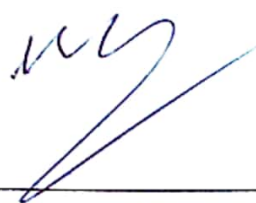


SỞ Y TẾ TỈNH GIA LAI
TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN PHÚ THIÊN



QUY TRÌNH
NGOẠI TỔNG QUÁT

QT.03-NTQ

	Người viết	Người kiểm duyệt	Người phê duyệt
Họ và tên	Bs.CKI.Siu Blu	Bs.CKI.Mã Thị Thu Huyện	Bs.CKI. Phạm Chí Quang
Ký		 	
Chức danh	Khoa Ngoại TH	Phụ trách Phòng KHN	Giám đốc

[illegible]

--	--	--

CẮT RUỘT THỪA, DẪN LƯU Ổ ÁP XE.

I. 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 lấy giả mạc hoặc loại bỏ ổ áp xe trong ổ bụng do viêm ruột thừa.

II. 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 bầy, quá chướng hơi không mổ nội soi được.

III. CHUẨN BỊ.

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

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

- Tư thế: Người bệnh nằm ngửa và được đặt thông tiểu.
Vô cảm bằng gây tê tủy 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 tủy sống để giảm đau sau mổ.
- Kỹ thuật:
Rạch da: theo đường mổ ruột thừa bình thường (đường Mac 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.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN.

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.
- 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.

QUY TRÌNH 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

- *Người thực hiện:*

Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình, người phụ

2 PTV phụ mổ.

- *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

- *Phương tiện:*

Bộ dụng cụ kết hợp xương thông thường

Dự kiến thời gian phẫu thuật: 40phút

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm:*

Gây tê đám rối cánh tay hoặc tùy sống

Gây mê nội khí quản

- Kỹ thuật:*

Bước 1: Sát trùng toàn bộ chi bằng Bêtaadin hoặc cồn 70°

Bước 2: Ga rô cầm máu đối với những vị trí có thể được

Bước 3: Rửa 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

- 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

- 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

QUY TRÌNH KHÂU PHỤC HỒI TỔN THƯƠNG GÂN GẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

- Vết thương bàn tay là tổn thương hay gặp trong tai nạn lao động, tổn thương gân gấp bàn tay là tổn thương thường gặp của bàn tay.
- Gân gấp là một gân dẹt, mỏng nên việc khâu nối phải cẩn thận không đứt

II. CHỈ ĐỊNH

Vết thương bàn tay có tổn thương gân gấp

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khi vết thương có tình trạng nhiễm trùng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

Thăm khám đầy đủ, hoàn chỉnh về hồ sơ và xét nghiệm. Chuẩn bị về tâm lý mổ hai thì cho người bệnh.

2. Người thực hiện:

Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và người phụ.

3. Phương tiện trang thiết bị

Bộ dụng cụ phẫu tích bàn tay

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

2. Kỹ thuật:

- Vệ sinh bàn tay kỹ
- Ga rô cánh tay: tốt nhất ga rô hơi với áp lực 200- 250 mmHg, ga rô đui máu cho sạch phẫu trường.
- Rạch da chữ Z theo Bruner.
- Kỹ thuật khâu gân: Khâu theo phương pháp Kessler.

- Khâu lại vết thương và đặt nẹp bột gấp ngón, gấp cổ bàn tay trong 3 tuần

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAUMÔ

- Theo dõi tình trạng vết thương, đầu ngón tay
- Điều trị: Kháng sinh 5-7 ngày, giảm viêm
- Tập phục hồi sau mổ: sau 3 tuần bỏ nẹp tập PHCN

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nhiễm trùng: Nhiễm trùng nhẹ thay băng vết thương.
- Nhiễm trùng nặng làm sạch bỏ mảnh ghép.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHỌC (HÚT) DỊCH KHỚP

I. ĐẠI CƯƠNG

- Khớp gối được tạo nên bởi đầu dưới xương đùi, đầu trên xương chày và xương bánh chè. Màng hoạt dịch khớp gối rất rộng, bao phủ đủ toàn bộ khớp gối và tạo nên túi cùng màng hoạt dịch lót trong khớp gối vị trí trên xương đùi và dưới xương bánh chè. Khi khớp gối bị tràn dịch, dịch khớp thường tập trung tại túi cùng màng hoạt dịch.
- Tràn dịch khớp gối có thể gặp trong một số bệnh lý: thoái hóa khớp gối có phản ứng viêm, các bệnh viêm khớp tự miễn (viêm khớp dạng thấp, lupus..), gút, bệnh lý cột sống huyết thanh âm tính, hay nhiễm khuẩn khớp, chấn thương khớp, bệnh lý rối loạn đông máu...

II. CHỈ ĐỊNH

- Hút dịch làm xét nghiệm dịch để chẩn đoán nguyên nhân.
- Hút tháo dịch để điều trị.
- Hút dịch sau đó tiêm khớp điều trị.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý rối loạn đông máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da tại vị trí khớp định chọc hút.

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ chuyên khoa.

-1 Bác sỹ: là các bác sỹ chuyên khoa cơ xương khớp tại các bệnh viện tuyến Trung ương/ Tỉnh/ Thành phố đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp.

-1 Điều dưỡng phụ: là điều dưỡng đã được đào tạo, cấp chứng chỉ.

2. Phương tiện

Kim chọc hút (18Gauche, 20Gauche, 23 Gauche, dài 4-8cm, bơm tiêm 10ml, 20 ml.

Bông, cồn iod sát trùng, panh, băng dính vô khuẩn.

Thuốc gây tê Lidocain 2%.

Lam kính, ống nghiệm vô khuẩn, ống nghiệm có Heparin chống đông - Hộp dụng

cụ chống sốc.

Gối kê khoeo chân để chân gấp nhẹ 15°.

3. Chuẩn bị bệnh nhân.

Người bệnh được giải thích trước về thủ thuật nhằm hợp tác với bác sỹ. Bệnh án hoặc các tài liệu (CTM, xét nghiệm, X quang...) để thầy thuốc kiểm tra (nếu cần thiết) trước khi thực hiện thủ thuật (chú ý xét nghiệm đông máu cơ bản, chỉ định, bệnh kết hợp...).

Bác sỹ thăm khám lại bệnh nhân trước khi tiến hành chọc dịch.

4. Chuẩn bị tư thế bệnh nhân: tùy theo vị trí khớp cần chọc dịch.

Hồ sơ bệnh án, đơn.

Theo mẫu quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH CHỌC HÚT DỊCH KHỚP

Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định.

Kiểm tra hồ sơ bệnh án, đơn hoặc phiếu chỉ định thủ thuật về chỉ định, chống chỉ định.

Hướng dẫn tư thế bệnh nhân và xác định các mốc giải phẫu:

Hút dịch khớp gối vị trí túi cùng trên ngoài: Bệnh nhân nằm ngửa, gối hơi gấp 15 độ bằng gối kê dưới khoeo chân. Xác định điểm đặt kim là vị trí trên ngoài, chỗ hõm giữa bờ trên ngoài xương bánh chè và bờ ngoài gân cơ tứ đầu đùi, hướng kim chéch vào trong và xung dưới gầm xương bánh chè hoặc vị trí cạnh bên khe khớp giữa xương bánh chè và đầu dưới xương đùi.

Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn.

Sát khuẩn rộng vùng có chỉ định chọc hút dịch.

Gây tê dưới da vị trí đặt kim.

Đưa kim vào vị trí đã xác định, hướng kim vuông góc với mặt da vừa đưa kim vừa hút chân không cho tới khi thấy dịch, hút nhẹ nhàng và từ từ.

Khi lấy được dịch khớp: cần đánh giá ại thể dịch khớp (số lượng, màu sắc, độ nhớt, độ trong), hoặc cần làm xét nghiệm nếu có chỉ định.

Sau khi đã hút hết dịch, tiến hành tiêm thuốc nếu có chỉ định.

Kết thúc thủ thuật: rút kim, sát trùng lại và băng vị trí chọc dịch bằng băng dính y tế.

Dặn dò bệnh nhân không cho nước tiếp xúc với vị trí chọc dịch trong vòng 24 giờ, tái khám nếu chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí chọc dò, sốt,...

VI. THEO DÕI

Tình trạng đau; chảy máu tại chỗ; tình trạng nhiễm trùng thứ phát nếu có.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ.

- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp: do thủ thuật chọc dịch không đảm bảo vô khuẩn. Bệnh nhân thường có biểu hiện sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch tái phát nhanh: cần điều trị kháng sinh.

- Chảy máu kéo dài tại chỗ chọc dò: cầm máu tại chỗ và kiểm tra lại tình trạng bệnh lý rối loạn đông máu của bệnh nhân để xử trí tùy theo trường hợp.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do bệnh nhân quá sợ hãi, có các biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: Bệnh nhân choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn,...

- Đặt bệnh nhân nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

QUY TRÌNH CẮT HẸP BAO QUY ĐẦU

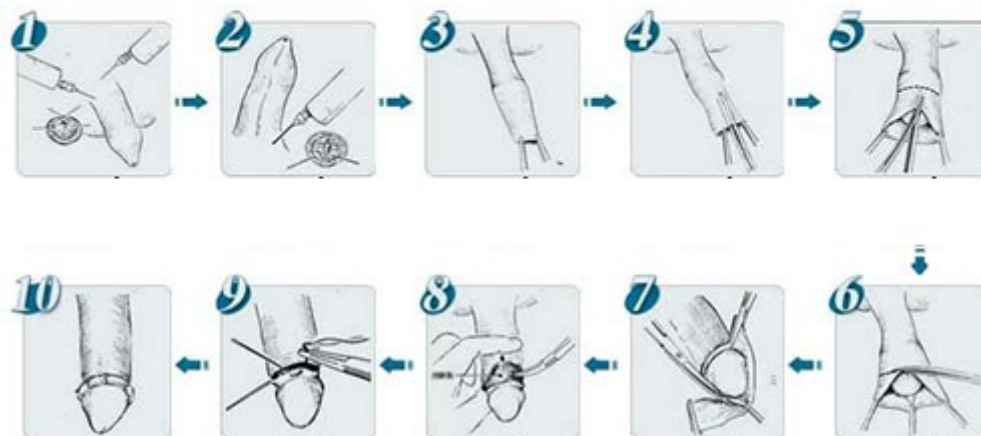
1.Đại cương.

Mặc dù cắt bao quy đầu là một thủ thuật nhỏ nhưng vẫn phải đảm bảo đầy đủ các bước tiến hành thực hiện phẫu thuật theo quy định của bộ y tế để người bệnh được an toàn và không xảy ra sai sót.

Bạn có thể hiểu đơn giản bao quy đầu là một lớp da bao bọc bên ngoài dương vật nhằm mục đích bảo vệ dương vật và quy đầu dương vật. Bao quy đầu bị hẹp hay bị dài bao quy đầu

Thực hiện cắt bao quy đầu là việc sử dụng những kĩ thuật với các dụng cụ máy móc hiện đại để cắt bỏ phần thừa của bao quy đầu, làm lộ quy đầu dương vật và lỗ niệu đạo.

Quy trình thực hiện cắt bao quy đầu



quy trình cắt bao quy đầu

2.Các bước tiến hành.

- **Chuẩn bị.** –Bệnh nhân hẹp bao quy đầu hoặc dài da quy đầu

-Hồ sơ bệnh án,ký cam đoan

.-Vệ sinh sạch sẽ bộ phận sinh dục

-Dùng cụ cắt hẹp bao quy đầu

- Thuốc tê Lidocain2% Pethidin10%

Bước 1:

Kiểm tra mức độ dài, hẹp bao quy đầu

- Các bác sĩ sẽ tiến hành kiểm tra mức độ bị dài, hẹp bao quy đầu... để có thể lựa chọn phương pháp cho phù hợp.
- Nếu bạn mắc những bệnh về viêm nhiễm bộ phận sinh dục thì cần được điều trị dứt điểm để có thể tránh gây ảnh hưởng đến quy trình cắt bao quy đầu. Trong trường hợp bạn không bị mắc viêm nhiễm gì thì bác sĩ sẽ có thể tiến hành thủ thuật cắt bao quy đầu ngay.

Bước 2:

Thực hiện thủ thuật cắt bao quy đầu

- Đầu tiên, bác sĩ chuyên khoa sẽ tiến hành vệ sinh dương vật để tránh bụi bẩn và viêm nhiễm trong quá trình làm thủ thuật. Sau đó, bác sĩ sẽ tiêm thuốc tê vào lớp da bao quy đầu để giúp bạn không có cảm giác đau đớn khi tiến hành làm thủ thuật. Thủ thuật được diễn ra với các công đoạn sau:
 - Bóc tách phần da ở bao quy đầu.
 - Cắt lại miệng bao quy đầu.
 - Cắt rời mặt trước bao quy đầu.
 - Cắt bỏ bao quy đầu.
 - Khâu lại vết cắt.

Bước 3:

Cần chăm sóc bệnh nhân sau khi làm thủ thuật

- Người bệnh sẽ được bác sĩ chuyển đến phòng lưu bệnh nhân để nghỉ ngơi và có thể phục hồi sức khỏe sau khi làm thủ thuật. Khi làm thủ thuật xong, bao quy đầu của bạn sẽ bị sưng lên một chút hoặc hơi bị phù do tác dụng thuốc gây tê còn đọng lại ở vùng da làm thủ thuật.
- Sau một thời gian ngắn (khoảng mấy ngày) khi thực hiện xong quy trình cắt bao quy đầu, nó sẽ trở lại hình dạng bình thường với phần bao quy đầu đã được cắt bỏ và mang tính thẩm mỹ cao.

Khuyến cáo:

- Ngoài ra, cần lưu ý phải hoạt động hết sức nhẹ nhàng, tránh quan hệ tình dục, thủ dâm trong khoảng 1 - 2 tháng đầu để vết thương có thể nhanh chóng được hồi phục.
- Cắt bao quy đầu sẽ giúp cho những nam giới bị dài, hẹp bao quy đầu có thể vệ sinh dễ dàng hơn, tăng khoái cảm trong quan hệ tình dục, đặc biệt giúp phòng ngừa các bệnh viêm nhiễm,... Do vậy, các bạn nam giới bị dài hẹp bao quy đầu không nên chần chừ mà hãy sớm đến những cơ sở y tế để được cắt bao quy đầu an toàn, thẩm mỹ.

3. Biến chứng và xử trí.

- **Đau:** dùng giảm đau Panalgan 500mg
- **Chảy máu, nhiễm trùng.** khâu cầm máu, rửa thay băng hàng ngày, dùng kháng sinh phối hợp liều cao

QUY TRÌNH - 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.

CHUẨN BỊ

- Người thực hiện:

Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình, phụ phẫu thuật.

- Người bệnh:

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

- Phương tiện:

Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay.

Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa, tay phẫu thuật để trên bàn phẫu thuật.

- Vô cảm:

Tê gốc ngón, tê đám rối cánh tay hoặc gây mê.

- Kỹ thuật:

Garô gốc ngón hoặc garô cánh tay bằng garô hơi hoặc garô chun.

Sát trùng vùng mổ bằng betadine hoặc cồn 70⁰.

- Làm mỗm 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 mỗm cụt.

+ Khâu vết mổ.

Làm mỗm cụt xương bàn ngón: Tùy theo tổn thương ngón nào mà có các cách phẫu thuật khác nhau

+ Cột đốt bàn ngón cái: bảo tồn tối đa, giữ lại nền đốt bàn, sử dụng vật da cơ che phủ phần mềm tốt không để lộ xương.

+ Cột 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

+ Cột 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.

5. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- 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 tiêm 3-5 ngày.

- Xử trí tai biến:

+ Chảy máu mủm cụt: Băng ép nhẹ nhàng, không hết có thể khâu tăng cường vị trí mủm cụt.

+ Nhiễm trùng: Thay băng hàng ngày, cắt chỉ khi tự 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 mủm cụt: Lộ xương cần cắt cao hơn hoặc chuyển vạt che xương.

QUY TRÌNH PHẪU THUẬT CO GÂN ACHILLES

I. 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, Bunnell, Krackow, ... ; kỹ thuật chuyển vạt gân, tăng cường gân cơ gan chân gày, 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. Đối với những trường hợp đứt cũ gân gót, thường hai đầu gân co rút, kèm theo tình trạng thoái hóa giảm tưới máu hai đầu gân nên thường sau khi cắt lọc thì gân bị thiếu hụt một đoạn lớn và không kéo sát lại được.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh bị co gân Achilles

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh toàn thân nặng, không thể phẫu thuật

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Tê tủy sống hoặc gây mê

2. Kỹ thuật mổ:

- Có hai phương pháp chính, hoặc là dùng các gân cơ khác để làm cầu nối (theo Teuffer, Turco và Spinella, White, Kraynick, Wapner, Bosworth và Lindholm) hoặc là kéo dài đáp sát hai đầu gân (theo Abraham và Pankovich). Có thể phối hợp cả hai phương pháp.

***Dùng gân cơ khác làm cầu nối:**

White, Kraynick, Wapner và Teuffer mô tả dùng gân cơ mác ngắn và gân cơ gan chân dài làm cầu nối giữa hai đầu gân.

Bosworth và Lindholm mô tả cách dùng dài gân của chính gân cơ tam đầu quặt ngược xuống làm cầu nối.

Wapner và cộng sự dùng phương pháp chuyển gân cơ gấp ngón cái dài để tái tạo đứt gân gót cũ và báo cáo thành công trong 7 trường hợp.

***Kéo dài gân:**

Abraham và Pankovich nỗ lực kéo hai đầu gân sát nhau bằng cách kéo dài gân theo kiểu V-Y ở chỗ nối gân cơ tam đầu. Tác giả báo cáo thành công trong bốn trường hợp. Phương pháp này thực chất là kéo dài cơ bụng chân, thường được dùng để điều trị chứng bàn chân ngựa (equinus) trong tật bại não cho kết quả rất tốt (kỹ thuật Strayer). Mổ rạch gân cơ bụng chân (gastrocnemius) ngay mức nối gân-cơ, rồi duỗi bàn chân về phía mu chân để kéo dài cơ, phần trên sau đó được khâu vào cơ dẹt bên dưới.

Sau mổ, bột cố định bàn chân tư thế bàn chân gấp tối đa về gan 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 nạng 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 nạng đỡ chịu lực tăng dần.

8-12 tuần: Bỏ bột, đi có nạng 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.

V. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

PHẪU THUẬT CẮT TRĨ BẰNG PHƯƠNG PHÁP MILLIGAN - MORGAN

I. ĐẠI CƯƠNG.

- Phẫu thuật cắt bỏ từng búi riêng rẽ, điều trị bệnh trĩ ở mức độ nặng hoặc đã dùng các phương pháp nội khoa, điều trị thủ thuật thất bại. Phẫu thuật cắt trĩ cần giữ lại các cầu da niêm mạc vừa đủ để tránh hẹp hậu môn, đại tiện mất tự chủ sau mổ.

II. CHỈ ĐỊNH.

- Trĩ độ 3, độ 4, sa trĩ tắc mạch.
- Trĩ đã được điều trị bằng các phương pháp khác thất bại còn sa và chảy máu.
- Trĩ kèm các bệnh cần phẫu thuật khác ở hậu môn: nứt kẽ, rò,...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.

- Thể trạng người bệnh quá yếu, cần hồi sức tích cực trước phẫu thuật.
- Người bệnh già yếu có các bệnh phối hợp tim, phổi nặng.

IV. CHUẨN BỊ.

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên tiêu hóa hoặc PTV ngoại chung.

2. Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, 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, 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.
- **Phương tiện:** Van hậu môn, tốt nhất có van Hill Ferguson, bộ dụng cụ trung phẫu.
- **Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút.**

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

- Tư thế

Người bệnh nằm tư thế sản khoa.

Vô cảm

Gây mê nội khí quản hay tê vùng (ngoài màng cứng, tê tại chỗ).

- Kỹ thuật

Nong hậu môn, bộc lộ các búi trĩ. Đặt 9 panh tại 3 vị trí: 3h, 8h, 11h; theo hàng: ở mép hậu môn, trên đường lược và gốc búi trĩ tạo nên *tam giác trình bày*.

- Phẫu tích cắt từng búi trĩ: thường bắt đầu ở búi 3h. Tiêm thấm dung dịch Xylocain có adrenalin pha loãng để dễ phẫu tích bóc tách. Sau khi cắt da ở mép hậu môn, phẫu tích bóc tách búi trĩ từ da tới niêm mạc hậu môn trực tràng khỏi lớp cơ tròn trong tới gốc búi trĩ (cắt dây chằng Parks). Khâu thắt gốc búi trĩ bằng chỉ chậm tiêu 2.0. Đặt miếng gạc nhỏ dưới gốc búi trĩ, kéo nhẹ ra phía ngoài có tác dụng cầm máu tạm các mạch nhỏ.

Thực hiện tương tự với các búi trĩ ở các vị trí còn lại (8h và 11 giờ).

Sau khi thắt gốc 3 búi trĩ chính, kiểm tra lại vết mổ, cầm máu bằng đốt điện. Cắt các búi trĩ, để mồm cụt dài khoảng 5mm.

Lấy các búi trĩ phụ dưới các cầu niêm mạc.

- Sửa lại các cầu da niêm mạc cho cân đối, đều đặn. Nếu các cầu cầu da niêm mạc quá dài (để lại di tích da thừa sau này), có thể cắt ngắn cho vừa vặn và khâu lại bằng chỉ chậm tiêu 5.0, mũi rời.
- Kiểm tra lại vết mổ: cầm máu tốt, ống hậu môn không bị hẹp (đút lọt dễ dàng ngón trỏ). Có thể đặt một miếng băng có tác dụng cầm máu như loại surgicel hay spongel ép nhẹ lên vết mổ. Băng mỡ với betadine.

VI. THEO DÕI.

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.

+ Khi phẫu thuật bằng gây tê tùy sống, người bệnh thường bí đái trong ngày đầu, có thể phải đặt sonde bàng quang.

Thường cho kháng sinh, thuốc giảm đau 3 ngày – 5 ngày loại metronidazol, paracetamol. Ngày đầu dùng đường tiêm, từ ngày thứ 2 dùng đường uống. Uống thêm thuốc nhuận tràng, tránh táo bón động phân trong trực tràng gây kích thích đại tiện, gây đau kéo dài. Bắt đầu ăn trở lại sau mổ 12 giờ.

Sân sóc tại chỗ: thường đặt viên đạn trĩ vào hậu môn 1 viên/ngày. Ngâm rửa hậu môn vào chậu nước ấm pha thuốc tím hoặc dung dịch sát trùng nhẹ 2 - 3 lần/ngày.

VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG.

Chảy máu: thường do vết thương dễ mở, nên người bệnh đại tiện có dính ít máu. Nếu mức độ chảy máu nhiều, không tự cầm cần kiểm tra lại vết mổ để cầm máu bằng đốt điện hay khâu.

Đau nhiều: dùng thuốc giảm đau kết hợp ngâm hậu môn nước ấm.

Bí đái: thường gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do người bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt ống thông bàng quang.

Hẹp hậu môn: sau mổ cần đặt thuốc hàng ngày, đưa sâu ngón tay vào trong lòng trực tràng, tránh các mép cầu da niêm mạc dính sớm gây hẹp hậu môn. Trong khi mổ, cần phẫu tích tỉ mỉ, đúng lớp, tránh gây chảy máu nhiều phải khâu cầm máu và đốt điện nhiều làm hoại tử cầu da niêm mạc. Đây là nguyên nhân gây hẹp hậu môn. Mất tự chủ hậu môn thường tồn tại trong vòng 30 ngày sau mổ. Nguyên nhân do lớp niêm mạc hậu môn bị cắt bỏ, chưa tái tạo và phục hồi chức năng nhận cảm thành phần phân chứa trong lòng trực tràng. Do phẫu thuật ảnh hưởng tới hoạt động của hệ thống cơ thắt hậu môn. Do người bệnh sợ đi ngoài làm ứ đọng phân trong lòng trực tràng, gây kích thích đại tiện (người bệnh chỉ rặn được một ít phân, cảm giác đi không hết phân và đi ngoài nhiều lần trong ngày). Vì vậy cần động viên người bệnh đi ngoài sớm, dùng nhuận tràng. Trong trường hợp cần thiết phải thụt tháo, lấy phân ứ đọng trong trực tràng.

PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM PHỨC TẠP

I. ĐẠI CƯƠNG.

Không có định nghĩa cụ thể nào về vết thương phần mềm phức tạp, tuy nhiên trong thực hành có thể coi những vết thương với một hoặc nhiều hơn những yếu tố có thể gây ra nhiễm khuẩn, tổn thương cần phục hồi lâu dài, di chứng nặng nề.

II. CHỈ ĐỊNH.

Chỉ định mổ tuyệt đối với những vết thương phần mềm phức tạp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.

Bệnh lý toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ.

- a. **Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chuyên ngành chấn thương chỉnh hình.
- b. **Người bệnh:** Chuẩn bị tâm lý, hồ sơ bệnh án đầy đủ.
- c. **Phương tiện:** Bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên ngành.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

a. Tư thế:

Tùy thuộc vào vị trí tổn thương, tư thế người bệnh cần đảm bảo phẫu trường thuận lợi.

b. Vô cảm:

Tùy vào vị trí tổn thương, thông thường gây tê tủy sống, tê đám rối, mê khí quản.

c. Kỹ thuật:

- i. Bộc lộ rộng rãi vùng tổn thương.
- ii. Nếu có thể nên garo gốc chi.
- iii. Đánh giá toàn bộ, kiểm soát đáy vết thương, tránh bỏ sót tổn thương.
- iv. Làm sạch nhiều lần bằng oxy già, betadin, nước với những vết thương nguy cơ nhiễm khuẩn cao.
- v. Lấy bỏ hết dị vật.
- vi. Cắt lọc mép da, cần cắt lọc tiết kiệm tại những vị trí nguy cơ khuyết da nhiều.
- vii. Cắt lọc tổ chức dập nát hoại tử như tổ chức dưới da, cơ dựa vào các dấu hiệu như màu sắc cơ, trương lực, vi tuần hoàn, đáp ứng kích thích.
- viii. Lập lại cấu trúc giải phẫu các tổn thương nếu điều kiện cho phép như khâu nối gân, nối mạch máu, khâu bao thần kinh.
- ix. Đóng da thừa.
- x. Sử dụng những dụng cụ trợ đỡ, bất động.
- xi. Kháng sinh liều cao, phổ rộng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

a. Theo dõi

- 3 ngày đầu:
 - + Dấu hiệu sinh tồn, tình trạng băng vết mổ.
 - + Tình trạng đầu chi.
 - + Hướng dẫn tập vận động sớm nếu có thể.
- Những ngày sau:
 - + Theo dõi tình trạng vết mổ
 - + Phát hiện sớm tình trạng nhiễm khuẩn nông, sâu.
 - + Đánh giá tổ chức phần mềm nguy cơ tiếp tục hoại tử.

b. Xử trí tai biến:

- Chảy máu vết mổ: Băng ép.
- Nhiễm trùng: Thay băng hàng ngày, cắt chỉ khi tụ dịch, nguy cơ nhiễm trùng sâu, tăng liều và phối hợp thêm kháng sinh.
- Hoại tử tổ chức phần mềm: tiếp tục cắt lọc khi cần thiết.

PHẪU THUẬT CẮT U MÁU VÙNG HÀM MẶT

I. ĐẠI CƯƠNG:

Là phẫu thuật cắt bỏ một phần hoặc toàn bộ khối u máu nhằm loại bỏ hoặc hạn chế sự phát triển của u.

II. CHỈ ĐỊNH:

1. Cắt bỏ toàn bộ u khi khối u có ranh giới rõ hoặc khối u máu nhỏ khu trú đường kính dưới 3cm.
2. Thường tiêm thuốc làm xơ hóa u (tiêm xơ vài lần) sau đó cắt bỏ một phần hoặc cắt bỏ toàn bộ khối u.
3. Thất động mạch nuôi khi u máu là u mạch có thể động mạch hoặc thông động tĩnh mạch. Nếu có thể cắt toàn bộ hay một phần u kèm theo.
4. Khối u bị vỡ tự nhiên hoặc do sang chấn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

1. Khối u quá lớn và nằm ở các vùng sâu như thành bên họng, lưỡi, mang tai.
2. Các khối u mạch lớn ở trẻ nhỏ mà chưa được điều trị bằng các thuốc tiêm xơ hóa.
3. U máu lan tỏa rộng.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Cán bộ chuyên khoa: phẫu thuật viên là bác sỹ có bằng chuyên khoa răng hàm mặt trình độ từ chuyên khoa I trở lên.

2. Phương tiện:

- Dụng cụ phẫu thuật phần mềm.
- Bộ thất động mạch cảnh ngoài.
- Máu để truyền, oxy.

3. Người bệnh: Được giải thích về khả năng và tiên lượng kết quả phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án:

- Mô tả cụ thể vị trí, độ rộng và độ sâu của u, ranh giới, có mạch đập hay nghe thấy tiếng thổi tâm thu hoặc thổi liên tục không.
- Chọc dò xem có máu không và đặc điểm của dịch.
- Chụp phim Xquang kiểm tra u máu xương.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Vô cảm: gây mê nội khí quản.

2. Kỹ thuật: (sau khi tiêm xơ u máu phần mềm)

- Nếu có vỏ rõ, chứa máu không đông thì phẫu thuật bóc toàn bộ u.
- Nếu cắt hình mũi cam: theo trục dài của đường rạch trùng với các nếp nhăn tự nhiên của mặt.
- Có thể thất động mạch cảnh ngoài hoặc động mạch nuôi trước khi cắt u.
- Cắt u nông và tạo hình tại chỗ bằng các vật quay

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN:

1. Trong phẫu thuật:

Chảy máu: cầm máu kỹ bằng dao điện và buộc. Cắt u đến đâu cầm máu kỹ đến đó.

2. Sau phẫu thuật:

- Khó thở do phù nề: giải quyết khó thở, thuốc chống phù nề.
- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm khuẩn: kháng sinh.

PHẪU THUẬT BÓC U THÀNH NGỰC

1. ĐẠI CƯƠNG

- Các khối u của thành ngực là u của tổ chức liên kết có thể lành tính hoặc sarcom (không bao gồm u của màng phổi):
- U của tổ chức phần mềm thành ngực: u xơ thần kinh, u xơ fibroma, u cơ, u mỡ, u máu, u bạch huyết...
- U của xương, sụn sườn
- Lâm sàng: thường không có triệu chứng, khi u to nổi gồ lên thành ngực người bệnh mới đến khám.
- Phẫu thuật bóc u thành ngực là lấy bỏ khối u phần mềm, thành ngực.

2 . CHỈ ĐỊNH

Tất cả các u thành ngực đều có chỉ định phẫu thuật

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

-Không có chống chỉ định tuyệt đối, cân nhắc khi:

-Người bệnh già yếu, suy kiệt không chịu đựng được phẫu thuật

-Nhiều bệnh phối hợp gây nguy cơ cao, COPD, cao huyết áp, suy tim nặng, lao phổi tiến triển, tai biến mạch não.

-Các chống chỉ định của ngoại khoa như rối loạn chức năng đông máu giảm, người bệnh đang có viêm cấp, sốt cao...

4. CHUẨN BỊ

-Người thực hiện

-Phẫu thuật viên chuyên khoa lồng ngực: 1 phẫu thuật viên chính và 2 Bác sĩ phụ mổ.

-Bác sĩ gây mê hồi sức được đào tạo chuyên khoa

-Phương tiện

Cơ sở ngoại khoa được trang bị đầy đủ, monitor theo dõi huyết áp động mạch, huyết áp tĩnh mạch, bão hòa ô xy, nhịp thở, điện tim... Dụng cụ: bộ dụng cụ của phẫu thuật chung bao gồm

Các kẹp phẫu tích loại có máu và không máu, 3- 5 chiếc

Kéo phẫu tích loại cong, đầu tù 1 chiếc, đầu nhọn 1 chiếc

Các loại pince kẹp có máu và không máu

Hartmann 2 chiếc, Farabeuf 2 để kéo mép cơ, vết mổ

Banh vết mổ tự động loại Beckmann: 1 chiếc

Các loại chỉ khâu đơn sợi hoặc chỉ dệt với các số 2.0- 3.0- 4.0

Các vật liệu cầm máu như Gelaspon, Surgicel, Spongel

Dẫn lưu phổi silicon số 30F nếu có rách màng phổi

Bàn mổ, dao điện, máy hút, hệ thống đèn chiếu sáng đủ tiêu chuẩn

Người bệnh

Được giải thích kỹ để họ yên tâm hợp tác trong quá trình điều trị

Vệ sinh sạch sẽ toàn thân đặc biệt là vùng ngực, cạo lông nách

Phẫu thuật viên thăm khám toàn diện về lâm sàng, cận lâm sàng đánh giá toàn trạng chung của người bệnh.

Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án đầy đủ theo qui định chung của Bộ Y tế

5.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm

Gây mê nội khí quản

Các thuốc chuyên khoa tim mạch, hô hấp, giãn phế quản...

Tư thế người bệnh

Tư thế nằm nghiêng, ngửa hoặc sấp tùy thuộc vị trí khối u

Đường mổ

Mở trực tiếp vào tổn thương sao cho tiếp cận khối u thuận lợi nhất, cắt ít cơ nhất nếu có thể.

Kỹ thuật mổ

Vào tổn thương dùng Beckmann banh rộng vết mổ, phẫu tích bộc lộ, cô lập khối u thất hoặc đốt các mạch nuôi dưỡng, lấy bỏ toàn bộ khối u.

Với khối u lành tính, có thể bóc u trong vỏ hoặc ngoài vỏ. Khối u ác tính nhất thiết phải cắt rộng rãi khối u đảm bảo lấy hết tổn thương cả về đại thể và vi thể (điện cắt R0).

Cầm máu kỹ, lau rửa, khâu phục hồi vết mổ từ dưới lên lấy kín đáy, nếu tổn thương rộng cần thiết phải đặt 1 dẫn lưu tại vết mổ. Trong trường hợp có rách màng phổi thì phải đặt dẫn lưu và hút liên tục áp lực -20cmH₂O.

6.THEO DÕI

Người bệnh ngay sau mổ cần phải được theo dõi sát nhịp tim, huyết áp, nhịp thở, bão hòa oxy liên tục qua Monitor.

Theo dõi số lượng dịch, tính chất dịch qua sonde dẫn lưu

Chụp Xquang ngực sau phẫu thuật 24 giờ

Theo dõi xa: người bệnh cần được khám định kỳ sau phẫu thuật 3- 6 tháng

7.XỬ TRÍ TAI BIẾN

Chảy máu, hematoma phải mổ lại

Nhiễm trùng vết mổ: cần thay băng rửa ngày 2 lần, làm kháng sinh đồ

QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GÃY XƯƠNG ĐÒN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Xương đòn là 1 xương dài nằm ngang, hơi chếch ở phía trước trên thành ngực 2 bên. Đầu trong bắt khớp với xương ức bởi khớp ức-đòn, đầu ngoài bắt khớp với mỏm cùng của xương bả vai bởi khớp cùng-đòn. Ở 1/3 trong có 1 trong 2 bó của cơ ức-đòn-chũm bằm, nên khi xương đòn gãy, đoạn gãy phía trong thường bị kéo lệch lên trên, gây khó khăn trong việc nắn chỉnh.

- Gãy xương đòn là một trong những chấn thương hay gặp nhất, gãy xương đòn thường dễ liền, nên chủ yếu được điều trị bảo tồn.

- Cơ chế chấn thương có thể do lực tác động trực tiếp, có thể còn do ngã chống tay khi đuổi tay. Tỷ lệ khớp giả sau điều trị bảo tồn là 0,1% - 7,0%. Khi điều trị bảo tồn, mặc dù ổ gãy di lệch thường không được nắn chỉnh và cố định

trong tư thế hoàn hảo nhưng kết quả về chức năng thì rất tốt và hoàn toàn có thể chấp nhận được về mặt thẩm mỹ.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các trường hợp gãy kín xương đòn mà không kèm theo tổn thương mạch máu và thần kinh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gãy hở xương đòn.
2. Gãy xương đòn có tổn thương mạch máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Chuyên khoa chấn thương: 02 người.

2. Phương tiện: không có phương tiện gì đặc biệt.

- Bàn nắn thường hoặc chỉ cần một chiếc ghế để người bệnh ngồi.
- Thuốc tê: 1 ống Xylocaine (hoặc Lidocaine) 1%, pha loãng trong 5 ml nước cất hoặc dung dịch huyết thanh mặn Natriclorua 0,9%, tiêm tại ổ gãy.
- Băng đai số 8 tùy theo kích thước người bệnh. Nơi không có băng đai số 8, hoặc băng đai không vừa cỡ, chuẩn bị 2-3 cuộn bột, cỡ 15 cm để bó bột số 8.

3. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương.
- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật.
- Được vệ sinh sạch sẽ vùng xương gãy, cởi áo hoàn toàn (cả áo lót).

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.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kỹ thuật nắn và bất động với băng số 8 theo cách của Watson-Jones:

1. Người bệnh

Được gây tê ổ gãy, ngồi trên một ghế tròn lưng ngay ngắn, hai vai ngang, hai tay chống mông sườn ưỡn ngực mắt nhìn thẳng, đầu ngay ngắn.

2. Người nắn

Đứng sau người bệnh đầu gối tỳ giữa hai bả vai người bệnh, bàn chân đặt trên ghế, hai tay cầm chắc vào vùng vai kéo nắn từ từ dạng ra sau tối đa. Sau đó cố định tư thế này bằng băng đai số 8 (hoặc bó bột số 8, bó bột Desault, hiện nay 2 kiểu bó bột này ít còn sử dụng). Khi bó bột số 8 cần lưu ý:

+ Bó bột số 8 bao giờ phần bột gặp nhau hình dấu X cũng về phía sau lưng.

+ Mục đích của bó bột số 8 hoặc đeo băng đai số 8 là để làm căng giãn vai và ưỡn ngực ra cho xương đòn được kéo dài ra theo trục, chứ không phải mục đích cố định vững chắc xương, nên bó bột số 8 không cần phủ kín bột trùm lên trên ổ gãy. Nếu phủ kín bột lên ổ gãy chưa chắc giữ xương được vững hơn, mà có thể dễ gây loét da tại ổ gãy.

+ Vùng nách nên vê nhỏ lại để người bệnh khép nách được dễ dàng, phải che phủ kỹ lông nách, tránh lông nách dính vào bột gây đau người bệnh khi tập và khi tháo bột.

Khi bó bột Desault cần lưu ý: đệm lót dày vùng xương gãy, vì trong gãy xương đòn, bao giờ cũng thế, không ít thì nhiều cũng có gò xương, dễ gây loét.

3. Thời gian bất động với người lớn, khoảng 4-5 tuần. Trong thời gian bất động:

+ Hướng dẫn người bệnh tập vận động sớm khớp vai 2 bên, tập nhẹ nhàng và tăng dần, không đợi xương có can mới tập để bị cứng khớp vai.

+ Cứ 5-7 ngày, kiểm tra xem tình trạng của băng đai, nếu lỏng cho chỉnh lại cho vừa phải. Nếu phải chỉnh, nên chỉnh bên vai tổn thương trước, bên lành sau.

+ Hướng dẫn người bệnh khi cần thay áo, nên: cởi áo thì cởi bên tay lành trước, khi mặc áo thì mặc bên tay đau trước. Mặc áo vào bình thường, việc tập vai dễ dàng hơn là người bệnh trùm áo ra bên ngoài vai.

4. Với gãy xương đòn ở trẻ nhỏ dưới 5 tuổi

Không cần bất động gì cả xương đòn vẫn liền tốt và không để lại bất kỳ một di chứng nào. Nhiều khi dùng băng vải hoặc băng thun băng cho trẻ theo kiểu số 8 cũng được, nhưng không có tác dụng nhiều. Công việc băng bó ấy chỉ có tác dụng động viên, có tác động xua đi sự hoang mang lo lắng của cha mẹ hoặc thân nhân của trẻ là chính.

VI. THEO DÕI

Hầu hết gãy xương đòn theo dõi điều trị ngoại trú. Chỉ các trường hợp nặng, có nghi chấn thương ngực hoặc các tạng khác mới cần theo dõi nội trú.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Theo dõi thở, nếu khó thở cần chụp ngực ở tư thế đứng xem có bị tràn máu, tràn khí màng phổi không. Nếu có, chuyển mổ dẫn lưu màng phổi cấp cứu.

2. Theo dõi mạch quay, cảm giác, vận động của các ngón tay để phát hiện tổn thương mạch máu, thần kinh hay do bột hoặc băng đai chặt, chèn ép bó mạch thần kinh ở vùng nách.

- Nếu tổn thương mạch máu: mổ cấp cứu để xử trí nối hoặc ghép mạch.
- Nếu tổn thương đám rối thần kinh cánh tay: chờ phục hồi sau 3-6 tháng.
- Nếu do băng đai chặt: nới băng đai, hướng dẫn người bệnh chống 2 tay để dạng 2 nách.

QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN TRẬT KHỚP VAI

I. 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.

- Nguyên nhân thường là lực tác động gián tiếp (ngã chống tay).

II. CHỈ ĐỊNH NẮN BẢO TỒN TRẬT KHỚP VAI

1. Trật khớp kín.
2. Trật khớp vai đến sớm (3 tuần trở lại).
3. Trật khớp vai đơn thuần (không có kèm gãy xương vùng vai).
4. Trật khớp vai có kèm gãy xương vùng vai nhưng không di lệch, ít di lệch.
5. 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).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Trật khớp hở chưa XỬ TRÍ phẫu thuật.
2. Trật khớp vai đến quá muộn (trên 01tháng).
3. 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...).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Chuyên khoa chấn thương: 3 người (1 chính, 2 trợ thủ viên). Nếu gây mê: thêm 2 chuyên khoa gây mê (1 gây mê, 1 phụ mê).

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 (15-20cm).

- Giấy vệ sinh hoặc bông lót: 02 cuộn.

- Các dụng cụ cho gây tê hoặc gây mê: bơm tiêm, bông cồn 70°, 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.

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 trái.

- 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. 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.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN BÓ BỘT TRẬT KHỚP VAI

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).

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.

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 dạng (khoảng 20-25°). 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 90°, 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.

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.

V. THEO DÕI (thường là theo dõi ngoại trú)

VI. 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.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO.

Tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa- chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột” của Bộ Y Tế số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014.

KHÂU LỖ THÙNG DẠ DÀY HÀNH TÁ TRÀNG.

I. 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.

II. 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.

III. 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.

IV. CHUẨN BỊ.

- Người thực hiện: Người thực hiện tiêu hóa và bác sỹ gây mê hồi sức
- Phương tiện: bộ đại phẫu tiêu hóa
- Người bệnh
- Xét nghiệm cơ bản: xét nghiệm công thức máu, đông máu, chụp tim phổi, điện tim...
- Chụp bụng đứng không chuẩn bị.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

- Tư thế: nằm ngửa,
- Vô cảm: gây mê nội khí quản
- Kỹ thuật:
- Rạch da: đường trắng giữa trên dưới rốn
- Thăm dò, đánh giá:
 - + Tình trạng ổ bụng sạch hay bẩn. Lấy dịch ổ bụng cấy vi khuẩn, làm kháng sinh đồ(Chưa triển khai).
 - + 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(chưa triển khai) 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.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN.

1. Theo dõi.

- Như theo dõi hậu phẫu người bệnh mổ đường tiêu hóa có gây mê nội khí quản: mạch, huyết áp, nhiệt độ, hô hấp...
- Nhịn ăn, uống tối thiểu đến khi có lưu thông tiêu hóa trở lại. Lưu thông dạ dày đến khi cho ăn. Nuôi dưỡng tĩnh mạch khi bắt người bệnh nhịn.
- Cho thuốc giảm tiết axit (kháng H1, ức chế bơm proton) ngay từ khi sau mổ.
- Kháng sinh, giảm đau, an thần.

2. Tai biến và xử trí

Chảy máu sau mổ

+ *Chảy máu trong ổ bụng*: ít gặp, do thao tác khi mổ, rửa ổ bụng làm rách mạc nối, mạc treo, lách...Tùy mức độ mất máu mà quyết định điều trị bảo tồn hay mổ lại.

+ *Chảy máu tiêu hóa*: do khâu không hết lớp niêm mạc. Thông dạ dày ra máu hoặc ỉa phân đen. Điều trị bảo tồn bằng truyền máu, giảm tiết axit, rửa thông dạ dày (rửa nhẹ nhàng bằng nước ấm). Nếu chảy máu nhiều, dai dẳng nên mổ lại.

Xì bụng đường khâu: Do tổ chức lỗ thủng mủn nát, chỉ buộc lỏng quá hoặc chặt quá (xé tổ chức), khâu thừa quá hoặc mỏng quá, dạ dày căng quá. Người bệnh có dấu hiệu viêm phúc mạc (sốt, bụng trướng, đau...), dẫn lưu ra dịch tiêu hóa, thông dạ dày ra dịch nâu bẩn. Cần mổ lại sớm, khâu lại hoặc dẫn lưu lỗ thủng, rửa ổ bụng dẫn lưu lại. Nên mở thông hồng tràng để nuôi dưỡng đường ruột.

Áp xe tồn dư sau mổ: do rửa ổ bụng không sạch, dẫn lưu không tốt (dẫn lưu nhỏ, tắc, đặt không đúng vị trí...). Người bệnh sốt kéo dài, kèm các triệu chứng kích thích của ổ dịch (ỉa lỏng, ỉa són, nấc...) siêu âm, chụp cắt lớp có các ổ dịch đọng (dưới hoành, Douglas...). Điều trị nội bằng kháng sinh, dẫn lưu ổ dịch qua siêu âm, xoay lại dẫn lưu...Không kết quả mở bụng lại dẫn lưu ổ áp xe.

Hẹp đường xuống tá tràng: Thường gặp khi khâu ổ loét hành tá tràng xơ chai. Sau mổ người bệnh chậm có lưu thông tiêu hóa trở lại, thông dạ dày ra nhiều dịch ứ đọng, có thể gặp bệnh cảnh bực chỗ khâu do dạ dày căng. Cần mổ lại tạo hình môn vị, nối vị tràng hoặc cắt đoạn dạ dày.

QUY TRÌNH PHẪU THUẬT VỠ BÀNG QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG:

1. Định nghĩa.

- Chấn thương vỡ bàng quang là một cấp cứu niệu khoa.
- Chấn thương vỡ bàng quang kín, không xuyên thấu, liên quan đến gãy xương chậu (83-95%), hoặc do lực tác động lên bàng quang khi bàng quang căng nước tiểu.

2. Nguyên nhân:

- Tai nạn giao thông: đây là nguyên nhân thường gặp nhất.
 - Tai nạn lao động.
 - Tai nạn sinh hoạt.
 - Tai nạn thể thao.
- Có 2 dạng lâm sàng là vỡ bàng quang trong và ngoài phúc mạc.

3. Phân loại mức độ tổn thương theo ASST (hội chấn thương hoa kỳ):

Độ 1: Tổn thương đụng dập, tụ máu dưới niêm mạc.

Độ 2: Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc <2cm.

Độ 3: Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc $\geq$ 2cm hoặc trong phúc mạc <2cm.

Độ 4: Vỡ bàng quang trong phúc mạc $\geq$ 2cm.

Độ 5: Vỡ bàng quang trong hoặc ngoài phúc mạc kéo dài đến cổ bàng quang hoặc miệng niệu quản (tam giác bàng quang).

II. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN - CHẨN ĐOÁN:

1. Bệnh sử:

- Chấn thương vùng hạ vị khi bàng quang đang căng.
- Đau hạ vị.
- Buồn tiểu nhưng không tiểu được hay chỉ ra chút máu (93-100%).

2. Khám lâm sàng:

- Bụng đau, đề kháng hạ vị, đề kháng khắp bụng nếu đến muộn.
- Điểm đau chói vùng xương mu do gãy ngành xương mu (vỡ bàng quang ngoài phúc mạc).
- Cầu bàng quang âm tính, gõ đục vùng thấp (vỡ bàng quang trong phúc mạc). Đặt thông tiểu :nước tiểu có máu hoặc không có nước tiểu.
- Test vỡ bàng quang: bơm 200ml nước muối sinh lý vô trùng vào bàng quang. Test dương tính nếu lượng nước muối bơm vào và rút ra khác biệt.
- Khám phát hiện các tổn thương kèm theo.

3. Cận lâm sàng:

3.1. Chụp bàng quang có cản quang: Thủ thuật tiêu chuẩn để chẩn đoán vỡ bàng quang, độ chính xác 85-100% với hình ảnh thuốc cản quang thoát ra ngoài bàng quang.

3.2. Siêu âm bụng: hình ảnh dịch tự do trong ổ bụng.

3.3. CT-Scanner bụng có cản quang: khi cần khảo sát các tổn thương khác kèm theo, độ nhạy 95%, độ đặc hiệu 100%.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc điều trị:

- Hồi sức bệnh nhân.
- Ưu tiên điều trị các thương tổn đe dọa tính mạng bệnh nhân.
- Điều trị thương tổn bàng quang và các thương tổn khác kèm theo.

2. Điều trị cụ thể:

2.1. Điều trị vỡ bàng quang ngoài phúc mạc:

- Có thể xử trí bằng đặt thông tiểu lưu, tỉ lệ thành công 90%.
- Phẫu thuật (mổ mở): vỡ bàng quang độ 5, hoặc mảnh xương gãy chèn vào thành bàng quang.
- Thuốc: kháng sinh phù hợp, giảm đau (paracetamol, NSAIDs), phòng ngừa viêm dạ dày, tăng cường sức đề kháng và sự lành vết thương.

2.2 Điều trị vỡ bàng quang trong phúc mạc:

- Phẫu thuật khâu lại bàng quang (mổ mở, nội soi ổ bụng) kèm đặt thông tiểu ± mở bàng quang ra da.
- Thông tiểu rút sau mổ 7-10 ngày.
- Thuốc: kháng sinh phù hợp, giảm đau (paracetamol, NSAIDs), phòng ngừa viêm dạ dày, trào ngược, viêm phổi hít sau mổ, tăng cường sức đề kháng và sự lành vết thương.

BẢNG KIỂM ĐÁNH GIÁ THỰC HIỆN
QUY TRÌNH CẮT CÁC LOẠI U TRÊN DA ĐƯỜNG KÍNH 5-10CM

STT	QUY TRÌNH THỰC HIỆN		CÓ	KHÔNG
1	Chỉ định	- U có bản chất là lành tính .		
		- U to gây cộm vướng, ảnh hưởng đến chức năng sống hoặc thẩm mỹ		
2	Chống chỉ định	- U không có chỉ định phẫu thuật (VD ung thư da kích thước lớn, dự đoán không có đủ da tạo vạt che phủ...)		
		- Người bệnh quá già yếu, người bệnh suy tim, suy thận nặng không có khả năng chịu đựng được phẫu thuật lớn.		
3	Chuẩn bị			
	Người thực hiện	Bs khoa ngoại TH , ĐD phụ		
	Phương tiện	-DD rửa vết thương: Povidine, NaCl 0,9%		
		-thuốc gây tê: Lidocain 2% (5 ống)		
		-1 kim tiêm 5ml, chỉ tép nylon 2/0; 1 tép chỉ catgutchromic 3/0.		
		-2 kiềm Kelly , 1 porte d'aiguille, 1 nhíp có máu, 2 Alliss ,1 van Parabop cỡ nhỏ, 1 dao mổ ,cán dao, 2 kelly cỡ nhỏ.		
		-1 khăn có lỗ,găng tay vô khuẩn, gạc, gòn.		
	Bệnh nhân và người nhà	-Giải thích, viết giấy cam đoan		
4	Hồ sơ bệnh án	- Theo quy định của Bộ Y tế		
		- Chú ý mô tả khối u, kích thước, các bệnh toàn thân khác phối hợp nếu có (bệnh tim mạch, tiểu đường...).		
		- Làm máu chảy ,máu đông		
5	Các bước tiến hành			
	-Sát trùng : bằng Povidine đặc ,xung quanh khối U khoảng 5 cm.			
	-Vô cảm: Tê tại chỗ			
	-Tư thế người bệnh: Tùy từng loại u, vị trí của u mà chuẩn bị tư thế cho phù hợp.			
	-Đường rạch da: Tùy từng loại u có thể rạch quanh u hoặc trên u.			
	Phẫu tích,cắt u	- Phẫu tích u ra khỏi tổ chức lành xung quanh, đặc biệt là thần kinh – mạch máu		

		- Cắt u khi phẫu tích xong.		
		- Khâu cầm máu ,có thể một lớp hoặc 2 lớp		
	-Đóng vết mổ: theo các lớp giải phẫu			
6	Theo dõi tai biến và xử trí	Chảy máu: Có thể chảy từ mép da, mạch máu nhỏ trong quá trình phẫu thuật.		
		Xử trí: cắt chỉ cầm máu lại		

NGƯỜI ĐÁNH GIÁ

BẢNG KIỂM ĐÁNH GIÁ THỰC HIỆN
QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÂU VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM

STT	QUY TRÌNH THỰC HIỆN		CÓ	KHÔNG
1	Chỉ định	- Vết thương rách da , cân ,cơ ,kích thước :>5 - 10 cm .		
2	Chống chỉ định	- Vết thương mạch máu lớn ,không thể thắt được. - Vết thương đứt dây thần kinh .		
3	Chẩn bị			
	Người thực hiện	Bác sỹ khoa ngoại TH và cùng Điều dưỡng phụ.		
	Phương tiện	-Dung dịch rửa vết thương: Povidine, NaCl 0.9%, oxy già. - Thuốc gây tê: Lidocain 2% - Chỉ tép nylon 2/0, chỉ vicryl 4/0 - 1 kim tiêm 5ml, 2 kiềm Kelly, 1 porte d'aiguille, 1 nhíp có máu, 1 chum, 1 dao lam, 1 khăn lỗ. - Găng tay vô khuẩn, gạc, gòn.		
	Bệnh nhân và người nhà	-Giải thích rõ cho BN và người nhà biết tình trạng bệnh và các phương pháp thủ thuật sắp làm cho Bn . - Ký cam đoan và ghi rõ họ tên, đồng ý làm .		
4	Hồ sơ bệnh án	-Mô tả kích thước ,mức độ tổn thương, vết thương sạch hay bẩn.Ghi rõ chỉ định sau khi quan sát vết thương.		
5	Các bước tiến hành			
	Vô cảm	-Sát trùng trong và xung quanh vết thương >5 cm. - Tê tại chỗ .		
	Tư thế bệnh nhân .	- Nằm theo tư thế vết thương,PTV nhìn rõ rộng vùng vết thương để thuận tiện thao tác.		
	Kỹ thuật khâu vết thương phần mềm.	Rạch rộng vết thương: - Mục đích: rạch rộng để kiểm soát toàn bộ vết thương, để chống phù nề, thiếu máu.		
		- Rạch đủ rộng đến khi kiểm soát tận đáy vết thương đến khi không còn khả năng phù nề.		

		-Kỹ thuật: rạch theo trục chi, theo hướng đi của mạch máu, thần kinh, không rạch ngang, không rạch cắt ngang mạch máu thần kinh.		
		-Cắt lọc: cắt lọc triệt để nhưng phải hết sức tiết kiệm, cắt lọc từ ngoài vào trong, từ nông đến sâu.		
		-Cắt da: triệt để hết sức tiết kiệm, thường cắt cách bờ mép < 5mm.		
		-Cắt cân:, cắt cân bằng đường rạch da, lấy bỏ hết máu tụ dưới cân, cắt bỏ phần cân dập nát.		
		-Cắt cơ: Cắt bỏ phần cơ mất trương lực, không còn khả năng co rút, không có máu ,cắt đến phần cân có khả năng co rút, có máu chảy.		
		-Bơm rửa, sát khuẩn VTPM sau khi vô cảm bằng dung dịch xà phòng, nước muối sinh lý sau đó sát khuẩn bằng Betadin,Iode.		
		-Lấy bỏ dị vật: không cố tình bới tìm dị vật, nên lấy dị vật khi chúng ta cắt lọc (trên đường cắt lọc), bơm xối dưới áp lực để lấy dị vật (đất cát...)		
		-Bơm rửa tận đáy vết thương bằng dung dịch nước muối,Oxy già, Betadin,rửa và cắt lọc có thể lập đi lập lại nhiều lần cho đến khi vết thương sạch hoàn toàn.		
		-Dẫn lưu thật tốt: dẫn lưu bằng ống, máng, lam cao su hoặc chỉ để hở là đủ, có thể rạch đối chiếu, rạch mắt lưới.		
		-Để hở vết thương hoàn toàn là phương pháp dẫn lưu tốt nhất, dẫn lưu bằng ống, máng, không nhét mét, bắc vào vết thương để dẫn lưu.		
		-Che phủ mạch máu, thần kinh bằng cân cơ cận kề; rạch đối chiếu nếu không được thì dùng gạc tẩm huyết thanh để che phủ.		
		-Nếu vết thương có tổn thương mạch máu,thần kinh,gân cơ,xương.. .thì xử lý khâu nối mạch máu ,thần kinh,gân		

		cơ,kết hợp xương xong rồi mới khâu vết thương phần mềm.		
		-Khi điều kiện tại chỗ, toàn thân cho phép thì khâu da.		
6	Phẫu thuật vết thương phần mềm đã nhiễm khuẩn	Vết thương phần mềm viêm tấy vẫn có chỉ định phẫu thuật lấy bỏ hoại tử, dẫn lưu thật tốt, vết thương phần mềm có mủ thì rạch tháo mủ bơm rửa và dẫn lưu.		
7	Điều trị kết hợp	-Sử dụng kháng sinh mạnh, sớm và phổ rộng khi chưa có kháng sinh đồ. - Nuôi dưỡng và nâng cao sức đề kháng. - Tập vận động sớm và kết hợp vật lý liệu pháp.		
8	Bất động	-Tùy tính chất vết thương mà bất động thích hợp,vết thương phần mềm nhỏ không cần bất động,các vết thương lớn hoặc thấu khớp như khớp gối,cổ chân,cổ tay ,khủyu,.....nên được bất động.		
9	Tiêu chuẩn nhập viện	-Vết thương phần mềm chảy máu,lộ cấu trúc dưới da (mỡ,cân cơ,mạch máu ,thần kinh,hoặc xương,... .tùy tính chất và vị trí vết thương).		
10	Chăm sóc hậu phẫu:	-Các vết thương nhỏ cho xuất viện,chuyển về tuyến y tế cơ sở,vết thương phức tạp cho nằm viện,kê cao chi,thay băng hàng ngày,theo dõi vết thương ,nếu có dấu hiệu nhiễm trùng,mô bị hoại tử,nên cắt lọc lại,dùng kháng sinh tiếp tục từ 5 đến 7 ngày.Sau 5 đến 7 ngày,nếu vết thương khô sạch,khâu da thì 2,hoặc ghép da làm kín vết thương.		
11	Tiêu chuẩn xuất viện	-Vết thương khô sạch,mềm mại ,không rỉ dịch.		

