

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành Quy trình kỹ thuật bệnh Ngoại khoa
tại Trung tâm Y tế Phú Thiện

GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM Y TẾ PHÚ THIỆN

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15 ban hành ngày 09/01/2023.

Căn cứ Quyết định số 563/QĐ-UBND ngày 07 tháng 02 năm 2026 của UBND tỉnh Gia Lai về việc quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm Y tế Phú Thiện;

Theo đề nghị của Hội đồng khoa học và Trưởng phòng Kế hoạch Nghiệp vụ.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này là Quy trình kỹ thuật Ngoại khoa tại Trung tâm Y tế Phú Thiện (gồm 31 Quy trình kỹ thuật kèm theo).

Điều 2. Quy trình kỹ thuật Ngoại khoa được áp dụng tại Trung tâm Y tế Phú Thiện.

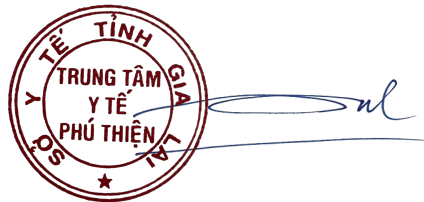
Điều 3. Trưởng phòng Kế hoạch nghiệp vụ, Trưởng/Phó các khoa lâm sàng và cá nhân có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

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

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Lãnh đạo TTYT;
- Lưu: VT, KHN.

KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC



Bùi Phi Sang

SỞ Y TẾ GIA LAI
TRUNG TÂM Y TẾ PHÚ THIÊN



QUY TRÌNH KỸ THUẬT
BỆNH NGOẠI KHOA

QT.08.BNK

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-TTYT ngày tháng năm 2026 của
Trung tâm Y tế Phú Thiên)

	Người viết	Người kiểm duyệt	Người phê duyệt
Họ và tên	BSCKI. Siu Blu	BSCKI. Mã Thị Thu Huyền	BSCKI. Bùi Phi Sang
Ký			
Chức danh	Trưởng khoa Ngoại tổng hợp	Trưởng phòng Kế hoạch nghiệp vụ	Phó Giám đốc

MỤC LỤC

BÀI 1: CẮT RUỘT THỪA, DẪN LƯU Ở ÁP XE	1
BÀI 2: QUY TRÌNH RÚT ĐÌNH/THÁO PHƯƠNG TIỆN - KẾT HỢP XƯƠNG	3
BÀI 3: QUY TRÌNH KHÂU PHỤC HỒI TỔN THƯƠNG GÂN GẤP	6
BÀI 5: QUY TRÌNH CẮT HẸP BAO QUY ĐẦU.....	11
BÀI 6: QUY TRÌNH - PHẪU THUẬT LÀM MÒM CỤT NGÓN VÀ ĐỐT BÀN NGÓN	14
BÀI 7: QUY TRÌNH PHẪU THUẬT CO GÂN ACHILLES	17
BÀI 8: PHẪU THUẬT CẮT TRĨ BẰNG PHƯƠNG PHÁP MILLIGAN - MORGAN	19
BÀI 9: PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM PHỨC TẠP.....	22
BÀI 10: PHẪU THUẬT CẮT U MÁU VÙNG HÀM MẶT.....	24
BÀI 11: PHẪU THUẬT BÓC U THÀNH NGỰC.....	26
BÀI 12: QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GỠY XƯƠNG ĐÒN.....	29
BÀI 13: QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN TRẬT KHỚP VAI	32
BÀI 15: VỠ BÀNG QUANG	38
BÀI 16: QUY TRÌNH MỔ BÓC U NANG BAO HOẠT DỊCH.....	40
BÀI 17: RẠCH ÁPXE MI	42
BÀI 18: QUY TRÌNH RẠCH ÁP XE CẠNH HẬU MÔN	43
BÀI 19: QUY TRÌNH PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG DA ĐẦU PHỨC TẠP	45
BÀI 20: QUY TRÌNH KẾT HỢP XƯƠNG- ĐIỀU TRỊ GỠY XƯƠNG ĐÒN	48
BÀI 22: QUY TRÌNH KỸ THUẬT HÚT NANG BAO HOẠT DỊCH.....	53
BÀI 23: QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÂU VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM.....	56
BÀI 24: CẮT CÁC LOẠI U VÙNG DA ĐẦU..., CỔ..., CÓ ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 5 ĐẾN 10CM	60
BÀI 25: QUY TRÌNH KHÂU VẾT THƯƠNG THÀNH BỤNG	62
BÀI 26: QUY TRÌNH PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GỠY XƯƠNG MÁC ĐƠN THUẦN	65
BÀI 27: QUY TRÌNH THÁO LÔNG RUỘT	67
BÀI 28: QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN TRẬT KHỚP HÁNG.....	70
BÀI 29: QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẮT LỘC- KHÂU VẾT THƯƠNG VÙNG TRÁN.....	74
BÀI 30: QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÂU VÀ CẮT LỘC VẾT THƯƠNG VÙNG MŨI	76
BÀI 31: PHẪU THUẬT KHÂU VẾT THƯƠNG VÀNH TAI.....	77

BÀI 1: 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 lây 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 bẩn, 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 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 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.

BÀI 2: 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 TIỀN HÀNH

-Vô cảm:

Gây tê đám rối cánh tay hoặc tủy 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: Dục 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*: Mô kết hợp xương

BÀI 3: 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 mô 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 đuổi 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 SAU MÔ

- 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.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO.

Tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa- chuyên khoa chấn thương chỉnh hình” của Bộ Y Tế số 5728/QĐ-BYT năm 2017.

BÀI 4: 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 lõm giữa bờ trên ngoài xương bánh chè và bờ ngoài gân cơ tứ đầu đùi, hướng kim chếch 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.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO.

Tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa- chuyên khoa chấn thương chỉnh hình” của Bộ Y Tế số 5728/QĐ-BYT năm 2017

BÀI 5: QUY TRÌNH CẮT HẸP BAO QUY ĐẦU

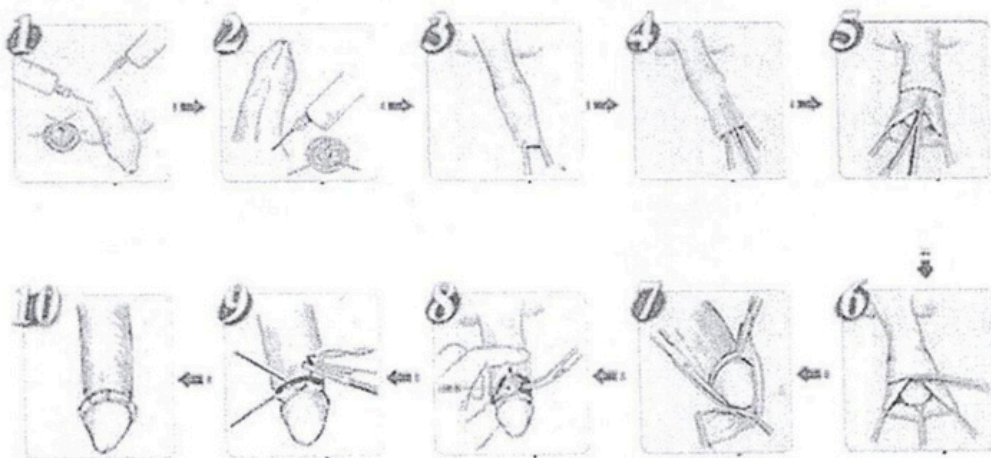
1. ĐẠI CƯƠNG.

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

BÀI 6: 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 chân thương, dập nát các ngón không có khả năng bảo tồn.
- Bỏng làm hoại tử ngón.

Nhiệm 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 mỏm 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 khép 2 đốt bàn lân cận lại.

+ Bóc tách tạo hình vạt da mỏm cụt.

+ Khâu vết mổ.

Làm mỏm 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

+ Cột đốt bàn III, IV:

Khâu khếp 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 mòm cột: Băng ép nhẹ nhàng, không hết có thể khâu tăng cường vị trí mòm cột.

+ 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 mòm cột: Lộ xương cần cắt cao hơn hoặc chuyển vạt che xương.

BÀI 7: QUY TRÌNH PHẪU THUẬT CƠ 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 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. 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 cơ 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 mào 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). Mô 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 dóp bên dưới.

Sau mổ, bột căng 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 nạng không tỳ đè lên chân tổn thương.

2-6 tuần: Thay bột bột căng 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 căng 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.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO.

Tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa- chuyên khoa chấn thương chỉnh hình” của Bộ Y Tế số 5728/QĐ-BYT năm 2017.

BÀI 8: 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 tủy 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.

Săn 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 để 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.

BÀI 9: 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.

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

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH.

1. Tư thế:

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

2. Vô cảm:

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

3. Kỹ thuật:

- Bộc lộ rộng rãi vùng tổn thương.
- Nếu có thể nên garo gốc chi.
- Đánh giá toàn bộ, kiểm soát đáy vết thương, tránh bỏ sót tổn thương.
- Làm sạch nhiều lần bằng oxy già, betadin, nước với những vết thương nguy cơ nhiễm khuẩn cao.
- Lấy bỏ hết dị vật.
- Cắt lọc mép da, cần cắt lọc tiết kiệm tại những vị trí nguy cơ khuyết da nhiều.
- 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.
- 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.
- Đóng da thừa.
- Sử dụng những dụng cụ trợ đỡ, bất động.
- Kháng sinh liều cao, phổ rộng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. 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.

2. 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.

BÀI 10: 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)

- a. Nếu có vỏ rõ, chứa máu không đông thì phẫu thuật bóc toàn bộ u.
- b. Nếu cắt hình mũi cam: theo trục dài của đường rạch trùng với các nếp nhăn tự nhiên của mặt.
- c. Có thể thất động mạch cảnh ngoài hoặc động mạch nuôi trước khi cắt u.
- d. 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 đầu cầm máu kỹ đến đó.

2. Sau phẫu thuật:

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

BÀI 11: 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 phổi 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 bóc 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

BÀI 12: QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GẦY 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 bám, 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 mạng 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 vẽ 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 gồ 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

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 mê 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 dẹt (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, thể 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 gầy tê), băng bất động tạm cánh tay và cẳng tay người bệnh vào thân người, khuỷu để 90^0 , 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 tốn 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 cổ.

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

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.

BÀI 13: 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 01 tháng).
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 đối 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 ngâm đều trong bột. Mùa

BÀI 14: 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 dễ 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 thùng từ thanh cơ hết niêm mạc, lấy kim ra sau đó mới khâu

tiếp từ trong lỗ thủng từ niêm mạc ra thành 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 bục 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.

BÀI 15: 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 ≥ 2 cm hoặc trong phúc mạc <2cm.

Độ 4: Vỡ bàng quang trong phúc mạc ≥ 2 cm.

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.

BÀI 16: QUY TRÌNH MỔ BÓC U NANG BAO HOẠT DỊCH

- Viêm tấy bàn tay là những nhiễm trùng các tổ chức cấu tạo nên bàn và ngón tay, thường gây những biến chứng nặng, diễn biến nặng nề và gây tàn phế. - Chẩn đoán sớm, đi đều trị đúng và kịp thời. - Khi viêm tấy chưa hình thành mủ: Đi đều trị kháng sinh liều cao, toàn thân, phổ rộng; bắt động tay ở tư thế nghỉ ngơi. Khi viêm tấy đã hóa mủ: Trích rạch dẫn lưu mủ và cắt lọc tổ chức hoại tử.

I. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm tấy bàn tay là những nhiễm trùng các tổ chức cấu tạo nên bàn và ngón tay, thường gây những biến chứng nặng, diễn biến nặng nề và gây tàn phế.
- Chẩn đoán sớm, đi đều trị đúng và kịp thời.
- Khi viêm tấy chưa hình thành mủ: Đi đều trị kháng sinh liều cao, toàn thân, phổ rộng; bắt động tay ở tư thế nghỉ ngơi. Khi viêm tấy đã hóa mủ: Trích rạch dẫn lưu mủ và cắt lọc tổ chức hoại tử.

II. CHỈ ĐỊNH

Viêm tấy bàn tay đã hóa mủ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Viêm tấy đang lan tỏa, chưa hóa mủ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

phẫu thuật viên phải hiểu và nắm được những nguyên tắc cơ bản của phẫu thuật bàn tay.

2. Phương tiện và dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay chuyên dụng và kim chỉ khâu chuyên dụng.

3. Người bệnh

Người bệnh phải được giải thích rõ ràng về tình trạng thương tích, mục đích của cuộc phẫu thuật, các nguy cơ có thể xảy ra khi vô cảm, khi phẫu thuật, các biến chứng sau mổ, khả năng phục hồi sau phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Đầy đủ, có đủ các xét nghiệm cơ bản và phim chụp X quang cần thiết cho một cuộc phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Gây tê đám rôi hoặc gây mê toàn thân.

2. Kỹ thuật

- Sát trùng rộng rãi.

- Ga rô gốc chi, không dòn máu.

- Chín mé: Rạch hai bên ngón, mở hết các khoang, cắt hết các vách xơ, cắt lọc tổ chức hoại tử và làm sạch, dẫn lưu bằng gạc, để da hở.

- Viêm mủ quanh móng: Rạch tháo mủ, cắt bỏ tổ chức phần mềm phủ lên gốc móng, có thể cắt một phần móng để dẫn lưu mủ.

- Viêm tấy sâu kẽ ngón: Rạch dọc hai đường phía trước và phía sau thông nhau để dẫn lưu mủ.

- Áp xe khoang giữa bàn tay: Rạch da theo nếp gấp của gan tay, dẫn lưu

mủ theo khoang.

- Viêm khoang mô cái: Rạch tháo mủ bằng hai đũa thông nhau, một ở gan tay và một ở mu tay.

- Viêm mủ bao hoạt dịch gân gấp ngón 2, 3, 4: Rạch tháo mủ theo trục của ngón, đũa rạch hơi lệch ra sau để tránh mạch máu và thần kinh, rạch theo đường thẳng hay đũa zích- zắc, đũa rạch các ngón 2, 3, 4 ở phía bờ trụ, đường rạch ngón 1, 5 ở phía bờ quay. Đũa rạch da là đũa rạch liên tục, đường rạch bao hoạt dịch là đũa rạch gián đoạn, để lại các dây chằng vòng, cắt lọc bao gân và bao hoạt dịch bị viêm, để da hở.

- Viêm mủ bao hoạt dịch gân gấp ngón 1 và bao hoạt dịch quay: Rạch mở bao gân ở cổ tay và nếp ô mô cái.

- Viêm mủ bao hoạt dịch gân gấp ngón 5 và bao hoạt dịch trụ: Rạch mở bao gân ở cổ tay và nếp ô mô út, phía bờ quay.

- Cầm máu kỹ, để da hở để dẫn lưu mủ.

- Bật động nếp bột sau phẫu thuật

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ

- Theo dõi toàn trạng và các dấu hiệu sinh tồn, tình trạng tại chỗ vết mổ.

- Điều trị kháng sinh toàn thân, liều cao, phổ rộng.

- Điều trị chống viêm, chống nề.

- Gác tay cao.

- Thay băng hàng ngày.

- Khâu da thì 2 khi hết tình trạng nhiễm trùng.

BÀI 17: RẠCH ÁPXE MI

I. ĐẠI CƯƠNG

Rạch áp xe mi là kỹ thuật lấy đi ổ áp xe mi

II. CHỈ ĐỊNH

- Áp xe mi đã khu trú

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Áp xe mi sung tấy.

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ chích áp xe

- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch betadin 5%, 10%; Mỡ kháng sinh.

3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.

- Khai thác tiền sử đông máu. Tiền sử huyết áp.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Gây tê tại chỗ.

3.2. Kỹ thuật

- Sát khuẩn vùng chích bằng dung dịch betadin 5%.

- Dùng dao lưỡi nhỏ rạch da mi ở vị trí áp xe, làm sạch mủ, để hở vết rạch không khâu

- Tra dung dịch sát khuẩn, dung dịch gây tê bề mặt, mỡ kháng sinh.

- Băng mắt.

VI. THEO DÕI

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường báo bác sĩ để xử trí kịp thời.

- Hướng dẫn người bệnh thay băng sau 3 giờ. Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: băng

BÀI 18: QUY TRÌNH RẠCH ÁP XE CẠNH HẬU MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG



Với những trường hợp ổ áp xe lớn bác sĩ thường khuyến cáo nên áp dụng kỹ thuật chích rạch áp xe. Đây là cách xử lý khi áp xe có nguy cơ bị vỡ rất hiệu quả. Được giới chuyên môn đánh giá rất cao.

II. TRÌNH TỰ CÁC BƯỚC

Bước 1: Thăm khám lâm sàng

Tiến hành quan sát bên ngoài hậu môn, dùng tay sờ nắn để xác định vị trí ổ áp xe

Bước 2: Chuẩn bị, gây tê

Tiến hành vệ sinh sạch sẽ vùng hậu môn và cơ quan sinh dục bằng dung dịch sát khuẩn trước khi làm thủ thuật. Sau đó lau khô và dùng băng vô trùng để cách ly ổ áp xe với vùng da lân cận.

Gây tê tại chỗ trước khi thực hiện kỹ thuật chích rạch áp xe.

Bước 3: Tiến hành kỹ thuật chích rạch áp xe

Tiến hành rạch áp xe, làm phá vỡ vách ngăn ở bên trong ổ áp xe. Hút sạch các chất dịch mủ từ ổ áp xe

Dùng nước muối sinh lý và oxy già để vệ sinh sạch sẽ ổ áp xe. Đảm bảo loại bỏ hoàn toàn dịch mủ bên trong áp xe tránh bị bỏ sót. Đặt dẫn lưu

Bước 4: Kết thúc thủ thuật

Sau khi kết thúc kỹ thuật rạch apxe người bệnh sẽ được chuyển sang phòng hậu phẫu. Dùng kháng sinh theo chỉ định

Rửa thay băng hàng ngày, ngày thứ 3 rút gạc dẫn lưu

III. Tai biến.

- Đau: dùng giảm đau
- Chảy máu: băng ép, khâu cầm máu
- Nhiễm trùng lan tỏa: phối hợp kháng sinh, rửa cắt lọc

BÀI 19: QUY TRÌNH PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG DA ĐẦU PHỨC TẠP

I. ĐẠI CƯƠNG

- Vết thương da đầu là tổn thương cấp cứu thường gặp nhất trong chấn thương sọ não.
- Tổn thương gây ra mất máu và làm cho xương sọ mất bảo vệ. Cấp cứu các tổn thương da đầu, ngoài điều trị còn chú ý tới thẩm mỹ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương da đầu phức tạp, kích thước lớn
- Vết thương da đầu lóc da đầu
- Vết thương lột da đầu

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh vết thương nhỏ, có bệnh lý về đông máu

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

Kíp mổ khoảng 7 người: Phẫu thuật viên, phụ mổ; Bác sỹ gây mê, phụ mê, dụng cụ viên, chạy ngoài, hộ lý.

2. Người bệnh:

- Bệnh án: xét nghiệm cơ bản, xét nghiệm máu, bạch cầu..
- Người bệnh nhịn ăn uống

3. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ mổ sọ não cơ bản, kèm theo thìa nạo viêm (curette), oxy già, dẫn lưu kín.
- Dụng cụ cầm máu: dao điện đơn cực, lưỡng cực
- Kính vi phẫu trong trường hợp cần nối mạch máu, thần kinh
- Kim, chỉ khâu chuyên dụng

4. Thời gian phẫu thuật: Tùy thuộc loại phẫu thuật

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

1. **Tư thế:** Tư thế bộc lộ vết mổ rõ nhất, thuận lợi cho bác sĩ gây mê và phẫu thuật viên

2. **Vô cảm:** Mê nội khí quản

3. **Kỹ thuật:**

– **Bước 1:** Mở vết mổ

Mở vết mổ, cần thiết rạch rộng hơn phù hợp.

– **Bước 2:** Đánh giá

+ Đánh giá thương tổn: vị trí, mức độ, bề rộng, độ sâu

+ Quyết định xử lý: tùy theo thương tổn

– **Bước 3:** Xử lý thương tổn

+ Làm sạch: sử dụng oxy già, betadine và nước muối sinh lý 9‰

+ Cắt lọc tổ chức hoại tử mủn nát: cắt lọc đến tổ chức lành

+ Lấy bỏ dị vật: đất cát, kim loại ...

+ Mở rộng rãi

+ Nếu tổn thương mạch máu quan trọng cần nối thì sử dụng kính vi phẫu để nối lại

+ Bơm rửa lại nhiều nước, oxy già, nước sát khuẩn.

– **Bước 4:**

+ Đóng vết mổ: khâu mép vết thương với nhau, đóng da 2 lớp, rạch da kiểu quân cờ, tùy trường hợp.

+ Dẫn lưu rộng rãi.

+ Có thể dẫn lưu hút liên tục.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

– Toàn trạng, mạch, huyết áp

– Vết mổ: chảy máu, mủ, dịch...

– Chăm sóc thay băng hàng ngày, có thể thay băng nhiều lần/ngày

2. Xử trí tai biến

– Chảy máu: băng ép, có thể mổ lại

– Nhiễm khuẩn: thay băng tốt, cắt chỉ cách quãng, dùng kháng sinh đồ.

BÀI 20: QUY TRÌNH KẾT HỢP XƯƠNG- ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG ĐÒN

1. ĐẠI CƯƠNG

Gãy một xương đòn ở trẻ em là thường gặp sau chấn thương, chủ yếu được điều trị bảo tồn bằng băng số 8.

Gãy một xương đòn ở người lớn có di lệch thì phải phẫu thuật

2. CHỈ ĐỊNH

Gãy xương có tổn thương kèm mạch máu thần kinh

Gãy xương đòn kèm theo gãy mất vững các xương vùng ngực vai cùng bên

Gãy 1/3 ngoài di lệch nhiều ở trẻ lớn

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có bệnh lý kèm theo chống chỉ định phẫu thuật

Đang có tình trạng nhiễm khuẩn

Toàn trạng nặng vì đa chấn thương

4. CHUẨN BỊ

Người thực hiện

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

Người bệnh

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

Phương tiện

Bộ dụng cụ : Kết hợp xương

Bộ kim Kirschner

Hồ sơ bệnh án

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

Dự kiến thời gian phẫu thuật: 45 phút

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Tư thế người bệnh

Nằm ngửa

Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

Sát khuẩn, trải toan

Kỹ thuật

Rạch da mặt trên xương đòn tương ứng vị trí gãy xương

Bóc tách cân cơ, vào ổ gãy xương, làm sạch ổ gãy, nắn hở, kết hợp xương bằng 1 đinh nội tủy phù hợp kích thước ống tủy.

Kiểm tra diện gãy khít vững.

Đặt dẫn lưu nếu cần thiết, rút sau 24 - 48h.

Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu.

Băng vô khuẩn.

Túi treo tay trong 3 tuần.

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.

BÀI 21: QUY TRÌNH KỸ THUẬT DẪN LƯU MÀNG PHỔI

I. ĐẠI CƯƠNG

Dẫn lưu khoang màng phổi là một can thiệp ngoại khoa tối thiểu, đặt một ống dẫn lưu vào khoang màng phổi nhằm:

- Dẫn lưu sạch máu, dịch và khí trong khoang màng phổi
- Giúp phổi nở tốt
- Tái tạo áp lực âm trong khoang màng phổi

II. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp tràn khí màng phổi:
 - + Có van (xupap)
 - + ở Người bệnh đang dùng máy thở
 - + Có áp lực sau khi chọc kim ban đầu để giảm áp
 - + Dai dẳng hoặc tái phát sau khi đã chọc hút đơn thuần
 - + Thở phát ở Người bệnh trên 50 tuổi
 - + Trên một tổn thương phổi: giãn phế nang, xơ phổi, tụ cầu phổi, lao phổi ...
- Tràn máu màng phổi
- Tràn mủ màng phổi
- Tràn máu hoặc tràn dịch màng phổi tái phát nhanh (nhằm gây dính)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Phổi đông đặc dính vào thành ngực khắp một nửa phổi
- Tràn dịch màng phổi do suy tim, suy thận, nếu khó thở chỉ chọc hút, không dẫn lưu.
- Rối loạn đông máu nặng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Chụp Xquang phổi mới (cùng ngày dẫn lưu)
- Giải thích cho Người bệnh hiểu và hợp tác với người thực hiện
- Tiêm 0,5mg atropin dưới da
- Tiêm an thần nếu Người bệnh lo lắng hoặc có nguy cơ kích thích nhiều
- Tư thế Người bệnh: Có thể nằm hoặc ngồi tùy trường hợp cụ thể
 - + Ngồi: Người bệnh ngồi trên ghế tựa, mặt quay về phía vai ghế, hai tay khoanh trước mặt đặt lên vai ghế, ngực tỳ vào vai ghế.
 - + Nằm: Người bệnh nằm ngửa, thẳng người, thân người nghiêng về bên phổi lành, tay phía dẫn lưu nâng cao lên phía đầu.

2. Dụng cụ

- Dẫn lưu:
 - + Dẫn lưu Monod: ống dẫn lưu bằng cao su và trocar, dẫn lưu to và cứng nên thường dùng cho trường hợp tràn máu, mủ màng phổi.
 - + Dẫn lưu Joly: ống dẫn lưu có mandrin bên trong, ít dùng vì nòng sắt bên trong có thể gây biến chứng như: chấn thương phổi, mạch máu, tim.
 - + Dẫn lưu Monaldi
- Máy hút và hệ thống ống nối

- Bộ mở màng phổi
- Bơm tiêm, kim tiêm
- Săng vô khuẩn, bông gạc, cồn 700, cồn iod, găng vô khuẩn
- Xylocain 2 %

3. Người thực hiện

Như chuẩn bị làm phẫu thuật:

- Đội mũ, đeo khẩu trang
- Rửa tay xà phòng
- Sát trùng tay bằng cồn
- Mặc áo mổ
- Đeo găng vô trùng

4. Hồ sơ bệnh án

Giải thích về kỹ thuật cho Người bệnh, gia đình Người bệnh và kí cam kết đồng ý kỹ thuật, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chọn điểm chọc

- Trần khí màng phổi: khoang liên sườn 2, 3 đường giữa đòn bên có tràn khí
- Tràn dịch màng phổi, tràn máu màng phổi: khoang liên sườn 7, 8 đường nách giữa (nách trước) bên có tổn thương
- Tràn dịch, tràn khí màng phổi: Dùng cả 2 đường hoặc khoang liên sườn 4,5 đường nách giữa
- Dịch mủ nhiều: Dùng cả 2 đường, 1 để dẫn lưu, 1 để bơm rửa

2. Đặt ống dẫn lưu

- Sát khuẩn vùng da định làm thủ thuật
- Gây tê bằng xylocain từng lớp thành ngực đồng thời chọc thăm dò màng phổi
- Rạch da từ 0,5 - 1cm dọc theo bờ trên xương sườn dưới
- Dùng panh kocher không máu tách dần các thớ cơ thành ngực
- Đặt dẫn lưu vào khoang màng phổi:
 - + Dẫn lưu Monod: Chọc trocar vuông góc với thành ngực vào khoang màng phổi, rút lòng trocar. Kẹp đầu ngoài ống dẫn lưu, luồn ống dẫn lưu vào trocar rồi đẩy vào khoang màng phổi đến vị trí đã định (luồn sâu 6-10 cm) rút trocar ra.
 - + Dẫn lưu Joly: Chọc dẫn lưu vuông góc với thành ngực rút nòng dẫn lưu ra 1 cm rồi đẩy dẫn lưu vào khoang màng phổi đến vị trí đã định, rút nòng dẫn lưu ra.
- Nối dẫn lưu với máy hút hoặc bình dẫn lưu
- Cố định dẫn lưu vào da bằng chỉ khâu. Đặt một đường khâu túi hoặc khâu chữ U quanh ống dẫn lưu để thắt lại khi rút ống.
- Kiểm tra lại dẫn lưu

3. Dẫn lưu

- Dẫn lưu 1 bình: áp dụng cho Người bệnh tràn khí màng phổi đơn thuần
- Dẫn lưu 2 bình: áp dụng trong dẫn lưu dịch và khí

VI. THEO DÕI

- Tình trạng Người bệnh: SpO₂, nhịp thở, ran phổi, tình trạng tràn khí bằng phim chụp phổi hàng ngày.
- Tình trạng nhiễm trùng chân ống dẫn lưu, theo dõi và điều chỉnh áp lực hút (không quá 40 cm H₂O).

VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

- Chảy máu: hay gặp với dẫn lưu Joly hoặc chọc phải mạch máu, cầm máu bằng khâu hoặc thắt động mạch liên sườn.
- Phù phổi: thường do hút quá nhanh và quá nhiều, cần giảm áp lực hút và điều trị phù phổi cấp.
- Tràn khí dưới da: thường do tắc dẫn lưu, cần kiểm tra và thông ống dẫn lưu - Nhiễm khuẩn: nhiễm trùng tại chỗ đặt dẫn lưu, viêm màng phổi, nhiễm trùng huyết. Sử dụng kháng sinh kinh nghiệm và theo kháng sinh đồ.
- Tắc ống dẫn lưu: do cục máu đông, mủ đặc, do gấp dẫn lưu, do đặt dẫn lưu không đúng vị trí. Cần thay ống dẫn lưu mới.

BÀI 22: QUY TRÌNH KỸ THUẬT HÚT NANG BAO HOẠT DỊCH

I. ĐẠI CƯƠNG

Bao khớp có 2 lớp gồm màng xơ (bên ngoài) và màng hoạt dịch (lót bên trong). Màng hoạt dịch phủ vào mặt trong của bao khớp cùng với các mặt của khớp giới hạn nên ổ khớp. Màng hoạt dịch tiết ra dịch khớp có tác dụng bôi trơn các mặt khớp và cung cấp chất dinh dưỡng cho các cấu trúc bên trong ổ khớp giúp duy trì tính bền vững của khớp. Khi áp lực bên trong của bao khớp tăng lên do chấn thương, vi chấn thương, hay do viêm có thể tạo ra thoát vị dịch và bao hoạt dịch tại vị trí bao khớp lỏng lẻo gây ra nang bao hoạt dịch (hay u bao hoạt dịch). Thường gặp tại khớp cổ tay, khớp bàn ngón và khớp liên tổ ngón tay, bao gân, đôi khi gặp tại khớp cổ chân, khớp gối...

Triệu chứng u nang bao hoạt dịch là một khi tròn, mềm, sờ nhẵn, ít di động, khi to dần về kích thước, tiến triển chậm hàng tháng hay hàng năm. Người bệnh cảm thấy đau, khi to dần gây vướng víu và một số triệu chứng khác gây ảnh hưởng không nhiều về mặt tâm lý.

Đây là bệnh lành tính, nếu u nang bao hoạt dịch không gây viêm, không đau thì chưa cần điều trị. Điều trị hiện nay gồm: hút dịch và tiêm thuốc chống viêm corticoid sau đó băng ép, hoặc phẫu thuật cắt b nang bao hoạt dịch và khâu phục hồi vị trí bao khớp lỏng lẻo để hạn chế tái phát.

II. CHỈ ĐỊNH

Hút dịch nang bao hoạt dịch khi nang có kích thước lớn gây mất thẩm mỹ hoặc chèn ép thần kinh, ảnh hưởng đến chức năng vận động khớp, hoặc có dấu hiệu nhiễm khuẩn bội nhiễm.

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

- 01 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.
- 01 Điều dưỡng phụ: là điều dưỡng đã được đào tạo, cấp chứng chỉ.

2. Phương tiện

Kim chọc hút (18Gauche, 20Gauche) , bơm tiêm 10ml, 20 ml.

, 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.

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 (đơn, 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.

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

4.Hồ sơ bệnh án, đơn

Theo mẫu quy định

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH CHỌC 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 mc giải phẫu: tùy theo từng nang bao hoạt dịch cần chọc hút dịch: với vị trí khớp cổ tay cần đặt bàn tay sấp lên mặt bàn tiêm, gấp nhẹ cổ tay 150 để nang bao hoạt dịch nổi rõ nhất.

Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn.

Sát khuẩn rộng vùng nang có chỉ định chọc hút dịch.

Đưa kim vào vị trí đã xác định, 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 nang bao hoạt dịch, tiến hành tiêm thuốc nếu có chỉ định tiêm nang bao hoạt dịch

Kết thúc thủ thuật: rút kim, sát trùng lại và băng vị trí chọc dịch bằng băng dính y tế, sau đó băng ép nhẹ (băng thun) để hạn chế sự tái phát

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,...

VIII.XỬ TRÍ: 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.

BÀI 23: QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÂU VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM

I. ĐẠI CƯƠNG.

Vết thương phần mềm (VTPM) Là tổn thương của da, cơ, gân, không bao gồm tổn thương mạch máu và thần kinh và vết thương xương trong gãy xương hở.

II. CHỈ ĐỊNH .

- Vết thương rách da, cân, cơ, kích thước : > 5 - 10 cm .

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH .

- Vết thương mạch máu lớn, không thể thắt được.
- Vết thương đứt dây thần kinh .

IV. CHUẨN BỊ .

1. Người thực hiện . Bác sỹ khoa ngoại TH và cùng Điều dưỡng phụ .

2. Phương tiện .

- Bộ dùng cụ .

.dd rửa vết thương: Povidine, NaCl 0,9%, oxy già

.1 kim tiêm 5ml

.thuốc gây tê: Lidocain 2% (5 ống)

.4 chỉ tép nylon 2/0, chỉ vicryl 4/0

.2 kiềm Kelly, 1 porte d'aiguille, 1 nhíp có máu, 1 chum.

.1 dao lam

.1 khăn có lỗ

.2 kelly, 1 kiềm mang kim, 1 nhíp có máu, 1 khăn có lỗ, chum.

.găng tay vô khuẩn, gạc, gòn.

- Bn lau chùi sạch sẽ hoặc tắm rửa sạch

3. Hồ sơ bệnh án .

- Mô tả kích thước, mức độ tổn thương, vết thương sạch hay bẩnGhi rõ chỉ định sau khi quan sát vết thương.

- 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 .

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

1. Vô cảm .

- Sát trùng trong và xung quanh vết thương >5 cm.

- Tê tại chỗ .

2. Tư thế bệnh nhân .

- Nằm theo tư thế vết, PTV nhìn rõ rộng vùng vết thương để thuận tiện thao tác

3. 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 lặp đi lặp 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.

3.1. 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.

3.2. Điều Trị Kết Hợp:

Cổ định tốt.

- 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.

3.3 Khép Kín Vết Thương:

- + Vết thương có tổ chức hạt, mép da ít di động.
- + Kỹ thuật: Nạo tổ chức hạt, làm di động mép da.

-Khâu da kỳ đầu:

Tranh thủ khép kín vết thương khi có đủ điều kiện toàn thân và tại chỗ, nhất là các vết thương sắc gọn, sạch.

+ Thời gian: khâu sau khi cắt lọc vết thương

+ Kỹ thuật: khâu áp sát mép vết thương

- Khâu kín kỳ đầu muộn:

+ Thời gian: từ ngày thứ 4 - 7 sau phẫu thuật khâu kín kỳ đầu, vết thương còn mềm mại.

+ Kỹ thuật: không cần cắt lọc vết thương

- Khâu kín da kỳ 2 sớm:

+ Thời gian: từ ngày thứ 7 - 14 sau phẫu thuật khâu kín kỳ đầu

-Khâu kín da kỳ 2 muộn:

+ vết thương có tổ chức hạt già, xơ hóa

+ Thời gian: từ ngày thứ 15 trở đi.

+ Kỹ thuật: cắt lọc và làm di động mép da rồi mới khâu.

- Vết thương không thể khâu khép da thì phải ghép da: mỏng, dày hoặc chuyển vạt da.

3.4. 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, khuỷu,..... nên được bất động

3.5 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)

3.6. 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.

3.7. Tiêu Chuẩn Xuất Viện:

Vết thương khô sạch, mềm mại, không rỉ dịch.

BÀI 24: CẮT CÁC LOẠI U VÙNG DA ĐẦU..., CỔ..., CÓ ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 5 ĐẾN 10CM

I. ĐẠI CƯƠNG

- U vùng da đầu – cổ,... Thường u hắc tố lành tính ,có đường kính từ 5-10cm, u mỡ , u cơ ., u bã đậu .

II. CHỈ ĐỊNH

- U có bản chất là lành tính .
- U to gây cộm vướng, ảnh hưởng đến chức năng sống hoặc thẩm mỹ

III. 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.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện; Bs khoa ngoại TH ,DD phụ....

2. Phương tiện

* Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm.

-dd rửa vết thương: Povidine, NaCl 0,9%

-1 kim tiêm 5ml

-thuốc gây tê: Lidocain 2% (5 ống)

-1 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

-1 khăn có lỗ

-2 kelly cỡ nhỏ, 1 khăn có lỗ

-găng tay vô khuẩn, gạc, gòn.

3. 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

4. Giari thích cho người nhà và bệnh nhân ,viết cam đoan

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

1. Sát trùng bằng iodine đặc ,xung quanh khối U khoảng 5 cm.

2. Vô cảm: Tê tại chỗ

3. Tư thế người bệnh

Tùy từng loại u, vị trí của u mà chuẩn bị tư thế cho phù hợp

4. Đường rạch da

- Tùy từng loại u có thể rạch quanh u hoặc trên u

5. 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

6. Đóng vết mổ: theo các lớp giải phẫu

VI. THEO DÕI TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- 1. Chảy máu:** Có thể chảy từ mép da, mạch máu nhỏ trong quá trình phẫu thuật à Xử trí: cắt chỉ cầm máu lại

BÀI 25: QUY TRÌNH KHÂU VẾT THƯƠNG THÀNH BỤNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Vết thương thành bụng là vết thương gây tổn thương cơ thành bụng nhưng không gây thủng lá phúc mạc, ổ bụng không thông thương với bên ngoài.
- Tùy vào nguyên nhân mà tổn thương thành bụng có thể sắc, gọn, sạch hay cơ thành bụng bị đung dập, bẩn, có dị vật.
- Tùy thuộc vào kích thước, số lượng vết thương mà vết thương thành bụng có thể được xử lý bằng tại phòng tiểu phẫu hoặc phòng mổ.

2. CHỈ ĐỊNH

Khâu kín vết thương thành bụng trong các trường hợp vết thương gọn sạch, không còn dị vật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không khâu kín vết thương trong trường hợp vết thương bẩn, đung dập tổ chức nhiều do hỏa khí hay do động vật cắn.
- Không khâu kín vết thương trong trường hợp chưa loại trừ vết thương thấu bụng hoặc các chấn thương khác trong ổ bụng.

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện quy trình: Bác sĩ ngoại khoa

4.2 Phương tiện:

- Găng tay vô khuẩn, áo vô khuẩn
- Bộ dụng cụ mổ mở: panh, kìm kẹp kim, kẹp phẫu tích, kéo vô khuẩn
- Gạc các cỡ vô khuẩn, dung dịch sát khuẩn: betadine.
- Kim chỉ: chỉ tiêu chậm số 2.0, số 0, số 1 để khâu cân cơ; chỉ khâu da (liền kim hoặc chỉ line).
- 4.3 Người bệnh**
- Được giải thích về tình trạng bệnh, các nguy cơ của phẫu thuật.
- Tiêm phòng uốn ván.
- Sử dụng kháng sinh trước mổ.

4.4 Hồ sơ bệnh án: Đầy đủ phần hành chính, bilan chẩn đoán.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1 Kiểm tra hồ sơ

5.2 Kiểm tra người bệnh

5.3 Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Vết thương nhỏ, sạch

- Sát khuẩn vết thương bằng dung dịch betadine, trải toan vô khuẩn.
- Vô cảm: tê tại chỗ.
- Làm sạch vết thương bằng dung dịch nước ôxy già, dung dịch NaCl 0,9% và dung dịch betadine. Lấy sạch hết tổ chức dập nát, máu cục, dị vật. Cầm máu tổ chức bằng đốt điện hoặc khâu mũi chữ X.
- Khâu lại cân cơ thành bụng bằng chỉ tiêu chậm số 0 hoặc số 1. Các mũi khâu cách nhau 1,5 – 2cm.
- Khâu da bằng chỉ không tiêu đơn sợi hoặc chỉ line 1,5 – 2cm/mũi.

5.3.2. Nhiều vết thương rộng

Xử lý tương tự như với vết thương nhỏ nhưng cần gây mê nội khí quản và đặt dẫn lưu tới đáy vết thương nếu cần.

5.3.3. Đối với các vết thương burn do hỏa khí, động vật cắn

- Kỹ thuật tương tự như trên.
- Tuy nhiên sau khi cắt lọc, làm sạch vết thương thì để hở da.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1 Theo dõi

- Thay băng hàng ngày, kiểm tra vết thương.
- Dùng kháng sinh, giảm đau, giảm phù nề. Dùng kháng sinh đường uống với vết thương nhỏ, sạch hoặc tiêm truyền với các vết thương phức tạp, burn, đa vết thương.
- Rút dẫn lưu khi không còn ra dịch, thường vào ngày thứ 2 sau mổ.
- Cắt chỉ khâu da sau mổ 7-10 ngày tùy tình trạng vết thương.

6.2 Xử trí tai biến

- Chảy máu vết thương:
 - + Thường do cầm máu vết thương không kỹ.
 - + Tùy từng mức độ, nếu chảy máu ít chỉ cần băng ép vết thương cầm máu, nếu băng ép không cầm được máu thì cần mở lại vết thương cầm máu lại.
- Viêm tấy mủ vết thương:

- + Do vết thương bẩn hoặc còn đọng dịch viêm.
- + Thay băng, cắt chỉ cách quăng làm sạch vết thương.
- + Điều trị kháng sinh, giảm viêm sau mổ.

BÀI 26: QUY TRÌNH PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GỖY XƯƠNG MÁC ĐƠN THUẦN

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

Gãy đầu xa xương mác di lệch.

Gãy đầu xa xương mác gây mất vững mộng chày mác.

III. 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.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.

2. Người bệnh:

Chuẩn bị vệ sinh thân thể trước mổ.

Vệ sinh vùng mổ, cạo lông chân nếu có nhiều lông.

3. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ kết hợp xương mác

- Nẹp vít, vít AO.

- Đinh Rush hoặc kim Kirschner

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

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

3. Kỹ thuật:

- Dồn máu, ga rô gốc chi.

- Rạch da đường ngoài.

- Tách cân cơ bộc lộ 2 đầu xương mác gãy.

- Đặt lại xương theo giải phẫu.

- Kết hợp xương mác thường dùng nẹp vít. Nếu có mất vững mộng chày mác thì dùng vít để cố định mộng chày mác. 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 mác 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.

VII. 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.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO.

Tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa- chuyên khoa chấn thương chỉnh hình” của Bộ Y Tế số 5728/QĐ-BYT năm 2017.

BÀI 27: QUY TRÌNH THẢO LÒNG RUỘT

I. ĐỊNH NGHĨA

Lồng ruột cấp là trạng thái bệnh lý được tạo nên do một đoạn ruột chui vào đoạn ruột kế cận tạo nên một hội chứng tắc ruột theo hai cơ chế bít nút và thắt nghẽn.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

- a. Lâm sàng: thường ở trẻ nam, bụng bấp, 3 – 9 tháng tuổi.
 - Khóc thét từng cơn do đau bụng: là triệu chứng chủ yếu và đánh giá thời điểm lồng.
 - Bỏ bú.
 - Nôn sớm ra thức ăn vừa bú, muộn hơn là nôn ra thức ăn đã tiêu hóa.
 - Tiêu máu nhày: sau đau bụng 6 – 12 giờ.
 - Khối lồng: bầu dục, chắc, di động dọc theo khung đại tràng, có phản ứng thành bụng khi sờ chạm.
 - Thăm trực tràng hay đặt thông trực tràng: máu theo găng hoặc thông, có thể sờ chạm đầu khối lồng.
- b. Cận lâm sàng
 - Siêu âm.

Là lựa chọn đầu tiên. Với giá trị chẩn đoán hầu như tuyệt đối với các nhà siêu âm có kinh nghiệm và có thể thực hiện ngay cả trong những tình huống không thể thực hiện X-quang đại tràng.

- Trên diện cắt ngang: hình bia với vùng trung tâm tăng âm và ngoại vi giảm âm.
- Trên diện cắt dọc: hình Sandwich.
- X-quang đại tràng cản quang: dần được thay thế bởi siêu âm, hầu như rất ít sử dụng để chẩn đoán lồng ruột. Hình ảnh cang cua, cắt cụt. Chống chỉ định trong các tình huống sau đây:
 - Đến muộn sau 24 giờ.
 - Toàn trạng xấu, có sốc.
 - Có dấu hiệu viêm phúc mạc trên lâm sàng cũng như X-quang bụng không soạn.
 - Tiêu máu dữ dội.

** Trên thực tế, nếu có một trong 3 triệu chứng của lồng ruột (khóc cơn, ói, tiêu máu) và sờ thấy u lồng thì có thể đưa ra chẩn đoán xác định ngay. Trường hợp không sờ thấy u lồng: cần thực hiện siêu âm hay X-quang để đưa ra chẩn đoán xác định.

2. Chẩn đoán phân biệt

- a. Ly: khi trẻ có tiêu máu.
 - Hiếm gặp ở nữ nhi, chỉ có thể lầm với thể loại lồng bán cấp ở trẻ lớn.
 - Ít khi có nôn, có quấy khóc nhưng không thành cơn và không bỏ bú.
 - Về mặt nguyên tắc, ở trẻ nữ nhi có tiêu máu mũi nhày thì không được chẩn đoán và điều trị như một bệnh lý nội khoa tiêu hóa khi chưa loại trừ được chẩn đoán lồng ruột bằng siêu âm hay X-quang.

b. Tắc ruột do giun: hiện nay rất hiếm gặp. Với bệnh cảnh tắc ruột và sờ thấy búi giun làm làm lẫn với u lồng.

- Hiếm xảy ra tắc ruột do giun ở trẻ em dưới 2 tuổi.
- Không có tiêu máu mũi nhày.
- U sờ thấy quanh rốn, mềm và lỏn nhón những lẫn của giun.
- X-quang hoặc siêu âm giúp loại trừ chẩn đoán.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Tháo lồng không mổ bằng hơi

Cần thực hiện càng sớm càng tốt

- Chống chỉ định:
 - Đến muộn sau 48 giờ.
 - Toàn trạng xấu hay có sốc.
 - Đã có biến chứng: thủng ruột, tắc ruột hoàn toàn thể hiện trên lâm sàng cũng như X-quang.
- Thực hiện:
 - Đặt thông dạ dày và thông trực tràng.
 - Tiền mê, chống co thắt.
 - Tháo với áp lực chuẩn 80 – 100mmHg. Mỗi lần bơm không nên quá 1 phút.
 - Không nên tháo quá 3 lần.
- Sau tháo:
 - Bỏ thông dạ dày, thông trực tràng khi bé tỉnh hẳn.
 - Siêu âm kiểm tra.
 - Bắt đầu uống lại khi không còn dấu hiệu lồng ruột trên lâm sàng và siêu âm.

2. Phẫu thuật

Khi có chống chỉ định của tháo lồng bằng hơi, tháo lồng thất bại hay lồng ruột có nguyên nhân thực thể.

a. Chuẩn bị trước mổ

- Bù nước điện giải và thăng bằng kiềm toan.
- Thông dạ dày.
- Kháng sinh phòng ngừa nhiễm trùng.

b. Đường tiếp cận

- Mổ hở:

– Đường mổ ngang trên rốn bên phải: vị trí lồng ở đại tràng phải trên siêu âm hoặc X-quang.

– Đường trắng giữa: vị trí lồng ở đại tràng trái hay chưa xác định được vị trí rõ ràng trước mổ.

• Mổ nội soi: chỉ định trong những trường hợp lồng ruột mạn tính có nguyên nhân thực thể.

c. Xử trí lồng

• Khối lồng chưa hoại tử: tháo lồng bằng tay, tùy thuộc vào thương tổn của ruột tháo mà cắt nối ruột hay chỉ đắp ấm đơn thuần. Cần tìm và xử lý nguyên nhân của lồng ruột (nếu có) ở đầu lồng sau khi tháo, đặc biệt ở trẻ lớn hơn 2 tuổi.

• Khối lồng đã hoại tử: cắt nối ruột lấy cả khối lồng.

d. Hậu phẫu

- Tiếp tục bù nước điện giải.
- Kháng sinh: dùng kháng sinh điều trị Cephalosporin thế hệ 3 trong trường hợp

có cắt nối ruột. Thời gian dùng trong 7 ngày.

- Thông dạ dày được lấy đi khi bắt đầu có nhu động ruột.
- Ăn uống đường miệng thực hiện ngay sau khi thông dạ dày được rút bỏ trong trường hợp chỉ tháo lồng đơn thuần, trường hợp có cắt nối ruột thì thường bắt đầu lại khi bệnh nhân có trung tiện và dịch sonde dạ dày ít hơn 1 ml/kg/ngày.

IV. THÁO LỒNG RUỘT BẰNG THỦ THUẬT BƠM HƠI

1. Phương pháp kín

Phương pháp này rất thông dụng ở Việt Nam hiện nay cũng như .

-Hơi được dùng bơm vào ruột để tháo lồng ở đây là khí trời.

- Dụng cụ tháo lồng có thể dùng máy tháo lồng được chế tạo với hệ thống xả và thoát hơi tự động.

-Khi áp lực tháo lồng vượt quá mức an toàn và có thể gây nguy hiểm thì van an toàn có thể mở ra để thoát hơi, Mức an toàn này thường do người làm chọn trước đó. Hoặc đơn giản hơn là có thể dùng máy tháo lồng tự chế từ máy đo huyết áp thông thường với một sonde Foley có bóng hơi chèn có thể tích càng lớn càng tốt. Trong trường hợp này người làm thủ thuật cần phải chú trọng áp lực tháo lồng khi tiến hành thủ thuật

*Dù dùng loại máy bơm nào thì bệnh nhi phải được tiến mê sâu hoặc gây mê Masque thủ thuật được tiến hành bằng 2 cách.

Cách 1:

Tiến hành ở phòng mổ và sau khi đã tháo lồng sẽ đưa trẻ chụp phim bụng hoặc siêu âm kiểm tra nếu có điều kiện thì tốt nhất là dùng hệ thống XQ tại phòng mổ và siêu âm xách tay để kiểm tra tại phòng mổ

Cách 2:

Trẻ có thể làm tại phòng XQ và theo dõi tiến hành tháo lồng dưới màn hình huỳnh quang với cách này toàn bộ ekip phẫu thuật gây mê và XQ đều phải mặc áo chì để tránh nhiễm tia còn bệnh nhi cũng sẽ được che chắn ở những chỗ cần thiết

Phương pháp tháo lồng bằng hơi kín thường cho kết quả rất cao theo nhiều tác giả trong nước cũng như qua các luận văn tốt nghiệp bác sỹ tại ĐHY Dược Huế thì kết quả có thể lên tới 98%

2. Phương pháp hở

Cũng sử dụng hệ thống tháo lồng tự chế nhưng không dùng ống thông Foley mà dùng Nelaton lớn để đặt hậu môn bình thường không cần tiến mê hay gây mê mất và có thể tiến hành ngay tại giường bệnh của bệnh nhân. Phương pháp này không nguy hiểm, không có tai biến nhưng tỉ lệ thành công lại thấp do không đủ áp lực để tháo lồng vì vậy phương pháp này ít được sử dụng.

BÀI 28 : QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN TRẬT KHỚP HÁNG

I. 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.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN TRẬT KHỚP HÁNG

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Trật khớp hở chưa xử trí phẫu thuật. Trật khớp háng đến muộn (sau 3 tuần).
2. Có vỡ xương chậu nặng (gãy Malgaigne). Gãy đùi, cẳng chân cùng bên.

3. Người bệnh có chấn thương nặng ở tạng khác, đa chấn thương, hôn mê, hoặc không đủ điều kiện gây mê.

IV. CHUẨN BỊ

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).

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 mấu chuyên 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 mỏng hoặc toan mỏng 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).

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. 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.

V. CÁC BƯỚC TIỀN 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.

1. Người bệnh

- Đặt nằm ngửa trên ván cứng trên sàn nhà. Tư thế háng gấp 90°, gối gấp 90°. 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).

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 30° 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.

3. Bất động

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.

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.

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. Lưu ý tăng cường bột chỗ nối 2 thì để bột khỏi long lờ.

3.4. Kéo liên tục với trật háng kiểu trung tâm.

4. Thời gian bất động

Ba tuần với trật đơn thuần, và 4-5 tuần với trật khớp kèm gãy xương.

VI. 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.

VII. 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).

BÀI 29: QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẮT LỌC- KHÂU VẾT THƯƠNG VÙNG TRÁN

I. CHỈ ĐỊNH

Vết thương da trán có thể đóng trực tiếp

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
2. Da trán đứt rộng, khuyết rời
3. Không khâu kín vết thương nhiễm trùng

III. CÁC BƯỚC KỸ THUẬT

Bước 1:

Thăm khám, chuẩn bị

Ghi nhận dấu hiệu sinh tồn

Đánh giá vết thương, các tổn thương phối hợp

Bước 2:

STT	Người thực hiện	Các bước thực hiện	Mô tả cụ thể
1	Điều dưỡng dụng cụ, KTV gây mê	Chuẩn bị bệnh nhân	- Tư thế người bệnh: Ngửa, nghiêng đầu tùy theo vị trí vết thương - Lập đường truyền tĩnh mạch - Chuẩn bị thuốc gây tê tại chỗ có/ hoặc không tiền mê - Rửa vết thương sạch bằng nước muối sinh lý, để khô
2	Bác sĩ	Sát khuẩn	- Sát trùng vùng cần phẫu thuật bằng dung dịch sát khuẩn - Trải băng lên vùng mổ
3	Bác sĩ	Rạch da	- Gây tê tại chỗ - Cắt lọc vết thương, lấy bỏ dị vật nếu có, bơm rửa bằng nước muối - Bóc tách 2 mép vết thương, cầm máu
4	Bác sĩ	Khâu da	- Khâu dính lớp cân Galea,

			dưới da, khâu da - Đặt dẫn lưu nếu cần
5	Bác sĩ	Hoàn tất	- Kiểm tra lần cuối: Chảy máu, máu tụ, vết thương quá căng - Băng cố định vết thương

BÀI 30: QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÂU VÀ CẮT LỘC VẾT THƯƠNG VÙNG MŨI

I. CHỈ ĐỊNH

Vết thương nhỏ vùng mũi có thể đóng được trực tiếp

II. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Bước 1: Thăm khám, chuẩn bị

Tiến hành thăm khám dấu hiệu sinh tồn

Rửa vết thương sạch rồi đánh giá vết thương

Trì hoãn phẫu thuật khi vết thương đang nhiễm trùng

Xét nghiệm tiểu phẫu (công thức máu, thời gian máu chảy, máu đông, đường huyết)

Bước 2: Thực hiện

STT	Người thực hiện	Các bước thực hiện	Mô tả cụ thể
1	Điều dưỡng dụng cụ, bác sĩ	Chuẩn bị bệnh nhân	- Sát trùng da bằng dung dịch sát khuẩn - Trải sẵn vô khuẩn lên vùng mổ
2	Bác sĩ	Gây tê	- Gây tê tại chỗ với Lidocain
3	Bác sĩ	Rạch da	- Cắt lọc tiết kiệm mép vết thương - Bóc tách mô dưới da - Khâu vết thương 2 lớp, dưới da và da
4	Bác sĩ	Khâu da	- Kiểm tra vết thương không căng, co kéo - Băng vết thương - Kê toa thuốc hậu phẫu

Bước 3: Hậu phẫu

- Thăm khám rửa vết thương hàng ngày
- Theo dõi những bất thường về dấu hiệu sinh tồn, tình trạng vết thương
- Cắt chỉ sau 7 ngày

BÀI 31: PHẪU THUẬT KHÂU VẾT THƯƠNG VÀNH TAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Khâu vết thương vành tai là một phẫu thuật cấp cứu để phục hồi chức năng và giải phẫu của vành tai.

II. CHỈ ĐỊNH

Vết thương vành tai gây chảy máu và có nguy cơ gây biến dạng vành tai.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có kèm đa chấn thương hoặc chấn thương toàn thân có khả năng ảnh hưởng đến tính mạng cần được ưu tiên cho cấp cứu toàn thân trước khi xử lý vết thương vành tai.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 Bác sỹ

01- 02 Điều dưỡng

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ trung phẫu, các loại chỉ tiêu, chỉ không tiêu (thường dùng 6- 0 nilon, 5- 0 vicryl, 6-0 vicryl).

3. Người bệnh

- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm Gây tê tại chỗ hoặc gây mê

3.2. Kỹ thuật

- Kiểm tra tổn thương, dùng kẹp phẫu tích gấp hết dị vật trong vết thương nếu có, cắt lọc các tổ chức hoại tử, phần sụn vành tai dập nát. Các dị vật nhỏ, ở sâu có thể rửa sạch bằng nước muối sinh lý hoặc nước oxy già.

- Kiểm kê, đánh giá mức độ tổn thương vành tai.
- Khâu phục hồi vành tai
- Băng ép tại chỗ

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ

- Thay băng, vệ sinh vết thương.
- Kháng sinh, chống viêm, giảm phù nề, giảm đau (nếu đau nhiều)
- Cắt chỉ sau 7- 10 ngày

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: do cầm máu không tốt, có thể băng ép; trường hợp chảy máu nhiều có thể mở lại vết phẫu thuật, cầm máu bằng đốt điện.
- Nhiễm khuẩn hoặc áp xe vành tai: hay gặp trên vết thương bản còn sót nhiều dị vật: cần điều trị kháng sinh mạnh phối hợp. Tại vết thương có thể chích áp xe tạo đường thoát mủ ra ngoài. Trường hợp rò mủ dai dẳng có thể do nguyên nhân còn sót dị vật: cần kiểm tra lại vết thương, tìm dị vật và làm sạch lại vết thương trước khi đóng mép khâu lại.