỉ có ý nghĩa tham khảo.

5.1. Người bệnh

- Đặt nằm ngửa trên ván cứng trên sàn nhà. Tư thế háng gấp 90o, gối gấp 90o. Dùng 1 đai vải đối lực cố định chắc khung chậu vào cáng. Người bệnh được gây mê (việc tiền mê, gây mê, hồi sức do bác sỹ gây mê thực hiện).

5.2. Tiến hành nắn

- Người nắn quỳ cùng bên chân định nắn.
- Quàng 1 đai vải số 8 qua cổ người nắn, đầu kia đai số 8 qua khoeo người bệnh. Chỉnh đai số 8 sao cho vừa, dài quá đai bị trùng không có lực, ngắn quá người nắn sẽ phải cúi quá cũng không có lực (thường người nắn cúi khoảng 30o là vừa).
- Người nắn từ từ nâng cao cổ và lưng lên, đồng thời dùng 1 tay vít cổ chân người bệnh xuống làm lực đòn bẩy nhằm nâng gối của người bệnh lên cao dễ dàng hơn.
- Kéo từ từ, đủ lực, đủ thời gian (khoảng 5-7 phút), khớp sẽ vào, nghe tiếng “khục” là được. Nếu thấy khó khăn, sửa thêm tư thế (nếu trật ở tư thế khép thì cho chân dạng, nếu trật tư thế dạng thì cho chân khép, nếu trật ở tư thế xoay trong thì cho chân xoay ngoài và ngược lại). Nếu vẫn khó vào, dùng đầu gối của mình độn dưới khoeo người bệnh nâng lên (phối hợp với kiểu nắn của Kocher). Với người nắn khỏe lại có kinh nghiệm, đôi khi không cần dùng đai số 8, người nắn ngồi lên cổ chân người bệnh như kiểu trẻ em ngồi chơi bập bênh, dùng 1 cẳng tay hoặc 2 cẳng tay bắt chéo dưới khoeo người bệnh để kéo nắn, dùng luôn 2 tay ở dưới khoeo đưa gối người bệnh ra hay vào để sửa tư thế, tùy theo kiểu trật. Lưu ý: kéo nắn kiểu này có thể làm gãy xương cánh tay người nắn.

5.3. Bất động

5.3.1. Ngày xưa người ta hay buộc chéo chân với trật háng đơn thuần, nay phương pháp này không được áp dụng nữa, do tư thế này gây khó chịu cho người bệnh.

5.3.2. Bó bột chống xoay (với trật khớp đơn thuần): bó bột Cẳng - bàn chân có que ngang, có thể bó lên đến giữa đùi, để gối không co lại được, sẽ gián tiếp làm háng không co lên, từ đó khớp háng khó trật ra.

5.3.3. Bột Chậu - lưng - chân (với trật khớp kèm vỡ xương vùng háng, trật khớp háng kiểu trung tâm)

- Thì 1: sau khi người bệnh được gây mê.
 - + Đặt người bệnh trên bàn chỉnh hình, quần bông lót toàn bộ vùng định bó bột.
 - + Đặt 1 nẹp bột to bản vòng quanh bụng và khung chậu, 2 nẹp bột khác đặt chéo đi chéo lại (hoặc đặt song song, gối mép lên nhau) qua vùng háng đau.
 - + Quần bột từ trên xuống dưới, từ dưới lên trên theo các nẹp bột đã đặt, thành 1 bột Chậu - lưng - đùi. Đợi bột khô đỡ người bệnh xuống bàn thường để bó nốt thì 2.
 - Thì 2: bó nốt bột ở Cẳng - bàn chân: bó nối tiếp và gối đè lên phần bột đã bó ở thì 1.
1. Lưu ý tăng cường bột chỗ nối 2 thì để bột khỏi long lỏng.

5.3.4. Kéo liên tục với trật háng kiểu trung tâm.

5.4. Thời gian bất động

Ba tuần với trật đơn thuần, và 4-5 tuần với trật khớp kèm gãy xương.

6. THEO DÕI

- Trật khớp háng đơn thuần: theo dõi ngoại trú.
- Trật khớp háng kèm gãy xương hoặc có tổn thương phối hợp: điều trị nội trú.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chủ yếu tai biến do gây mê, đặc biệt khi người bệnh nằm sấp để nắn (nắn theo phương pháp Stimpson).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa- chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột.

ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN TRẬT KHỚP KHUYỬ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khớp khuỷu được cấu tạo bởi 3 phần: khớp cánh tay - trụ, khớp cánh tay - quay và khớp quay - trụ trên.
- Nới trật khớp khuỷu là khi trật khớp cánh tay - trụ và khớp cánh tay - quay, còn khớp quay - trụ trên hiếm khi bị tổn thương.
- Là loại trật khớp hay gặp (chỉ sau khớp vai), hay gặp ở tuổi lao động, do ngã chống tay trong tư thế khuỷu duỗi tối đa, cẳng tay ngửa. Có tác giả nói trật khớp khuỷu hay gặp ở trẻ em, nhưng ở Việt nam rất hiếm gặp.
- Trong nhiều trường hợp, có gặp vỡ mỏm trên ròng rọc (mỏm trên lồi cầu trong) kèm theo, trong điều trị chỉ cần nắn khớp, mỏm xương sẽ tự vào theo.
- Hầu hết gặp kiểu trật khớp khuỷu ra sau (hơn 90%).

2. CHỈ ĐỊNH

- Trật khớp kín, đến sớm (3 tuần trở lại).
- Trật khớp khuỷu đơn thuần.
- Trật khớp kèm gãy xương vùng khuỷu không lệch hoặc ít lệch.
- Trật khớp khuỷu kèm gãy xương di lệch, có chỉ định kết hợp xương, nhưng vì nguyên nhân nào đó không thể kết hợp xương được (tương tự như với trật khớp vai, khớp háng), hoặc vì lý do nào đó chưa mổ được, cần nắn khớp rồi chờ mổ kết hợp xương sau theo kế hoạch.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trật khớp hở.
- Có tổn thương mạch, thần kinh, có hội chứng khoang.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Chuyên khoa chấn thương hoặc ngoại chung: 3 (1 kỹ thuật viên chính: là bác sỹ hoặc kỹ thuật viên, 2 trợ thủ viên).
- Chuyên khoa gây mê hồi sức với trường hợp người bệnh gây mê: 2 (1 bác sỹ gây mê, 1 phụ mê).

4.2. Phương tiện

- 1 bàn nắn thông thường (như kiểu bàn mổ, nếu nơi không có bàn kiểu này thì có thể dùng bàn sắt hoặc bàn gỗ, nhưng cần đảm bảo tiêu chí: nặng, cố định chắc xuống sàn nhà, có mấu để móc đai đối lực).
- Bột thạch cao: với người lớn cần 2-3 cuộn bột cỡ 15 cm, 3-4 cuộn cỡ 10 cm.
- Thuốc gây tê, mê và các dụng cụ kèm theo (nếu gây mê, bác sỹ gây mê sẽ lo).
- Các dụng cụ khác: đai đối lực, bông băng, cồn sát trùng, dây rạch dọc, dao rạch dọc, nước ngâm bột...

4.3. Người bệnh

- Thăm khám kỹ tình trạng toàn thân: tri giác, mạch, huyết áp, thở, bụng, ngực...
- Được giải thích kỹ, động viên để họ yên tâm và phối hợp tốt với thầy thuốc trong quá trình làm thủ thuật. Với trẻ em và người bệnh gây mê, phải giải thích với cả người nhà họ nữa.
- Cởi hoặc cắt bỏ áo bên tay tổn thương.
- Vệ sinh sạch sẽ vùng tổn thương bằng xà phòng.

- Với người bệnh gây mê, cần dặn nhin ăn uống ít nhất 5-6 giờ.

4.4. Hồ sơ

- Ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, cách xử trí, dặn dò, hẹn khám lại.
- Với người bệnh gây mê cần có giấy cam kết chấp nhận thủ thuật, người bệnh là người lớn trong tình trạng hoàn toàn tỉnh táo thì tự ký tên, người bệnh nặng và trẻ em thì người nhà ký (cha hoặc mẹ, hoặc người bảo hộ hợp pháp).

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN VÀ BẮT ĐỘNG TRẬT KHỚP KHUYỬ

Vì trên 90% là trật khớp khuỷu ra sau nên chúng tôi chỉ mô tả cách nắn trật khớp khuỷu ra sau, còn trật khớp ra trước và trật khớp sang bên là những trường hợp tổn thương nặng, hoặc có gãy xương kèm theo, thường phải mổ.

5.1. Người bệnh

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, nách hơi dạng.
- Đai vải đôi lực đặt ở nách, cột chặt vào bàn nắn.

5.2. Các bước tiến hành nắn bắt động trật khớp khuỷu

5.2.1. Vô cảm

- Trật khớp đến sớm 1 tuần trở lại: tê tại chỗ là đủ, người lớn trung bình dùng 2-3 ống Lidocaine 1%, pha loãng trong 10 ml huyết thanh mặn 0,9% tiêm vào ổ khớp hoặc xung quanh ổ khớp, chờ 5-7 phút cho thuốc ngấm, bắt đầu kéo nắn.

- Trật khớp trên 1 tuần đến 3 tuần: gây mê toàn thân (do chuyên khoa gây mê hồi sức thực hiện), trật khớp khuỷu thường nắn nhanh đạt kết quả trong vài phút, nên dùng các loại thuốc gây mê tác dụng nhanh và thoát mê cũng nhanh. Trường hợp không đủ điều kiện gây mê, có thể gây tê vùng (đám rối thần kinh cánh tay).

5.2.2. Nắn khớp

- Trợ thủ 2: đứng bên đối diện, đỡ cổ tay người bệnh, vẫn giữ cho khuỷu ở tư thế trật khớp (khuỷu nửa gấp nửa duỗi), khi trợ thủ 1 kéo nắn thì đưa nhẹ cổ tay lên phía trên để cho trợ thủ 1 kéo tay người bệnh thì khuỷu không bị duỗi ra gây tổn thương cho xương vùng khuỷu. Sau khi nắn vào khớp, trợ thủ 2 bỏ tay người bệnh, trở lại vai trò giúp việc (ngâm bột, đưa bột...). Luôn nhớ không được đưa tay lên cho khuỷu gấp lại 90o, làm như thế dễ gây tổn thương xương khi kéo nắn khớp.

- Trợ thủ 1: là người kéo: đứng bên tay định nắn, 2 ngón cái đặt sau cẳng tay, các ngón tay còn lại đặt phía trước cẳng tay người bệnh, kéo nhẹ và tăng dần lực theo hướng của trục cánh tay (lúc này khuỷu vẫn đang để ở tư thế trật khớp, nửa gấp nửa duỗi), thời gian kéo từ 3-5 phút. Không cầm vào cổ tay để kéo.

- Người nắn chính: Dùng 2 ngón tay cái đẩy móm khuỷu ra trước, dùng các ngón tay còn lại đặt ở phía trước cánh tay làm đối lực. Cảm thấy tiếng “khục” là được. Với kỹ thuật viên có kinh nghiệm, người kéo có thể kiêm luôn người nắn: khi kéo, kéo bằng 2 tay, động tác như của trợ thủ 1, kéo đủ thời gian rồi thì từ từ bỏ 1 tay ra để thực hiện động tác nắn. Ngón tay cái đẩy móm khuỷu ra trước, 4 ngón còn lại giữ ở phía trước cánh tay làm đối lực. Khi thấy khớp đã vào, đưa khuỷu vào 90o. Thông thường với trật khớp đơn thuần, khớp vào vững, ít khi trật lại, có thể co duỗi thử, thấy khớp trơn tru là tốt. Có thể treo tay tạm tư thế khuỷu 90o cho đi chụp kiểm tra rồi về bó bột, hoặc bó bột Cánh - cẳng - bàn tay rạch dọc rồi mới cho đi chụp kiểm tra sau đều được.

Với trật khớp kèm vỡ xương (thường gặp vỡ móm trên ròn rọc), chỉ cần nắn khớp, trong hầu hết các trường hợp móm xương tự vào theo với kết quả rất tốt. Nắn xong nên làm động tác co duỗi khớp khuỷu vài lần, nếu móm xương kẹt trong ổ khớp có thể tự trôi ra được. Trường hợp kẹt móm xương không ra được, phải chuyển mổ sớm, nếu bỏ sót sẽ ảnh hưởng rất xấu đến cơ năng khuỷu.

5.2.3. *Bắt động*

- Với trật khớp vững, trật khớp đơn thuần: có thể làm nẹp bột hoặc bó bột cánh - cẳng - bàn tay rạch dọc đều được. Cách bó bột cánh - cẳng - bàn tay:
 - + Quấn giấy hoặc bông lót vùng định bó bột, đặt dây rạch dọc phía trước tay.
 - + Đặt nẹp bột phía sau cánh - cẳng - bàn tay.
 - + Quấn bột từ trên xuống dưới, từ dưới lên trên theo kiểu xoáy tròn ốc, theo móc đã định từ trước (từ dưới hõm nách đến khớp bàn-ngón), đủ độ dày thì thôi. Tư thế khuỷu để 90°.
 - + Xoa, vuốt, chỉnh trang cho bột mịn và đẹp, rạch dọc bột. Thời gian bắt động: trung bình 3 tuần (với người già, có thể và nên tháo bột sớm hơn, khoảng 10-14 ngày).
- Với trật khớp không vững, trật khớp có kèm vỡ xương: phải bó bột cánh - cẳng - bàn tay rạch dọc.
 - Thời gian bắt động với loại trật không vững thường kéo dài hơn (3-4 tuần).

6. THEO DÕI

Thường là theo dõi ngoại trú, những trường hợp sưng nề nhiều nên cho vào viện theo dõi nội trú để kịp thời phát hiện và XỬ TRÍ các biến chứng có thể xảy ra.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ (thường ít xảy ra tai biến.)

Lưu ý các trật khớp có kèm đụng dập phần mềm nặng và trật khớp có kèm vỡ xương vùng khuỷu, đặc biệt gãy liên lõi cầu xương cánh tay (biến chứng mạch máu) và gãy đài quay (biến chứng thần kinh quay). Cần theo dõi sát, nếu phát hiện có tai biến, chuyển mổ kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa- chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH LỒNG NGỰC DO GỠ XƯƠNG SƯỜN

1. ĐỊNH NGHĨA

Gãy xương sườn là một tình trạng mất tính liên tục của xương, nó có thể biểu hiện dưới nhiều hình thức từ một vết rạn cho đến gãy hoàn toàn của xương.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp gãy xương sườn do bệnh lý hoặc do chấn thương nhằm giảm đau, hạn chế di lệch, hạn chế các tổn thương thứ phát.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối trong việc cố định chi gãy

4. CHUẨN BỊ

4.1. *Người thực hiện*

Bác sỹ chấn thương hoặc bác sỹ đa khoa, điều dưỡng đã được đào tạo về chấn thương.

4.2. *Dụng cụ*

Băng dính to bản.

4.3. Người bệnh

Được giải thích về kỹ thuật sắp làm.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Được làm hồ sơ cẩn thận, chụp XQ xác định tổn thương xương

4.5. Nơi thực hiện

Khoa cấp cứu hoặc phòng thủ thuật

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra lại hồ sơ người bệnh
- Khám và đánh giá lại người bệnh, xác định vị trí gãy xương.
- Dùng băng dính to bản cố định xương sườn gãy bằng cách dán nửa ngực phía bị gãy cả phía trước lẫn phía sau.

6. THEO DÕI

- Mạch, huyết áp, tình trạng đau của người bệnh.
- Các tổn thương khác đi kèm nếu có.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Di lệch xương gãy: Do cố định xương chưa tốt, cần chụp XQ kiểm tra và cố định lại xương gãy

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 11/QĐ-BYT ngày 04/01/2022 của Bộ trưởng Bộ Y tế về tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa.