

MỤC LỤC

CHUYÊN NGÀNH GÂY MÊ HỒI SỨC	1
03.1438. GMHS (NỘI KHÍ QUẢN) PHẪU THUẬT CHI TRÊN	1
03.1439. GMHS (NỘI KHÍ QUẢN) PHẪU THUẬT CHI DƯỚI	5
09.62. KỸ THUẬT GÂY MÊ HỒ HẤP QUA MẶT NẠ	9
09.430. GÂY MÊ (NỘI KHÍ QUẢN) PHẪU THUẬT CẮT RUỘT THỪA ĐƠN THUẦN	11
09.744. GÂY MÊ (NỘI KHÍ QUẢN) PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ SA TRỰC TRÀNG ĐƯỜNG BỤNG	15
09.757. GÂY MÊ (NỘI KHÍ QUẢN) PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỤNG 2 BÊN	19
09.932. GÂY MÊ (NỘI KHÍ QUẢN) PHẪU THUẬT KHX GỠ CỔ XƯƠNG ĐÙI	23
09.1017. GÂY MÊ (NỘI KHÍ QUẢN) PHẪU THUẬT KHX TRÊN MÀN HÌNH TĂNG SÁNG (CHƯA BAO GỒM ĐÌNH XƯƠNG, NẾP VÍT, ỐC, KHÓA)	27
09.1340. GÂY MÊ (NỘI KHÍ QUẢN) PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI THỪA MECKEL	31
09.1352. GÂY MÊ (NỘI KHÍ QUẢN) PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U MẠC TREO RUỘT + CẮT ĐOẠN RUỘT NON	35
09.1390. GÂY MÊ (NỘI KHÍ QUẢN) PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ ÁP-XE RUỘT THỪA	39
09.1396. GÂY MÊ (NỘI KHÍ QUẢN) PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ HẸP MÔN VỊ PHÌ ĐẠI	43
09.1469. GÂY MÊ (NỘI KHÍ QUẢN) PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU THÙNG DẠ DÀY	47
09.1590. GÂY MÊ (NỘI KHÍ QUẢN) PHẪU THUẬT NỘI SOI VIÊM PHÚC MẠC DO VIÊM RUỘT THỪA	51
CHUYÊN NGÀNH NGOẠI KHOA	55
03. 3327. PHẪU THUẬT VIÊM RUỘT THỪA	55
03.3328. PHẪU THUẬT VIÊM PHÚC MẠC RUỘT THỪA	57
03.3656. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG KHÔNG MỞ Ổ GỠ DƯỚI C ARM	59
03.3684. PHẪU THUẬT GỠ LỖI CẦU NGOÀI XƯƠNG CÁN TAY	62

03.3689. PHẪU THUẬT ĐÓNG ĐINH NỘI TỦY GỠY 2 XƯƠNG CẰNG TAY	66
03.3690. PHẪU THUẬT ĐÓNG ĐINH NỘI TỦY GỠY 1 XƯƠNG CẰNG TAY	69
03.3703. GẮM ĐINH KIRSCHNER GỠY ĐỐT BÀN NHIỀU ĐỐT BÀN	72
03.3710. PHẪU THUẬT CẮT BỎ NGÓN TAY THỪA	74
03.3793. CẮT LỘC VẾT THƯƠNG GỠY XƯƠNG HỔ, NẮN CHỈNH CỐ ĐINH TẠM THỜI	76
03.3816. PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG BÀN TAY, CẮT LỘC ĐƠN THUẦN	81
03.3817. CHÍCH ÁP XE PHẦN MỀM LỚN	83
03.3819. NỐI GÂN DUỖI	85
03.3841. NẮN, BÓ BỘT GỠY 1/3 TRÊN THÂN XƯƠNG CÁNH TAY	87
03.3842. NẮN, BÓ BỘT GỠY 1/3 GIỮA THÂN XƯƠNG CÁNH TAY	90
03.3843. NẮN, BÓ BỘT GỠY 1/3 DƯỚI THÂN XƯƠNG CÁNH TAY	94
03.3845. NẮN BÓ BỘT GỠY VÀ TRẬT KHỚP KHUYỬU	98
03.3849. NẮN, BÓ BỘT GỠY 1/3 TRÊN HAI XƯƠNG CẰNG TAY	102
03.3850. NẮN, BÓ BỘT GỠY 1/3 GIỮA HAI XƯƠNG CẰNG TAY	106
03.3851. NẮN, BÓ BỘT GỠY 1/3 DƯỚI HAI XƯƠNG CẰNG TAY	110
03.3852. NẮN, BÓ BỘT GỠY MỘT XƯƠNG CẰNG TAY	114
03.3854. NẮN, BÓ BỘT GỠY XƯƠNG BÀN, NGÓN TAY	118
03.3863. NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP GỎI	123
03.3864. NẮN, BÓ BỘT GỠY 1/3 TRÊN HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN	126
03.3865. NẮN, BÓ BỘT GỠY 1/3 GIỮA HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN	130
03.3900. RÚT NỆP VÍT VÀ CÁC DỤNG CỤ KHÁC SAU PHẪU THUẬT	134
03.3901. RÚT ĐINH CÁC LOẠI	136
03.4246. THÁO BỘT CÁC LOẠI	138
10.843. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ BỆNH DE QUERVAIN VÀ NGÓN TAY CÒ SÚNG	141
10.847. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM BAO HOẠT DỊCH CỦA GÂN GẤP BÀN NGÓN TAY	143
10.996. NẮN, BÓ BỘT GỠY XƯƠNG ĐỒN	145
10.1000. NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP KHUYỬU	148

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

10.1021. NẪN, BÓ BỘT GÃY 1/3 DƯỚI HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN	152
10.1022. NẪN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG CHÀY	156
10.1023. NẪN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG GÓT	160
10.1028. NẪN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG BÀN CHÂN	164
CHUYÊN NGÀNH BỎNG	168
11.9. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BỎNG TỪ 10% - 19% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM	168
11.10. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BỎNG DƯỚI 10% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM	173
CHUYÊN NGÀNH UNG BƯỚU	178
03.2730. CẮT U NANG BUỒNG TRÚNG	178
12.313. CẮT U MÁU KHU TRÚ, ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 5 CM	181
12.322. CẮT U NANG BAO HOẠT DỊCH (CỔ TAY, KHOEO CHÂN, CỔ CHÂN)	183
CHUYÊN NGÀNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG	186
17.73. TẬP CÁC KIỂU THỞ	186
17.75. TẬP HO CÓ TRỢ GIÚP	189
CHUYÊN NGÀNH PHẪU THUẬT NỘI SOI	192
03.4009. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ LỒNG RUỘT	192
03.4010. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ HẸP PHÌ ĐẠI MÔN VỊ	195
03. 4069. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT DÂY DÍNH TRONG Ổ BỤNG	198
03.4070. PHẪU THUẬT NỘI SOI THOÁT VỊ BỆN	202
03.4071. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT RUỘT THỪA	205
03.4078. PHẪU THUẬT NỘI SOI VIÊM PHỨC MẠC RUỘT THỪA	207
03.4079. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI THỪA MECKEL	211
27.333. NỘI SOI Ổ BỤNG CHẨN ĐOÁN	214
27.404. PHẪU THUẬT NỘI SOI HẠ TINH HOÀN ẨN	217

CHUYÊN NGÀNH GÂY Mê HỒI SỨC

03.1438. GMHS (NỘI KHÍ QUẢN) PHẪU THUẬT CHI TRÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

- Gây mê trong các phẫu thuật chi trên ở trẻ em.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH TƯƠNG ĐỐI

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện kỹ thuật

- 01 Bác sĩ, 01 điều dưỡng viên hoặc 01 kỹ thuật viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

2. Phương tiện:

- Hệ thống máy gây mê kèm thở, nguồn oxy bóp tay, máy theo dõi chức năng sống (ECG, huyết áp động mạch, SpO₂, EtCO₂, nhịp thở, nhiệt độ) máy phá rung tim, máy hút...

- Đèn soi thanh quản, ống nội khí quản các cỡ, ống hút, mặt nạ (mask), bóng bóp, canuyn miệng hầu, kìm Magill, mandrin mềm.

- Lidocain 10% dạng xịt.

- Salbutamol dạng xịt.

- Các phương tiện dự phòng đặt nội khí quản khó: ống Cook, mask thanh quản (laryngeal mask), ống soi phế quản mềm, bộ mở khí quản, kìm mở miệng...

3. Người bệnh

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

- Đánh giá đặt ống nội khí quản khó.

- Sử dụng thuốc an thần tối hêm trước mổ (nếu cần).

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Phiếu tư vấn, biên bản hội chẩn, giấy cam đoan.

2. Kiểm tra người bệnh

- Xác định tên tuổi, địa chỉ và số nhập viện trên vòng đeo tay, răng giả, giờ ăn cuối.

3. Thực hiện kỹ thuật

Các bước tiến hành chung:

- Tư thế: nằm ngửa, thở oxy 100% 3-6 l/phút trước khởi mê ít nhất 5 phút.
- Lắp máy theo dõi.
- Thiết lập đường truyền có hiệu quả.
- Tiền mê (nếu cần).
- Khởi mê:
 - + Thuốc ngủ: thuốc mê tĩnh mạch (propofol, etomidat, thiopental, ketamin...), thuốc mê bốc hơi (sevofluran...).
 - + Thuốc giảm đau: fentanyl, sufentanil, morphin...
 - + Thuốc giãn cơ (nếu cần): (succinylcholin, rocuronium, vecuronium...).
 - + Điều kiện đặt ống nội khí quản: người bệnh ngủ sâu, đủ độ giãn cơ (trong đa số các trường hợp).
- Kỹ thuật đặt nội khí quản đường miệng:
 - + Mở miệng, một tay đặt dưới cổ để cổ ngửa thẳng, đưa đèn soi thanh quản vào bên phải miệng, gạt lưỡi sang bên trái, đẩy đèn sâu, phối hợp với tay phải đè sụn giáp nhấn tìm nắp thanh môn và lỗ thanh môn.
 - + Tiến hành khởi mê nhanh và làm thủ thuật Sellick trong trường hợp dạ dày đầy (ấn sụn giáp 20-30 kg ngay khi người bệnh mất tri giác tới khi đặt ống nội khí quản xong).
 - + Luồn ống nội khí quản nhẹ nhàng qua lỗ thanh môn, dừng lại khi bóng của ống nội khí quản đi qua dây thanh âm 2-3 cm.
 - + Rút đèn soi thanh quản nhẹ nhàng.
 - + Bơm bóng nội khí quản.
 - + Kiểm tra vị trí đúng của ống nội khí quản bằng nghe phổi và kết quả EtCO₂.
 - + Cố định ống bằng băng dính.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

+ Đặt canuyn vào miệng để tránh cắn ống (nếu cần). Trong trường hợp đặt nội khí quản khó: áp dụng quy trình đặt ống nội khí quản khó.

- Duy trì mê:

+ Duy trì mê bằng thuốc mê tĩnh mạch hoặc thuốc mê bốc hơi, thuốc giảm đau thuốc giãn cơ (nếu cần).

- Kiểm soát hô hấp bằng máy hoặc bóp tay.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi độ sâu của gây mê dựa vào nhịp tim, huyết áp, vã mồ hôi, chảy nước mắt (PRST); MAC, BIS và Entropy (nếu có)...

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: nhịp tim, huyết áp, SpO₂, EtCO₂, thân nhiệt.

- Đề phòng ống nội khí quản sai vị trí, gập, tắc.

Tiêu chuẩn rút ống nội khí quản

- Người bệnh tỉnh, làm theo lệnh.

- Nâng đầu trên 5 giây, TOF >0,9 (nếu có).

- Tự thở đều, tần số thở trong giới hạn bình thường.

- Mạch, huyết áp ổn định.

- Thân nhiệt > 35 độ C.

- Không có biến chứng của gây mê và phẫu thuật.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trào ngược dịch dạ dày vào đường thở

- Có dịch tiêu hóa trong khoang miệng và đường thở.

- Hút sạch ngay dịch, nằm đầu thấp, nghiêng đầu sang bên.

- Đặt nhanh ống nội khí quản và hút sạch dịch trong đường thở.

- Theo dõi và đề phòng nhiễm trùng phổi sau mổ.

2. Rối loạn huyết động

- Hạ hoặc tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim (nhịp chậm, nhịp nhanh, loạn nhịp).

- Xử trí tùy theo triệu chứng và nguyên nhân.

3. Tai biến do đặt nội khí quản

- Không đặt được ống nội khí quản: Xử lý theo quy trình đặt ống nội khí quản khó hoặc chuyển phương pháp vô cảm khác.

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

4. Các biến chứng về hô hấp

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

5. Biến chứng sau rút ống nội khí quản

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

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 04/03/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Quy trình gây mê hồi sức”.

03.1439. GMHS (NỘI KHÍ QUẢN) PHẪU THUẬT CHI DƯỚI

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

- Gây mê phẫu thuật chi dưới.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH TƯƠNG ĐỐI

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện kỹ thuật

- 01 Bác sĩ, 01 điều dưỡng viên hoặc 01 kỹ thuật viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

2. Phương tiện:

- Hệ thống máy gây mê kèm thở, nguồn oxy bóp tay, máy theo dõi chức năng sống (ECG, huyết áp động mạch, SpO₂, EtCO₂, nhịp thở, nhiệt độ) máy phá rung tim, máy hút...

- Đèn soi thanh quản, ống nội khí quản các cỡ, ống hút, mặt nạ (mask), bóng bóp, canuyn miệng hầu, kìm Magill, mandrin mềm.

- Lidocain 10% dạng xịt.

- Salbutamol dạng xịt.

- Các phương tiện dự phòng đặt nội khí quản khó: ống Cook, mask thanh quản (laryngeal mask), ống soi phế quản mềm, bộ mở khí quản, kìm mở miệng...

3. Người bệnh

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

- Đánh giá đặt ống nội khí quản khó.

- Sử dụng thuốc an thần tối hóm trước mổ (nếu cần).

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

1. Kiểm tra hồ sơ

- Phiếu tư vấn, biên bản hội chẩn, giấy cam đoan.

2. Kiểm tra người bệnh

- Xác định tên tuổi, địa chỉ và số nhập viện trên vòng đeo tay, răng giả, giờ ăn cuối.

3. Thực hiện kỹ thuật

Các bước tiến hành chung:

- Tư thế: nằm ngửa, thở oxy 100% 3-6 l/phút trước khởi mê ít nhất 5 phút.
- Lắp máy theo dõi.
- Thiết lập đường truyền có hiệu quả.
- Tiền mê (nếu cần).
- Khởi mê:
 - + Thuốc ngủ: thuốc mê tĩnh mạch (propofol, etomidat, thiopental, ketamin...), thuốc mê bốc hơi (sevofluran...).
 - + Thuốc giảm đau: fentanyl, sufentanil, morphin...
 - + Thuốc giãn cơ (nếu cần): (succinylcholin, rocuronium, vecuronium...).
 - + Điều kiện đặt ống nội khí quản: người bệnh ngủ sâu, đủ độ giãn cơ (trong đa số các trường hợp).
- Kỹ thuật đặt nội khí quản đường miệng:
 - + Mở miệng, một tay đặt dưới cổ để cổ ngửa thẳng, đưa đèn soi thanh quản vào bên phải miệng, gạt lưỡi sang bên trái, đẩy đèn sâu, phối hợp với tay phải đè sụn giáp nhấn tìm nắp thanh môn và lỗ thanh môn.
 - + Tiến hành khởi mê nhanh và làm thủ thuật Sellick trong trường hợp dạ dày đầy (ấn sụn giáp 20-30 kg ngay khi người bệnh mất tri giác tới khi đặt ống nội khí quản xong).
 - + Luồn ống nội khí quản nhẹ nhàng qua lỗ thanh môn, dừng lại khi bóng của ống nội khí quản đi qua dây thanh âm 2-3 cm.
 - + Rút đèn soi thanh quản nhẹ nhàng.
 - + Bơm bóng nội khí quản.
 - + Kiểm tra vị trí đúng của ống nội khí quản bằng nghe phổi và kết quả EtCO₂.
 - + Cố định ống bằng băng dính.

+ Đặt canuyn vào miệng để tránh cắn ống (nếu cần). Trong trường hợp đặt nội khí quản khó: áp dụng quy trình đặt ống nội khí quản khó.

- Duy trì mê:

+ Duy trì mê bằng thuốc mê tĩnh mạch hoặc thuốc mê bốc hơi, thuốc giảm đau thuốc giãn cơ (nếu cần).

- Kiểm soát hô hấp bằng máy hoặc bóp tay.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi độ sâu của gây mê dựa vào nhịp tim, huyết áp, vã mồ hôi, chảy nước mắt (PRST); MAC, BIS và Entropy (nếu có)...

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: nhịp tim, huyết áp, SpO₂, EtCO₂, thân nhiệt.

- Đề phòng ống nội khí quản sai vị trí, gập, tắc.

Tiêu chuẩn rút ống nội khí quản

- Người bệnh tỉnh, làm theo lệnh.

- Nâng đầu trên 5 giây, TOF >0,9 (nếu có).

- Tự thở đều, tần số thở trong giới hạn bình thường.

- Mạch, huyết áp ổn định.

- Thân nhiệt > 35 độ C.

- Không có biến chứng của gây mê và phẫu thuật.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trào ngược dịch dạ dày vào đường thở

- Có dịch tiêu hóa trong khoang miệng và đường thở.

- Hút sạch ngay dịch, nằm đầu thấp, nghiêng đầu sang bên.

- Đặt nhanh ống nội khí quản và hút sạch dịch trong đường thở.

- Theo dõi và đề phòng nhiễm trùng phổi sau mổ.

2. Rối loạn huyết động

- Hạ hoặc tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim (nhịp chậm, nhịp nhanh, loạn nhịp).

- Xử trí tùy theo triệu chứng và nguyên nhân.

3. Tai biến do đặt nội khí quản

- Không đặt được ống nội khí quản: Xử lý theo quy trình đặt ống nội khí quản khó hoặc chuyển phương pháp vô cảm khác.

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

4. Các biến chứng về hô hấp

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

5. Biến chứng sau rút ống nội khí quản

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

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 04/03/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Quy trình gây mê hồi sức”.

09.62. KỸ THUẬT GÂY Mê HỒ HẤP QUA MẶT NẠ

I. ĐẠI CƯƠNG

Gây mê qua mặt nạ có nghĩa là không đặt nội khí quản, để người bệnh tự thở hoặc làm hô hấp chỉ huy qua mặt nạ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gây mê toàn thân ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, ít nhu cầu giảm đau và giãn cơ.
- Phối hợp với gây tê vùng: gây tê xương cùng, gây tê dây thần kinh ở trẻ em.
- Các phẫu thuật ngắn ở ngoại vi.
- Nắn, bó bột gãy xương, nắn trật khớp, khâu cắt lọc vết thương, thay băng điều trị vết bỏng, tháo bột, rút đinh các loại.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dạ dày đầy.
- Không chỉ huy được hô hấp.
- Phẫu thuật sâu yêu cầu giảm đau và giãn cơ nhiều.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện kỹ thuật

- 01 bác sĩ chuyên khoa gây mê hồi sức, 01 điều dưỡng viên chuyên khoa gây mê hồi sức hoặc 01 kỹ thuật viên gây mê hồi sức.

2. Phương tiện

- Mặt nạ khít với người bệnh.
- Canuyn phù hợp với người bệnh.
- Hệ thống bóng dự trữ với các van chữa Y, T, van thông hít khi thở lại (sử dụng với N₂O và thuốc nhóm Halogen).
- Các bình thuốc mê bốc hơi chuyên biệt.
- Hệ thống máy gây mê kèm thở, nguồn oxy bóp tay, máy theo dõi chức năng sống (ECG, huyết áp động mạch, SpO₂, EtCO₂, nhịp thở, nhiệt độ) máy phá rung tim, máy hút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đảm bảo thông suốt đường hô hấp trên: Người bệnh nằm ngửa, cổ uốn, góc hàm dưới đẩy ra trước, có canuyn nâng lưỡi.

2. Để tự thở:

- Theo dõi không thấy dấu hiệu cản trở hoạt động bình thường của bóng dự trữ (trong điều kiện mặt nạ úp thật khít vào mũi, miệng).

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- Tiếng thở bình thường.
- Đặt ống nghe vùng trước tim (và ống nghe thực quản) không có tiếng ngáy hoặc những tiếng khác làm nghĩ đến tắc nghẽn đường hô hấp.

3. Hô hấp nhân tạo bằng mặt nạ:

- Hô hấp nhân tạo với áp lực dương, tránh để dạ dày đầy hơi.
- Đảm bảo thông suốt đường hô hấp, không bị tụt lưỡi.
- Hô hấp áp lực dưới 20cmH₂O thường ít gây nguy hiểm.
- Trên người bệnh bị móm, nhiều râu, khó giữ cho mặt nạ kín, có thể sử dụng băng cao su giữ chặt đầu với mặt nạ.
- Tránh gây mê nhẹ vì dễ gây kích thích các phản xạ đường hô hấp. Gây mê sâu theo yêu cầu của phẫu thuật.
- Tất cả các thuốc mê nhóm halogen đều phải sử dụng qua bình bóc hơi chuyên biệt.

4. Thuốc mê có thể sử dụng:

- Ketamin, halogen, các thuốc giảm đau trung ương tác dụng ngắn, phối hợp tê vùng với thuốc mê đường hô hấp. Liều lượng thuốc theo cân nặng và dựa theo yêu cầu phẫu thuật.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi độ sâu của gây mê dựa vào nhịp tim, huyết áp, vã mồ hôi, chảy nước mắt (PRST); MAC, BIS và Entropy (nếu có)...
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: nhịp tim, huyết áp, SpO₂, thân nhiệt.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- **Co thắt thanh quản có thể xảy ra nếu mê nông:** Cho ngủ sâu thêm, xử lý co thắt thanh quản.
- **Tắc nghẽn đường thở do tư thế:** Làm thông đường thở, cần thiết đặt ống nội khí quản.
- **Ức chế hô hấp:** Hô hấp hỗ trợ và hô hấp nhân tạo.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 04/03/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Quy trình gây mê hồi sức”.

09.430. GÂY Mê (NỘI KHÍ QUẢN) PHẪU THUẬT CẮT RUỘT THỪA ĐƠN THUẦN

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

- Gây mê phẫu thuật cắt ruột thừa viêm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH TƯƠNG ĐỐI

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện kỹ thuật

- 01 Bác sĩ, 01 điều dưỡng viên hoặc 01 kỹ thuật viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

2. Phương tiện

- Hệ thống máy gây mê kèm thở, nguồn oxy bóp tay, máy theo dõi chức năng sống (ECG, huyết áp động mạch, SpO₂, EtCO₂, nhịp thở, nhiệt độ) máy phá rung tim, máy hút...

- Đèn soi thanh quản, ống nội khí quản các cỡ, ống hút, mặt nạ (mask), bóng bóp, Canuyn miệng hầu, kìm Magill, mandrin mềm.

- Lidocain 10% dạng xịt.

- Salbutamol dạng xịt.

- Các phương tiện dự phòng đặt nội khí quản khó: ống Cook, mask thanh quản (laryngeal mask), ống soi phế quản mềm, bộ mở khí quản, kìm mở miệng...

3. Người bệnh

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

- Đánh giá đặt ống nội khí quản khó.

- Sử dụng thuốc an thần tối thiểu trước mổ (nếu cần).

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định của Bộ Y tế.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Phiếu tư vấn, biên bản hội chẩn, giấy cam đoan.

2. Kiểm tra người bệnh

- Xác định tên tuổi, địa chỉ và số nhập viện trên vòng đeo tay, răng giả, giờ ăn cuối.

3. Thực hiện kỹ thuật

Các bước tiến hành chung:

- Tư thế: nằm ngửa, thở oxy 100% 3-6 l/phút trước khởi mê ít nhất 5 phút.
- Lắp máy theo dõi.
- Thiết lập đường truyền có hiệu quả.
- Tiền mê (nếu cần)..
- Khởi mê:
 - + Thuốc ngủ: thuốc mê tĩnh mạch (propofol, etomidat, thiopental, ketamin...), thuốc mê bốc hơi (sevofluran...).
 - + Thuốc giảm đau: fentanyl, sufentanil, morphin...
 - + Thuốc giãn cơ (nếu cần): (succinylcholin, rocuronium, vecuronium...).
 - + Điều kiện đặt ống nội khí quản: người bệnh ngủ sâu, đủ độ giãn cơ (trong đa số các trường hợp).
- Kỹ thuật đặt nội khí quản đường miệng:
 - + Mở miệng, một tay đặt dưới cổ để cổ ngửa thẳng, đưa đèn soi thanh quản vào bên phải miệng, gạt lưỡi sang bên trái, đẩy đèn sâu, phối hợp với tay phải đè sụn giáp nhấn tìm nắp thanh môn và lỗ thanh môn.
 - + Tiến hành khởi mê nhanh và làm thủ thuật Sellick trong trường hợp dạ dày đầy (ấn sụn giáp 20-30 kg ngay khi người bệnh mất tri giác tới khi đặt ống nội khí quản xong).
 - + Luồn ống nội khí quản nhẹ nhàng qua lỗ thanh môn, dừng lại khi bóng của ống nội khí quản đi qua dây thanh âm 2-3 cm.
 - + Rút đèn soi thanh quản nhẹ nhàng.
 - + Bơm bóng nội khí quản.
 - + Kiểm tra vị trí đúng của ống nội khí quản bằng nghe phổi và kết quả EtCO₂.
 - + Cố định ống bằng băng dính.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

+ Đặt Canuyn vào miệng để tránh cắn ống (nếu cần). Trong trường hợp đặt nội khí quản khó: áp dụng quy trình đặt ống nội khí quản khó.

- Duy trì mê:

+ Duy trì mê bằng thuốc mê tĩnh mạch hoặc thuốc mê bốc hơi, thuốc giảm đau thuốc giãn cơ (nếu cần).

- Kiểm soát hô hấp bằng máy hoặc bóp tay.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi độ sâu của gây mê dựa vào nhịp tim, huyết áp, vã mồ hôi, chảy nước mắt (PRST); MAC, BIS và Entropy (nếu có)...

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: nhịp tim, huyết áp, SpO₂, EtCO₂, thân nhiệt.

- Đề phòng ống nội khí quản sai vị trí, gập, tắc.

Tiêu chuẩn rút ống nội khí quản

- Người bệnh tỉnh, làm theo lệnh.

- Nâng đầu trên 5 giây, TOF >0,9 (nếu có).

- Tự thở đều, tần số thở trong giới hạn bình thường.

- Mạch, huyết áp ổn định.

- Thân nhiệt > 35 độ C.

- Không có biến chứng của gây mê và phẫu thuật.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trào ngược dịch dạ dày vào đường thở

- Có dịch tiêu hóa trong khoang miệng và đường thở.

- Hút sạch ngay dịch, nằm đầu thấp, nghiêng đầu sang bên.

- Đặt nhanh ống nội khí quản và hút sạch dịch trong đường thở.

- Theo dõi và đề phòng nhiễm trùng phổi sau mổ.

2. Rối loạn huyết động

- Hạ hoặc tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim (nhịp chậm, nhịp nhanh, loạn nhịp).

- Xử trí tùy theo triệu chứng và nguyên nhân.

3. Tai biến do đặt nội khí quản

- Không đặt được ống nội khí quản: Xử lý theo quy trình đặt ống nội khí quản khó hoặc chuyển phương pháp vô cảm khác.

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

4. Các biến chứng về hô hấp

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

5. Biến chứng sau rút ống nội khí quản

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

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 04/03/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Quy trình gây mê hồi sức”.

09.744. GÂY Mê (NỘI KHÍ QUẢN) PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ SA TRỰC TRÀNG ĐƯỜNG BỤNG

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

- Gây mê phẫu thuật sa trực tràng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH TƯƠNG ĐỐI

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện kỹ thuật

- 01 Bác sĩ, 01 điều dưỡng viên hoặc 01 kỹ thuật viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

2. Phương tiện

- Hệ thống máy gây mê kèm thở, nguồn oxy bóp tay, máy theo dõi chức năng sống (ECG, huyết áp động mạch, SpO₂, EtCO₂, nhịp thở, nhiệt độ) máy phá rung tim, máy hút...

- Đèn soi thanh quản, ống nội khí quản các cỡ, ống hút, mặt nạ (mask), bóng bóp, Canuyn miệng hầu, kìm Magill, mandrin mềm.

- Lidocain 10% dạng xịt.

- Salbutamol dạng xịt.

- Các phương tiện dự phòng đặt nội khí quản khó: ống Cook, mask thanh quản (laryngeal mask), ống soi phế quản mềm, bộ mở khí quản, kìm mở miệng...

3. Người bệnh

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

- Đánh giá đặt ống nội khí quản khó.

- Sử dụng thuốc an thần tối hôm trước mổ (nếu cần).

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định của Bộ Y tế.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Phiếu tư vấn, biên bản hội chẩn, giấy cam đoan.

2. Kiểm tra người bệnh

- Xác định tên tuổi, địa chỉ và số nhập viện trên vòng đeo tay, răng giả, giờ ăn cuối.

3. Thực hiện kỹ thuật

Các bước tiến hành chung:

- Tư thế: nằm ngửa, thở oxy 100% 3-6 l/phút trước khởi mê ít nhất 5 phút.
- Lắp máy theo dõi.
- Thiết lập đường truyền có hiệu quả.
- Tiền mê (nếu cần)..
- Khởi mê:
 - + Thuốc ngủ: thuốc mê tĩnh mạch (propofol, etomidat, thiopental, ketamin...), thuốc mê bốc hơi (sevofluran...).
 - + Thuốc giảm đau: fentanyl, sufentanil, morphin...
 - + Thuốc giãn cơ (nếu cần): (succinylcholin, rocuronium, vecuronium...).
 - + Điều kiện đặt ống nội khí quản: người bệnh ngủ sâu, đủ độ giãn cơ (trong đa số các trường hợp).
- Kỹ thuật đặt nội khí quản đường miệng:
 - + Mở miệng, một tay đặt dưới cổ để cổ ngửa thẳng, đưa đèn soi thanh quản vào bên phải miệng, gạt lưỡi sang bên trái, đẩy đèn sâu, phối hợp với tay phải đè sụn giáp nhấn tìm nắp thanh môn và lỗ thanh môn.
 - + Tiến hành khởi mê nhanh và làm thủ thuật Sellick trong trường hợp dạ dày đầy (ấn sụn giáp 20-30 kg ngay khi người bệnh mất tri giác tới khi đặt ống nội khí quản xong).
 - + Luồn ống nội khí quản nhẹ nhàng qua lỗ thanh môn, dừng lại khi bóng của ống nội khí quản đi qua dây thanh âm 2-3 cm.
 - + Rút đèn soi thanh quản nhẹ nhàng.
 - + Bơm bóng nội khí quản.
 - + Kiểm tra vị trí đúng của ống nội khí quản bằng nghe phổi và kết quả EtCO₂.
 - + Cố định ống bằng băng dính.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

+ Đặt Canuyn vào miệng để tránh cắn ống (nếu cần). Trong trường hợp đặt nội khí quản khó: áp dụng quy trình đặt ống nội khí quản khó.

- Duy trì mê:

+ Duy trì mê bằng thuốc mê tĩnh mạch hoặc thuốc mê bốc hơi, thuốc giảm đau thuốc giãn cơ (nếu cần).

- Kiểm soát hô hấp bằng máy hoặc bóp tay.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi độ sâu của gây mê dựa vào nhịp tim, huyết áp, vã mồ hôi, chảy nước mắt (PRST); MAC, BIS và Entropy (nếu có)...

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: nhịp tim, huyết áp, SpO₂, EtCO₂, thân nhiệt.

- Đề phòng ống nội khí quản sai vị trí, gập, tắc.

Tiêu chuẩn rút ống nội khí quản

- Người bệnh tỉnh, làm theo lệnh.

- Nâng đầu trên 5 giây, TOF >0,9 (nếu có).

- Tự thở đều, tần số thở trong giới hạn bình thường.

- Mạch, huyết áp ổn định.

- Thân nhiệt > 35 độ C.

- Không có biến chứng của gây mê và phẫu thuật.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trào ngược dịch dạ dày vào đường thở

- Có dịch tiêu hóa trong khoang miệng và đường thở.

- Hút sạch ngay dịch, nằm đầu thấp, nghiêng đầu sang bên.

- Đặt nhanh ống nội khí quản và hút sạch dịch trong đường thở

- Theo dõi và đề phòng nhiễm trùng phổi sau mổ.

2. Rối loạn huyết động

- Hạ hoặc tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim (nhịp chậm, nhịp nhanh, loạn nhịp).

- Xử trí tùy theo triệu chứng và nguyên nhân.

3. Tai biến do đặt nội khí quản

- Không đặt được ống nội khí quản: Xử lý theo quy trình đặt ống nội khí quản khó hoặc chuyển phương pháp vô cảm khác.

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

4. Các biến chứng về hô hấp

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

5. Biến chứng sau rút ống nội khí quản

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

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 4/03/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Quy trình gây mê hồi sức”.

09.757. GÂY Mê (NỘI KHÍ QUẢN) PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN 2 BÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

- Gây mê phẫu thuật thoát vị bẹn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH TƯƠNG ĐỐI

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện kỹ thuật

- 01 Bác sĩ, 01 điều dưỡng viên hoặc 01 kỹ thuật viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

2. Phương tiện:

- Hệ thống máy gây mê kèm thở, nguồn oxy bóp tay, máy theo dõi chức năng sống (ECG, huyết áp động mạch, SpO₂, EtCO₂, nhịp thở, nhiệt độ) máy phá rung tim, máy hút...

- Đèn soi thanh quản, ống nội khí quản các cỡ, ống hút, mặt nạ (mask), bóng bóp, canuyn miệng hầu, kìm Magill, mandrin mềm.

- Lidocain 10% dạng xịt.

- Salbutamol dạng xịt.

- Các phương tiện dự phòng đặt nội khí quản khó: ống Cook, mask thanh quản (laryngeal mask), ống soi phế quản mềm, bộ mở khí quản, kìm mở miệng...

3. Người bệnh

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

- Đánh giá đặt ống nội khí quản khó.

- Sử dụng thuốc an thần tối hóm trước mổ (nếu cần).

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định của Bộ Y tế.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm
Đồng)*

1. Kiểm tra hồ sơ

- Phiếu tư vấn, biên bản hội chẩn, giấy cam đoan.

2. Kiểm tra người bệnh

- Xác định tên tuổi, địa chỉ và số nhập viện trên vòng đeo tay, răng giả, giờ ăn cuối.

3. Thực hiện kỹ thuật

Các bước tiến hành chung:

- Tư thế: nằm ngửa, thở oxy 100% 3-6 l/phút trước khởi mê ít nhất 5 phút.
- Lắp máy theo dõi.
- Thiết lập đường truyền có hiệu quả.
- Tiền mê (nếu cần).
- Khởi mê:
 - + Thuốc ngủ: thuốc mê tĩnh mạch (propofol, etomidat, thiopental, ketamin...), thuốc mê bốc hơi (sevofluran...).
 - + Thuốc giảm đau: fentanyl, sufentanil, morphin...
 - + Thuốc giãn cơ (nếu cần): (succinylcholin, rocuronium, vecuronium...).
 - + Điều kiện đặt ống nội khí quản: người bệnh ngủ sâu, đủ độ giãn cơ (trong đa số các trường hợp).
- Kỹ thuật đặt nội khí quản đường miệng:
 - + Mở miệng, một tay đặt dưới cổ để cổ ngửa thẳng, đưa đèn soi thanh quản vào bên phải miệng, gạt lưỡi sang bên trái, đẩy đèn sâu, phối hợp với tay phải đè sụn giáp nhấn tìm nắp thanh môn và lỗ thanh môn.
 - + Tiến hành khởi mê nhanh và làm thủ thuật Sellick trong trường hợp dạ dày đầy (ấn sụn nhẫn 20-30 kg ngay khi người bệnh mất tri giác tới khi đặt ống nội khí quản xong).
 - + Luồn ống nội khí quản nhẹ nhàng qua lỗ thanh môn, dừng lại khi bóng của ống nội khí quản đi qua dây thanh âm 2-3 cm.
 - + Rút đèn soi thanh quản nhẹ nhàng.
 - + Bơm bóng nội khí quản.
 - + Kiểm tra vị trí đúng của ống nội khí quản bằng nghe phổi và kết quả EtCO₂.
 - + Cố định ống bằng băng dính.

+ Đặt canuyn vào miệng để tránh cắn ống (nếu cần). Trong trường hợp đặt nội khí quản khó: áp dụng quy trình đặt ống nội khí quản khó.

- Duy trì mê:

+ Duy trì mê bằng thuốc mê tĩnh mạch hoặc thuốc mê bốc hơi, thuốc giảm đau thuốc giãn cơ (nếu cần).

- Kiểm soát hô hấp bằng máy hoặc bóp tay.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi độ sâu của gây mê dựa vào nhịp tim, huyết áp, vã mồ hôi, chảy nước mắt (PRST); MAC, BIS và Entropy (nếu có)...

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: nhịp tim, huyết áp, SpO₂, EtCO₂, thân nhiệt.

- Đề phòng ống nội khí quản sai vị trí, gập, tắc.

Tiêu chuẩn rút ống nội khí quản

- Người bệnh tỉnh, làm theo lệnh.

- Nâng đầu trên 5 giây, TOF >0,9 (nếu có).

- Tự thở đều, tần số thở trong giới hạn bình thường.

- Mạch, huyết áp ổn định.

- Thân nhiệt > 35 độ C.

- Không có biến chứng của gây mê và phẫu thuật.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trào ngược dịch dạ dày vào đường thở

- Có dịch tiêu hóa trong khoang miệng và đường thở.

- Hút sạch ngay dịch, nằm đầu thấp, nghiêng đầu sang bên.

- Đặt nhanh ống nội khí quản và hút sạch dịch trong đường thở.

- Theo dõi và đề phòng nhiễm trùng phổi sau mổ.

2. Rối loạn huyết động

- Hạ hoặc tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim (nhịp chậm, nhịp nhanh, loạn nhịp).

- Xử trí tùy theo triệu chứng và nguyên nhân.

3. Tai biến do đặt nội khí quản

- Không đặt được ống nội khí quản: Xử lý theo quy trình đặt ống nội khí quản khó hoặc chuyển phương pháp vô cảm khác.

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

4. Các biến chứng về hô hấp

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

5. Biến chứng sau rút ống nội khí quản

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

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 04/03/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Quy trình gây mê hồi sức”.

09.932. GÂY Mê (NỘI KHÍ QUẢN) PHẪU THUẬT KHX GÂY CỖ XƯƠNG ĐÙI

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

- Gây mê phẫu thuật gây cở xương đùi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH TƯƠNG ĐỐI

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện kỹ thuật

- 01 Bác sĩ, 01 điều dưỡng viên hoặc 01 kỹ thuật viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

2. Phương tiện:

- Hệ thống máy gây mê kèm thở, nguồn oxy bóp tay, máy theo dõi chức năng sống (ECG, huyết áp động mạch, SpO₂, EtCO₂, nhịp thở, nhiệt độ) máy phá rung tim, máy hút...

- Đèn soi thanh quản, ống nội khí quản các cỡ, ống hút, mặt nạ (mask), bóng bóp, canuyn miệng hầu, kìm Magill, mandrin mềm.

- Lidocain 10% dạng xịt.

- Salbutamol dạng xịt.

- Các phương tiện dự phòng đặt nội khí quản khó: ống Cook, mask thanh quản (laryngeal mask), ống soi phế quản mềm, bộ mở khí quản, kìm mở miệng...

3. Người bệnh

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

- Đánh giá đặt ống nội khí quản khó.

- Sử dụng thuốc an thần tối hơm trước mổ (nếu cần).

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

1. Kiểm tra hồ sơ

- Phiếu tư vấn, biên bản hội chẩn, giấy cam đoan.

2. Kiểm tra người bệnh

- Xác định tên tuổi, địa chỉ và số nhập viện trên vòng đeo tay, răng giả, giờ ăn cuối.

3. Thực hiện kỹ thuật

Các bước tiến hành chung:

- Tư thế: nằm ngửa, thở oxy 100% 3-6 l/phút trước khởi mê ít nhất 5 phút.
- Lắp máy theo dõi.
- Thiết lập đường truyền có hiệu quả.
- Tiền mê (nếu cần).
- Khởi mê:
 - + Thuốc ngủ: thuốc mê tĩnh mạch (propofol, etomidat, thiopental, ketamin...), thuốc mê bốc hơi (sevofluran...).
 - + Thuốc giảm đau: fentanyl, sufentanil, morphin...
 - + Thuốc giãn cơ (nếu cần): (succinylcholin, rocuronium, vecuronium...).
 - + Điều kiện đặt ống nội khí quản: người bệnh ngủ sâu, đủ độ giãn cơ (trong đa số các trường hợp).
- Kỹ thuật đặt nội khí quản đường miệng:
 - + Mở miệng, một tay đặt dưới cổ để cổ ngửa thẳng, đưa đèn soi thanh quản vào bên phải miệng, gạt lưỡi sang bên trái, đẩy đèn sâu, phối hợp với tay phải đè sụn giáp nhấn tìm nắp thanh môn và lỗ thanh môn.
 - + Tiến hành khởi mê nhanh và làm thủ thuật Sellick trong trường hợp dạ dày đầy (ấn sụn giáp 20-30 kg ngay khi người bệnh mất tri giác tới khi đặt ống nội khí quản xong).
 - + Luồn ống nội khí quản nhẹ nhàng qua lỗ thanh môn, dừng lại khi bóng của ống nội khí quản đi qua dây thanh âm 2-3 cm.
 - + Rút đèn soi thanh quản nhẹ nhàng.
 - + Bơm bóng nội khí quản.
 - + Kiểm tra vị trí đúng của ống nội khí quản bằng nghe phổi và kết quả EtCO₂.
 - + Cố định ống bằng băng dính.

+ Đặt canuyn vào miệng để tránh cắn ống (nếu cần). Trong trường hợp đặt nội khí quản khó: áp dụng quy trình đặt ống nội khí quản khó.

- Duy trì mê:

+ Duy trì mê bằng thuốc mê tĩnh mạch hoặc thuốc mê bốc hơi, thuốc giảm đau thuốc giãn cơ (nếu cần).

- Kiểm soát hô hấp bằng máy hoặc bóp tay.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi độ sâu của gây mê dựa vào nhịp tim, huyết áp, vã mồ hôi, chảy nước mắt (PRST); MAC, BIS và Entropy (nếu có)...

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: nhịp tim, huyết áp, SpO₂, EtCO₂, thân nhiệt.

- Đề phòng ống nội khí quản sai vị trí, gập, tắc.

Tiêu chuẩn rút ống nội khí quản

- Người bệnh tỉnh, làm theo lệnh.

- Nâng đầu trên 5 giây, TOF >0,9 (nếu có).

- Tự thở đều, tần số thở trong giới hạn bình thường.

- Mạch, huyết áp ổn định.

- Thân nhiệt > 35 độ C.

- Không có biến chứng của gây mê và phẫu thuật.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trào ngược dịch dạ dày vào đường thở

- Có dịch tiêu hóa trong khoang miệng và đường thở.

- Hút sạch ngay dịch, nằm đầu thấp, nghiêng đầu sang bên.

- Đặt nhanh ống nội khí quản và hút sạch dịch trong đường thở.

- Theo dõi và đề phòng nhiễm trùng phổi sau mổ.

2. Rối loạn huyết động

- Hạ hoặc tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim (nhịp chậm, nhịp nhanh, loạn nhịp).

- Xử trí tùy theo triệu chứng và nguyên nhân.

3. Tai biến do đặt nội khí quản

- Không đặt được ống nội khí quản: Xử lý theo quy trình đặt ống nội khí quản khó hoặc chuyển phương pháp vô cảm khác.

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

4. Các biến chứng về hô hấp

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

5. Biến chứng sau rút ống nội khí quản

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

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 04/03/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Quy trình gây mê hồi sức”.

09.1017. GÂY Mê (NỘI KHÍ QUẢN) PHẪU THUẬT KHX TRÊN MÀN HÌNH TẮNG SÁNG (CHƯA BAO GỒM ĐINH XƯƠNG, NẸP VÍT, ỐC, KHÓA)

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

- Gây mê phẫu thuật kết hợp xương trên màn hình tăng sáng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH TƯƠNG ĐỐI

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện kỹ thuật

- 01 Bác sĩ, 01 điều dưỡng viên hoặc 01 viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

2. Phương tiện:

- Hệ thống máy gây mê kèm thở, nguồn oxy bóp tay, máy theo dõi chức năng sống (ECG, huyết áp động mạch, SpO₂, EtCO₂, nhịp thở, nhiệt độ) máy phá rung tim, máy hút...

- Đèn soi thanh quản, ống nội khí quản các cỡ, ống hút, mặt nạ (mask), bóng bóp, canuyn miệng hầu, kìm Magill, mandrin mềm.

- Lidocain 10% dạng xịt.

- Salbutamol dạng xịt.

- Các phương tiện dự phòng đặt nội khí quản khó: ống Cook, mask thanh quản (laryngeal mask), ống soi phế quản mềm, bộ mở khí quản, kìm mở miệng...

3. Người bệnh

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

- Đánh giá đặt ống nội khí quản khó.

- Sử dụng thuốc an thần tối thiểu trước mổ (nếu cần).

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

1. Kiểm tra hồ sơ

- Phiếu tư vấn, biên bản hội chẩn, giấy cam đoan.

2. Kiểm tra người bệnh

- Xác định tên tuổi, địa chỉ và số nhập viện trên vòng đeo tay, răng giả, giờ ăn cuối.

3. Thực hiện kỹ thuật

Các bước tiến hành chung:

- Tư thế: nằm ngửa, thở oxy 100% 3-6 l/phút trước khởi mê ít nhất 5 phút.
- Lắp máy theo dõi.
- Thiết lập đường truyền có hiệu quả.
- Tiền mê (nếu cần).
- Khởi mê:
 - + Thuốc ngủ: thuốc mê tĩnh mạch (propofol, etomidat, thiopental, ketamin...), thuốc mê bốc hơi (sevofluran...).
 - + Thuốc giảm đau: fentanyl, sufentanil, morphin...
 - + Thuốc giãn cơ (nếu cần): (succinylcholin, rocuronium, vecuronium...).
 - + Điều kiện đặt ống nội khí quản: người bệnh ngủ sâu, đủ độ giãn cơ (trong đa số các trường hợp).
- Kỹ thuật đặt nội khí quản đường miệng:
 - + Mở miệng, một tay đặt dưới cổ để cổ ngửa thẳng, đưa đèn soi thanh quản vào bên phải miệng, gạt lưỡi sang bên trái, đẩy đèn sâu, phối hợp với tay phải đè sụn giáp nhấn tìm nắp thanh môn và lỗ thanh môn.
 - + Tiến hành khởi mê nhanh và làm thủ thuật Sellick trong trường hợp dạ dày đầy (ấn sụn giáp 20-30 kg ngay khi người bệnh mất tri giác tới khi đặt ống nội khí quản xong).
 - + Luồn ống nội khí quản nhẹ nhàng qua lỗ thanh môn, dừng lại khi bóng của ống nội khí quản đi qua dây thanh âm 2-3 cm.
 - + Rút đèn soi thanh quản nhẹ nhàng.
 - + Bơm bóng nội khí quản.
 - + Kiểm tra vị trí đúng của ống nội khí quản bằng nghe phổi và kết quả EtCO₂.
 - + Cố định ống bằng băng dính.

+ Đặt canuyn vào miệng để tránh cắn ống (nếu cần). Trong trường hợp đặt nội khí quản khó: áp dụng quy trình đặt ống nội khí quản khó.

- Duy trì mê:

+ Duy trì mê bằng thuốc mê tĩnh mạch hoặc thuốc mê bốc hơi, thuốc giảm đau thuốc giãn cơ (nếu cần).

- Kiểm soát hô hấp bằng máy hoặc bóp tay.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi độ sâu của gây mê dựa vào nhịp tim, huyết áp, vã mồ hôi, chảy nước mắt (PRST); MAC, BIS và Entropy (nếu có)...

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: nhịp tim, huyết áp, SpO₂, EtCO₂, thân nhiệt. - Đề phòng ống nội khí quản sai vị trí, gập, tắc.

Tiêu chuẩn rút ống nội khí quản

- Người bệnh tỉnh, làm theo lệnh.

- Nâng đầu trên 5 giây, TOF >0,9 (nếu có).

- Tự thở đều, tần số thở trong giới hạn bình thường.

- Mạch, huyết áp ổn định.

- Thân nhiệt > 35 độ C.

- Không có biến chứng của gây mê và phẫu thuật.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trào ngược dịch dạ dày vào đường thở

- Có dịch tiêu hóa trong khoang miệng và đường thở.

- Hút sạch ngay dịch, nằm đầu thấp, nghiêng đầu sang bên.

- Đặt nhanh ống nội khí quản và hút sạch dịch trong đường thở.

- Theo dõi và đề phòng nhiễm trùng phổi sau mổ.

2. Rối loạn huyết động

- Hạ hoặc tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim (nhịp chậm, nhịp nhanh, loạn nhịp).

- Xử trí tùy theo triệu chứng và nguyên nhân.

3. Tai biến do đặt nội khí quản

- Không đặt được ống nội khí quản: Xử lý theo quy trình đặt ống nội khí quản khó hoặc chuyển phương pháp vô cảm khác.

- Đặt nhầm vào dạ dày:

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

4. Các biến chứng về hô hấp

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

5. Biến chứng sau rút ống nội khí quản

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

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 04/03/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Quy trình gây mê hồi sức”.

09.1340. GÂY Mê (NỘI KHÍ QUẢN) PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI THỪA MECKEL

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

- Gây mê phẫu thuật nội soi cắt túi thừa meckel.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH TƯƠNG ĐỐI

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện kỹ thuật

- 01 Bác sĩ, 01 điều dưỡng viên hoặc 01 kỹ thuật viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

2. Phương tiện:

- Hệ thống máy gây mê kèm thở, nguồn oxy bóp tay, máy theo dõi chức năng sống (ECG, huyết áp động mạch, SpO₂, EtCO₂, nhịp thở, nhiệt độ) máy phá rung tim, máy hút...

- Đèn soi thanh quản, ống nội khí quản các cỡ, ống hút, mặt nạ (mask), bóng bóp, Canuyn miệng hầu, kìm Magill, mandrin mềm.

- Lidocain 10% dạng xịt.

- Salbutamol dạng xịt.

- Các phương tiện dự phòng đặt nội khí quản khó: ống Cook, mask thanh quản (laryngeal mask), ống soi phế quản mềm, bộ mở khí quản, kìm mở miệng...

3. Người bệnh

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

- Đánh giá đặt ống nội khí quản khó.

- Sử dụng thuốc an thần tối thiểu trước mổ (nếu cần).

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định của Bộ Y tế.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

1. Kiểm tra hồ sơ

- Phiếu tư vấn, biên bản hội chẩn, giấy cam đoan.

2. Kiểm tra người bệnh

- Xác định tên tuổi, địa chỉ và số nhập viện trên vòng đeo tay, răng giả, giờ ăn cuối.

3. Thực hiện kỹ thuật

Các bước tiến hành chung:

- Tư thế: nằm ngửa, thở oxy 100% 3-6 l/phút trước khởi mê ít nhất 5 phút.
- Lắp máy theo dõi.
- Thiết lập đường truyền có hiệu quả.
- Tiền mê (nếu cần)..
- Khởi mê:
 - + Thuốc ngủ: thuốc mê tĩnh mạch (propofol, etomidat, thiopental, ketamin...), thuốc mê bốc hơi (sevofluran...).
 - + Thuốc giảm đau: fentanyl, sufentanil, morphin...
 - + Thuốc giãn cơ (nếu cần): (succinylcholin, rocuronium, vecuronium...).
 - + Điều kiện đặt ống nội khí quản: người bệnh ngủ sâu, đủ độ giãn cơ (trong đa số các trường hợp).
- Kỹ thuật đặt nội khí quản đường miệng:
 - + Mở miệng, một tay đặt dưới cổ để cổ ngửa thẳng, đưa đèn soi thanh quản vào bên phải miệng, gạt lưỡi sang bên trái, đẩy đèn sâu, phối hợp với tay phải đè sụn giáp nhấn tìm nắp thanh môn và lỗ thanh môn.
 - + Tiến hành khởi mê nhanh và làm thủ thuật Sellick trong trường hợp dạ dày đầy (ấn sụn giáp 20-30 kg ngay khi người bệnh mất tri giác tới khi đặt ống nội khí quản xong).
 - + Luồn ống nội khí quản nhẹ nhàng qua lỗ thanh môn, dừng lại khi bóng của ống nội khí quản đi qua dây thanh âm 2-3 cm.
 - + Rút đèn soi thanh quản nhẹ nhàng.
 - + Bơm bóng nội khí quản.
 - + Kiểm tra vị trí đúng của ống nội khí quản bằng nghe phổi và kết quả EtCO₂.
 - + Cố định ống bằng băng dính.

+ Đặt Canuyn vào miệng để tránh cắn ống (nếu cần). Trong trường hợp đặt nội khí quản khó: áp dụng quy trình đặt ống nội khí quản khó.

- Duy trì mê:

+ Duy trì mê bằng thuốc mê tĩnh mạch hoặc thuốc mê bốc hơi, thuốc giảm đau thuốc giãn cơ (nếu cần).

- Kiểm soát hô hấp bằng máy hoặc bóp tay.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi độ sâu của gây mê dựa vào nhịp tim, huyết áp, vã mồ hôi, chảy nước mắt (PRST); MAC, BIS và Entropy (nếu có)...

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: nhịp tim, huyết áp, SpO₂, EtCO₂, thân nhiệt.

- Đề phòng ống nội khí quản sai vị trí, gập, tắc.

Tiêu chuẩn rút ống nội khí quản

- Người bệnh tỉnh, làm theo lệnh.

- Nâng đầu trên 5 giây, TOF >0,9 (nếu có).

- Tự thở đều, tần số thở trong giới hạn bình thường.

- Mạch, huyết áp ổn định.

- Thân nhiệt > 35 độ C.

- Không có biến chứng của gây mê và phẫu thuật.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trào ngược dịch dạ dày vào đường thở

- Có dịch tiêu hóa trong khoang miệng và đường thở.

- Hút sạch ngay dịch, nằm đầu thấp, nghiêng đầu sang bên.

- Đặt nhanh ống nội khí quản và hút sạch dịch trong đường thở.

- Theo dõi và đề phòng nhiễm trùng phổi sau mổ.

2. Rối loạn huyết động

- Hạ hoặc tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim (nhịp chậm, nhịp nhanh, loạn nhịp).

- Xử trí tùy theo triệu chứng và nguyên nhân.

3. Tai biến do đặt nội khí quản

- Không đặt được ống nội khí quản: Xử lý theo quy trình đặt ống nội khí quản khó hoặc chuyển phương pháp vô cảm khác.

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

4. Các biến chứng về hô hấp

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

5. Biến chứng sau rút ống nội khí quản

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

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 04/3/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Quy trình gây mê hồi sức”.

09.1352. GÂY Mê (NỘI KHÍ QUẢN) PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U MẠC TREO RUỘT + CẮT ĐOẠN RUỘT NON

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

- Gây mê phẫu thuật cắt ruột non, u mạc treo.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH TƯƠNG ĐỐI

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện kỹ thuật

- 01 Bác sĩ, 01 điều dưỡng viên hoặc 01 kỹ thuật viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

2. Phương tiện:

- Hệ thống máy gây mê kèm thở, nguồn oxy bóp tay, máy theo dõi chức năng sống (ECG, huyết áp động mạch, SpO₂, EtCO₂, nhịp thở, nhiệt độ) máy phá rung tim, máy hút...

- Đèn soi thanh quản, ống nội khí quản các cỡ, ống hút, mặt nạ (mask), bóng bóp, Canuyn miệng hầu, kìm Magill, mandrin mềm.

- Lidocain 10% dạng xịt.

- Salbutamol dạng xịt.

- Các phương tiện dự phòng đặt nội khí quản khó: ống Cook, mask thanh quản (laryngeal mask), ống soi phế quản mềm, bộ mở khí quản, kìm mở miệng...

3. Người bệnh

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

- Đánh giá đặt ống nội khí quản khó.

- Sử dụng thuốc an thần tối hóm trước mổ (nếu cần).

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định của Bộ Y tế.

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm
Đồng)*

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Phiếu tư vấn, biên bản hội chẩn, giấy cam đoan.

2. Kiểm tra người bệnh

- Xác định tên tuổi, địa chỉ và số nhập viện trên vòng đeo tay, răng giả, giờ ăn cuối.

3. Thực hiện kỹ thuật

Các bước tiến hành chung:

- Tư thế: nằm ngửa, thở oxy 100% 3-6 l/phút trước khởi mê ít nhất 5 phút.
- Lắp máy theo dõi.
- Thiết lập đường truyền có hiệu quả.
- Tiền mê (nếu cần)..
- Khởi mê:
 - + Thuốc ngủ: thuốc mê tĩnh mạch (propofol, etomidat, thiopental, ketamin...), thuốc mê bốc hơi (sevofluran...).
 - + Thuốc giảm đau: fentanyl, sufentanil, morphin...
 - + Thuốc giãn cơ (nếu cần): (succinylcholin, rocuronium, vecuronium...).
 - + Điều kiện đặt ống nội khí quản: người bệnh ngủ sâu, đủ độ giãn cơ (trong đa số các trường hợp).
 - Kỹ thuật đặt nội khí quản đường miệng:
 - + Mở miệng, một tay đặt dưới cổ để cổ ngửa thẳng, đưa đèn soi thanh quản vào bên phải miệng, gạt lưỡi sang bên trái, đẩy đèn sâu, phối hợp với tay phải đè sụn giáp nhấn tìm nắp thanh môn và lỗ thanh môn.
 - + Tiến hành khởi mê nhanh và làm thủ thuật Sellick trong trường hợp dạ dày đầy (ấn sụn giáp 20-30 kg ngay khi người bệnh mất tri giác tới khi đặt ống nội khí quản xong).
 - + Luồn ống nội khí quản nhẹ nhàng qua lỗ thanh môn, dừng lại khi bóng của ống nội khí quản đi qua dây thanh âm 2-3 cm.
 - + Rút đèn soi thanh quản nhẹ nhàng.
 - + Bơm bóng nội khí quản.
 - + Kiểm tra vị trí đúng của ống nội khí quản bằng nghe phổi và kết quả EtCO₂.
 - + Cố định ống bằng băng dính.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

+ Đặt Canuyn vào miệng để tránh cắn ống (nếu cần). Trong trường hợp đặt nội khí quản khó: áp dụng quy trình đặt ống nội khí quản khó.

- Duy trì mê:

+ Duy trì mê bằng thuốc mê tĩnh mạch hoặc thuốc mê bốc hơi, thuốc giảm đau thuốc giãn cơ (nếu cần).

- Kiểm soát hô hấp bằng máy hoặc bóp tay.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi độ sâu của gây mê dựa vào nhịp tim, huyết áp, vã mồ hôi, chảy nước mắt (PRST); MAC, BIS và Entropy (nếu có)...

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: nhịp tim, huyết áp, SpO₂, EtCO₂, thân nhiệt.

- Đề phòng ống nội khí quản sai vị trí, gập, tắc.

Tiêu chuẩn rút ống nội khí quản

- Người bệnh tỉnh, làm theo lệnh.

- Nâng đầu trên 5 giây, TOF >0,9 (nếu có).

- Tự thở đều, tần số thở trong giới hạn bình thường.

- Mạch, huyết áp ổn định.

- Thân nhiệt > 35 độ C.

- Không có biến chứng của gây mê và phẫu thuật.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trào ngược dịch dạ dày vào đường thở

- Có dịch tiêu hóa trong khoang miệng và đường thở.

- Hút sạch ngay dịch, nằm đầu thấp, nghiêng đầu sang bên.

- Đặt nhanh ống nội khí quản và hút sạch dịch trong đường thở.

- Theo dõi và đề phòng nhiễm trùng phổi sau mổ.

2. Rối loạn huyết động

- Hạ hoặc tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim (nhịp chậm, nhịp nhanh, loạn nhịp).

- Xử trí tùy theo triệu chứng và nguyên nhân.

3. Tai biến do đặt nội khí quản

- Không đặt được ống nội khí quản: Xử lý theo quy trình đặt ống nội khí quản khó hoặc chuyển phương pháp vô cảm khác.

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

4. Các biến chứng về hô hấp

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

5. Biến chứng sau rút ống nội khí quản

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

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 04/03/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Quy trình gây mê hồi sức”.

09.1390. GÂY Mê (NỘI KHÍ QUẢN) PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ ÁP-XE RUỘT THỪA

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

- Gây mê phẫu thuật nội soi áp xe ruột thừa.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH TƯƠNG ĐỐI

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện kỹ thuật

- 01 Bác sĩ, 01 điều dưỡng viên hoặc 01 kỹ thuật viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

2. Phương tiện

- Hệ thống máy gây mê kèm thở, nguồn oxy bóp tay, máy theo dõi chức năng sống (ECG, huyết áp động mạch, SpO₂, EtCO₂, nhịp thở, nhiệt độ) máy phá rung tim, máy hút...

- Đèn soi thanh quản, ống nội khí quản các cỡ, ống hút, mặt nạ (mask), bóng bóp, Canuyn miệng hầu, kìm Magill, mandrin mềm.

- Lidocain 10% dạng xịt.

- Salbutamol dạng xịt.

- Các phương tiện dự phòng đặt nội khí quản khó: ống Cook, mask thanh quản (laryngeal mask), ống soi phế quản mềm, bộ mở khí quản, kìm mở miệng...

3. Người bệnh

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

- Đánh giá đặt ống nội khí quản khó.

- Sử dụng thuốc an thần tối hôm trước mổ (nếu cần).

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định của Bộ Y tế.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Phiếu tư vấn, biên bản hội chẩn, giấy cam đoan.

2. Kiểm tra người bệnh

- Xác định tên tuổi, địa chỉ và số nhập viện trên vòng đeo tay, răng giả, giờ ăn cuối.

3. Thực hiện kỹ thuật

Các bước tiến hành chung:

- Tư thế: nằm ngửa, thở oxy 100% 3-6 l/phút trước khởi mê ít nhất 5 phút.
- Lắp máy theo dõi.
- Thiết lập đường truyền có hiệu quả.
- Tiền mê (nếu cần)..
- Khởi mê:
 - + Thuốc ngủ: thuốc mê tĩnh mạch (propofol, etomidat, thiopental, ketamin...), thuốc mê bốc hơi (sevofluran...).
 - + Thuốc giảm đau: fentanyl, sufentanil, morphin...
 - + Thuốc giãn cơ (nếu cần): (succinylcholin, rocuronium, vecuronium...).
 - + Điều kiện đặt ống nội khí quản: người bệnh ngủ sâu, đủ độ giãn cơ (trong đa số các trường hợp).
- Kỹ thuật đặt nội khí quản đường miệng:
 - + Mở miệng, một tay đặt dưới cổ để cổ ngửa thẳng, đưa đèn soi thanh quản vào bên phải miệng, gạt lưỡi sang bên trái, đẩy đèn sâu, phối hợp với tay phải đè sụn giáp nhấn tìm nắp thanh môn và lỗ thanh môn.
 - + Tiến hành khởi mê nhanh và làm thủ thuật Sellick trong trường hợp dạ dày đầy (ấn sụn giáp 20-30 kg ngay khi người bệnh mất tri giác tới khi đặt ống nội khí quản xong).
 - + Luồn ống nội khí quản nhẹ nhàng qua lỗ thanh môn, dừng lại khi bóng của ống nội khí quản đi qua dây thanh âm 2-3 cm.
 - + Rút đèn soi thanh quản nhẹ nhàng.
 - + Bơm bóng nội khí quản.
 - + Kiểm tra vị trí đúng của ống nội khí quản bằng nghe phổi và kết quả EtCO₂.
 - + Cố định ống bằng băng dính.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

+ Đặt Canuyn vào miệng để tránh cắn ống (nếu cần). Trong trường hợp đặt nội khí quản khó: áp dụng quy trình đặt ống nội khí quản khó.

- Duy trì mê:

+ Duy trì mê bằng thuốc mê tĩnh mạch hoặc thuốc mê bốc hơi, thuốc giảm đau thuốc giãn cơ (nếu cần).

- Kiểm soát hô hấp bằng máy hoặc bóp tay.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi độ sâu của gây mê dựa vào nhịp tim, huyết áp, vã mồ hôi, chảy nước mắt (PRST); MAC, BIS và Entropy (nếu có)...

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: nhịp tim, huyết áp, SpO₂, EtCO₂, thân nhiệt.

- Đề phòng ống nội khí quản sai vị trí, gập, tắc.

Tiêu chuẩn rút ống nội khí quản

- Người bệnh tỉnh, làm theo lệnh.

- Nâng đầu trên 5 giây, TOF >0,9 (nếu có).

- Tự thở đều, tần số thở trong giới hạn bình thường.

- Mạch, huyết áp ổn định.

- Thân nhiệt > 35 độ C.

- Không có biến chứng của gây mê và phẫu thuật.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trào ngược dịch dạ dày vào đường thở

- Có dịch tiêu hóa trong khoang miệng và đường thở.

- Hút sạch ngay dịch, nằm đầu thấp, nghiêng đầu sang bên.

- Đặt nhanh ống nội khí quản và hút sạch dịch trong đường thở.

- Theo dõi và đề phòng nhiễm trùng phổi sau mổ.

2. Rối loạn huyết động

- Hạ hoặc tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim (nhịp chậm, nhịp nhanh, loạn nhịp).

- Xử trí tùy theo triệu chứng và nguyên nhân.

3. Tai biến do đặt nội khí quản

- Không đặt được ống nội khí quản: Xử lý theo quy trình đặt ống nội khí quản khó hoặc chuyển phương pháp vô cảm khác.

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

4. Các biến chứng về hô hấp

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

5. Biến chứng sau rút ống nội khí quản

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

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 04/03/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Quy trình gây mê hồi sức”.

09.1396. GÂY Mê (NỘI KHÍ QUẢN) PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ HẸP MÔN VỊ PHÌ ĐẠI

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

- Gây mê Phẫu thuật nội soi điều trị hẹp phì đại môn vị.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH TƯƠNG ĐỐI

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện kỹ thuật

- 01 Bác sĩ, 01 điều dưỡng viên hoặc 01 kỹ thuật viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

2. Phương tiện:

- Hệ thống máy gây mê kèm thở, nguồn oxy bóp tay, máy theo dõi chức năng sống (ECG, huyết áp động mạch, SpO₂, EtCO₂, nhịp thở, nhiệt độ) máy phá rung tim, máy hút...
- Đèn soi thanh quản, ống nội khí quản các cỡ, ống hút, mặt nạ (mask), bóng bóp, Canuyn miệng hầu, kìm Magill, mandrin mềm.
- Lidocain 10% dạng xịt.
- Salbutamol dạng xịt.
- Các phương tiện dự phòng đặt nội khí quản khó: ống Cook, mask thanh quản (laryngeal mask), ống soi phế quản mềm, bộ mở khí quản, kìm mở miệng...

3. Người bệnh

- Thăm khám gây mê trước mổ phát hiện và phòng ngừa các nguy cơ, giải thích cho người bệnh cùng hợp tác.
- Đánh giá đặt ống nội khí quản khó.
- Sử dụng thuốc an thần tối hóm trước mổ (nếu cần).

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định của Bộ Y tế.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Phiếu tư vấn, biên bản hội chẩn, giấy cam đoan.

2. Kiểm tra người bệnh

- Xác định tên tuổi, địa chỉ và số nhập viện trên vòng đeo tay, răng giả, giờ ăn cuối.

3. Thực hiện kỹ thuật

Các bước tiến hành chung:

- Tư thế: nằm ngửa, thở oxy 100% 3-6 l/phút trước khởi mê ít nhất 5 phút.
- Lắp máy theo dõi.
- Thiết lập đường truyền có hiệu quả.
- Tiền mê (nếu cần)..
- Khởi mê:
 - + Thuốc ngủ: thuốc mê tĩnh mạch (propofol, etomidat, thiopental, ketamin...), thuốc mê bốc hơi (sevofluran...).
 - + Thuốc giảm đau: fentanyl, sufentanil, morphin...
 - + Thuốc giãn cơ (nếu cần): (succinylcholin, rocuronium, vecuronium...).
 - + Điều kiện đặt ống nội khí quản: người bệnh ngủ sâu, đủ độ giãn cơ (trong đa số các trường hợp).
- Kỹ thuật đặt nội khí quản đường miệng:
 - + Mở miệng, một tay đặt dưới cổ để cổ ngửa thẳng ,đưa đèn soi thanh quản vào bên phải miệng, gạt lưỡi sang bên trái, đẩy đèn sâu, phối hợp với tay phải đè sụn giáp nhấn tìm nắp thanh môn và lỗ thanh môn.
 - + Tiến hành khởi mê nhanh và làm thủ thuật Sellick trong trường hợp dạ dày đầy (ấn sụn giáp 20-30 kg ngay khi người bệnh mất tri giác tới khi đặt ống nội khí quản xong).
 - + Luồn ống nội khí quản nhẹ nhàng qua lỗ thanh môn, dừng lại khi bóng của ống nội khí quản đi qua dây thanh âm 2-3 cm.
 - + Rút đèn soi thanh quản nhẹ nhàng.
 - + Bơm bóng nội khí quản.
 - + Kiểm tra vị trí đúng của ống nội khí quản bằng nghe phổi và kết quả EtCO₂.
 - + Cố định ống bằng băng dính.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

+ Đặt Canuyn vào miệng để tránh cắn ống (nếu cần). Trong trường hợp đặt nội khí quản khó: áp dụng quy trình đặt ống nội khí quản khó.

- Duy trì mê:

+ Duy trì mê bằng thuốc mê tĩnh mạch hoặc thuốc mê bốc hơi, thuốc giảm đau thuốc giãn cơ (nếu cần).

- Kiểm soát hô hấp bằng máy hoặc bóp tay.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi độ sâu của gây mê dựa vào nhịp tim, huyết áp, vã mồ hôi, chảy nước mắt (PRST); MAC, BIS và Entropy (nếu có)...

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: nhịp tim, huyết áp, SpO₂, EtCO₂, thân nhiệt.

- Đề phòng ống nội khí quản sai vị trí, gập, tắc.

Tiêu chuẩn rút ống nội khí quản

- Người bệnh tỉnh, làm theo lệnh.

- Nâng đầu trên 5 giây, TOF >0,9 (nếu có).

- Tự thở đều, tần số thở trong giới hạn bình thường.

- Mạch, huyết áp ổn định.

- Thân nhiệt > 35 độ C.

- Không có biến chứng của gây mê và phẫu thuật.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trào ngược dịch dạ dày vào đường thở

- Có dịch tiêu hóa trong khoang miệng và đường thở.

- Hút sạch ngay dịch, nằm đầu thấp, nghiêng đầu sang bên..

- Đặt nhanh ống nội khí quản và hút sạch dịch trong đường thở.

- Theo dõi và đề phòng nhiễm trùng phổi sau mổ.

2. Rối loạn huyết động

- Hạ hoặc tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim (nhịp chậm, nhịp nhanh, loạn nhịp).

- Xử trí tùy theo triệu chứng và nguyên nhân.

3. Tai biến do đặt nội khí quản

- Không đặt được ống nội khí quản: Xử lý theo quy trình đặt ống nội khí quản khó hoặc chuyển phương pháp vô cảm khác.

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

4. Các biến chứng về hô hấp

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

5. Biến chứng sau rút ống nội khí quản

- Suy hô hấp sau khi rút ống nội khí quản do nhiều nguyên nhân.
- Đau họng khàn tiếng.
- Co thắt thanh - khí - phế quản.
- Viêm đường hô hấp trên - Hẹp thanh - khí quản.

Xử trí triệu chứng và theo nguyên nhân.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 04/03/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Quy trình gây mê hồi sức”.

09.1469. GÂY Mê (NỘI KHÍ QUẢN) PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU THÙNG DẠ DÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

- Gây mê phẫu thuật nội soi khâu thùng dạ dày.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH TƯƠNG ĐỐI

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện kỹ thuật

- 01 Bác sĩ, 01 điều dưỡng viên hoặc 01 kỹ thuật viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

2. Phương tiện:

- Hệ thống máy gây mê kèm thở, nguồn oxy bóp tay, máy theo dõi chức năng sống (ECG, huyết áp động mạch, SpO₂, EtCO₂, nhịp thở, nhiệt độ) máy phá rung tim, máy hút...
- Đèn soi thanh quản, ống nội khí quản các cỡ, ống hút, mặt nạ (mask), bóng bóp, Canuyn miệng hầu, kìm Magill, mandrin mềm.
- Lidocain 10% dạng xịt.
- Salbutamol dạng xịt.
- Các phương tiện dự phòng đặt nội khí quản khó: ống Cook, mask thanh quản (laryngeal mask), ống soi phế quản mềm, bộ mở khí quản, kìm mở miệng...

3. Người bệnh

- Thăm khám gây mê trước mổ phát hiện và phòng ngừa các nguy cơ, giải thích cho người bệnh cùng hợp tác.
- Đánh giá đặt ống nội khí quản khó.
- Sử dụng thuốc an thần tối thiểu trước mổ (nếu cần).

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định của Bộ Y tế..

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Phiếu tư vấn, biên bản hội chẩn, giấy cam đoan.

2. Kiểm tra người bệnh

- Xác định tên tuổi, địa chỉ và số nhập viện trên vòng đeo tay, răng giả, giờ ăn cuối.

3. Thực hiện kỹ thuật

Các bước tiến hành chung:

- Tư thế: nằm ngửa, thở oxy 100% 3-6 l/phút trước khởi mê ít nhất 5 phút.
- Lắp máy theo dõi.
- Thiết lập đường truyền có hiệu quả.
- Tiền mê (nếu cần)..
- Khởi mê:
 - + Thuốc ngủ: thuốc mê tĩnh mạch (propofol, etomidat, thiopental, ketamin...), thuốc mê bốc hơi (sevofluran...).
 - + Thuốc giảm đau: fentanyl, sufentanil, morphin...
 - + Thuốc giãn cơ (nếu cần): (succinylcholin, rocuronium, vecuronium...).
 - + Điều kiện đặt ống nội khí quản: người bệnh ngủ sâu, đủ độ giãn cơ (trong đa số các trường hợp).
- Kỹ thuật đặt nội khí quản đường miệng:
 - + Mở miệng, một tay đặt dưới cổ để cổ ngửa thẳng, đưa đèn soi thanh quản vào bên phải miệng, gạt lưỡi sang bên trái, đẩy đèn sâu, phối hợp với tay phải đè sụn giáp nhấn tìm nắp thanh môn và lỗ thanh môn.
 - + Tiến hành khởi mê nhanh và làm thủ thuật Sellick trong trường hợp dạ dày đầy (ấn sụn giáp 20-30 kg ngay khi người bệnh mất tri giác tới khi đặt ống nội khí quản xong).
 - + Luồn ống nội khí quản nhẹ nhàng qua lỗ thanh môn, dừng lại khi bóng của ống nội khí quản đi qua dây thanh âm 2-3 cm.
 - + Rút đèn soi thanh quản nhẹ nhàng.
 - + Bơm bóng nội khí quản.
 - + Kiểm tra vị trí đúng của ống nội khí quản bằng nghe phổi và kết quả EtCO₂.
 - + Cố định ống bằng băng dính.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

+ Đặt Canuyn vào miệng để tránh cắn ống (nếu cần). Trong trường hợp đặt nội khí quản khó: áp dụng quy trình đặt ống nội khí quản khó.

- Duy trì mê:

+ Duy trì mê bằng thuốc mê tĩnh mạch hoặc thuốc mê bốc hơi, thuốc giảm đau thuốc giãn cơ (nếu cần).

- Kiểm soát hô hấp bằng máy hoặc bóp tay.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi độ sâu của gây mê dựa vào nhịp tim, huyết áp, vã mồ hôi, chảy nước mắt (PRST); MAC, BIS và Entropy (nếu có)...

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: nhịp tim, huyết áp, SpO₂, EtCO₂, thân nhiệt.

- Đề phòng ống nội khí quản sai vị trí, gập, tắc.

Tiêu chuẩn rút ống nội khí quản

- Người bệnh tỉnh, làm theo lệnh.

- Nâng đầu trên 5 giây, TOF >0,9 (nếu có).

- Tự thở đều, tần số thở trong giới hạn bình thường.

- Mạch, huyết áp ổn định.

- Thân nhiệt > 35 độ C.

- Không có biến chứng của gây mê và phẫu thuật.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trào ngược dịch dạ dày vào đường thở

- Có dịch tiêu hóa trong khoang miệng và đường thở.

- Hút sạch ngay dịch, nằm đầu thấp, nghiêng đầu sang bên.

- Đặt nhanh ống nội khí quản và hút sạch dịch trong đường thở.

- Theo dõi và đề phòng nhiễm trùng phổi sau mổ.

2. Rối loạn huyết động

- Hạ hoặc tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim (nhịp chậm, nhịp nhanh, loạn nhịp).

- Xử trí tùy theo triệu chứng và nguyên nhân.

3. Tai biến do đặt nội khí quản

- Không đặt được ống nội khí quản: Xử lý theo quy trình đặt ống nội khí quản khó hoặc chuyển phương pháp vô cảm khác.

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

4. Các biến chứng về hô hấp

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

5. Biến chứng sau rút ống nội khí quản

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

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 4/03/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Quy trình gây mê hồi sức”.

09.1590. GÂY Mê (NỘI KHÍ QUẢN) PHẪU THUẬT NỘI SOI VIÊM PHÚC MẠC DO VIÊM RUỘT THỪA

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

- Gây mê Phẫu thuật nội soi viêm phúc mạc ruột thừa.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH TƯƠNG ĐỐI

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện kỹ thuật

- 01 Bác sĩ, 01 điều dưỡng viên hoặc 01 kỹ thuật viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

2. Phương tiện

- Hệ thống máy gây mê kèm thở, nguồn oxy bóp tay, máy theo dõi chức năng sống (ECG, huyết áp động mạch, SpO₂, EtCO₂, nhịp thở, nhiệt độ) máy phá rung tim, máy hút...
- Đèn soi thanh quản, ống nội khí quản các cỡ, ống hút, mặt nạ (mask), bóng bóp, Canuyn miệng hầu, kìm Magill, mandrin mềm.
- Lidocain 10% dạng xịt.
- Salbutamol dạng xịt.
- Các phương tiện dự phòng đặt nội khí quản khó: ống Cook, mask thanh quản (laryngeal mask), ống soi phế quản mềm, bộ mở khí quản, kìm mở miệng...

3. Người bệnh

- Thăm khám gây mê trước mổ phát hiện và phòng ngừa các nguy cơ, giải thích cho người bệnh cùng hợp tác.
- Đánh giá đặt ống nội khí quản khó.
- Sử dụng thuốc an thần tối thiểu trước mổ (nếu cần).

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

1. Kiểm tra hồ sơ

- Phiếu tư vấn, biên bản hội chẩn, giấy cam đoan.

2. Kiểm tra người bệnh

- Xác định tên tuổi, địa chỉ và số nhập viện trên vòng đeo tay, răng giả, giờ ăn cuối.

3. Thực hiện kỹ thuật

Các bước tiến hành chung:

- Tư thế: nằm ngửa, thở oxy 100% 3-6 l/phút trước khởi mê ít nhất 5 phút.
- Lắp máy theo dõi.
- Thiết lập đường truyền có hiệu quả.
- Tiền mê (nếu cần)..
- Khởi mê:
 - + Thuốc ngủ: thuốc mê tĩnh mạch (propofol, etomidat, thiopental, ketamin...), thuốc mê bốc hơi (sevofluran...).
 - + Thuốc giảm đau: fentanyl, sufentanil, morphin...
 - + Thuốc giãn cơ (nếu cần): (succinylcholin, rocuronium, vecuronium...).
 - + Điều kiện đặt ống nội khí quản: người bệnh ngủ sâu, đủ độ giãn cơ (trong đa số các trường hợp).
- Kỹ thuật đặt nội khí quản đường miệng:
 - + Mở miệng, một tay đặt dưới cổ để cổ ngửa thẳng, đưa đèn soi thanh quản vào bên phải miệng, gạt lưỡi sang bên trái, đẩy đèn sâu, phối hợp với tay phải đè sụn giáp nhấn tìm nắp thanh môn và lỗ thanh môn.
 - + Tiến hành khởi mê nhanh và làm thủ thuật Sellick trong trường hợp dạ dày đầy (ấn sụn nhẫn 20-30 kg ngay khi người bệnh mất tri giác tới khi đặt ống nội khí quản xong).
 - + Luồn ống nội khí quản nhẹ nhàng qua lỗ thanh môn, dừng lại khi bóng của ống nội khí quản đi qua dây thanh âm 2-3 cm.
 - + Rút đèn soi thanh quản nhẹ nhàng.
 - + Bơm bóng nội khí quản.
 - + Kiểm tra vị trí đúng của ống nội khí quản bằng nghe phổi và kết quả EtCO₂.
 - + Cố định ống bằng băng dính.

+ Đặt Canuyn vào miệng để tránh cắn ống (nếu cần). Trong trường hợp đặt nội khí quản khó: áp dụng quy trình đặt ống nội khí quản khó.

- Duy trì mê:

+ Duy trì mê bằng thuốc mê tĩnh mạch hoặc thuốc mê bốc hơi, thuốc giảm đau thuốc giãn cơ (nếu cần).

- Kiểm soát hô hấp bằng máy hoặc bóp tay.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi độ sâu của gây mê dựa vào nhịp tim, huyết áp, vã mồ hôi, chảy nước mắt (PRST); MAC, BIS và Entropy (nếu có)...

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: nhịp tim, huyết áp, SpO₂, EtCO₂, thân nhiệt.

- Đề phòng ống nội khí quản sai vị trí, gập, tắc.

Tiêu chuẩn rút ống nội khí quản

- Người bệnh tỉnh, làm theo lệnh.

- Nâng đầu trên 5 giây, TOF >0,9 (nếu có).

- Tự thở đều, tần số thở trong giới hạn bình thường.

- Mạch, huyết áp ổn định.

- Thân nhiệt > 35 độ C.

- Không có biến chứng của gây mê và phẫu thuật.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trào ngược dịch dạ dày vào đường thở

- Có dịch tiêu hóa trong khoang miệng và đường thở.

- Hút sạch ngay dịch, nằm đầu thấp, nghiêng đầu sang bên.

- Đặt nhanh ống nội khí quản và hút sạch dịch trong đường thở.

- Theo dõi và đề phòng nhiễm trùng phổi sau mổ.

2. Rối loạn huyết động

- Hạ hoặc tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim (nhịp chậm, nhịp nhanh, loạn nhịp).

- Xử trí tùy theo triệu chứng và nguyên nhân.

3. Tai biến do đặt nội khí quản

- Không đặt được ống nội khí quản: Xử lý theo quy trình đặt ống nội khí quản khó hoặc chuyển phương pháp vô cảm khác.

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

4. Các biến chứng về hô hấp

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

5. Biến chứng sau rút ống nội khí quản

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

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 04/03/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Quy trình gây mê hồi sức”.

CHUYÊN NGÀNH NGOẠI KHOA

03. 3327. PHẪU THUẬT VIÊM RUỘT THỪA

I. ĐẠI CƯƠNG

Ruột thừa là một bộ phận nhỏ như ngón tay cái nằm ở phía dưới bên phải của bụng (90% ruột thừa nằm ở hố chậu phải), có một đầu bịt kín, một đầu thông với manh tràng (đoạn đầu tiên của ruột già). Nếu vì một nguyên nhân nào đó làm cho lòng ruột thừa bị tắc nghẽn (do sỏi phân, do phì đại quá mức tổ chức bạch huyết ở thành ruột thừa, dị vật...) sẽ khiến cho ruột thừa sưng lên và nhiễm trùng, tạo thành ruột thừa viêm.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chẩn đoán viêm ruột thừa trên lâm sàng và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh gợi ý.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu.
- Bệnh lý toàn thân.
- Viêm ruột thừa đã có biến chứng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 phẫu thuật viên chính có chứng chỉ hành nghề ngoại nhi.
- 01 phẫu thuật viên phụ có chứng chỉ hành nghề ngoại nhi.
- 01 điều dưỡng dụng cụ phòng mổ.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mổ mở thường quy: 01 cán dao số 3, 06 Mosquito, 08 Kelly, 02 Kocher, 2 Babcock, 04 Farabeuf, 01 ống hút, 02 dụng cụ đè ruột, 02 nhíp ruột, 02 nhíp máu, 02 nhíp không máu, 01 kéo Metzenbaum, 01 kéo Mayo, 01 Port, 04 kẹp săng.

- Vật tư tiêu hao: Chỉ Vicryl 1.0, chỉ Vicryl 4.0, chỉ Nylon 4.0, chỉ Vicryl rapid 4.0, bông gòn, gạc.

- Povidine 10%.

3. Người bệnh: Đầy đủ chỉ định, xét nghiệm cần thiết.

4. Hồ sơ bệnh án

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

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- Tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, có đặt sonde niệu đạo bàng quang.
- Tư thế phẫu thuật viên chính: đứng ở bên phải người bệnh.
- Tư thế phẫu thuật viên phụ: đứng ở bên trái người bệnh.
- Dụng cụ viên: đứng bên trái phẫu thuật viên chính.
- Rạch da theo đường ngang từ bờ ngoài cơ thẳng to đến cách gai chậu trước trên khoảng 3-4cm.
- Bóc tách da và tổ chức dưới da khỏi cân. Mở cơ và phúc mạc như trong đường mổ Mac Burney.
- Dùng mèche ruột non để bộc lộ manh tràng, tìm ruột thừa.
- Cắt mạc treo ruột thừa, cắt ruột thừa giữa hai panh. Khâu gốc ruột thừa.
- Kiểm tra túi thừa Meckel.
- Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

VI. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu trong mổ tại mạc treo ruột thừa:
 - + Xử trí: cầm máu
- Tụt chỉ hoặc clip gốc mạc treo ruột thừa:
 - + Xử trí: buộc chỉ hoặc clip lại.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

03.3328. PHẪU THUẬT VIÊM PHỨC MẠC RUỘT THỪA

I. ĐẠI CƯƠNG

- Ruột thừa là một bộ phận nhỏ như ngón tay cái nằm ở phía dưới bên phải của bụng (90% ruột thừa nằm ở hố chậu phải), có một đầu bịt kín, một đầu thông với manh tràng (đoạn đầu tiên của ruột già). Nếu vì một nguyên nhân nào đó làm cho lòng ruột thừa bị tắc nghẽn (do sỏi phân, do phì đại quá mức tổ chức bạch huyết ở thành ruột thừa, dị vật...) sẽ khiến cho ruột thừa sưng lên và nhiễm trùng, tạo thành ruột thừa viêm.

- Viêm phúc mạc do viêm ruột thừa là tình trạng viêm phúc mạc do viêm ruột thừa cấp vỡ mủ gây ra, mủ chảy khắp ổ bụng gây nên bệnh cảnh nhiễm trùng nhiễm độc nặng.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa trên lâm sàng và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh gợi ý.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu.
- Bệnh lý toàn thân nặng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 phẫu thuật viên chính có chứng chỉ hành nghề ngoại nhi.
- 02 phẫu thuật viên phụ có chứng chỉ hành nghề ngoại nhi.
- 01 điều dưỡng dụng cụ phòng mổ.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mổ mở thường quy: 01 cán dao số 3, 06 Mosquito, 08 Kelly, 02 Kocher, 2 Babcock, 04 Farabeuf, 01 ống hút, 02 dụng cụ đè ruột, 02 nhíp ruột, 02 nhíp máu, 02 nhíp không máu, 01 kéo Metzenbaum, 01 kéo Mayo, 01 Port, 04 kẹp săng.

- Vật tư tiêu hao: Chỉ Vicryl 1.0, chỉ Vicryl 4.0, chỉ Nylon 4.0, chỉ Vicryl rapid 4.0, bông gòn, gạc.

- Povidine 10%,

3. Người bệnh

Xét nghiệm phục vụ chẩn đoán, phẫu thuật và gây mê đầy đủ.

4. Hồ sơ bệnh án

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

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

3. Thực hiện kỹ thuật

- Tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, có đặt sonde niệu đạo bàng quang.
- Tư thế phẫu thuật viên chính: đứng ở bên phải người bệnh
- Tư thế phẫu thuật viên phụ 1: đứng ở bên trái người bệnh.
- Tư thế phẫu thuật viên phụ 2: đứng ở trên phẫu thuật viên chính.
- Dụng cụ viên: đứng bên trái phẫu thuật viên phụ 1
- Rạch da theo đường trắng giữa trên và dưới rốn.
- Đi qua da, tổ chức dưới da, cân cơ và phúc mạc vào ổ bụng.
- Bộc lộ ruột thừa.
- Xử lý mạc treo ruột thừa: có thể đốt điện, khâu buộc hoặc clip.
- Xử trí gốc ruột thừa: buộc gốc ruột thừa bằng chỉ có thông lọng chuẩn bị sẵn hoặc buộc bằng hai panh. Có thể kẹp bằng clip.
- Kiểm tra túi thừa Meckel.
- Rửa ổ bụng bằng NaCl 9 %.
- Làm xẹp ruột, xếp lại ruột, có hoặc không đặt 01 dẫn lưu tại Douglas qua hố chậu phải.
- Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

VI. THEO DÕI

Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường: Chảy máu sau mổ, sốt, nhiễm trùng vết mổ, hở vết mổ...

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu trong mổ tại mạc treo ruột thừa: Xử trí cầm máu.
- Tụt chỉ hoặc clip gốc mạc treo ruột thừa: Xử trí buộc chỉ hoặc clip lại.
- Nhiễm trùng vết mổ: Xử trí thay băng vết mổ.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

03.3656. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG KHÔNG MỞ Ở GÂY DƯỚI C ARM

I. ĐẠI CƯƠNG

- Năm 1977, phẫu thuật kết hợp xương bằng kỹ thuật xuyên kim qua da dưới màn tăng sáng ra đời bởi Jean Paul Mestaizeau (Pháp) đã mở ra cuộc cách mạng cho điều trị gãy xương nói chung và gãy xương dài ở trẻ em nói riêng.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán:

+ Lâm sàng:

- ✓ Đau, sưng, cứng vùng gãy xương.
- ✓ Biến dạng vùng gãy xương.
- ✓ Đau chói vùng xương gãy.

+ Cận lâm sàng: X Quang cẳng tay thẳng nghiêng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân bị chấn thương gãy xương đã được thăm khám và chẩn đoán phải mổ kết hợp xương.

- Các bệnh nhân bị các chấn thương như: Gãy xương cổ tay, gãy xương khuỷu tay, gãy xương chi ở trẻ em...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các chống chỉ định chung của phẫu thuật.
- Gãy phức tạp, gãy nhiều đoạn..

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- 01 phẫu thuật viên chính có chứng chỉ hành nghề chấn thương chỉnh hình.
- 01 phẫu thuật viên phụ.
- 01 điều dưỡng dụng cụ phòng mổ.

2. Người bệnh

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

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên: 01 Dao, 02 P.Dissecquer, 01 Kéo metzenbaum, 01 kéo mayo, 04 Kelly, 02 Mosquito, 02 Allis, 02 Porte, 06 Fixe champ, 02 Forceps, 02 Farabeuf, 02 chén, 01 ống hút.

- Khoan Y tế, nẹp vít chuyên dùng các cỡ, đinh Rush, Kirschner... các loại.
- Máy C arm.
- Povidine 10%, bông gòn, gạc.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

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

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Mổ kết hợp xương dưới C arm ít tổn hại phần mềm xung quanh, thời gian mổ ngắn, bộc lộ chính xác vị trí ổ gãy, giảm thiểu nguy cơ nhiễm trùng, giảm số ngày nằm viện sau mổ, giảm đau trong mổ và sau mổ tốt, tạo điều kiện tập phục hồi chức năng sớm trở lại sinh hoạt bình thường.

- Có tính thẩm mỹ cao, giảm thiểu biến chứng.

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra biên bản hồ sơ, hội chẩn, cam kết phẫu thuật, biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Kiểm tra đúng người bệnh.

- Vòng đeo tay bệnh nhân với các thông tin: tên người bệnh, ngày sinh, số hồ sơ, chẩn đoán.

- Đánh dấu vết mổ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tư thế người bệnh:

- Nằm ngửa, bộc lộ vị trí gãy.

3.2. Vô cảm: Gây mê toàn thân.

3.3. Kỹ thuật

- Bước 1: Bệnh nhân tiếp nhận và thực hiện đầy đủ các bước từ đánh giá ban đầu, sơ cứu, nhập viện, chỉ định chụp X Quang hoặc chụp CT nếu cần thiết cho chẩn đoán.

- Bước 2: Khám lại kỹ lưỡng đánh giá thuyên tắc mạch và nguy cơ chảy máu.

- Bước 3: Kết hợp xương dưới C arm.

+ Đánh dấu vết mổ.

+ Rửa sạch chi gãy bằng Povidine 10%.

+ Đánh dấu vị trí vào đinh Kirschner.

+ Tiến hành nắn chỉnh xương cho thẳng trục.

+ Dùng khoan đưa đinh Kirschner vào vị trí đánh dấu.

+ Xuyên đinh qua ổ gãy.

+ Có thể dùng nhiều đinh để cố định ổ gãy.

+ Kiểm tra thấy ổ gãy vững.

+ Nẹp bột.

- Bước 4: Chụp X Quang kiểm tra sau mổ.

VI. THEO DÕI

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- Theo dõi sau mổ: Mạch ở chi trong 6h đầu sau mổ.
- Theo dõi và chăm sóc vết mổ hàng ngày, nếu có nhiễm trùng.
- Sốt.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chèn ép khoang: Phẫu thuật giải áp.
- Biến chứng mạch máu và thần kinh: Phẫu thuật giải phóng mạch máu, thần kinh, phẫu thuật nối mạch máu, thần kinh khi bị tổn thương.
- Biến chứng nhiễm trùng: Dùng kháng sinh, dẫn lưu...

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phẫu thuật kết hợp xương trên màn hình tăng sáng, Bệnh viện đa khoa Vinmec.

Link:

<https://www.vinmec.com/vi/ky-thuat-dieu-tri/phau-thuat-ket-hop-xuong-tren-man-hinh-tang-sang-12/>.

03.3684. PHẪU THUẬT GỠY LỖI CẦU NGOÀI XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là gãy đầu dưới xương cánh tay, đường gãy thấu khớp nằm từ mỏm trên lồi cầu đến rỗng rọc xương cánh tay, chiếm khoảng 17% các loại gãy đầu dưới xương cánh tay tương đương Harris Salter IV.

- Chiếm 10 – 20% gãy vùng khuỷu trẻ em, đứng hàng thứ 3 sau gãy trên 2 lồi cầu, gãy u trên rỗng rọc.

- Tuổi trung bình từ 6 – 8 tuổi.

- Nguyên nhân và cơ chế.

- Té chống khuỷu trong tư thế dạng, phía trong mỏm khuỷu và xuống nền cứng làm bẻ lồi cầu ngoài gây di lệch.

- Té chống tay khuỷu duỗi và cánh tay dạng, di lệch thường gặp do các cơ trên lồi cầu kéo xuống (làm lệch mặt khớp và xoay).

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán

1.1. Công việc chẩn đoán

- Hỏi bệnh

+ Cơ chế té chống tay hay chống khuỷu?

+ Thời gian bị chấn thương?

+ Đã điều trị gì trước chưa?

- Khám bệnh

+ Đau ở mỏm trên lồi cầu ngoài khi sờ nắn và khép căng tay hết sức thì đau tăng.

+ Dấu nhát rìu ở phía ngoài khuỷu tay.

+ Bầm máu ở mặt ngoài khuỷu tay.

- Cận lâm sàng

+ X Quang khuỷu thẳng, nghiêng.

1.2. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào lâm sàng và X Quang.

- Phân loại theo vị trí đường gãy:

+ Milch I: đường gãy đi từ mỏm trên lồi cầu ngoài đến rãnh lồi cầu – rỗng rọc.

+ Milch II: đường gãy đi từ mỏm trên lồi cầu ngoài đến rỗng rọc.

- Phân loại theo sự di lệch:

+ **Loại 1:** không di lệch, đường gãy đi đến vùng sụn khớp khuỷu nhưng sụn khớp còn nguyên.

+ **Loại 2:** di lệch mức độ trung bình, trên X-quang mặt gãy cách xa >2mm.

+ **Loại 3:** di lệch hoàn toàn, có thể mặt gãy lật ra ngoài.

1.3. Điều trị

- Nguyên tắc điều trị

+ Lành xương vững chắc.

+ Giữ được tầm vận động khớp khuỷu.

+ Giữ được góc mang.

- Điều trị trước phẫu thuật

+ Nẹp cố định tay bị gãy.

+ Hỗ trợ thuốc giảm đau: Paracetamol đặt hậu môn 10 – 15mg/kg.

+ Kháng sinh dự phòng Cefazolin trong trường hợp phẫu thuật.

- Điều trị gãy lồi cầu ngoài

+ **Loại 1:** được điều trị bảo tồn bằng cách bó bột cánh bàn tay với tư thế khuỷu gấp 90° độ hoặc xuyên kim dưới C- arm nếu có máy.

+ **Loại 2:** được điều trị bằng nắn kín ổ gãy dưới C- arm và xuyên kim qua da trong cấp cứu.

+ **Loại 3:** đây là loại gãy không vững nên cần phải mổ cấp cứu để kết hợp xương gãy.

II. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

Gãy lồi cầu ngoài xương cánh tay trẻ em.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các chống chỉ định chung của phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- 01 phẫu thuật viên chính có chứng chỉ hành nghề chấn thương chỉnh hình.

- 01 phẫu thuật viên phụ.

- 01 điều dưỡng dụng cụ phòng mổ.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên: 01 Dao, 02 P.Dissecquer, 01 Kéo metzenbaum, 01 kéo mayo, 04 Kelly, 02 Mosquito, 02 Allis, 02 Porte, 06 Fixe champ, 02 Forceps, 02 Farabeuf, 02 chén, 01 ống hút.

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

- Máy C arm.

- Povidine 10%, bông gòn, gạc.

3. Người bệnh

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

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

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra biên bản hồ sơ, hội chẩn, cam kết phẫu thuật, biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Kiểm tra đúng người bệnh.
- Vòng đeo tay bệnh nhân với các thông tin: tên người bệnh, ngày sinh, số hồ sơ, chẩn đoán.
- Đánh dấu vết mổ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tư thế người bệnh:

- Nằm ngửa, tay dạng vuông góc với thân mình, kê trên một bàn mổ riêng.

3.2. Vô cảm

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

3.3. Kỹ thuật tiến hành

- Đánh rửa sạch chi trên từ nách đến bàn tay, cạo lông, cắt móng tay...
- Ga-rô gốc chi, tốt nhất với ga-rô hơi. Áp lực 250 mmHg.
- Thì xử trí phần mềm và rạch da:
 - + Cắt lọc mép vết thương ít nhất 2 mm, cắt bỏ tổ chức dập nát. Rạch rộng vết thương, tiếp tục cắt lọc phần mềm và rửa vùng mổ bằng nhiều nước muối sinh lý
 - + Kỹ thuật mổ bằng đường cạnh ngồi khuỷu: Bệnh nhân nằm ngửa, rạch da đường cạnh ngoài khuỷu vô vách gian cốt giữa cơ ngửa dài và cơ 3 đầu, tách màng xương vô lõi cầu ngoài, lấy máu cục, xếp lại xương và cố định bằng hai kim Kirschner phía ngoài.
 - Thì can thiệp về xương:
 - + Làm sạch hai đầu xương gãy, bơm rửa huyết thanh, Betadin.
 - + Đặt lại xương, giữ ổ gãy bằng dụng cụ giữ xương.
 - + Cố định ổ gãy bằng nẹp - vít hoặc đinh Rush hoặc đinh kirschner.
 - + Kiểm tra diện gãy khít vững.
 - + Đặt dẫn lưu nếu cần thiết, ống dẫn lưu cỡ 14-16F, rút sau 24h - 48h.
 - + Dẫn lưu ổ gãy.

- Thì đóng vết mổ: Theo các lớp giải phẫu.
- Băng vô khuẩn.
- Bó bột hoặc máng bột hoặc nẹp bột cánh bàn tay 1 tháng. Sau 1 – 2 tháng lấy dụng cụ.

VI. THEO DÕI

1. Theo dõi sau mổ

- Mạch quay, mạch trụ, ống dẫn lưu 30'/lần trong 6h đầu sau mổ.
- Theo dõi và chăm sóc vết thương hàng ngày, nếu có nhiễm trùng: Tách vết thương, làm sạch và để hở.
- Chảy máu sau mổ: Mở vết mổ lấy máu tụ, cầm máu, băng ép.
- Gác tay cao, tập vận động cổ và bàn ngón tay, vận động khuỷu.
- Thuốc giảm đau Paracetamol đường uống.
- Kháng sinh chích 5 ngày nếu mổ mở.
- Xuất viện ngày hôm sau nếu xuyên đinh kín dưới máy C- arm.

2. Theo dõi và tái khám

- X- quang khuỷu kiểm tra tuần 1 và tuần 3.
- Rút đinh sau 6 – 8 tuần.
- Tập vật lý trị liệu để lấy lại tầm vận động khớp khuỷu.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nhiễm trùng vết mổ: Rửa vết thương, kháng sinh.
- Khớp giả, Cal lệch: Phẫu thuật chỉnh trục xương.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Gãy lồi cầu ngoài xương cánh tay, Hướng dẫn điều trị ngoại nhi – Bệnh viện Nhi Đồng 2, năm 2018, trang 287 – 289.
- Phác đồ điều trị Gãy lồi cầu ngoài xương cánh tay, Phác đồ điều trị của Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình tập 1, năm 2018, trang 324 – 325.

03.3689. PHẪU THUẬT ĐÓNG ĐINH NỘI TỦY GỠY 2 XƯƠNG CẰNG TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Thân xương quay được tính từ cổ chỏm quay tới ranh giới giữa hành xương và thân xương. Thân xương trụ được tính từ mỏm vẹt tới đầu xa xương trụ.

Loại này thường do cơ chế chấn thương gián tiếp: ngã chống tay, xương gãy chọc ra ngoài.

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán

- Lâm sàng:
 - + Đau, sưng, cứng vùng cẳng tay.
 - + Biến dạng cẳng tay.
 - + Đau chói vùng xương gãy.
- Cận lâm sàng:
 - + X Quang cẳng tay thẳng nghiêng.
- Phân độ:
 - + Thường không có phân loại đơn độc mà theo thứ tự:
 - ✓ Gãy xương nào (Quay, trụ).
 - ✓ Vị trí gãy (1/3 trên, giữa, dưới).
 - ✓ Đường gãy (ngang, chéo, nhiều mảnh).
 - ✓ Tổn thương khớp quay trụ (trên, dưới).
 - ✓ Gãy kín hay hở.
 - ✓ Biểu hiện phần mềm trước đó.
 - ✓ Biến dạng xương trước đó.
 - ✓ Chất lượng xương.

II. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

Gãy hai xương cẳng tay trẻ em di lệch.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- 01 phẫu thuật viên chính có chứng chỉ hành nghề chấn thương chỉnh hình.
- 01 phẫu thuật viên phụ.
- 01 điều dưỡng dụng cụ phòng mổ.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên: 01 Dao, 02 P.Dissecquer, 01 Kéo metzenbaum, 01 kéo mayo, 04 Kelly, 02 Mosquito, 02 Allis, 02 Porte, 06 Fixe champ, 02 Forceps, 02 Farabeuf, 02 chén, 01 ống hút.

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

- Máy C arm.

- Povidine 10%, bông gòn, gạc.

3. Người bệnh

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

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

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra biên bản hồ sơ, hội chẩn, cam kết phẫu thuật, biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Kiểm tra đúng người bệnh.

- Vòng đeo tay bệnh nhân với các thông tin: tên người bệnh, ngày sinh, số hồ sơ, chẩn đoán.

- Đánh dấu vết mổ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tư thế người bệnh:

- Nằm ngửa, tay dạng vuông góc với thân mình, kê trên một bàn mổ riêng.

3.2. Vô cảm

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

3.3. Kỹ thuật tiến hành

- Đánh rửa sạch chi trên từ nách đến bàn tay, cạo lông, cắt móng tay...

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

- Thì xử trí phần mềm và rạch da: Cắt lọc mép vết thương ít nhất 2 mm, cắt bỏ tổ chức dập nát. Rạch rộng vết thương, tiếp tục cắt lọc phần mềm và rửa vùng mổ bằng nhiều nước muối sinh lý

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

- Hoặc rạch da mặt sau ngoài cẳng tay, bóc tách cân cơ, vào ổ gãy xương quay, làm sạch ổ gãy, nắn hở, kết hợp xương bằng 1 đinh nội tủy phù hợp kích thước ống tủy.

- Thì can thiệp về xương

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- + Làm sạch hai đầu xương gãy, bơm rửa huyết thanh, Betadin.
- + Đặt lại xương, giữ ổ gãy bằng dụng cụ giữ xương.
- + Cố định ổ gãy bằng nẹp - vít hoặc đinh Rush hoặc đinh kirschner.
- + Kiểm tra diện gãy khít vững.
- + Đặt dẫn lưu nếu cần thiết, ống dẫn lưu cỡ 14-16F, rút sau 24h - 48h.
- + Dẫn lưu ổ gãy.
- Thì đóng vết mổ: Theo các lớp giải phẫu.
- Băng vô khuẩn.
- Túi treo tay hoặc nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90° trong 3 tuần.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi sau mổ: Mạch quay, mạch trụ, ống dẫn lưu 30'/lần trong 6h đầu sau mổ.
- Theo dõi và chăm sóc vết thương hàng ngày, nếu có nhiễm trùng: Tách vết thương, làm sạch và để hở.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Phác đồ điều trị Gãy thân hai xương cẳng tay, Phác đồ điều trị của bệnh viện chấn thương chỉnh hình năm 2018 tập 1, trang 224 – 226.
- Quy trình kỹ thuật “Phẫu thuật kết hợp xương gãy hở độ I thân hai xương cẳng tay” tại Quyết định số 4484/QĐ-BYT ngày 18/8/2016 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

03.3690. PHẪU THUẬT ĐÓNG ĐINH NỘI TỦY GỖY 1 XƯƠNG CẰNG TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Thân xương quay được tính từ cổ chỏm quay tới ranh giới giữa hành xương và thân xương. Thân xương trụ được tính từ mỏm vẹt tới đầu xa xương trụ.

Loại này thường do cơ chế chấn thương gián tiếp: ngã chống tay, xương gãy chóc ra ngoài.

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán

- Lâm sàng:
 - + Đau, sưng, cứng vùng cẳng tay.
 - + Biến dạng cẳng tay.
 - + Đau chói vùng xương gãy.
- Cận lâm sàng: X Quang cẳng tay thẳng nghiêng.
- Phân độ:
 - + Thường không có phân loại đơn độc mà theo thứ tự:
 - ✓ Gãy xương nào (Quay, trụ).
 - ✓ Vị trí gãy (1/3 trên, giữa, dưới).
 - ✓ Đường gãy (ngang, chéo, nhiều mảnh).
 - ✓ Tổn thương khớp quay trụ (trên, dưới).
 - ✓ Gãy kín hay hở.
 - ✓ Biểu hiện phần mềm trước đó.
 - ✓ Biến dạng xương trước đó.
 - ✓ Chất lượng xương.

II. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

Gãy một xương cẳng tay trẻ em di lệch.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- 01 phẫu thuật viên chính có chứng chỉ hành nghề chấn thương chỉnh hình.
- 01 phẫu thuật viên phụ.
- 01 điều dưỡng dụng cụ phòng mổ.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên: 01 Dao, 02 P.Dissecquer, 01 Kéo metzenbaum, 01 kéo mayo, 04 Kelly, 02 Mosquito, 02 Allis, 02 Porte, 06 Fixe champ, 02 Forceps, 02 Farabeuf, 02 chén, 01 ống hút.

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

- Máy C arm.

- Povidine 10%, bông gòn, gạc.

3. Người bệnh

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

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

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra biên bản hồ sơ, hội chẩn, cam kết phẫu thuật, biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Kiểm tra đúng người bệnh.

- Vòng đeo tay bệnh nhân với các thông tin: tên người bệnh, ngày sinh, số hồ sơ, chẩn đoán.

- Đánh dấu vết mổ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tư thế người bệnh:

- Nằm ngửa, tay dạng vuông góc với thân mình, kê trên một bàn mổ riêng.

3.2. Vô cảm

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

3.3. Kỹ thuật tiến hành

- Đánh rửa sạch chi trên từ nách đến bàn tay, cạo lông, cắt móng tay...

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

- Thì xử trí phần mềm và rạch da: Cắt lọc mép vết thương ít nhất 2 mm, cắt bỏ tổ chức dập nát. Rạch rộng vết thương, tiếp tục cắt lọc phần mềm và rửa vùng mổ bằng nhiều nước muối sinh lý.

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

- Hoặc rạch da mặt sau ngoài cẳng tay, bóc tách cân cơ, vào ổ gãy xương quay, làm sạch ổ gãy, nắn hở, kết hợp xương bằng 1 đinh nội tủy phù hợp kích thước ống tủy.

- Thì can thiệp về xương:

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- + Làm sạch hai đầu xương gãy, bơm rửa huyết thanh, Betadin.
- + Đặt lại xương, giữ ổ gãy bằng dụng cụ giữ xương.
- + Cố định ổ gãy bằng nẹp - vít hoặc đinh Rush hoặc đinh kirschner.
- + Kiểm tra diện gãy khít vững.
- + Đặt dẫn lưu nếu cần thiết, ống dẫn lưu cỡ 14-16F, rút sau 24h - 48h.
- + Dẫn lưu ổ gãy.
- Thi đóng vết mổ: Theo các lớp giải phẫu.
- Băng vô khuẩn.
- Túi treo tay hoặc nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90° trong 3 tuần.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi sau mổ: Mạch quay, mạch trụ, ống dẫn lưu 30'/lần trong 6h đầu sau mổ.
- Theo dõi và chăm sóc vết thương hàng ngày, nếu có nhiễm trùng: Tách vết thương, làm sạch và để hở.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu sau mổ: Mở vết mổ lấy máu tụ, cầm máu, băng ép.
- Gác tay cao, tập vận động cổ và bàn ngón tay, vận động khuỷu (tai biến gì?).

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Phác đồ điều trị Gãy thân hai xương cẳng tay, Phác đồ điều trị của bệnh viện chấn thương chỉnh hình năm 2018 tập 1, trang 224 – 226.
- Quy trình kỹ thuật “Phẫu thuật kết hợp xương gãy hở độ I thân hai xương cẳng tay”, Quyết định số 4484/QĐ-BYT ngày 18/8/2016 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

03.3703. GẮM ĐINH KIRSCHNER GẤY ĐÓT BÀN NHIỀU ĐÓT BÀN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là gãy 1 hay nhiều xương các xương bàn từ I – V.
- Phân loại theo giải phẫu: Gãy chỏm, thân, nền xương bàn.
- Gãy xương đốt bàn tay là thương tổn thường gặp, ảnh hưởng nhiều đến chức năng bàn tay.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy không vững.
- Gãy mà nắn điều trị bảo tồn không kết quả.
- Gãy có mảnh lớn di lệch.
- Gãy có kèm theo trật khớp.
- Gãy phức tạp có kèm theo mất đoạn xương.

III. 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.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 phẫu thuật viên chính có chứng chỉ hành nghề chấn thương chỉnh hình.
- 01 phẫu thuật viên phụ.
- 01 điều dưỡng dụng cụ phòng mổ.

2. Phương tiện trang thiết bị

- Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên: 01 Dao, 02 P.Dissecquer, 01 Kéo metzenbaum, 01 kéo mayo, 04 Kelly, 02 Mosquito, 02 Allis, 02 Porte, 06 Fixe champ, 02 Forceps, 02 Farabeuf, 02 chén, 01 ống hút.
- Khoan Y tế, nẹp vít chuyên dùng các cỡ, Kirschner... các loại.
- Máy C arm.
- Povidine 10%, bông gòn, gạc.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Đầy đủ theo quy định.

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 30 - 90 phút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra biên bản hồ sơ, hội chẩn, cam kết phẫu thuật, biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Kiểm tra đúng người bệnh.
- Vòng đeo tay bệnh nhân với các thông tin: tên người bệnh, ngày sinh, số hồ sơ, chẩn đoán.
- Đánh dấu vết mổ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm: Người bệnh bằng gậy tê đám rối.

3.2. Sát khuẩn, trải toan

3.3. Kỹ thuật

- Đặt Garo.
- Kê bàn tay lên bàn, lòng bàn tay đặt lên một cuộn vải.
- Nắn chỉnh các di lệch.
- Rạch da mặt mu tay tương ứng với ổ gãy, vén gân duỗi ngón bộc lộ ổ gãy.
- Kết hợp xương bằng kim Kirschner: xuyên 1 đến 2 đinh chéo qua ổ gãy đảm bảo ổ gãy vững, tránh không tổn thương vùng sụn phát triển.
- Đóng vết mổ theo giải phẫu.
- Bất động nẹp bột cẳng bàn tay ôm ngón I (nếu gãy xương bàn I) hoặc bột cẳng bàn tay kèm nẹp nhôm cố định ngón tay có xương gãy. Chú ý giữ ngón I ở tư thế dạng + đối, các ngón tay dài ở tư thế gấp khớp bàn đốt 60 – 70°, cổ tay duỗi 15 – 20°.
- Nẹp bột hoặc nẹp vải nâng đỡ trong 3 – 4 tuần.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, da, niêm mạc, màu sắc chi thể, vận động cảm giác chi thể, để phát hiện những biến chứng sau mổ.
- Bất động bột 4 tuần.
- Hướng dẫn tập vật lý trị liệu.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: Băng ép cầm máu, nếu không được mở vết mổ cầm máu.
- Nhiễm trùng: Tách chỉ vết mổ, thay băng hàng ngày, kháng sinh, cấy dịch làm kháng sinh đồ.
- Can lệch, khớp giả: Phẫu thuật chỉnh trục

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị gãy xương bàn tay, Phác đồ điều trị của bệnh viện chấn thương chỉnh hình năm 2018 tập 1, trang 239 – 243.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

03.3710. PHẪU THUẬT CẮT BỎ NGÓN TAY THỪA

I. ĐẠI CƯƠNG

Ngón tay thừa là một dị tật bẩm sinh của bàn tay, trong đó có phần ngón thừa ra so với bình thường. Nguyên nhân bệnh chưa rõ, có liên quan đến yếu tố di truyền.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có dị tật ngón tay thừa, trên 6 tháng tuổi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 phẫu thuật viên chính có chứng chỉ hành nghề chấn thương chỉnh hình.
- 01 phẫu thuật viên phụ.
- 01 điều dưỡng dụng cụ phòng mổ.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay: 01 Dao, 02 P.Dissecquer, 01 Kéo metzenbaum, 01 kéo mayo, 04 Kelly, 02 Mosquito, 02 Allis, 02 Porte, 06 Fixe champ, 02 Forceps, 02 Farabeuf, 02 chén, 01 ống hút.
- Máy C arm.
- Povidine 10%, bông gòn, gạc.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Đầy đủ theo quy định.

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 30- 60 phút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra biên bản hồ sơ, hội chẩn, cam kết phẫu thuật, biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Kiểm tra đúng người bệnh.
- Vòng đeo tay bệnh nhân với các thông tin: tên người bệnh, ngày sinh, số hồ sơ, chẩn đoán.
- Đánh dấu vết mổ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Tê đám rối cánh tay (ĐRCT) bên chi phẫu thuật.

3.2. Kỹ thuật

- Sát khuẩn, trải toan.
- Rửa da quanh gốc ngón thừa.
- Bộc lộ cắt bỏ thần kinh, mạch máu cho ngón thừa.
- Cắt bỏ phần ngón thừa.
- Tạo hình bao khớp dây chằng nếu ngón thừa có liên quan đến khớp ngón bình thường.
- Chuyển điểm bám gân cơ từ ngón tách về vị trí giải phẫu bình thường nếu có.
- Tạo hình vật da, khâu da.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, tại chỗ vết mổ.
- Kháng sinh 3-5 ngày.
- Bó bột bàn tay nếu có can thiệp vào vào bao khớp, gân cơ.
- Tập phục hồi chức năng sau mổ.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 5344/QĐ-BYT ngày 28/11/2017 của Bộ Y tế về việc Ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nhi khoa.

03.3793. CẮT LỘC VẾT THƯƠNG GÂY XƯƠNG HỖ, NẢN CHỈNH CÓ ĐỊNH TẠM THỜI

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa:

- Khi gãy xương mà ổ gãy thông với bên ngoài qua vết thương thì gọi là gãy xương hở. Vết thương phần mềm có thể được gây ra bởi đầu xương gãy cắt từ trong ra ngoài (cơ chế gián tiếp) hoặc do vật sắc nhọn đâm rách từ ngoài vào trong đến ổ gãy xương (cơ chế trực tiếp). Đây là một cấp cứu ngoại khoa, điều trị khó khăn hơn gãy kín rất nhiều.

- Khi gãy xương hở, đầu xương gãy có thể lộ ra tại vết thương hoặc không lộ mà chỉ gián tiếp thấy tại vết thương có máu lẫn mỡ tuỷ chảy ra. Đôi khi các vết thương gãy xương hở là rất nhỏ thì chỉ khi gây tê nắn chỉnh, thấy thuộc tê và máu chảy ra tại vết thương mới chẩn đoán là gãy xương hở. Cần phân biệt với các trường hợp vừa có gãy xương, vừa có vết thương nhưng ổ gãy không thông với vết thương đó là gãy xương kín kèm theo vết thương phần mềm.

- Khi gãy xương hở, vết thương là cửa ngõ để vi khuẩn gây bệnh từ môi trường bên ngoài xâm nhập vào tại ổ gãy xương rồi từ đó dẫn đến nhiễm khuẩn vết thương, viêm xương tuỷ xương.

2. Nguyên nhân gãy xương hở

Tùy theo tác nhân và cơ chế gây nên vết thương, người ta chia ra thành hai nhóm sau đây:

Gãy xương hở từ ngoài vào: cơ chế gãy xương là cơ chế trực tiếp, lực chấn thương gây gãy xương đồng thời cũng gây vết thương, vì vậy tổn thương phần mềm thường nặng nề và nguy cơ nhiễm khuẩn rất cao. Tại vết thương có nhiều phần mềm dập nát, nhiều dị vật đất cát, xương thường gãy nhiều mảnh.

Gãy xương hở từ trong ra: cơ chế chấn thương là cơ chế gián tiếp. Xương gãy hoàn toàn do lực chấn thương, đầu xương sắc nhọn chọc thủng qua các lớp phần mềm làm thủng da. Đầu xương sắc nhọn có thể chọc thủng mạch máu thần kinh chính của chi. Đặc điểm của gãy hở từ trong ra là mức độ dập nát phần mềm và ô nhiễm tại vết thương là không nhiều. Tuy nhiên cũng có nhiều trường hợp gãy hở do cơ chế chấn thương gián tiếp từ trong ra nhưng do lực chấn thương rất mạnh nên tình trạng dập nát phần mềm cũng rất nghiêm trọng, nếu không đánh giá cẩn thận ngay từ đầu có thể gặp những biến chứng hoại tử phần mềm, nhiễm khuẩn...

II. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương gãy xương hở dựa vào các dấu hiệu:

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- + Có gãy xương và có vết thương.
- + Vết thương thông vào ổ gãy, dựa vào các dấu hiệu:
 - ✓ Nhìn thấy xương gãy.
 - ✓ Chảy máu có vầng mỡ (mỡ trong tuỷ xương chảy ra).
 - ✓ Đường đi của tác nhân gây chấn thương đi qua ổ gãy.

- Có khi khám lâm sàng không kết luận được mà phải nhờ đến cắt lọc, khi mổ, cắt lọc cẩn thận từng lớp, nếu có gãy hở sẽ thấy thông vào ổ gãy. Dựa vào lâm sàng và X quang để phân loại gãy hở. Cần phải khám kỹ tìm các biến chứng của gãy xương.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các chống chỉ định chung của phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- 01 phẫu thuật viên chính có chứng chỉ hành nghề chấn thương chỉnh hình.
- 01 phẫu thuật viên phụ.
- 01 điều dưỡng dụng cụ phòng mổ.

2. Phương tiện trang thiết bị

- Bộ dụng cụ phẫu thuật chấn thương chung: Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên: 01 Dao, 02 P.Dissecquer, 01 Kéo metzenbaum, 01 kéo mayo, 04 Kelly, 02 Mosquito, 02 Allis, 02 Porte, 06 Fixe champ, 02 Forceps, 02 Farabeuf, 02 chén, 01 ống hút.

- Povidine 10%, bông gòn, gạc.

3. Người bệnh:

Tâm lý cho người bệnh.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra biên bản hồ sơ, hội chẩn, cam kết phẫu thuật, biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Kiểm tra đúng người bệnh.
- Vòng đeo tay bệnh nhân với các thông tin: tên người bệnh, ngày sinh, số hồ sơ, chẩn đoán.
- Đánh dấu vết mổ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm: Gây tê hoặc gây mê.

3.2. Kỹ thuật:

3.2.1. Sơ cứu: mục đích hàng đầu là cứu sống tính mạng rồi tiếp theo đó mới là phục hồi về hình thể giải phẫu và chức năng của chi. Vì vậy sơ cứu là công việc rất quan trọng góp phần phòng chống sốc, giảm nguy cơ bị các biến chứng và tạo thuận lợi cho khâu xử trí cơ bản ở tuyến sau.

Sơ cứu bao gồm các biện pháp: giảm đau, băng bó kín vết thương, cố định tạm thời chi gãy, dùng kháng sinh và S.A.T, trợ tim mạch, trợ sức trợ lực và khi BN ổn định thì nhanh chóng chuyển về tuyến sau. Cần phải thực hiện đủ các bước và theo trình tự. Đáng phải lưu ý là ở tuyến sơ cứu ban đầu việc phòng chống sốc với các bệnh nhân gãy xương hở rất quan trọng và phải làm theo đúng trình tự. Phải tiêm thuốc giảm đau toàn thân cho bệnh nhân trước khi thực hiện việc băng bó cố định chi gãy vì nếu băng bó cố định chi gãy khi chưa được dùng thuốc giảm đau có thể làm cho tình trạng bệnh nhân từ chưa sốc trở thành sốc, từ sốc nhẹ trở thành sốc nặng hơn...

3.2.2. Xử trí gãy xương hở

- Đường hướng chung trong điều trị gãy xương hở là ***“biến một gãy xương hở thành gãy kín để điều trị như gãy xương kín”***. Gồm 4 nguyên tắc sau đây:

+ *Mổ cấp cứu càng sớm càng tốt*: tốt nhất là mổ trong thời kỳ vết thương còn ô nhiễm (trước 6 giờ). Tuy nhiên chỉ mổ cấp cứu khi tình trạng toàn thân cho phép.

+ *Cắt lọc triệt để tổ chức dập nát, tưới rửa, dẫn lưu.*

+ *Cố định ổ gãy vững chắc.*

+ *Dùng kháng sinh phổ rộng, liều cao và tiêm S.A.T.*

- Cắt lọc vết thương

Đây là một việc rất quan trọng và thiết thực trong điều trị gãy hở. Mục đích của nó nhằm loại bỏ các mô bị giập nát, hoại tử, máu tụ, dị vật...đồng thời còn có nhiệm vụ tái tạo những khuyết hổng do tổn xương như nắn lại xương, khâu lại cơ, gân, mạch máu, thần kinh và bảo vệ các thành phần này. Việc xối rửa vết thương trong lúc mổ với nhiều nước làm loại bỏ bớt mầm mống vi trùng gây bệnh đã xâm nhập ra khỏi vết thương.

Cắt lọc, tưới rửa vết thương gồm ba bước sau:

- **Bước 1:** bộc lộ vết thương; vết thương cần được bộc lộ đủ từ trên xuống dưới nhằm tránh bỏ sót tổn thương.

- **Bước 2:** cắt lọc, lấy bỏ triệt để những tổ chức chết, hoại tử, dập nát để tránh nhiễm trùng.

Cắt lọc theo từng loại phần mềm theo cách thức sau

+ ***Da và mô dưới da:*** cắt lọc da chết, bảo tồn phần da còn sống. Phải xén bỏ miếng da nham nhở và cắt gọn lại, tùy theo vùng chi mà việc xén bỏ này có thể nhiều hay ít (ở bàn tay cần cắt lọc tiết kiệm). Việc mở rộng vết thương về hai phía nhằm mở rộng phẫu trường thấy rõ hết tổn thương và để thoát lưu máu sau mổ. Nên chọn hướng và vùng thích hợp khi mở rộng (sau khi mổ thì nơi này không làm lộ xương, không làm tổn thương mạch máu, thần kinh và dễ dàng cho dịch thoát ra ngoài).

+ ***Cân:*** tổ chức này chắc nhưng ít đàn hồi nên dễ gây nên chèn ép. Vì vậy cần rạch dọc cân đồng thời cũng tạo thêm những đường rạch ngang để chống căng. Cân cơ giáp nát phải cắt bỏ.

+ ***Cơ:*** phải cắt bỏ các thớ cơ bị giáp, rách nát vì nó dễ bị hoại tử và trở thành nguồn nuôi dưỡng tốt nhất của vi trùng. Cắt bỏ các phần cơ mà khi chạm vào không co giập và không rướm máu (bảng 1). Cắt bỏ nhiều cơ sẽ bị khuyết mô, mất chức năng sau này và dễ bị lộ xương, gân, thần kinh, mạch máu. Nếu đứt ngang toàn bụng cơ thì phải khâu lại.

+ ***Gân:*** gân đứt rách nham nhở thì cắt bỏ, đứt ngang gân thì phải khâu lại (có thể để khâu kỳ 2 nếu vết thương không sạch).

+ ***Mạch máu và thần kinh:*** nếu là mạch máu và thần kinh chính của chi thì phải khâu nối lại. Thần kinh có thể để khâu kỳ hai.

+ ***Xương:*** cần phải làm sạch các đầu gãy rồi nắn lại trước khi dùng các biện pháp bất động thích hợp, lấy bỏ những mảnh xương nhỏ, không còn dính vào phần mềm, dính nhiều dị vật; những mảnh xương gãy lớn, sạch và còn dính vào phần mềm thì được rửa sạch và giữ lại tại ổ gãy.

- ***Bước 3:*** lấy bỏ những dị vật như bụi, mảnh thủy tinh, đá, sỏi, cây, ... Những dị vật này là nguồn gây nhiễm trùng. Vì vậy, chúng cần được loại bỏ qua tưới rửa vết thương (bởi nước muối sinh lý).

Nắn và bất động xương gãy chờ thời gian liền xương: xương gãy cần được bất động vững chắc và liên tục sau khi đã nắn tốt.

- Với các gãy xương hở độ I, II theo Gustilo, nếu đến sớm sau khi cắt lọc vết thương có thể khâu kín và điều trị như một gãy xương kín.

- Đối với gãy hở độ IIIA trở lên theo Gustilo, dù đến sớm hay đến muộn thì phương pháp cố định tốt nhất vẫn là khung cố định ngoài, bó bột, kéo tạ, hạn chế việc dùng cố định trong (vì đưa thêm dị vật vào ổ gãy dễ làm nhiễm trùng nhiều hơn). Việc dùng cố định ngoài ngày nay rất phổ biến và có tác dụng tốt.

- Đối với những gãy xương hở độ IIIC theo Gustilo với tổn thương mạch máu chính, đến muộn, chi bị thiếu máu hoại tử hơn 6 giờ cần xem xét cắt cụt chi, cứu sống tính mạng bệnh nhân.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- Thay băng vết thương.
- Kháng sinh phối hợp, liều cao và liên tục, tốt nhất dùng theo KSD.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chèn ép khoang:

+ Là sự tăng cao áp lực trong một hay nhiều khoang làm giảm lưu lượng máu qua khoang dẫn tới thiếu máu cục bộ, chèn ép khoang chiếm tỷ lệ 45% tổng số C.E.K cấp tính trong đó C.E.K ở cẳng chân chiếm tỷ lệ cao nhất.

+ Xử trí: Phẫu thuật giải áp.

- Biến chứng mạch máu và thần kinh:

+ Mạch máu và thần kinh bị chèn ép do đoạn gãy xương di lệch, đôi khi bị thủng.

+ Xử trí: Phẫu thuật giải phóng mạch máu, thần kinh bị chèn ép, khâu nối mạch máu, thần kinh khi bị thủng.

- **Biến chứng nhiễm trùng:** Xử trí kháng sinh, dẫn lưu ổ viêm.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Gãy xương hở, Bệnh viện Quân Y 7A. Link:

[http://bvquany7a.vn/dich-vu/gay-xuong-ho.](http://bvquany7a.vn/dich-vu/gay-xuong-ho)

03.3816. PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG BÀN TAY, CẮT LỘC ĐƠN THUẦN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thương tích bàn tay là tổn thương đa dạng phong phú, là thương tổn thường gặp trong cuộc sống hàng ngày.
- Việc chẩn đoán chính xác tổn thương trong vết thương bàn tay khá khó khăn, vì vậy các thương tích bàn tay cần được xử trí phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

- NB bị vết thương bàn tay.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định chung của phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- 01 phẫu thuật viên chính có chứng chỉ hành nghề chấn thương chỉnh hình.
- 01 phẫu thuật viên phụ.
- 01 điều dưỡng dụng cụ phòng mổ.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay: 01 Dao, 02 P.Dissecquer, 01 Kéo metzenbaum, 01 kéo mayo, 04 Kelly, 02 Mosquito, 02 Allis, 02 Porte, 06 Fixe champ, 02 Forceps, 02 Farabeuf, 02 chén, 01 ống hút.
- Chỉ Prolene 4.0, 6.0, chỉ Nylon 4.0.
- Povidine 10%, bông gòn, gạc.

3. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra biên bản hồ sơ, hội chẩn, cam kết phẫu thuật, biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Kiểm tra đúng người bệnh.
- Vòng đeo tay bệnh nhân với các thông tin: tên người bệnh, ngày sinh, số hồ sơ, chẩn đoán.
- Đánh dấu vết mổ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm: Gây mê toàn thân

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

3.2. Kỹ thuật

- Sát khuẩn vùng mổ bằng Betadine hoặc cồn 70°.
- Đặt Garo.
- Cắt lọc vết thương: đánh giá các vật da lóc xem có sống được không.
- Mở rộng vết thương theo các đường Zich – zac: kiểm tra kỹ thương tổn.
- Xử trí thương tổn:
 - + Kết hợp xương bằng kim Krichner hoặc bằng vis.
 - + Khâu gân bằng chỉ Prolene theo kiểu Kessler.
 - + Khâu nối thần kinh theo kiểu khâu bao , bó hoặc khâu bao bó thần kinh.
 - + Bất động bột.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, da, niêm mạc, màu sắc chi thể, vận động cảm giác chi thể, để phát hiện những biến chứng sau mổ.
- Bất động bột.
- Hướng dẫn tập vật lý trị liệu.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: Băng ép cầm máu, nếu không được mở vết mổ cầm máu.
- Nhiễm trùng: tách chỉ vết mổ, thay băng hàng ngày, kháng sinh, cấy dịch làm kháng sinh đồ.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phẫu thuật vết thương bàn tay – Quyết định số 4484/QĐ-BYT ngày 18/8/2016 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

03.3817. CHÍCH ÁP XE PHẦN MỀM LỚN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Áp xe, nhọt, nhọt cum ở chi là một ổ mủ nằm trong chi.
- Triệu chứng cấp tính là một vùng sưng, nóng, đỏ, đau cấp tính ở chi.

Vùng này ấn đau, có thể phập phều và chọc hút mủ ra.

- Triệu chứng cấp tính là sốt, ớn lạnh, mệt mỏi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có khối áp xe có dấu hiệu phập phều, tụ mủ rõ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định chung của phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- 01 phẫu thuật viên chính có chứng chỉ hành nghề chấn thương chỉnh hình.
- 01 phẫu thuật viên phụ.
- 01 điều dưỡng dụng cụ phòng mổ.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu: 01 cán dao số 3, 06 Mosquito, 08 Kelly, 02 Kocher, 2 Babcock, 04 Farabeuf, 01 ống hút, 02 nhíp máu, 02 nhíp không máu, 01 kéo Metzenbaum, 01 kéo Mayo, 01 Port, 04 kẹp sáng, kim 10cc, oxy già, Povidin, meche.

3. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 15 - 30 phút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra biên bản hồ sơ, hội chẩn, cam kết phẫu thuật, biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Kiểm tra đúng người bệnh.
- Vòng đeo tay bệnh nhân với các thông tin: tên người bệnh, ngày sinh, số hồ sơ, chẩn đoán.
- Đánh dấu vết mổ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm: Gây tê tại chỗ.

3.2. Kỹ thuật

- Sát khuẩn vùng mổ bằng Betadine hoặc cồn 70°.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- Rửa da vị trí tụ mủ.
- Hút sạch mủ, làm sạch ổ mủ và mô hoại tử.
- Bơm oxy già vào trong ổ áp xe.
- Bơm Betadine và ổ áp xe, hút sạch dịch.
- Đặt dẫn lưu meche hoặc bình dẫn lưu nếu cần.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỒ

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, da, niêm mạc, màu sắc chi thể.

- Thay băng mỗi ngày.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nhiễm trùng huyết, hoại tử, viêm xương: Kháng sinh, mở rộng khối viêm, bơm rửa, dẫn lưu.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị áp xe, nhọt, nhọt cụm ở chi, Phác đồ điều trị của bệnh viện chấn thương chỉnh hình năm 2018 tập 2, trang 378 – 380.

03.3819. NỖI GÂN DUỖI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thương tích bàn tay là tổn thương đa dạng phong phú, là thương tổn thường gặp trong cuộc sống hàng ngày.
- Cần thăm kỹ lưỡng, toàn thể để phát hiện tổn thương gân duỗi của bàn tay cũng như các tổn thương phối hợp khác.

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định chung của phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- 01 phẫu thuật viên chính có chứng chỉ hành nghề chấn thương chỉnh hình.
- 01 phẫu thuật viên phụ.
- 01 điều dưỡng dụng cụ phòng mổ.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay: 01 Dao, 02 P.Dissecquer, 01 Kéo metzenbaum, 01 kéo mayo, 04 Kelly, 02 Mosquito, 02 Allis, 02 Porte, 06 Fixe champ, 02 Forceps, 02 Farabeuf, 02 chén, 01 ống hút.
- Chỉ Prolene 4.0, 6.0, chỉ Nylon 4.0.
- Povidine 10%, bông gòn, gạc.

3. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra biên bản hồ sơ, hội chẩn, cam kết phẫu thuật, biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Kiểm tra đúng người bệnh.
- Vòng đeo tay bệnh nhân với các thông tin: tên người bệnh, ngày sinh, số hồ sơ, chẩn đoán.
- Đánh dấu vết mổ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm: Gây mê toàn thân.

3.2. Kỹ thuật:

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- Sát khuẩn vùng mổ bằng Betadine hoặc cồn 70°.
- Đặt Garo.
- Cắt lọc vết thương: Đánh giá các vật da lóc xem có sống được không.
- Mở rộng vết thương theo các đường Zich – zac: đánh giá thương tổn.
- Xử trí thương tổn: Khâu gân bằng chỉ Prolene theo kiểu Kessler.
- Bất động nếp bột căng bàn tay tư thế chùng gân, đặt ở gan tay.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, da, niêm mạc, màu sắc chi thể, vận động cảm giác chi thể, để phát hiện những biến chứng sau mổ.
- Bất động bột.
- Hướng dẫn tập vật lý trị liệu.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phẫu thuật vết thương bàn tay tổn thương gân duỗi – Quyết định số 4484/QĐ-BYT ngày 18/8/2016 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

03.3841. NẮN, BÓ BỘT GỠ 1/3 TRÊN THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đây là phần xương xóp, gãy ở trên chỗ bám tận cơ ngực lớn. Bao gồm các loại gãy: gãy cổ giải phẫu, gãy cổ phẫu thuật, gãy chỏm xương cánh tay, gãy máu động lớn, gãy máu động nhỏ và gãy phức tạp đầu trên xương cánh tay.

- Nói là gãy đầu trên xương cánh tay, nhưng ở bài này chủ yếu là nói về gãy cổ giải phẫu xương cánh tay, còn gãy cổ phẫu thuật, vỡ chỏm xương cánh tay (gãy nội khớp) thì hầu hết phải mổ.

- Gãy đầu trên xương cánh tay có thể có trật khớp vai kèm theo. Có 2 loại gãy đầu trên xương cánh tay kèm trật khớp vai hay gãy là: trật khớp vai có vỡ máu động lớn (chiếm 1/5 đến 1/4 các trường hợp trật khớp vai) và trật khớp vai có gãy cổ giải phẫu xương cánh tay (ít gặp). Khi trật khớp vai có vỡ máu động lớn, việc nắn chỉnh thường đơn giản, chỉ cần nắn khớp vai, máu động lớn sẽ tự vào theo rất tốt. Ngược lại, trật khớp vai có gãy cổ xương cánh tay, việc nắn bảo tồn rất ít đạt kết quả, quá nửa trường hợp là thất bại, phải chuyển mổ.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy xương kín. Gãy hở độ I theo Gustilo.
- Gãy xương trẻ em.
- Gãy di lệch ít dưới 1cm và gấp góc dưới 45°.
- Gãy di lệch nhưng với người bệnh già, thể trạng kém, mắc các bệnh toàn thân... không mổ được.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy hở độ II của Gustilo trở lên.
- Gãy kèm tổn thương mạch máu, thần kinh.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 người thực hiện chính có chứng chỉ hành nghề chấn thương chỉnh hình.
- 01 người phụ có chứng chỉ bó bột.
- 01 Điều dưỡng dụng cụ.

2. Phương tiện

- Bàn nắn: 1 bàn nắn thông thường.
- 1 ghế đầu để người bệnh ngồi bó bột (khi không gây mê) và kê đầu bó bột (khi gây mê).
- 1 nẹp gỗ hoặc kim loại to bản, đủ dài, đủ cứng để kê lưng khi người bệnh gây mê phải nằm bó bột, bó xong thì rút bỏ.

- 1 gói mỏng độn ở ngực, bó xong thì rút bỏ, để người bệnh dễ thở và không gây khó chịu khi mang bột.

- Bột thạch cao: 3-4 cuộn bột cỡ 20 cm, 3-4 cuộn bột cỡ 15 cm.

3. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương.
- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.
- Được vệ sinh sạch sẽ vùng xương gãy, cởi bỏ hoàn toàn áo.
- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn sặc hoặc hiện tượng trào ngược.

4. Hồ sơ bệnh án

- 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.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra biên bản hồ sơ, hội chẩn, cam kết phẫu thuật, thủ thuật biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh

- Kiểm tra đúng người bệnh.
- Vòng đeo tay bệnh nhân với các thông tin: tên người bệnh, ngày sinh, số hồ sơ, chẩn đoán.
- Đánh dấu bên chi gãy.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Gãy xương kiểu dạng

- Người bệnh nằm ngửa, gây tê hoặc gây mê.
- Trợ thủ 1: 2 tay cầm cổ tay người bệnh kéo thẳng xuống dưới, tư thế dạng tay nhẹ.
- Người nắn chính luôn căng tay vào nách người bệnh để làm điểm tựa kéo ra ngoài, trợ thủ 1 đồng thời bỏ 1 tay ra để nắm lấy khuỷu tay người bệnh khép khuỷu tay vào thân mình để bẫy đoạn gãy dưới ra ngoài. Khi đó thường cảm thấy một tiếng rắc nhỏ là được. Có thể người nắn không luôn tay như mô tả ở trên, mà dùng 1 đai vải thứ 2 kéo phần trên của cánh tay (tương ứng với đầu trên của thân xương cánh tay) để nắn. Cũng có thể trợ thủ 1 vừa kéo, vừa cho gót chân của mình vào nách người bệnh để nắn, bẫy đầu thân xương đang rúc vào nách được bật ra phía ngoài, tương tự như nắn trật khớp vai kiểu Hyppocrates cũng được.

- Trường hợp bong sụn tiếp hợp ở thiếu niên di lệch nhiều đôi khi phải nắn rất khỏe, người bệnh nằm trên cangk, dùng gót chân làm điểm tựa để nắn di lệch.

3.2. Gãy xương kiểu khép

- Người bệnh nằm ngửa, gây tê hoặc gây mê.

- Người phụ kéo thẳng theo trục cánh tay để sửa di lệch chông, dạng dần cánh tay ra. Người nắn chính dùng một bàn tay đặt mặt ngoài cơ Delta đẩy vào trong để sửa di lệch góc mở vào trong. Sau đó người phụ từ từ khép dần cánh tay lại và giảm dần lực kéo. Người già và những người bệnh loãng xương: chỉ kéo nắn tối thiểu, tránh gây thêm xương, quan trọng nhất là vấn đề tập phục hồi chức năng sớm.

3.3. Bất động

- Với người bệnh trẻ em: sau khi nắn xong cho bó bột Desault. Thời gian bất động trung bình 3-4 tuần.

VI. THEO DÕI

- Nhẹ thì theo dõi điều trị ngoại trú.

- Nặng hoặc tay sưng nề nhiều thì cho vào viện theo dõi nội trú, kiểm tra đánh giá tình trạng của tay hàng giờ: mạch, cử động, cảm giác, màu da...

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tồn thương mạch máu: ít gặp, nếu có thì chuyển mổ cấp cứu.

- Tồn thương thần kinh: chờ tự phục hồi sau vài tuần đến vài tháng.

- Các trường hợp gây tê nắn thì không có gì đặc biệt, ít tai biến.

- Nên nhớ là các trường hợp gây mê: người bệnh có thể xảy ra biến chứng ngừng thở, mà bột Desault lại bao trùm toàn bộ lồng ngực, nên cần theo dõi sát sao, thời gian theo dõi hồi sức, hậu phẫu cũng cần lâu hơn để xử trí kịp thời các biến chứng của gây mê gây ra. Lúc này cần cắt phá bột khẩn cấp để việc thực hiện các biện pháp hô hấp hỗ trợ mới đạt kết quả tốt.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Điều trị bảo tồn gãy đầu trên xương cánh tay, Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột.

03.3842. NẸN, BÓ BỘT GỠ 1/3 GIỮA THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Xương cánh tay là một trong những xương thuộc loại xương dài. Một xương dài được cấu tạo bởi 1 thân xương (Diaphyse) và 2 đầu xương (Epiphyse), ở chỗ tiếp nối giữa thân xương và đầu xương là hành xương (Métaphyse- phần xương có khẩu kính to dần ra như hình củ hành). Thân xương cánh tay hình lăng trụ tam giác, nhưng các bờ, các mặt không rõ ràng như xương chày ở cẳng chân.

- Gãy thân xương cánh tay được giới hạn từ cổ phẫu thuật xương cánh tay, chỗ bám của cơ ngực to, đến vùng trên lồi cầu xương cánh tay, nơi tiếp nối với hành xương. Hay nói cách khác, gãy thân xương cánh tay là gãy vào vùng từ dưới của hành xương ở phía trên đến chỗ trên của hành xương phía dưới, đoạn xương có thành xương và tủy xương rõ rệt.

- Gãy xương cánh tay chia làm 3 vị trí: 1/3 trên, 1/3 giữa, 1/3 dưới. Gãy ở vị trí 1/3 giữa có thể gặp tổn thương thần kinh quay.

- Ở trẻ em dưới 15 tuổi và gãy xương không lệch ở người lớn thì điều trị bảo tồn. Còn các trường hợp khác nên mổ.

- Nguyên nhân gãy thường là do ngã đè lên, ngã chống tay, tai nạn giao thông, bị đánh trực tiếp bằng vật cứng. Đôi khi còn gặp ở thanh niên chơi trò vật tay nữa.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BÓ BỘT

- Gãy kín, gãy hở độ I theo Gustilo, gãy xương ở trẻ em (dưới 15 tuổi).

- Gãy ít di lệch hoặc không di lệch.

- Gãy xương di lệch ở người lớn, lẽ ra có chỉ định mổ, nhưng vì một lý do nào đó mà không mổ được: có bệnh toàn thân nặng, không có điều kiện mổ, người bệnh từ chối mổ...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy hở từ độ 2 trở lên theo Gustilo.

- Gãy xương kèm theo tổn thương mạch máu, thần kinh.

- Thận trọng: những trường hợp lóc da, đụng dập cơ, sưng nề nhiều, nhiều nốt phỏng. Những trường hợp này điều trị ổn định sẽ tiến hành mổ hoặc nắn bó bột sau.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 người thực hiện chính có chứng chỉ hành nghề chấn thương chỉnh hình.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- 01 người phụ có chứng chỉ bó bột.
- 01 Điều dưỡng dụng cụ.

2. Phương tiện

- Bàn nắn (1 bàn nắn thông thường).
- Thuốc gây mê hoặc gây tê.
- Bột thạch cao: với người lớn cần 8-10 cuộn khổ 15-20 cm.
- Một số dụng cụ tối thiểu khác: bông lót, băng vải, bơm tiêm, cồn tiêm, dây và dao rạch dọc bột, nước ngâm bột, dụng cụ hồi sức cấp cứu...

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với bệnh nhi cần giải thích kỹ cho bố mẹ hoặc người thân.
- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ áo.
- Với người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

4. Hồ sơ bệnh án

- 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.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra biên bản hồ sơ, hội chẩn, cam kết phẫu thuật, thủ thuật biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh

- Kiểm tra đúng người bệnh.
- Vòng đeo tay bệnh nhân với các thông tin: tên người bệnh, ngày sinh, số hồ sơ, chẩn đoán.
- Đánh dấu bên chi gãy

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Người bệnh

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa trên bàn chỉnh hình.
- Tay để dọc theo thân mình, nách hơi dẹt, hõm nách đặt 1 đai vải đối lực.
- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê tùy từng trường hợp cụ thể.

3.2. Các bước tiến hành

3.2.1. Nắn

- Trợ thủ 1: 2 tay nắm chắc cổ tay người bệnh kéo xuống theo trục cánh cẳng tay để sửa di lệch chông, nên kéo từ từ, tăng dần lực trong khoảng 5-7 phút. Hoặc có thể trợ thủ 1 kéo trong tư thế khuỷu 90°, 2 bàn tay bắt vào nhau đặt ở trước cẳng tay, dưới khuỷu để kéo, trong khi trợ thủ 2 cầm giữ cổ bàn tay

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

kéo nhẹ lên trên làm đối lực để khi trợ thủ 1 tiến hành kéo thì khuỷu tay người bệnh không bị duỗi ra, kéo có lực hơn.

- Người nắn chính: đứng quay mặt xuôi về phía chân người bệnh, dựa vào sự di lệch trên phim XQ để nắn sửa di lệch sang bên. Vuốt dọc theo xương vùng ổ gãy thấy được thì trợ thủ 1 chùng lực kéo lại cho 2 đầu gãy tỳ vào nhau vững hơn. Đỡ nhẹ nhàng để tiến hành bó bột.

+ Với gãy chéo xoắn: chỉ cần kéo thẳng trục và bó bột ở tư thế cơ năng.

+ Với gãy có mảnh rời: chỉ nắn 2 diện gãy chính, mảnh rời tự áp vào đến đâu thì đến, sau can vẫn có thể tốt, Không cố nắn bằng mọi cách vì có thể gây bong lóc cơ và màng xương, hoặc gây tổn thương thần kinh quay hoặc đụng dập thêm phần mềm.

3.2.2. Bó bột

Tùy theo người bệnh gãy tê hay gãy mê mà có cách bó bột khác nhau. Tùy vị trí gãy mà bó bột Chữ U hay bột Ngực-vai-cánh tay: gãy ở vị trí 1/3 giữa và 1/3 dưới: bó bột Chữ U. Gãy 1/3 trên: bó bột Ngực-vai-cánh tay, với trường hợp sưng nề nhiều vẫn bó bột Chữ U để rạch dọc bột, khi nào đã bớt sưng nề thì thay bột Ngực-vai-cánh tay sau. Trong quá trình bột khô cứng dần, giữ trục để tránh di lệch góc. Rạch dọc bột từ nách trở xuống (với bột Chữ U). Thời gian bất động trung bình với người lớn 8-12 tuần (với trẻ em thì ít hơn, tùy theo tuổi).

Trong thời gian bất động:

- Sau 7-10 ngày chụp kiểm tra, nếu có di lệch thứ phát thì nắn sửa lại hoặc mổ kết hợp xương có chuẩn bị.

- Sau khoảng 3 tuần khi có hình thành can non, chụp kiểm tra lần nữa, kết quả chụp phim tốt thì thay bột tròn, sửa góc nếu cần.

- Thời gian cuối của quá trình mang bột (4-5 tuần cuối) nếu gãy ở vị trí thấp (1/3 dưới), có thể thay bằng bột Cánh-cẳng-bàn tay.

VI. THEO DÕI

Đa số chỉ cần theo dõi điều trị ngoại trú. Trường hợp nặng, tay sưng nề nhiều hoặc có tổn thương phối hợp thì cho vào viện theo dõi điều trị nội trú.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Tai biến sớm

- Tổn thương mạch máu (động mạch cánh tay, ít gặp): mổ cấp cứu xử trí theo tổn thương (giải phóng mạch, nối hoặc ghép động mạch bằng tĩnh mạch hiển đảo chiều hay bằng động mạch nhân tạo). Nên xét nghiệm siêu âm Doppler xác định tổn thương để có hướng xử trí tổn thương cụ thể.

- Tổn thương thần kinh quay: nếu đứt thì nối, bị kẹt thì giải phóng thần kinh, dập hoặc căng giãn thì chờ tự phục hồi. Nên xét nghiệm điện chân cơ (EMG) để xác định phương pháp xử trí phù hợp.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

2. Tai biến muộn

- Rối loạn dinh dưỡng: nói rộng bột, tập vận động sớm, vì bột Chũ U là 1 trong những loại bột không gác cao tay được nên tay hay bị sưng nề hơn.
- Can lệch và khớp giả: mổ kết hợp xương, ghép xương.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Điều trị bảo tồn gãy thân xương cánh tay, Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột.

03.3843. NẪN, BÓ BỘT GỠ 1/3 DƯỚI THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đây là loại gãy phổ biến nhất ở trẻ em, thường do ngã chống tay.
 - Đường gãy ngoài khớp, thường gãy duỗi, đầu dưới lệch ra sau, vào trong.
 - Thăm khám mạch quay là quan trọng và bắt buộc trong tất cả các trường hợp gãy trên lồi cầu xương cánh tay. Nếu nghi ngờ tổn thương mạch phải cho nắn xương sớm, đặt nẹp bột tạm thời, cho làm siêu âm Doppler mạch kiểm tra, nếu có tổn thương chuyển mổ cấp cứu kết hợp xương, xử trí mạch máu theo thương tổn.

- Khám xem có dấu hiệu liệt thần kinh quay không, nếu có tổn thương biểu hiện bằng mất duỗi chủ động cổ tay và các ngón tay (dấu hiệu tay rủ cổ cò).

- Khám thần kinh giữa: nếu tổn thương thì mất các động tác khép các ngón tay, mất động tác đối chiếu.

* X Quang:

- Trên phim thẳng cho thấy đầu dưới di lệch vào trong và xoay nghiêng.
 - Trên phim nghiêng cho ta thấy mức độ di lệch. Chia thành 4 độ gãy: Độ 1 gãy không di lệch, độ 2 gãy di lệch dưới 50% thân xương, độ 3 gãy di lệch trên 50% thân xương, độ 4 di lệch hoàn toàn hai đầu gãy.

- Về vị trí di lệch của đầu dưới xương cánh tay so với phần xương còn lại, người ta còn chia ra kiểu di lệch ra sau hay ra trước, vì quyết định tư thế bó bột có tác động nhiều đến kết quả điều trị.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy trên lồi cầu xương cánh tay ở trẻ em.
- Gãy xương kín hoặc gãy hở độ I theo Gustilo.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy hở từ độ II trở lên.
- Gãy xương kèm tổn thương mạch máu, hoặc dấu hiệu chèn ép khoang.
- Cân nhắc: người bệnh đến muộn, hoặc có tổn thương thần kinh quay, trẻ lớn trên 15 tuổi, rối loạn dinh dưỡng, đẹn dập phần mềm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 người thực hiện chính có chứng chỉ hành nghề chấn thương chỉnh hình.
- 01 người phụ có chứng chỉ bó bột.
- 01 Điều dưỡng dụng cụ.

2. Phương tiện

- 1 bàn nắn thông thường.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- Dai đôi lực: bằng vải mềm, dai, to bản (như kiểu quai ba lô).
- Thuốc tê hoặc thuốc mê: số lượng tùy trọng lượng bệnh nhi. Kèm theo là dụng cụ gây tê, gây mê, hồi sức (bơm tiêm, cồn 70°, thuốc chống sốc, mặt nạ bóp bóng, đèn nội khí quản...).
- Bột thạch cao chuyên dụng: với bột Cánh-cẳng-bàn tay trẻ em thường cần 3-4 cuộn cỡ 10 cm là đủ (kể cả 1 phần trong đó dùng để rải thành nẹp bột tăng cường cho việc bó bột sau này).
- Giấy vệ sinh, bông cuộn: 1 cuộn, hoặc bít tất vải xộp mềm để lót (jersey).
- Dây rạch dọc, dao rạch dọc (khi bó bột cấp cứu, khi tổn thương 7 ngày trở lại).
- Nước để ngâm bột: đủ về số lượng để ngâm chìm hẳn 2-3 cuộn bột. Lưu ý, mùa lạnh phải dùng nước ấm. Nước sử dụng ngâm bột phải được thay thường xuyên để đảm bảo vệ sinh và tránh hiện tượng nước có quá nhiều cặn bột ảnh hưởng đến chất lượng bột.
- 1 cuộn băng vải hoặc băng thun, để băng giữ ngoài bột.

3. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương, nhất là những tổn thương lớn có thể gây tử vong trong quá trình nắn bó bột (chấn thương sọ não, chấn thương ngực, vỡ tạng đặc, vỡ tạng rỗng...).
- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật, để người bệnh khỏi bị bất ngờ, động viên để họ yên tâm, hợp tác tốt với thầy thuốc. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.
- Được vệ sinh sạch sẽ vùng xương gãy, cởi hoặc cắt bỏ tay áo bên tay gãy.
- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược (nước hoặc thức ăn từ dạ dày tràn sang đường thở gây tắc thở).

4. Hồ sơ bệnh án

- Ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.
- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật, với trẻ em cần cha mẹ ký.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN BÓ BỘT

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra biên bản hồ sơ, hội chẩn, cam kết phẫu thuật, thủ thuật biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh

- Kiểm tra đúng người bệnh.

- Vòng đeo tay bệnh nhân với các thông tin: tên người bệnh, ngày sinh, số hồ sơ, chẩn đoán.

- Đánh dấu bên chi gãy.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Các trường hợp gãy không lệch

- Bó bột Cánh-cẳng-bàn tay rạch dọc, không cần chụp kiểm tra, cũng không cần thay bột tròn nếu bột không bị lỏng, không bị gãy bột.

- Thời gian mang bột trung bình: 3 tuần là đủ.

3.2. Các trường hợp gãy ít di lệch, hoặc chỉ di lệch góc đơn thuần

- Không cần gây mê, nắn sửa thường dễ, chỉ cần nắn sửa bằng động tác nhanh, dứt khoát, xương sẽ vào khi trẻ chưa kịp đau.

- Bó bột Cánh-cẳng-bàn tay rạch dọc. Chụp kiểm tra.

- Sau 1 tuần chụp kiểm tra, thay bột tròn, nếu có di lệch thứ phát thì nắn sửa thêm. Thời gian bất động: trung bình 4 tuần.

3.3. Các trường hợp gãy di lệch độ III trở lên

3.3.1. Người bệnh

- Nằm ngửa trên bàn nắn thông thường. Lấy ven bên tay lành, truyền dung dịch Natriclorua 0,9% để sẵn sàng cho việc hồi sức.

- Cởi bỏ áo bên tay gãy, vệ sinh sạch sẽ.

- Đặt 1 đai vải đối lực ở nách, vai dạng nhẹ, cẳng tay sấp hay ngửa tùy di lệch ra sau hay ra trước (di lệch ra sau thì để tay sấp và ngược lại).

- Gây mê toàn thân, đường tĩnh mạch (thuốc mê loại mê nhanh, thoát mê nhanh, do bác sỹ gây mê thực hiện). Trẻ lớn (trên 13-14 tuổi) có thể gây tê.

3.3.2. Nắn

- Với di lệch ra sau:

- + Trợ thủ 1: 2 tay nắm cổ tay người bệnh kéo xuống trong tư thế tay dạng nhẹ và sấp để chữa di lệch chông.

- + Người nắn chính: căn cứ di lệch cụ thể trên phim XQ sửa di lệch trong ngoài, rồi dùng các ngón tay dài của 2 tay giữ ở phía trước cánh tay làm đối lực, đồng thời lấy 2 ngón tay cái đẩy mạnh đầu dưới xương cánh tay ra trước để sửa di lệch ra sau. Cũng có thể nắn bằng cách dùng 1 tay nắm giữ phần trước cánh tay làm đối lực, lấy cùi gan tay còn lại đẩy vào đầu dưới xương cánh tay để sửa di lệch ra sau. Cuối cùng, xoay cẳng tay sấp tối đa để sửa di lệch xoay (khi bó bột nhớ phải nhả lại tư thế trung bình hoặc sấp nhẹ, mà không để ở tư thế sấp tối đa nữa). Di lệch xoay không sửa tốt sẽ để di chứng vẹo khuỷu vào trong (varus).

- Với di lệch ra trước: nắn đơn giản hơn, chỉ riêng động tác kéo duỗi tay của trợ thủ cũng đã nắn được phần nào di lệch, người nắn chính nắn đẩy thêm

cho đầu dưới xương cánh tay ra sau, rồi đỡ nhẹ nhàng để bó bột Cánh-cẳng-bàn tay tư thế khuỷu duỗi, rạch dọc.

3.3.3. Bất động: bột Cánh-cẳng-bàn tay rạch dọc.

- Với di lệch ra sau: bột tư thế khuỷu 90° . Sau 1 tuần chụp kiểm tra, thay bột tròn, thời gian bất động trung bình 4-5 tuần.

- Với di lệch ra trước: bột khuỷu tư thế duỗi $160-180^\circ$. Sau 1 tuần chụp kiểm tra, thay bột tròn vẫn duỗi khuỷu (nếu di lệch thứ phát thì nắn thêm), sau 3 tuần thay bột khuỷu 90° thêm 2 tuần nữa. Thời gian bất động 5-6 tuần.

VI. THEO DÕI

Hầu hết có thể theo dõi điều trị ngoại trú, trường hợp nặng, sưng nề nhiều, cần theo dõi tổn thương mạch thì phải cho vào viện.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Tổn thương động mạch cánh tay: giải phóng mạch, nối mạch, ghép mạch.

2. Tai biến thần kinh: chủ yếu tổn thương thần kinh quay: đa số theo trường phái bảo tồn, tức theo dõi chờ tự phục hồi sau 1 vài tuần, đến 3 tháng, thậm chí 6 tháng. Ít người hơn thì đề xuất mổ sớm để xử trí tùy theo tổn thương.

3. Tai biến gây mê: thở oxy, bóp bóng, hút đờm dãi, cần thì đặt nội khí quản hoặc mở khí quản...

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột.

03.3845. NẮN BÓ BỘT GÃY VÀ TRẬT KHỚP KHUYỂU

I. ĐẠI CƯƠNG

- Nguyên nhân thường do ngã đập khuỷu tay vào vật cứng hoặc do bị đánh trực tiếp.

- Gãy mỏm khuỷu thường di lệch do mỏm khuỷu có gân cơ tam đầu kéo lên trên rất khỏe. Là gãy ở đầu xương xấp, nên gãy ít lệch và không lệch rất nhanh liền xương. Trong gãy mỏm khuỷu, người ta quan tâm đến sự di lệch của mặt khớp để bắt khớp với rỗng rọc xương cánh tay nhiều hơn là di lệch ở phía sau mỏm khuỷu. Diện khớp này không được nắn chỉnh tốt sẽ ảnh hưởng nhiều đến cơ năng co duỗi khuỷu.

- Chỉ điều trị bó bột trong trường hợp gãy mỏm khuỷu không di lệch hoặc ít lệch. Khi gãy mỏm khuỷu di lệch (mặt khớp di lệch từ 3mm trở lên) thì có chỉ định mổ.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GÃY MỎM KHUYỂU

1. Gãy kín, gãy hở độ I theo Gustilo.
2. Gãy ít lệch hoặc không di lệch.
3. Gãy di lệch, nhưng vì 1 lý do nào đó không mổ được (Có bệnh toàn thân nặng, không có điều kiện mổ, từ chối mổ).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gãy hở độ II trở lên.
2. Gãy có kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, có hội chứng chèn ép khoang.
3. Chống chỉ định tương đối:
 - Gãy mỏm khuỷu di lệch.
 - Gãy mỏm khuỷu kèm theo gãy các xương khác ở vùng khuỷu (gãy trên lồi cầu, liên lồi cầu, lồi cầu trong, lồi cầu ngoài, gãy chỏm quay, đài quay).
 - Gãy mỏm khuỷu sưng nề nhiều, rối loạn dinh dưỡng.
 - Gãy mỏm khuỷu kèm trật khớp khuỷu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 người thực hiện chính có chứng chỉ hành nghề chấn thương chỉnh hình.
- 01 người phụ có chứng chỉ bó bột.
- 01 Điều dưỡng dụng cụ.

2. Phương tiện

Tương tự như bó bột điều trị gãy 2 xương cẳng tay, nhưng đơn giản hơn vì không cần nắn (các trường hợp di lệch nhiều đã có chỉ định mổ).

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- 1 bàn nắn thông thường.
- 1 đai vải to bản, đủ dài để cố định tay người bệnh vào bàn làm đôi lực khi nắn.
- Thuốc gây tê: nếu có nắn, chỉ cần 1 ống Lidocaine (hoặc Xylocaine) 1%, pha loãng trong 5 ml nước cất hoặc huyết thanh mặn 0,9%.
- Bột thạch cao 3-4 cuộn khổ 15 cm.
- Băng lót hoặc giấy vệ sinh: 1 cuộn.
- Dây và dao rạch dọc bột, nước ngâm bột, băng vải hoặc băng thun để quấn ngoài bột khi bó bột xong...

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với bệnh nhi cần giải thích kỹ cho bố mẹ hoặc người thân.
- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ áo tay bên bó bột.

4. Hồ sơ bệnh án: 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

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra biên bản hồ sơ, hội chẩn, cam kết phẫu thuật, thủ thuật biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh

- Kiểm tra đúng người bệnh.
- Vòng đeo tay bệnh nhân với các thông tin: tên người bệnh, ngày sinh, số hồ sơ, chẩn đoán.
- Đánh dấu bên chi gãy.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Với gãy không di lệch

Đỡ tay nhẹ nhàng để bó bột, làm sao để tránh di lệch thứ phát do vô tình gấp quá mức khuỷu tay vào. Nên đơn thuần chỉ là kỹ thuật bó bột Cánh-cẳng-bàn tay rạch dọc ở tư thế cơ năng khuỷu 90°.

3.1.1. Người bệnh

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, 1 đai vải đặt ở hõm nách. Đai vải đối lực này được cố định chắc vào mấu của bàn nắn. Khuỷu tay gấp 90°, cổ tay, bàn tay ở tư thế cơ năng (ngón tay cái chỉ mũi).

- Kỹ thuật viên chính: đứng bên phía tay định bó bột của người bệnh. Trợ thủ viên 1: một tay cầm vào 4 ngón tay dài của người bệnh, một tay đỡ vùng khuỷu. Kỹ thuật viên chính sẽ là người trực tiếp bó bột. Trợ thủ viên 1 kéo giữ tay người bệnh, trợ thủ viên 2 chạy ngoài (giúp việc).

3.1.2. Thực hiện kỹ thuật bó bột Cánh-cẳng-bàn tay gồm có các bước sau

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- **Bước 1:** quấn giấy vệ sinh hoặc bông lót, hoặc lông bút tất jersey, đặt dây rạch dọc phía trước cánh-cẳng-bàn tay, đầu trên để thò dài, đầu dưới cài qua kẽ ngón 2-3, quặt lại vòng qua ngón 3 để khỏi bị tuột khi rạch bột.

- **Bước 2:** rải nẹp bột: đo và rải 1 nẹp bột từ vai đến khớp bàn-ngón.

- **Bước 3:** quấn bột: quấn vòng tròn quanh tay và nẹp bột đã đặt từ trước, quấn đều tay theo kiểu xoáy tròn ốc từ trên xuống dưới rồi từ dưới lên trên cho đến hết cuộn bột. Nếu thấy bột chưa đủ dày, vừa quấn bột vừa thả tiếp 1 cuộn bột nữa vào chậu, lưu ý là nếu ngâm bột quá lâu hoặc quá vội mà vớt lên sớm đều không tốt, thường thấy rằng, cuộn bột ngâm khi nào vừa hết sủi tăm là tốt.

Bó bột nên lăn đều tay, nhẹ nhàng, không tỳ ngón tay vào một vị trí của bột quá lâu dễ gây lõm bột, quấn đến đâu vuốt và xoa đến đấy, độ kết dính sẽ tốt hơn, bột sẽ nhẵn và đẹp. Thấy bột đã đủ dày, xoa vuốt, chỉnh trang cho bột nhẵn, đều và đẹp. Cần bọc lộ mô cái để tập sớm.

- **Bước 4:** rạch dọc bột và băng giữ ngoài bột.

3.1.3. Thời gian bất động: 3-4 tuần, nếu bột không lỏng, không vỡ thì không cần thay bột.

3.2. Với trường hợp lệch ít: tùy di lệch mà nắn thêm, bó bột Cánh-cẳng-bàn tay duỗi 120-130°, rạch dọc. Sau 7-10 ngày chụp kiểm tra và thay bột tròn (vẫn duỗi khuỷu), sau 2 tuần nữa thay bột khuỷu 90°. Thời gian bất động 4-5 tuần.

3.3. Với gãy di lệch những người bệnh vì lý do nào đó không mổ được:

- Gây tê tại chỗ.

- Trợ thủ nắm cổ tay người bệnh duỗi dần khuỷu ra, trong lúc người nắn chính dùng 4 ngón tay dài của 2 tay giữ lấy mặt trước cánh tay làm đối lực, dùng 2 ngón tay cái đẩy mạnh vào móm khuỷu (chỗ bám của gân cơ tam đầu) theo hướng ngược lại chiều co của cơ này, nhằm ép 2 diện gãy vào gần nhau hơn.

- Giữ tay ở tư thế khuỷu duỗi tối đa để bó bột Cánh-cẳng-bàn tay duỗi, rạch dọc.

- Chụp kiểm tra và thay bột như với gãy móm khuỷu ít lệch.

- Thời gian bất động lâu hơn 2 loại gãy trên (5-6 tuần).

VI. THEO DÕI

Hầu hết là theo dõi điều trị ngoại trú, trường hợp sung nề nhiều mới cần cho vào viện theo dõi.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tai biến ít gặp, nếu có thì cũng thường nhẹ nhàng như sung nề: nới bột, gác cao tay.

- Tai biến tổn thương thần kinh trụ: hiếm gặp, nếu có tê bì hoặc liệt thì cho điện chẩn cơ (EMG) để quyết định mổ gỡ hoặc nới thần kinh hay chỉ chờ thần kinh tự phục hồi

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Điều trị bảo tồn gãy mỏm khuỷu – Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột.

03.3849. NẪN, BÓ BỘT GỠY 1/3 TRÊN HAI XƯƠNG CẰNG TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Cẳng tay có 2 xương dài: xương quay và xương trụ. Giữa 2 xương là màng liên cốt. Màng liên cốt có đặc điểm rất dai, nên khi gãy xương cẳng tay thì do màng này co kéo, các đầu xương gãy thường bị kéo chụm lại tạo hình chữ K, hoặc hình chữ X, khó khăn cho việc nắn chỉnh.

- Gãy thân hai xương cẳng tay là gãy ở vùng màng liên cốt dưới lồi củ nhị đầu 2 cm và trên khớp quay cổ tay 3cm.

- Xương quay, xương trụ và màng liên cốt tạo nên một khung sắp ngửa, quay quanh trục là chỏm quay, mỏm trâm trụ. Bình thường, khi cẳng tay để ngửa 2 xương nằm song song với nhau; khi để sấp cẳng tay, xương quay nằm bắt chéo xương trụ. Nếu nắn chỉnh không tốt (đặc biệt là xương quay), sẽ ảnh hưởng rất nhiều đến sắp ngửa bàn tay.

- Phân loại:

* Phân loại theo vị trí gãy: Gãy 1/3 trên, 1/3 giữa, 1/3 dưới.

Gãy 1/3 trên cẳng tay ở người lớn di lệch: do các khối cơ dày bao phủ, lại có cơ sấp tròn co kéo nên nắn thường ít kết quả, phải mổ kết hợp xương.

* Phân loại theo kiểu gãy:

+ Gãy vững: gãy cành tươi, gãy đôi ngang, không có mảnh rời, ít di lệch.

+ Gãy không vững: Gãy chéo vát, gãy có mảnh rời, gãy nhiều đoạn.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

1. Gãy kín, gãy hở độ I theo phân loại của Gustilo.

2. Gãy ở trẻ em (từ 15 tuổi trở về).

3. Gãy ít lệch hoặc không lệch.

4. Người bệnh đến sớm (1 tuần trở lại).

5. Gãy ở người lớn, gãy di lệch, gãy vào vị trí khó nắn... lẽ ra có chỉ định mổ kết hợp xương nhưng vì lý do nào đó người bệnh không mổ được (già yếu, có bệnh toàn thân nặng, không có điều kiện mổ, từ chối mổ).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gãy xương hở độ II trở lên.

2. Gãy xương có kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, hoặc hội chứng chèn ép khoang.

3. Chống chỉ định tương đối: người bệnh đến muộn (trên 1 tuần), gãy xương ở người lớn, vào các vị trí khó nắn...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- 01 người thực hiện chính có chứng chỉ hành nghề chấn thương chỉnh hình.

- 01 người phụ có chứng chỉ bó bột.

- 01 Điều dưỡng dụng cụ.

2. Phương tiện

- 1 bàn nắn thông thường.

- 1 đai vải to bản, đủ dài để cố định tay người bệnh vào bàn làm đối lực khi nắn.

- Thuốc gây mê hoặc gây tê: tùy theo tuổi, cân nặng (nếu gây mê, do bác sỹ gây mê chuẩn bị và thực hiện).

- Các dụng cụ thông thường khác: bông lót, bơm tiêm, dịch truyền, bộ dây truyền dịch, dụng cụ hồi sức cấp cứu, nước ngâm bột...

- Bột thạch cao 3-4 cuộn khổ 15 cm, thêm vài cuộn cỡ 10 cm để bó vùng cổ tay.

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với bệnh nhi cần giải thích kỹ cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ áo tay bên bó bột.

- Với người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

4. Hồ sơ

- 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.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN BÓ BỘT GÂY THÂN HAI XƯƠNG CẰNG TAY

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra biên bản hồ sơ, hội chẩn, cam kết phẫu thuật, thủ thuật biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh

- Kiểm tra đúng người bệnh.

- Vòng đeo tay bệnh nhân với các thông tin: tên người bệnh, ngày sinh, số hồ sơ, chẩn đoán.

- Đánh dấu bên chi gãy.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Chuẩn bị người bệnh

- Tư thế: nằm ngửa trên bàn nắn thông thường, đặt đai vải đối lực ở trên khuỷu, cố định vào bàn nắn. Cởi bỏ áo bên tổn thương, vệ sinh sạch bằng xà phòng. Tay để nửa sấp nửa ngửa.

- Gây tê: mỗi ổ gãy dùng 2 ống Xylocaine (hoặc Lidocaine) 1% pha loãng với 5 ml nước cất hoặc dung dịch Natriclorua 0,9%. Nếu gây mê, do bác sỹ gây mê thực hiện.

3.2. Các bước tiến hành

3.2.1. Nắn

- Trợ thủ 1: 2 tay nắm cổ tay (hoặc 1 tay nắm ngón 1, tay còn lại nắm 3 hoặc 4 ngón còn lại), kéo thẳng trục cẳng tay để sửa di lệch chông (khoảng 3-5 phút).

- Người nắn chính: dùng các ngón dài của 2 tay giữ làm đối lực, lấy 2 ngón tay cái đẩy vào đầu xương gãy nắn sửa di lệch trước sau và di lệch trong ngoài, kiểm tra thấy không còn gồ và ổ gãy đã vào phẳng phiu thì tiến hành dùng các ngón dài đặt ở sau giữa cẳng tay, 2 ngón cái đặt ở trước giữa cẳng tay bóp vào hướng của màng liên cốt nhằm tách cho 2 xương tách xa nhau, tránh đầu xương di lệch chụm lại do lực kéo của màng liên cốt. Khi cảm thấy được, đỡ nhẹ nhàng, giữ trục để bó bột. Trợ thủ 2: giúp việc, chạy ngoài...

Cũng có thể nắn bằng cách nắn chùng: bẻ cho cẳng tay gấp góc thêm, nắn cho 2 đầu gãy gối vào nhau rồi duỗi thẳng cẳng tay ra (kiểu này nắn đỡ tổn nhiều lực, nhưng đòi hỏi người nắn có kinh nghiệm), sau đó nắn để tách màng liên cốt cũng tương tự như cách nắn trên.

3.2.2. Bó bột: bột Cánh-cẳng-bàn tay. Lưu ý:

- Bó bột 2 thì, thì 1 bó bột Cẳng-bàn tay, thì 2 tháo bỏ đai vải đối lực để bó tiếp lên vai. Rạch dọc bột hoàn toàn không để sót, dù chỉ là 1 sợi gạc.

- Với gãy 1/3 giữa và 1/3 trên: bó bột tư thế ngửa bàn tay để chống lại lực kéo của cơ sấp tròn. Gãy có kèm trật khớp quay trụ dưới: nắn khớp và khi bó bột, cho duỗi cổ tay và ngửa cẳng bàn tay.

3.2.3. Thời gian bất động: trung bình với người lớn 8-12 tuần (trẻ em tùy theo tuổi). Trong thời gian này:

- Sau 1 tuần cho chụp kiểm tra: với trẻ em và các loại gãy vững: thay bột tròn, nếu cần nắn sửa thêm, chủ yếu là sửa góc. Với gãy không vững: nếu tốt sẽ thay bột tròn hoặc nếu lo xương bị di lệch trong khi thay bột thì để thêm 7-10 ngày nữa mới thay bột tròn cũng được (trước khi thay bột, nên chụp kiểm tra để nếu cần còn nắn chỉnh thêm).

- Sau 3-4 tuần, chụp kiểm tra lần nữa, thay bột lần 2 nhằm tránh hiện tượng xương lệch thêm do lỏng bột.

- Giai đoạn 3-4 tuần sau cùng của quá trình mang bột, nếu gãy xương cẳng tay ở vị trí thấp (1/3 dưới trở xuống) có thể thay bột Cẳng-bàn tay cũng được. Nếu gãy 1/3 trên thì bắt buộc phải thay bột Cánh-cẳng-bàn tay đến khi kết thúc thời gian bất động.

VI. THEO DÕI

- Nhẹ thì theo dõi điều trị ngoại trú.
- Nặng hoặc gãy di lệch, tay sưng nề thì cho vào viện theo dõi nội trú.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Sưng nề, rối loạn dinh dưỡng: nới bột, gác cao tay, cho vào viện theo dõi điều trị nội trú.
- Nghi ngờ có hội chứng chèn ép do bó bột, hội chứng khoang: mổ cấp cứu giải phóng mạch, kết hợp xương.
- Di lệch thứ phát trong gãy di lệch: mổ kết hợp xương có chuẩn bị.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Điều trị bảo tồn gãy thân hai xương cẳng tay – Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột.

03.3850. NẮN, BÓ BỘT GỠY 1/3 GIỮA HAI XƯƠNG CẰNG TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Cẳng tay có 2 xương dài: xương quay và xương trụ. Giữa 2 xương là màng liên cốt. Màng liên cốt có đặc điểm rất dai, nên khi gãy xương cẳng tay thì do màng này co kéo, các đầu xương gãy thường bị kéo chụm lại tạo hình chữ K, hoặc hình chữ X, khó khăn cho việc nắn chỉnh.

- Gãy thân hai xương cẳng tay là gãy ở vùng màng liên cốt dưới lồi củ nhị đầu 2 cm và trên khớp quay cổ tay 3cm.

- Xương quay, xương trụ và màng liên cốt tạo nên một khung sắp ngửa, quay quanh trục là chỏm quay, mỏm trâm trụ. Bình thường, khi cẳng tay để ngửa 2 xương nằm song song với nhau; khi để sấp cẳng tay, xương quay nằm bắt chéo xương trụ. Nếu nắn chỉnh không tốt (đặc biệt là xương quay), sẽ ảnh hưởng rất nhiều đến sắp ngửa bàn tay.

- Phân loại:

* Phân loại theo vị trí gãy: Gãy 1/3 trên, 1/3 giữa, 1/3 dưới.

Gãy 1/3 trên cẳng tay ở người lớn di lệch: do các khối cơ dày bao phủ, lại có cơ sấp tròn co kéo nên nắn thường ít kết quả, phải mổ kết hợp xương.

* Phân loại theo kiểu gãy:

+ Gãy vững: gãy cành tươi, gãy đôi ngang, không có mảnh rời, ít di lệch.

+ Gãy không vững: Gãy chéo vát, gãy có mảnh rời, gãy nhiều đoạn.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

1. Gãy kín, gãy hở độ I theo phân loại của Gustilo.

2. Gãy ở trẻ em (từ 15 tuổi trở về).

3. Gãy ít lệch hoặc không lệch.

4. Người bệnh đến sớm (1 tuần trở lại).

5. Gãy ở người lớn, gãy di lệch, gãy vào vị trí khó nắn...lẽ ra có chỉ định mổ kết hợp xương nhưng vì lý do nào đó người bệnh không mổ được (già yếu, có bệnh

toàn thân nặng, không có điều kiện mổ, từ chối mổ).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gãy xương hở độ II trở lên.

2. Gãy xương có kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, hoặc hội chứng chèn ép khoang.

3. Chống chỉ định tương đối: người bệnh đến muộn (trên 1 tuần), gãy xương ở người lớn, vào các vị trí khó nắn...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- 01 người thực hiện chính có chứng chỉ hành nghề chấn thương chỉnh hình.

- 01 người phụ có chứng chỉ bó bột.

- 01 Điều dưỡng dụng cụ.

2. Phương tiện

- 1 bàn nắn thông thường.

- 1 đai vải to bản, đủ dài để cố định tay người bệnh vào bàn làm đối lực khi nắn.

- Thuốc gây mê hoặc gây tê: tùy theo tuổi, cân nặng (nếu gây mê, do bác sỹ gây mê chuẩn bị và thực hiện).

- Các dụng cụ thông thường khác: bông lót, bơm tiêm, dịch truyền, bộ dây truyền dịch, dụng cụ hồi sức cấp cứu, nước ngâm bột...

- Bột thạch cao 3-4 cuộn khổ 15 cm, thêm vài cuộn cỡ 10 cm để bó vùng cổ tay.

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với bệnh nhi cần giải thích kỹ cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ áo tay bên bó bột.

- Với người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

4. Hồ sơ bệnh án

- 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.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN BÓ BỘT GẤY THÂN HAI XƯƠNG CẰNG TAY

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra biên bản hồ sơ, hội chẩn, cam kết phẫu thuật, thủ thuật biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh

- Kiểm tra đúng người bệnh.

- Vòng đeo tay bệnh nhân với các thông tin: tên người bệnh, ngày sinh, số hồ sơ, chẩn đoán.

- Đánh dấu bên chi gãy.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Chuẩn bị người bệnh

- Tư thế: nằm ngửa trên bàn nắn thông thường, đặt đai vải đối lực ở trên khuỷu, cố định vào bàn nắn. Cởi bỏ áo bên tổn thương, vệ sinh sạch bằng xà phòng. Tay để nửa sấp nửa ngửa.

- Gây tê: mỗi ổ gãy dùng 2 ống Xylocaine (hoặc Lidocaine) 1% pha loãng với 5 ml nước cất hoặc dung dịch Natriclorua 0,9%. Nếu gây mê, do bác sỹ gây mê thực hiện.

3.2. Các bước tiến hành

3.2.1. Nắn

- Trợ thủ 1: 2 tay nắm cổ tay (hoặc 1 tay nắm ngón 1, tay còn lại nắm 3 hoặc 4 ngón còn lại), kéo thẳng trục cẳng tay để sửa di lệch chùng (khoảng 3-5 phút).

- Người nắn chính: dùng các ngón dài của 2 tay giữ làm đối lực, lấy 2 ngón tay cái đẩy vào đầu xương gãy nắn sửa di lệch trước sau và di lệch trong ngoài, kiểm tra thấy không còn gồ và ổ gãy đã vào phẳng phiu thì tiến hành dùng các ngón dài đặt ở sau giữa cẳng tay, 2 ngón cái đặt ở trước giữa cẳng tay bóp vào hướng của màng liên cốt nhằm tách cho 2 xương tách xa nhau, tránh đầu xương di lệch chụm lại do lực kéo của màng liên cốt. Khi cảm thấy được, đỡ nhẹ nhàng, giữ trục để bó bột. Trợ thủ 2: giúp việc, chạy ngoài...

Cũng có thể nắn bằng cách nắn chùng: bẻ cho cẳng tay gấp góc thêm, nắn cho 2 đầu gãy gối vào nhau rồi duỗi thẳng cẳng tay ra (kiểu này nắn đỡ tổn nhiều lực, nhưng đòi hỏi người nắn có kinh nghiệm), sau đó nắn để tách màng liên cốt cũng tương tự như cách nắn trên.

3.2.2. Bó bột: bột Cánh-cẳng-bàn tay. Lưu ý:

- Bó bột 2 thì, thì 1 bó bột Cẳng-bàn tay, thì 2 tháo bỏ đai vải đối lực để bó tiếp lên vai. Rạch dọc bột hoàn toàn không để sót, dù chỉ là 1 sợi gạc.

- Với gãy 1/3 giữa và 1/3 trên: bó bột tư thế ngửa bàn tay để chống lại lực kéo của cơ sấp tròn. Gãy có kèm trật khớp quay trụ dưới: nắn khớp và khi bó bột, cho duỗi cổ tay và ngửa cẳng bàn tay.

3.2.3. Thời gian bất động: trung bình với người lớn 8-12 tuần (trẻ em tùy theo tuổi). Trong thời gian này:

- Sau 1 tuần cho chụp kiểm tra: với trẻ em và các loại gãy vững: thay bột tròn, nếu cần nắn sửa thêm, chủ yếu là sửa góc. Với gãy không vững: nếu tốt sẽ thay bột tròn hoặc nếu lo xương bị di lệch trong khi thay bột thì để thêm 7-10 ngày nữa mới thay bột tròn cũng được (trước khi thay bột, nên chụp kiểm tra để nếu cần còn nắn chỉnh thêm).

- Sau 3-4 tuần, chụp kiểm tra lần nữa, thay bột lần 2 nhằm tránh hiện tượng xương lệch thêm do lỏng bột.

- Giai đoạn 3-4 tuần sau cùng của quá trình mang bột, nếu gãy xương cẳng tay ở vị trí thấp (1/3 dưới trở xuống) có thể thay bột Cẳng-bàn tay cũng được. Nếu gãy 1/3 trên thì bắt buộc phải thay bột Cánh-cẳng-bàn tay đến khi kết thúc thời gian bất động.

VI. THEO DÕI

- Nhẹ thì theo dõi điều trị ngoại trú.
- Nặng hoặc gãy di lệch, tay sưng nề thì cho vào viện theo dõi nội trú.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Sưng nề, rối loạn dinh dưỡng: nới bột, gác cao tay, cho vào viện theo dõi điều trị nội trú.
- Nghi ngờ có hội chứng chèn ép do bó bột, hội chứng khoang: mổ cấp cứu giải phóng mạch, kết hợp xương.
- Di lệch thứ phát trong gãy di lệch: mổ kết hợp xương có chuẩn bị.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Điều trị bảo tồn gãy thân hai xương cẳng tay – Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột.

03.3851. NẪN, BÓ BỘT GỠY 1/3 DƯỚI HAI XƯƠNG CẰNG TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Cẳng tay có 2 xương dài: xương quay và xương trụ. Giữa 2 xương là màng liên cốt. Màng liên cốt có đặc điểm rất dai, nên khi gãy xương cẳng tay thì do màng này co kéo, các đầu xương gãy thường bị kéo chụm lại tạo hình chữ K, hoặc hình chữ X, khó khăn cho việc nắn chỉnh.

- Gãy thân hai xương cẳng tay là gãy ở vùng màng liên cốt dưới lồi củ nhị đầu 2 cm và trên khớp quay cổ tay 3cm.

- Xương quay, xương trụ và màng liên cốt tạo nên một khung sắp ngửa, quay quanh trục là chỏm quay, mỏm trâm trụ. Bình thường, khi cẳng tay để ngửa 2 xương nằm song song với nhau; khi để sấp cẳng tay, xương quay nằm bắt chéo xương trụ. Nếu nắn chỉnh không tốt (đặc biệt là xương quay), sẽ ảnh hưởng rất nhiều đến sắp ngửa bàn tay.

- Phân loại:

* Phân loại theo vị trí gãy: Gãy 1/3 trên, 1/3 giữa, 1/3 dưới.

Gãy 1/3 trên cẳng tay ở người lớn di lệch: do các khối cơ dày bao phủ, lại có cơ sấp tròn co kéo nên nắn thường ít kết quả, phải mổ kết hợp xương.

* Phân loại theo kiểu gãy:

+ Gãy vững: gãy cành tươi, gãy đôi ngang, không có mảnh rời, ít di lệch.

+ Gãy không vững: Gãy chéo vát, gãy có mảnh rời, gãy nhiều đoạn.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

1. Gãy kín, gãy hở độ I theo phân loại của Gustilo.

2. Gãy ở trẻ em (từ 15 tuổi trở về).

3. Gãy ít lệch hoặc không lệch.

4. Người bệnh đến sớm (1 tuần trở lại).

5. Gãy ở người lớn, gãy di lệch, gãy vào vị trí khó nắn...lẽ ra có chỉ định mổ kết hợp xương nhưng vì lý do nào đó người bệnh không mổ được (già yếu, có bệnh

toàn thân nặng, không có điều kiện mổ, từ chối mổ).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gãy xương hở độ II trở lên.

2. Gãy xương có kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, hoặc hội chứng chèn ép khoang.

3. Chống chỉ định tương đối: người bệnh đến muộn (trên 1 tuần), gãy xương ở người lớn, vào các vị trí khó nắn...

IV. CHUẨN BỊ

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

1. Người thực hiện

- 01 người thực hiện chính có chứng chỉ hành nghề chấn thương chỉnh hình.
- 01 người phụ có chứng chỉ bó bột.
- 01 Điều dưỡng dụng cụ.

2. Phương tiện

- 1 bàn nắn thông thường.
- 1 đai vải to bản, đủ dài để cố định tay người bệnh vào bàn làm đối lực khi nắn.
- Thuốc gây mê hoặc gây tê: tùy theo tuổi, cân nặng (nếu gây mê, do bác sỹ gây mê chuẩn bị và thực hiện).
- Các dụng cụ thông thường khác: bông lót, bơm tiêm, dịch truyền, bộ dây truyền dịch, dụng cụ hồi sức cấp cứu, nước ngâm bột...
- Bột thạch cao 3-4 cuộn khổ 15 cm, thêm vài cuộn cỡ 10 cm để bó vùng cổ tay.

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với bệnh nhi cần giải thích kỹ cho bố mẹ hoặc người thân.
- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ áo tay bên bó bột.
- Với người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

4. Hồ sơ bệnh án

- 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.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN BÓ BỘT GỠ THÂN HAI XƯƠNG CẰNG TAY

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra biên bản hồ sơ, hội chẩn, cam kết phẫu thuật, thủ thuật biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh

- Kiểm tra đúng người bệnh.
- Vòng đeo tay bệnh nhân với các thông tin: tên người bệnh, ngày sinh, số hồ sơ, chẩn đoán.
- Đánh dấu bên chi gãy.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Chuẩn bị người bệnh

- Tư thế: nằm ngửa trên bàn nắn thông thường, đặt đai vải đối lực ở trên khuỷu, cố định vào bàn nắn. Cởi bỏ áo bên tổn thương, vệ sinh sạch bằng xà phòng. Tay để nửa sấp nửa ngửa.

- Gây tê: mỗi ổ gãy dùng 2 ống Xylocaine (hoặc Lidocaine) 1% pha loãng với 5 ml nước cất hoặc dung dịch Natriclorua 0,9%. Nếu gây mê, do bác sỹ gây mê thực hiện.

3.2. Các bước tiến hành

3.2.1. Nắn

- Trợ thủ 1: 2 tay nắm cổ tay (hoặc 1 tay nắm ngón 1, tay còn lại nắm 3 hoặc 4 ngón còn lại), kéo thẳng trục cẳng tay để sửa di lệch chông (khoảng 3-5 phút).

- Người nắn chính: dùng các ngón dài của 2 tay giữ làm đối lực, lấy 2 ngón tay cái đẩy vào đầu xương gãy nắn sửa di lệch trước sau và di lệch trong ngoài, kiểm tra thấy không còn gồ và ổ gãy đã vào phẳng phiu thì tiến hành dùng các ngón dài đặt ở sau giữa cẳng tay, 2 ngón cái đặt ở trước giữa cẳng tay bóp vào hướng của màng liên cốt nhằm tách cho 2 xương tách xa nhau, tránh đầu xương di lệch chụm lại do lực kéo của màng liên cốt. Khi cảm thấy được, đỡ nhẹ nhàng, giữ trục để bó bột. Trợ thủ 2: giúp việc, chạy ngoài...

Cũng có thể nắn bằng cách nắn chùng: bẻ cho cẳng tay gấp góc thêm, nắn cho 2 đầu gãy gối vào nhau rồi duỗi thẳng cẳng tay ra (kiểu này nắn đỡ tổn nhiều lực, nhưng đòi hỏi người nắn có kinh nghiệm), sau đó nắn để tách màng liên cốt cũng tương tự như cách nắn trên.

3.2.2. Bó bột: bột Cánh-cẳng-bàn tay. Lưu ý:

- Bó bột 2 thì, thì 1 bó bột Cẳng-bàn tay, thì 2 tháo bỏ đai vải đối lực để bó tiếp lên vai. Rạch dọc bột hoàn toàn không để sót, dù chỉ là 1 sợi gạc.

- Với gãy 1/3 giữa và 1/3 trên: bó bột tư thế ngửa bàn tay để chống lại lực kéo của cơ sấp tròn. Gãy có kèm trật khớp quay trụ dưới: nắn khớp và khi bó bột, cho duỗi cổ tay và ngửa cẳng bàn tay.

3.2.3. Thời gian bất động: trung bình với người lớn 8-12 tuần (trẻ em tùy theo tuổi). Trong thời gian này:

- Sau 1 tuần cho chụp kiểm tra: với trẻ em và các loại gãy vững: thay bột tròn, nếu cần nắn sửa thêm, chủ yếu là sửa góc. Với gãy không vững: nếu tốt sẽ thay bột tròn hoặc nếu lo xương bị di lệch trong khi thay bột thì để thêm 7-10 ngày nữa mới thay bột tròn cũng được (trước khi thay bột, nên chụp kiểm tra để nếu cần còn nắn chỉnh thêm).

- Sau 3-4 tuần, chụp kiểm tra lần nữa, thay bột lần 2 nhằm tránh hiện tượng xương lệch thêm do lỏng bột.

- Giai đoạn 3-4 tuần sau cùng của quá trình mang bột, nếu gãy xương cẳng tay ở vị trí thấp (1/3 dưới trở xuống) có thể thay bột Cẳng-bàn tay cũng được. Nếu gãy 1/3 trên thì bắt buộc phải thay bột Cánh-cẳng-bàn tay đến khi kết thúc thời gian bất động.

VI. THEO DÕI

- Nhẹ thì theo dõi điều trị ngoại trú.
- Nặng hoặc gãy di lệch, tay sưng nề thì cho vào viện theo dõi nội trú.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Sưng nề, rối loạn dinh dưỡng: nới bột, gác cao tay, cho vào viện theo dõi điều trị nội trú.
- Nghi ngờ có hội chứng chèn ép do bó bột, hội chứng khoang: mổ cấp cứu giải phóng mạch, kết hợp xương.
- Di lệch thứ phát trong gãy di lệch: mổ kết hợp xương có chuẩn bị.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Điều trị bảo tồn gãy thân hai xương cẳng tay – Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột.

03.3852. NẮN, BÓ BỘT GỠY MỘT XƯƠNG CẰNG TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy đầu dưới xương quay là loại gãy phổ biến nhất vùng cổ tay ở người lớn. Nguyên nhân thường do ngã chống tay. Hay gặp nhất là gãy kiểu PouteauColles. Còn lại là gãy các kiểu khác: các loại gãy nội khớp, gãy mỏm trâm quay, gãy kèm gãy đầu dưới xương trụ hoặc gãy mỏm trâm trụ...

- Gãy Pouteau-Colles (hoặc Colles): là gãy đầu dưới xương quay, đường gãy cách khe khớp cổ tay 2,5- 3 cm, là loại gãy ngoại khớp, có 2 kiểu di lệch điển hình là di lệch ra ngoài (tạo hình lưỡi lê) và di lệch ra sau (tạo hình đĩa).

- Trong một số ít trường hợp (khoảng 3%) đoạn gãy dưới có thể di lệch vào trong và ra trước (gãy Smiths, hoặc Goyrand).

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

1. Gãy kín, gãy hở độ I theo Gustilo.
2. Gãy đầu dưới xương quay ở trẻ em.
3. Tất cả các trường hợp gãy kín đầu dưới xương quay đến sớm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gãy hở từ độ 2 trở lên theo Gustilo.
2. Gãy xương kèm tổn thương mạch, thần kinh, hội chứng khoang bàn tay.
3. Chống chỉ định tương đối: những trường hợp sưng nề nhiều, nhiều nốt phỏng, biểu hiện của rối loạn dinh dưỡng. Các trường hợp này nên bất động tạm bằng các loại nẹp, cho gạc cao tay, thuốc men..., chờ ít ngày tay bớt sưng nề sẽ nắn bó bột thực thụ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 người thực hiện chính có chứng chỉ hành nghề chấn thương chỉnh hình.
- 01 người phụ có chứng chỉ bó bột.
- 01 Điều dưỡng dụng cụ.

2. Phương tiện

- 1 bàn nắn thông thường.
- 1 đai vải to bản, đủ dài để cố định tay người bệnh vào bàn làm đối lực khi nắn.
- Thuốc gây mê hoặc gây tê.
- Bột thạch cao 3-4 cuộn khổ 15 cm.

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với bệnh nhi cần giải thích kỹ cho bố mẹ hoặc người thân.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ áo tay bên bó bột.
- Với người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

4. Hồ sơ bệnh án

- 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.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra biên bản hồ sơ, hội chẩn, cam kết phẫu thuật, thủ thuật biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh

- Kiểm tra đúng người bệnh.
- Vòng đeo tay bệnh nhân với các thông tin: tên người bệnh, ngày sinh, số hồ sơ, chẩn đoán.
- Đánh dấu bên chi gãy.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Nắn chỉnh ổ gãy

3.1.1. Người bệnh

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa trên bàn, dùng dây đai to bản cố định khuỷu tay vào mẫu ngang ở bàn nắn làm đối lực.
- Cẳng tay, bàn tay người bệnh để sấp (nếu gãy kiểu Pouteau-Colles và các di lệch ra sau), để ngửa (nếu gãy Smiths, Goyrand và các loại gãy di lệch ra trước khác).
- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê tùy từng trường hợp cụ thể.

3.1.2. Các bước tiến hành: dựa vào sự di lệch trên phim XQ để nắn xương

a) Nắn gãy di lệch kiểu Pouteau-Colles

- Cố định khuỷu tay gấp 90°, sấp cổ bàn tay. Sau khi thuốc tê có hiệu lực:
- Người phụ 1: một tay nắm lấy ngón cái kéo theo trục của xương quay, tay kia nắm các ngón còn lại kéo theo hướng cẳng tay, kéo giãn chừng 3-5 phút.
- Người nắn chính: nắn sửa di lệch ra sau bằng 2 cách chính:
 - + Cách 1: dùng các ngón tay dài của 2 tay giữ phía trước cẳng tay và cổ tay người bệnh làm đối lực, dùng 2 ngón cái đẩy mạnh vào đầu dưới xương quay để sửa di lệch ra sau. Sau đó nắn nghiêng về phía trụ để sửa di lệch ra ngoài.
 - + Cách 2: dùng 1 tay giữ ở phía trước cẳng tay và cổ tay làm đối lực, tay kia dùng cả cùi gan tay (cườm gan tay) đẩy mạnh vào đầu dưới xương quay để sửa di lệch ra sau. Nắn sửa di lệch ra ngoài tương tự như cách 1.

+ Cũng có thể nắn theo cách khác: vì gãy kiểu Pouteau-Colles, do 2 thành xương (thành sau của đoạn trên ổ gãy và thành trước của đoạn dưới ổ gãy) là các diện mặt phẳng tỳ lên nhau, dễ nắn, nên nắn sửa di lệch trong-ngoài xong thì mới nắn sửa di lệch trước-sau. Ngoài ra, có thể nắn bằng cách: đưa đầu dưới gấp góc thêm, rồi dùng 2 ngón tay cái đẩy trượt cho 2 diện gãy gối vào nhau rồi đột ngột duỗi cổ tay ra, xương sẽ được nắn vào tốt.

b) Nắn gãy kiểu Smiths, Goyrand và các kiểu gãy di lệch ra trước:

- Tay người bệnh để ngửa, nắn ngược chiều với cách nắn kiểu di lệch ra sau.

- Còn có thể nắn bằng cách: sau khi kéo giãn như trên, dựng đứng cẳng bàn tay người bệnh lên, dùng 2 ngón cái đẩy đầu dưới xương quay ra sau, gãy kiểu này đa số là gãy chéo nội khớp, xương có thể vào dễ.

c) Nắn gãy mỏm trâm quay, các loại gãy khác: tùy theo di lệch mà nắn

3.2. Bất động: bó bột Cẳng-bàn tay.

3.2.1. Các bước tiến hành bó bột

- **Bước 1:** Quần giấy vệ sinh hoặc bông lót, hoặc lòng bát tất jersey, đặt 1 dây rạch dọc chính giữa mặt trước cẳng bàn tay. Không đặt dây rạch dọc sang 2 bên hoặc ra sau cẳng tay. Giấy, bông hoặc jersey bao giờ cũng làm dài hơn bột.

- **Bước 2:** Rải nẹp bột: lấy 1 trong số những cuộn bột đã được chuẩn bị, rải lên bàn, xếp đi xếp lại hình Zích-zắc khoảng 4-6 lớp, độ dài của nẹp được đo trước (từ mỏm khuỷu đến khớp bàn-ngón), cuộn hoặc gấp nhỏ lại, ngâm nhanh trong nước, vớt ra, bóp nhẹ cho ráo nước, gỡ ra và vuốt cho phẳng, đặt nẹp bột ra sau tay theo mốc đã định, vuốt dọc nẹp bột vào sau cẳng bàn tay cho phẳng.

- **Bước 3:** Quần bột: quần vòng tròn quanh tay và nẹp bột đã đặt từ trước, quần đều tay theo kiểu xoay tròn ốc từ trên xuống dưới rồi từ dưới lên trên cho đến hết cuộn bột. Nếu thấy bột chưa đủ dày, vừa quần bột vừa thả tiếp 1 cuộn bột nữa vào chậu, lưu ý là nếu ngâm bột quá lâu hoặc quá vội mà vớt lên sớm đều không tốt. Thường thấy rằng, cuộn bột ngâm khi nào vừa hết sủi tăm là tốt. Bó bột nên lăn đều tay, nhẹ nhàng, không tỳ ngón tay vào một vị trí của bột quá lâu dễ gây lõm bột, quần đến đâu vuốt và xoa đến đấy, độ kết dính sẽ tốt hơn, bột sẽ nhẵn và đẹp. Thấy bột đã đủ dày, xoa vuốt, chỉnh trang cho bột nhẵn, đều và đẹp. Cần bộc lộ mô cái để tập sớm (trừ 1 số trường hợp đặc biệt, bột ôm cả mô cái và đốt 1 ngón cái như khi gãy xương thuyền, xương bàn 1, đốt 1 ngón 1).

- **Bước 4:** Rạch dọc bột và băng giữ ngoài bột: có thể rạch bột từ trên xuống hoặc từ dưới lên. Một tay cầm đầu dây nâng cao vuông góc với mặt da, một tay rạch bột theo đường đi của dây, cẩn thận không làm đứt dây. Để dây không bị tuột, nên quặt đầu dây, quần qua ngón 2 hoặc ngón 3. Rạch từ trên xuống và rạch từ dưới lên, đến khi 2 đường rạch gần gặp nhau thì túm cả 2 đầu

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

dây lên để rạch nốt, khi cầm dây lên xem, dây còn nguyên vẹn thì chắc chắn rằng bột đã được rạch dọc hoàn toàn. Băng giữ ngoài bột. Cuối cùng, đừng quên lau chùi sạch các ngón tay để tiện theo dõi màu sắc ngón tay trong quá trình mang bột.

3.2.2. Thời gian bất động: 4-5 tuần. Trong thời gian bất động: sau 7-10 ngày cho

chụp kiểm tra, thay bột tròn, nếu có di lệch thứ phát thì nắn sửa thêm.

VI. THEO DÕI

- Nhẹ thì theo dõi điều trị ngoại trú.
- Nặng hoặc gây di lệch, tay sưng nề thì cho vào viện theo dõi nội trú.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Hội chứng chèn ép khoang gan tay: ít gặp. Nếu có: mổ cấp cứu giải phóng thần kinh giữa và các thành phần khác trong ống cổ tay.
2. Hội chứng Sudeck, rối loạn dinh dưỡng: điều trị phục hồi chức năng.
3. Tai biến muộn: can lệch (tùy tuổi người bệnh, tùy cơ năng mà quyết định).

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Điều trị bảo tồn gãy đầu dưới xương quay – Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột.

03.3854. NẮN, BÓ BỘT GỠ XƯƠNG BÀN, NGÓN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bột cứng- bàn tay là loại bột bó từ khuỷu tay xuống đến bàn tay.
- + Trên được giới hạn bởi: phía sau là mỏm khuỷu, phía trước là dưới nếp khuỷu khoảng 1 cm, để mục đích khi người bệnh gấp khuỷu tay mép bột không gây đau.
- + Dưới được giới hạn bởi khớp bàn- ngón tay.
- Bột Cứng-bàn tay ngoài tư thế cơ năng, còn có một số tư thế đặc biệt:
- + Gãy Pouteau- Collès: bó bột tư thế cổ tay gấp nhẹ và nghiêng trụ (15-20°).
- + Gãy Goyrand (hoặc gãy Smiths): bó bột duỗi cổ tay, ngửa cẳng tay, bàn tay.
- + Gãy Bennett: bó bột ôm ngón 1, dạng đốt bàn 1, đốt 1 ngón 1.
- + Với trật khớp quay trụ dưới: bó bột duỗi cổ tay và ngửa cẳng tay, bàn tay...

II. CHỈ ĐỊNH BÓ BỘT CĂNG - BÀN TAY

1. Gãy đầu dưới xương quay hoặc đầu dưới xương trụ, (kể cả 2 mỏm trâm).
2. Gãy 1 hoặc nhiều xương thuộc khối tụ cốt cổ tay.
3. Gãy xương bàn tay, gãy xương đốt 1 các ngón tay (có kèm nếp Iselin).
4. Các tổn thương phần mềm vùng cổ tay: bong gân, tổn thương dây chằng...).
5. Các tổn thương viêm nhiễm: lao khớp cổ tay, viêm khớp cổ tay.
6. Nắn chỉnh kiểu giai đoạn trong hội chứng Volkmann, co gân...
7. Sau một số phẫu thuật vùng cổ, bàn tay. Sau chọc hút bao hoạt dịch cổ tay.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gãy hở xương độ II theo Gustilo trở lên chưa được xử trí phẫu thuật.
2. Gãy xương có kèm đưng dập nặng phần mềm.
3. Có tổn thương mạch máu hoặc thần kinh, hội chứng chèn ép khoang.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 người thực hiện chính có chứng chỉ hành nghề chấn thương chỉnh hình.
- 01 người phụ có chứng chỉ bó bột.
- 01 Điều dưỡng dụng cụ.

2. Phương tiện

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- 1 bàn nắn thông thường, tốt nhất như kiểu bàn mỡ (chắc, nặng, dễ khi kéo nắn bàn không bị chạy). Ở nơi không có điều kiện, có thể dùng bàn sắt, bàn gỗ, nhưng chân bàn phải được cố định chắc xuống sàn nhà. Bàn kéo nắn cần có các mẫu ngang để mắc các đai đối lực khi kéo nắn.

- Đai đối lực: bằng vải mềm, dai, to bản (như kiểu quai ba lô) để tránh gây tổn thương cho da khi kéo nắn.

- Thuốc tê hoặc thuốc mê: số lượng tùy thuộc người bệnh là trẻ em hay người lớn, trọng lượng người bệnh. Kèm theo là dụng cụ gây tê, gây mê, hồi sức (bơm tiêm, cồn 70°, thuốc chống sốc, mặt nạ bóp bóng, đèn nội khí quản...).

- Bột thạch cao chuyên dụng: với người lớn cần 3-4 cuộn cỡ 10 cm là đủ (kể cả 1 phần trong đó dùng để rải thành nẹp bột, trẻ em dùng ít hơn, bột nhỏ hơn tùy theo tuổi). Ở những tuyến có điều kiện, tốt nhất là dùng loại bột đóng gói sẵn. Ở những nơi không có điều kiện, sử dụng bột tự sản xuất cũng tốt, với điều kiện bột sản xuất ra không để quá lâu, bột sản xuất quá lâu sẽ bị bão hòa hơi nước, không đảm bảo độ vững chắc nữa, bột bó xong sẽ nhanh rã, nhanh hỏng.

- Giấy vệ sinh, bông cuộn hoặc bít tất vải xốp mềm để lót (jersey). Lưu ý, nếu dùng giấy vệ sinh, có thể gây dị ứng da người bệnh. Ở những nước phát triển, người ta thường dùng jersey, rất tiện lợi, vì nó có độ co giãn rất tốt, không gây chèn ép và có thể dùng cho nhiều kích cỡ chân tay to nhỏ khác nhau.

- Dây rạch dọc (dùng cho bột cấp cứu, khi tổn thương 7 ngày trở lại): thường dùng một đoạn băng vải có độ dài vừa phải, vệ sẵn lại để đảm bảo độ chắc là đủ, không cần dây chuyên dụng.

- Dao hoặc cưa rung để rạch dọc bột trong trường hợp bó bột cấp cứu (tổn thương trong 7 ngày đầu). Nếu dùng dao rạch bột, dao cần sắc, nhưng không nên dùng dao mũi nhọn, để phòng lỡ tay gây vết thương cho người bệnh (mặc dù tai biến này rất hiếm gặp). Nếu dùng cưa rung để rạch bột, cần lưu ý phải chờ cho bột khô hẳn mới làm, vì cưa rung chỉ cắt đứt các vật khô cứng, cũng chính vì thế chúng ta không lo ngại cưa rung làm rách da người bệnh, có chăng, nên cẩn thận khi cưa bột mà ngay ở dưới lưỡi cưa là các mẫu xương (ví dụ các mắt cá, xương bánh chè...).

- Nước để ngâm bột: đủ về số lượng để ngâm chìm hẳn các cuộn bột. Lưu ý, mùa lạnh phải dùng nước ấm, vì trong quá trình bột khô cứng sẽ tiêu hao một nhiệt lượng đáng kể làm nóng bột, có thể gây hạ thân nhiệt người bệnh, gây cảm lạnh. Nước sử dụng ngâm bột phải được thay thường xuyên để đảm bảo vệ sinh và tránh hiện tượng nước có quá nhiều cặn bột ảnh hưởng đến chất lượng bột.

- 1 cuộn băng vải hoặc băng thun, để băng giữ ngoài bột, khi việc bó bột và rạch dọc bột đã hoàn thành.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

3. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương, nhất là những tổn thương lớn có thể gây tử vong trong quá trình nắn bó bột (chấn thương sọ não, chấn thương ngực, vỡ tạng đặc, vỡ tạng rỗng...).

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật, để người bệnh khỏi bị bất ngờ, động viên để họ yên tâm, hợp tác tốt với thầy thuốc. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng xương gãy, cởi hoặc cắt bỏ tay áo bên tay gãy.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5 – 6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược (nước hoặc thức ăn từ dạ dày tràn sang đường thở gây tắc thở).

4. Hồ sơ bệnh án

- 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.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH BÓ BỘT CẰNG BÀN TAY

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra biên bản hồ sơ, hội chẩn, cam kết phẫu thuật, thủ thuật biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh

- Kiểm tra đúng người bệnh.

- Vòng đeo tay bệnh nhân với các thông tin: tên người bệnh, ngày sinh, số hồ sơ, chẩn đoán.

- Đánh dấu bên chi gãy

3. Thực hiện kỹ thuật

Ở đây chỉ nêu cách bó bột, còn cách nắn sẽ xem ở các bài về điều trị gãy cụ thể cho từng loại xương gãy.

3.1. Chuẩn bị người bệnh

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, 1 đai vải đối lực đặt trên nếp khuỷu, càng sát nếp khuỷu càng tốt. Nếu đặt quá cao trên nếp khuỷu, khi kéo nắn có thể gây gãy xương cánh tay). Đai vải đối lực được cố định chắc vào mấu của bàn nắn.

- Người thực hiện chính: đứng bên phía tay định bó bột của người bệnh. Trợ thủ viên 1: một tay cầm ngón cái, một tay cầm vào 3 hoặc 4 ngón còn lại của người bệnh kéo xuống theo trục cơ thể người bệnh. Kỹ thuật viên chính sẽ là người trực tiếp bó bột. Trợ thủ viên 1: kéo giữ tay người bệnh, trợ thủ viên 2: giúp việc.

3.2. Các bước tiến hành bó bột

- **Bước 1:** Quần giấy vệ sinh hoặc bông lót, hoặc lông bít tất jersey, đặt 1 dây rạch dọc chính giữa mặt trước cẳng bàn tay. Không đặt dây rạch dọc sang 2 bên hoặc ra sau cẳng tay. Giấy, bông hoặc jersey bao giờ cũng làm rộng hơn bột.

- **Bước 2:** Rải nẹp bột: lấy 1 trong số những cuộn bột đã được chuẩn bị, rải lên bàn, xếp đi xếp lại hình Zích-zắc khoảng 4-6 lớp, độ dài của nẹp được đo trước (từ mỏm khuỷu đến khớp bàn-ngón), cuộn hoặc gấp nhỏ lại, ngâm nhanh trong nước, vớt ra, bóp nhẹ cho ráo nước, gỡ ra và vuốt cho phẳng, đặt nẹp bột ra sau tay theo mốc đã định, vuốt dọc nẹp bột vào sau cẳng bàn tay cho phẳng.

- **Bước 3:** Quần bột: quần vòng tròn quanh tay và nẹp bột đã đặt từ trước, quần đều tay theo kiểu xoáy tròn ốc từ trên xuống dưới rồi từ dưới lên trên cho đến hết cuộn bột. Nếu thấy bột chưa đủ dày, vừa quần bột vừa thả tiếp 1 cuộn bột nữa vào chậu, lưu ý là nếu ngâm bột quá lâu hoặc quá vội mà vớt lên sớm đều không tốt. Thường thấy rằng, cuộn bột ngâm khi nào vừa hết sủi tăm là tốt.

Bó bột nên lăn đều tay, nhẹ nhàng, không tỳ ngón tay vào một vị trí của bột quá lâu dễ gây lõm bột, quần đến đâu vuốt và xoa đến đấy, độ kết dính sẽ tốt hơn,

bột sẽ nhẵn và đẹp. Thấy bột đã đủ dày, xoa vuốt, chỉnh trang cho bột nhẵn, đều và đẹp. Cần bộc lộ mô cái để tập sớm (trừ 1 số trường hợp đặc biệt, bột ôm cả mô cái và đốt 1 ngón cái như khi gãy xương thuyền, xương bàn 1, đốt 1 ngón 1).

- **Bước 4:** Rạch dọc bột và băng giữ ngoài bột: có thể rạch bột từ trên xuống hoặc từ dưới lên. Một tay cầm đầu dây nâng cao vuông góc với mặt da, một tay rạch bột theo đường đi của dây, cẩn thận không làm đứt dây. Để dây không bị tuột, nên quặt đầu dây, quần qua ngón 2 hoặc ngón 3. Rạch từ trên xuống và rạch từ dưới lên, đến khi 2 đường rạch gần gặp nhau thì túm cả 2 đầu dây lên để rạch nốt, khi cầm dây lên xem, dây còn nguyên vẹn thì chắc chắn rằng bột đã được rạch dọc hoàn toàn. Băng giữ ngoài bột. Cuối cùng, đừng quên lau chùi sạch các ngón tay để tiện theo dõi màu sắc ngón tay trong quá trình mang bột.

VI. THEO DÕI

1. Nặng hoặc có tổn thương phối hợp: cho người bệnh nhập viện để theo dõi

2. Nhẹ và vừa: theo dõi điều trị ngoại trú.

- Dẫn dò kỹ và hướng dẫn người bệnh có thể tự theo dõi: nhiệt độ, màu sắc, vận động, cảm giác: dấu hiệu tê bì hoặc kiến bò, trẻ em quấy khóc...

- Hẹn khám lại sau 24 giờ, để phát hiện và xử trí sớm những biến chứng.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Nhẹ nhất là sưng nề, rối loạn dinh dưỡng: nới bột, kê tay cao, thuốc chống nề.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

2. Nặng hơn, có thể gặp: choáng do quá sợ hãi hoặc choáng do thuốc tê: truyền dịch, an thần, thuốc chống shock, hô hấp hỗ trợ (thở ô xy), bóp bóng...

3. Nặng nữa, có thể gặp: co thắt khí phế quản, trào ngược, ngừng thở, ngừng

tim: ngoài các động tác trên, cần hô hấp chỉ huy (đặt nội khí quản, mở khí quản), hút đờm dãi, trợ tim, bóp tim ngoài lồng ngực...và nhanh chóng chuyển người bệnh đến cơ sở cấp cứu cấp trên gần nhất.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ chỉ đạo cấp cứu – Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột.

03.3863. NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP GỐI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Trật khớp gối là một chấn thương tuy ít gặp nhưng thường là nặng, gây tổn thương nặng phần mềm và các cấu trúc giữ vững khớp gối. Bên cạnh các tổn thương dây chằng, bao khớp, sụn chêm... có thể gây tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang.

- Trật khớp gối nắn thường dễ, nhưng hậu quả về lâu dài thì thường để lại di chứng lỏng khớp, phải phẫu thuật để tái tạo dây chằng.

- Trật khớp gối có kèm gãy xương thường nặng và có chỉ định mổ.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

Nắn trật khớp gối là phương pháp điều trị đầu tiên, cần thiết cho mọi trường hợp trật khớp gối do chấn thương. Kể cả các trường hợp phải mổ thì nắn và bất động bột để chờ mổ cũng là một việc làm hết sức hữu ích.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Không điều trị bảo tồn những trường hợp trật hỏ khớp gối.

2. Trật khớp kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 người thực hiện chính có chứng chỉ hành nghề chấn thương chỉnh hình.

- 01 người phụ có chứng chỉ bó bột.

- 01 Điều dưỡng dụng cụ.

2. Phương tiện

- Bàn nắn: bàn nắn bình thường. Cần 1 độn gỗ để kê dưới chân người bệnh khi bó bột.

- Thuốc gây tê hoặc gây mê.

- Bột thạch cao: 4-5 cuộn khổ 20 cm, 3- 4 cuộn khổ 15 cm.

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

4. Hồ sơ bệnh án

- 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.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra biên bản hồ sơ, hội chẩn, cam kết phẫu thuật, thủ thuật biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh

- Kiểm tra đúng người bệnh.
- Vòng đeo tay bệnh nhân với các thông tin: tên người bệnh, ngày sinh, số hồ sơ, chẩn đoán.
- Đánh dấu bên chi gãy.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Nắn chỉnh: Trật khớp gối làm tổn thương toàn bộ các dây chằng và các phương tiện giữ khớp khác, nên việc nắn vào khớp thường không khó, nhưng nắn xong khớp lại rất dễ trật ra.

- Tư thế người bệnh: Nằm ngửa trên bàn, tốt nhất là bàn chỉnh hình.
- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.
- Hút máu tụ khớp gối ở vùng túi cùng ngoài của cơ tứ đầu đùi.
- Người phụ đứng giữ phần trên người bệnh bằng cách giữ tay qua nách người bệnh. Người nắn chỉnh sẽ giữ chắc cổ và bàn chân người bệnh, kéo thẳng từ từ đến khi xương tự trượt về vị trí bình thường. Nếu xương bánh chè vẫn còn trật thì duỗi thẳng gối đẩy nhẹ nhàng về vị trí.
- Với các trường hợp khó khăn, đưa lên bàn chỉnh hình để kéo nắn.

3.2. Bất động: ống bột rạch dọc.

3.2.1. Người bệnh

- Nằm ngửa, gót chân kê cao trên đệm gỗ.
- Được cởi hoặc cắt bỏ quần bên bó bột.
- Nếu hút dịch hoặc máu tụ khớp gối, phải đảm bảo nguyên tắc vô trùng: vệ sinh bằng xà phòng, sát trùng cồn 70° rộng rãi, trải toan lỗ đã hấp tiệt trùng, đi găng hấp. Chọc hút: dùng bơm tiêm 20 ml hoặc to hơn, kim to và dài, chọc ở vị trí túi cùng cơ tứ đầu đùi ngoài (phần căng phồng ở phía trên-ngoài của cực trên xương bánh chè). Chỉ cần chọc hút ở 1 vị trí trên, do các túi cùng thông nhau, dịch hoặc máu tụ sẽ ra tốt. Không cố hút hết dịch hoặc máu, còn một ít, dịch hoặc máu sẽ tự tiêu trong 1 vài tuần.

3.2.2. Các bước tiến hành bó bột:

- **Bước 1:** Quần giấy hoặc bông lót, hoặc lông tất jersey, đặt dây rạch dọc mặt trước đùi, gối, cẳng chân. Vùng khớp gối và cổ chân nên đệm dày hơn để đỡ đau và đỡ chèn ép. Đặt dây rạch dọc (với bột cấp cứu) ở phía trước đùi, gối, cẳng chân).

- **Bước 2:** Đặt nẹp bột: Rải 1 nẹp bột bằng bột khô rộng theo độ dài đo trước, theo mốc đã định, chú ý vuốt cho nẹp bột phẳng phiu, đỡ cộm khi bó bột.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- **Bước 3:** Quần bột: trong khi trợ thủ 1 giữ nếp bột vào mặt sau đùi, 1 tay dưới đầu trên nếp, 1 tay dưới khoeo người bệnh, trợ thủ 2 giữ nếp bột, 1 tay dưới mặt sau cẳng chân, 1 tay dưới đầu nếp ở cổ chân. Kỹ thuật viên chính tiến hành quần bột. Dùng bột to bản quần từ giữa gối, quần từ dưới lên trên, rồi từ trên xuống dưới kiểu xoáy tròn ốc, quần đến đâu, trợ thủ viên nhắc tay ra đỡ chân người bệnh ở vị trí khác, 2 trợ thủ viên nhớ dùng cả lòng bàn tay để đỡ bột và thay đổi liên tục vị trí đỡ bột để bột khỏi bị móp, bị lõm. Thường thì bó 6-8 lớp là đủ. Xoa, vuốt, chỉnh trang cho bột nhẵn, phẳng và đẹp. Đỡ bột cho khô dần ở tư thế duỗi (nhưng không để ưỡn tối đa, gây khó chịu khi mang bột).

- **Bước 4:** Rạch dọc bột (nếu bột cấp cứu).

- Sau 1 tuần chụp kiểm tra, thay bột ống tròn (nếu nhiều máu tụ thì hút, nếu ít, máu sẽ tự tiêu sau 1 vài tuần).

- Thời gian bất động bột: 6 tuần trở lên (có thể bất động đến 8 tuần).

VI. THEO DÕI

- Trật khớp gối nắn thì dễ, nhưng vấn đề theo dõi lại vô cùng quan trọng, vì thương tổn vùng gối thường nặng. Phải thăm khám đánh giá đúng mức độ thương tổn, tránh bỏ sót những đưng dập mạch máu, mặc dù ban đầu kiểm tra vẫn bắt được mạch.

- Trường hợp nặng hoặc cần theo dõi chèn ép: cho vào viện theo dõi nội trú.

- Người bệnh được kê chân cao, theo dõi sát mạch mu chân và chày sau, vận động và cảm giác cũng như màu sắc, nhiệt độ của ngón chân trong vòng 5-7 ngày đầu (1 vài ngày đầu phải kiểm tra đánh giá hàng giờ).

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Nếu có tai biến tổn thương mạch máu, hoặc hội chứng khoang phải chuyển mổ cấp cứu càng sớm càng tốt (giải phóng mạch, nối mạch, ghép mạch...).

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Điều trị bảo tồn trật khớp gối – Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột.

03.3864. NẪN, BÓ BỘT GỠY 1/3 TRÊN HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Cẳng chân có hai xương: xương chày và xương mác, xương chày chịu toàn bộ sức tỳ nén của cơ thể nên cần chắc chắn tốt. Xương mác chỉ quan trọng khi gãy ở vị trí 1/3 dưới hoặc đầu dưới (nơi cùng đầu dưới xương chày và xương sên cấu tạo nên khớp cổ chân).

- Khi xương chày bị gãy, vì có cân cơ dẹt (một loại cân nội cơ), vách liên cơ lại dày và chắc nên nguy cơ dẫn đến hội chứng khoang, đặc biệt là ở vùng 1/3 trên cẳng chân.

- Dinh dưỡng vùng cẳng chân nói chung kém, tuần hoàn tĩnh mạch dễ bị ứ trệ, vùng 1/3 dưới xương hầu như chỉ được bao quanh bởi các nhóm gân và da do vậy gãy xương chày ở người lớn và người già thường chậm liền.

- Xương chày hình lăng trụ tam giác, mặt trước trong không được cơ che phủ, nên dễ bị gãy hở, gây nhiều khó khăn trong điều trị, đặc biệt là vấn đề nhiễm khuẩn.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

Ngày nay chỉ định phẫu thuật rộng rãi điều trị gãy hai xương cẳng chân.

Chỉ định bảo tồn với những trường hợp sau:

1. Gãy không di lệch hoặc di lệch ít.

2. Gãy di lệch lệch ra có chỉ định mổ, nhưng do điều kiện y tế, tình trạng người bệnh không tiến hành phẫu thuật được (thể trạng kém, có bệnh toàn thân nặng như tiểu đường nặng, bệnh tim mạch, rối loạn đông máu...).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Không điều trị bảo tồn những trường hợp gãy hở độ II của Gustilo trở lên chưa được xử trí phẫu thuật.

2. Gãy xương kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang.

3. Những trường hợp sưng nề, nốt phỏng nhiều nên kê chân cao trên khung (có thể kéo liên tục qua xương gót) chờ khi chân bớt nề sẽ bó bột.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 người thực hiện chính có chứng chỉ hành nghề chấn thương chỉnh hình.

- 01 người phụ có chứng chỉ bó bột.

- 01 Điều dưỡng dụng cụ.

2. Phương tiện

- Bàn nắn:

+ Trường hợp đơn giản, ít lệch: bàn nắn bình thường. Cần thêm 1 độn gỗ để kê dưới chân người bệnh.

+ Trường hợp khó, phức tạp: bàn nắn chỉnh hình có hệ thống kéo và căng chỉnh (bàn Pelvie).

- Thuốc gây tê hoặc gây mê.

- Bột thạch cao: 4-5 cuộn khổ 20 cm, 3- 4 cuộn khổ 15 cm.

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ quần.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

4. Hồ sơ bệnh án

- 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.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra biên bản hồ sơ, hội chẩn, cam kết phẫu thuật, thủ thuật biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh

- Kiểm tra đúng người bệnh.

- Vòng đeo tay bệnh nhân với các thông tin: tên người bệnh, ngày sinh, số hồ sơ, chẩn đoán.

- Đánh dấu bên chi gãy.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Nắn chỉnh ổ gãy

- Tư thế người bệnh: Nằm ngửa trên bàn, tốt nhất là bàn chỉnh hình.

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

3.1.1. Nối dùng bàn chỉnh hình: cố định cổ bàn chân vào giá kéo qua một băng vải quấn vào cổ chân. Tăng dần lực kéo để sửa di lệch chồng. Sau đó tùy theo di lệch thế nào, dùng hai lòng bàn tay đặt ở trên và dưới ổ gãy, ép đẩy hai đầu xương về vị trí. Thả chùng dây kéo để hai đầu xương cài vào nhau. Kiểm tra bằng cách sờ dọc mào chày và mặt trước trong xương chày (là các vị trí xương chày nằm ngay dưới da, dễ kiểm tra nhất). Chụp kiểm tra nếu hai đầu xương gãy áp vào nhau là được. Các di lệch gấp góc vượt quá giới hạn cho phép là 15° với gãy 1/3 giữa và 10° với 1/3 trên có thể dễ dàng sửa bằng cách cắt bột hình chêm (còn gọi là cắt múi cam) sau khoảng 2-3 tuần đầu.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

3.1.2. Nếu nắn trên bàn thường: để gối gấp qua mép cuối bàn, có đệm lót mặt dưới đùi cho êm. Người nắn ngồi trên ghế thấp, kẹp chặt bàn chân người bệnh vào giữa hai đầu gối kéo giãn căng chân xuống (hoặc trợ thủ 1 dùng tay để kéo cũng được). Có thể tăng lực kéo giãn bằng cách nâng bàn cao hơn để sửa di lệch chông. Hai tay được tự do nắn chỉnh di lệch như mô tả trên. Để cơ giãn và chùng ra tiện lợi hơn trong việc nắn, nhiều khi người ta để chân buông thõng, buộc băng qua cổ chân để kéo tạ với trọng lượng 5-7 kg, trong khoảng 10-12 phút rồi mới tiến hành kéo nắn như trên.

3.2. Bất động: bó bột Đùi-cẳng-bàn chân rạch dọc 2 thì.

3.2.1. Bó bột trên bàn thông thường

- **Bước 1:** Quần lót chân bằng giấy vệ sinh, hoặc bông, hoặc đi bít tất vải Jersey.

Đặt dây rạch dọc trước đùi, gối, cẳng bàn chân (cho bột cấp cứu).

- **Bước 2:** bó bột thì 1 (bó bột Cẳng-bàn chân): Dùng độn gỗ kê dưới khoeo người bệnh. Rải và đặt 1 nẹp bột tăng cường ở phía sau cẳng, bàn chân để tiến hành bó bột Cẳng-bàn chân. Quần bột xuất phát điểm là từ cổ chân, quần từ dưới lên trên rồi từ trên xuống dưới theo kiểu xoáy tròn ốc, bó đến đầu xoa và vuốt đến đó cho bột kết dính tốt hơn, khi cảm thấy bột đủ độ dày thì được. Lưu ý 3 điểm:

+ Một là: dây rạch dọc nên đặt chùng, bột bó không bị căng ở trước cổ chân.

+ Hai là: Nơi mép trên của bột bó thì 1, nên bó mỏng dần, nếu bó dày vuông thành sắc cạnh, khi bó bột thì 2 nổi vào, bột dễ bị cộm hoặc dễ long lở, gãy bột.

+ Ba là: nên làm nhanh tay, vì bột bó 2 thì, nếu làm chậm, bột thì 1 đã khô cứng hẳn, sẽ khó kết dính tốt với bột bó ở thì 2.

- **Bước 3:** bó bột thì 2 (bó tiếp bột lên đùi): Bỏ độn gỗ, 1 trợ thủ viên cầm cổ chân kéo chếch chân người bệnh lên, 1 trợ thủ viên dùng 2 tay đỡ dưới đùi người bệnh và kỹ thuật viên chính tiến hành bó bột. Rải tiếp 1 nẹp bột to bản, ngâm nhanh, vắt ráo nước và đặt phía sau đùi, đầu dưới nẹp gối lên mép bột vừa bó ở thì 1. Dùng bột khô to quần đè lên 1 phần bột đã bó, cũng quần bột vòng tròn, xoáy tròn ốc từ dưới lên trên, rồi từ trên xuống dưới, đến khi thấy đủ độ dày thì thôi, theo mốc đã định từ ban đầu. Chú ý tăng cường chỗ bột nối 2 thì để bột khỏi bị long lở.

3.2.2. Bó bột trên bàn chỉnh hình

- Thì 1: bó ống bột.

- Thì 2: gỡ chân người bệnh ra khỏi khung kéo, chuyển người bệnh lên bàn thường để bó tiếp xuống cổ chân và bàn chân.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

3.2.3. Bột Đùi-cẳng-bàn chân que ngang: để chống di lệch xoay, bằng cách bó đến cổ chân được 4-5 lớp thì đặt 1 que ngang dưới vùng gót (que ngang này đặt song song với mặt phẳng nằm ngang), bó tiếp bột ra ngoài, đến khi xong. Bột bó trong cấp cứu phải rạch dọc hoàn toàn, không để sót dù là 1 sợi gạc.

3.2.4. Thời gian bất động bột: với người lớn tổng thời gian mang bột trung bình khoảng 12 tuần. Trong quá trình bất động ấy:

- Sau 1 tuần đầu, chụp kiểm tra nếu di lệch thứ phát có thể nắn lại (như với nắn lần đầu) hoặc chuyển mô có chuẩn bị. Nếu tốt: thay bột tròn (nên đỡ nhẹ nhàng).

- Sau 3-4 tuần tiếp theo, lại chụp kiểm tra lần nữa và thay bột, tránh hiện tượng bột lỏng dần gây di lệch thứ phát trong bột.

- 1 tháng cuối cùng của quá trình bất động, tùy vị trí gãy cao hay thấp mà có thể thay bột Cẳng-bàn chân hoặc bột Ôm gối (với gãy thấp), hoặc bột Ống (với gãy cao gần gối).

VI. THEO DÕI

Nhẹ thì điều trị ngoại trú, nặng thì cho vào theo dõi nội trú.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Gãy cẳng chân, đặc biệt là gãy ở vị trí 1/3 trên thì biến chứng hay gặp và nguy hiểm nhất là hội chứng chèn ép khoang hoặc chèn ép do bó bột không đúng nguyên tắc (không rạch dọc bột trong bó bột cấp cứu).

- Với những trường hợp biến chứng mạch máu, hội chứng khoang cần phải mổ cấp cứu để xử trí tổn thương, càng sớm càng tốt.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Điều trị bảo tồn gãy cẳng chân – Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột.

03.3865. NẸN, BÓ BỘT GỠY 1/3 GIỮA HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Cẳng chân có hai xương: xương chày và xương mác, xương chày chịu toàn bộ sức tỳ nén của cơ thể nên cần chắc chắn tốt. Xương mác chỉ quan trọng khi gãy ở vị trí 1/3 dưới hoặc đầu dưới (nơi cùng đầu dưới xương chày và xương sên cấu tạo nên khớp cổ chân).

- Khi xương chày bị gãy, vì có cân cơ dẹt (một loại cân nội cơ), vách liên cơ lại dày và chắc nên nguy cơ dẫn đến hội chứng khoang, đặc biệt là ở vùng 1/3 trên cẳng chân.

- Dinh dưỡng vùng cẳng chân nói chung kém, tuần hoàn tĩnh mạch dễ bị ứ trệ, vùng 1/3 dưới xương hầu như chỉ được bao quanh bởi các nhóm gân và da do vậy gãy xương chày ở người lớn và người già thường chậm liền.

- Xương chày hình lăng trụ tam giác, mặt trước trong không được cơ che phủ, nên dễ bị gãy hở, gây nhiều khó khăn trong điều trị, đặc biệt là vấn đề nhiễm khuẩn.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

Ngày nay chỉ định phẫu thuật rộng rãi điều trị gãy hai xương cẳng chân. Chỉ định bảo tồn với những trường hợp sau:

1. Gãy không di lệch hoặc di lệch ít.
2. Gãy di lệch lệch ra có chỉ định mổ, nhưng do điều kiện y tế, tình trạng người bệnh không tiến hành phẫu thuật được (thể trạng kém, có bệnh toàn thân nặng như tiểu đường nặng, bệnh tim mạch, rối loạn đông máu...).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Không điều trị bảo tồn những trường hợp gãy hở độ II của Gustilo trở lên chưa được xử trí phẫu thuật.
2. Gãy xương kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang.
3. Những trường hợp sưng nề, nốt phỏng nhiều nên kê chân cao trên khung (có thể kéo liên tục qua xương gót) chờ khi chân bớt nề sẽ bó bột.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 người thực hiện chính có chứng chỉ hành nghề chấn thương chỉnh hình.
- 01 người phụ có chứng chỉ bó bột.
- 01 Điều dưỡng dụng cụ.

2. Phương tiện

- Bàn nắn:

+ Trường hợp đơn giản, ít lệch: bàn nắn bình thường. Cần thêm 1 độn gỗ để kê dưới chân người bệnh.

+ Trường hợp khó, phức tạp: bàn nắn chỉnh hình có hệ thống kéo và căng chỉnh (bàn Pelvie).

- Thuốc gây tê hoặc gây mê.

- Bột thạch cao: 4-5 cuộn khổ 20 cm, 3- 4 cuộn khổ 15 cm.

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ quần.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

4. Hồ sơ bệnh án

- 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.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra biên bản hồ sơ, hội chẩn, cam kết phẫu thuật, thủ thuật biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh

- Kiểm tra đúng người bệnh.

- Vòng đeo tay bệnh nhân với các thông tin: tên người bệnh, ngày sinh, số hồ sơ, chẩn đoán.

- Đánh dấu bên chi gãy.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Nắn chỉnh ổ gãy

- Tư thế người bệnh: Nằm ngửa trên bàn, tốt nhất là bàn chỉnh hình.

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

3.1.1. Nối dùng bàn chỉnh hình: cố định cổ bàn chân vào giá kéo qua một băng vải quấn vào cổ chân. Tăng dần lực kéo để sửa di lệch chồng. Sau đó tùy theo di lệch thế nào, dùng hai lòng bàn tay đặt ở trên và dưới ổ gãy, ép đẩy hai đầu xương về vị trí. Thả chùng dây kéo để hai đầu xương cài vào nhau. Kiểm tra bằng cách sờ dọc mào chày và mặt trước trong xương chày (là các vị trí xương chày nằm ngay dưới da, dễ kiểm tra nhất). Chụp kiểm tra nếu hai đầu xương gãy áp vào nhau là được. Các di lệch gấp góc vượt quá giới hạn cho phép là 15° với gãy 1/3 giữa và 10° với 1/3 trên có thể dễ dàng sửa bằng cách cắt bột hình chêm (còn gọi là cắt múi cam) sau khoảng 2-3 tuần đầu.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

3.1.2. Nếu nắn trên bàn thường: để gối gấp qua mép cuối bàn, có đệm lót mặt dưới đùi cho êm. Người nắn ngồi trên ghế thấp, kẹp chặt bàn chân người bệnh vào giữa hai đầu gối kéo giãn căng chân xuống (hoặc trợ thủ 1 dùng tay để kéo cũng được). Có thể tăng lực kéo giãn bằng cách nâng bàn cao hơn để sửa di lệch chông. Hai tay được tự do nắn chỉnh di lệch như mô tả trên. Để cơ giãn và chùng ra tiện lợi hơn trong việc nắn, nhiều khi người ta để chân buông thõng, buộc băng qua cổ chân để kéo tạ với trọng lượng 5-7 kg, trong khoảng 10-12 phút rồi mới tiến hành kéo nắn như trên.

3.2. Bất động: bó bột Đùi-cẳng-bàn chân rạch dọc 2 thì.

3.2.1. Bó bột trên bàn thông thường

- **Bước 1:** Quần lót chân bằng giấy vệ sinh, hoặc bông, hoặc đi bít tất vải Jersey. Đặt dây rạch dọc trước đùi, gối, cẳng bàn chân (cho bột cấp cứu).

- **Bước 2:** bó bột thì 1 (bó bột Cẳng-bàn chân): Dùng độn gỗ kê dưới khoeo người bệnh. Rải và đặt 1 nẹp bột tăng cường ở phía sau cẳng, bàn chân để tiến hành bó bột Cẳng-bàn chân. Quần bột xuất phát điểm là từ cổ chân, quần từ dưới lên trên rồi từ trên xuống dưới theo kiểu xoáy tròn ốc, bó đến đâu xoa và vuốt đến đó cho bột kết dính tốt hơn, khi cảm thấy bột đủ độ dày thì được. Lưu ý 3 điểm:

+ Một là: dây rạch dọc nên đặt chùng, bột bó không bị căng ở trước cổ chân.

+ Hai là: Nơi mép trên của bột bó thì 1, nên bó mỏng dần, nếu bó dày vuông thành sắc cạnh, khi bó bột thì 2 nối vào, bột dễ bị cộm hoặc dễ long lở, gây bột.

+ Ba là: nên làm nhanh tay, vì bột bó 2 thì, nếu làm chậm, bột thì 1 đã khô cứng hẳn, sẽ khó kết dính tốt với bột bó ở thì 2.

- **Bước 3:** bó bột thì 2 (bó tiếp bột lên đùi): Bỏ độn gỗ, 1 trợ thủ viên cầm cổ chân kéo chếch chân người bệnh lên, 1 trợ thủ viên dùng 2 tay đỡ dưới đùi người bệnh và kỹ thuật viên chính tiến hành bó bột. Rải tiếp 1 nẹp bột to bản, ngâm nhanh, vắt ráo nước và đặt phía sau đùi, đầu dưới nẹp gối lên mép bột vừa bó ở thì 1. Dùng bột khô to quần đè lên 1 phần bột đã bó, cũng quần bột vòng tròn, xoáy tròn ốc từ dưới lên trên, rồi từ trên xuống dưới, đến khi thấy đủ độ dày thì thôi, theo mốc đã định từ ban đầu. Chú ý tăng cường chỗ bột nối 2 thì để bột khỏi bị long lở.

3.2.2. Bó bột trên bàn chỉnh hình

- Thì 1: bó ống bột.

- Thì 2: gỡ chân người bệnh ra khỏi khung kéo, chuyển người bệnh lên bàn thường để bó tiếp xuống cổ chân và bàn chân.

3.2.3. Bột Đùi-cẳng-bàn chân que ngang: để chống di lệch xoay, bằng cách bó đến cổ chân được 4-5 lớp thì đặt 1 que ngang dưới vùng gót (que ngang này đặt song song với mặt phẳng nằm ngang), bó tiếp bột ra ngoài, đến khi xong. Bột bó trong cấp cứu phải rạch dọc hoàn toàn, không để sót dù là 1 sợi gạc.

3.2.4. Thời gian bất động bột: với người lớn tổng thời gian mang bột trung bình khoảng 12 tuần. Trong quá trình bất động ấy:

- Sau 1 tuần đầu, chụp kiểm tra nếu di lệch thứ phát có thể nắn lại (như với nắn lần đầu) hoặc chuyển mô có chuẩn bị. Nếu tốt: thay bột tròn (nên đỡ nhẹ nhàng).

- Sau 3-4 tuần tiếp theo, lại chụp kiểm tra lần nữa và thay bột, tránh hiện tượng bột lỏng dần gây di lệch thứ phát trong bột.

- 1 tháng cuối cùng của quá trình bất động, tùy vị trí gãy cao hay thấp mà có thể thay bột Cẳng-bàn chân hoặc bột Ôm gối (với gãy thấp), hoặc bột Ống (với gãy cao gần gối).

VI. THEO DÕI

Nhẹ thì điều trị ngoại trú, nặng thì cho vào theo dõi nội trú.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Gãy cẳng chân, đặc biệt là gãy ở vị trí 1/3 trên thì biến chứng hay gặp và nguy hiểm nhất là hội chứng chèn ép khoang hoặc chèn ép do bó bột không đúng nguyên tắc (không rạch dọc bột trong bó bột cấp cứu).

- Với những trường hợp biến chứng mạch máu, hội chứng khoang cần phải mổ cấp cứu để xử trí tổn thương, càng sớm càng tốt.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Điều trị bảo tồn gãy cẳng chân – Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột.

03.3900. RÚT NẸP VÍT VÀ CÁC DỤNG CỤ KHÁC SAU PHẪU THUẬT

I. 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.

II. 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.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh không có nhu cầu phẫu thuật.
- Xương chưa liền, cal xương chưa vững chắc.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- 01 phẫu thuật viên chính có chứng chỉ hành nghề chấn thương chỉnh hình.
- 01 phẫu thuật viên phụ.
- 01 Điều dưỡng dụng cụ.

2. Phương tiện:

Bộ dụng cụ kết hợp xương thông thường: 01 cán dao số 3, 06 Mosquito, 08 Kelly, 02 Kocher, 2 Babcock, 04 Farabeuf, 01 ống hút, 02 nhíp máu, 02 nhíp không máu, 01 kéo Metzenbaum, 01 kéo Mayo, 01 Port, 04 kẹp săng, kim 10cc, oxy già, Povidin, 01 kềm, 01 dụng cụ mở khóa, 01 tournevis.

3. Người bệnh:

- Được giải thích về tình trạng bệnh tật, lợi ích, rủi ro và các biến chứng có thể xảy ra.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và xét nghiệm.

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 40 phút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra biên bản hồ sơ, hội chẩn, cam kết phẫu thuật, thủ thuật biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- Kiểm tra đúng người bệnh.
- Vòng đeo tay bệnh nhân với các thông tin: tên người bệnh, ngày sinh, số hồ sơ, chẩn đoán.
- Đánh dấu bên phẫu thuật.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm:

- Gây tê đám rối cánh tay hoặc tủy sống.
- Gây mê nội khí quản.

3.2. 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: Rạch da theo đường mổ cũ.

Bước 4: Bộc lộ và tháo phương tiện kết hợp xương.

Bước 5: Đục bỏ xương chồi.

Bước 6: Dẫn lưu.

VI. 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.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: Băng ép cầm máu nếu không được thì mổ lại cầm máu.
- Nhiễm trùng: Thay kháng sinh, điều trị theo kháng sinh đồ, bù nước và điện giải cho người bệnh.
- Xương gãy lại: Mổ kết hợp xương.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Rút đinh/Tháo phương tiện kết hợp xương – Quyết định số 4484 QĐ/BYT ngày 18/8/2016 của bộ y tế về việc Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình.

03.3901. RÚT ĐINH CÁC LOẠI

I. 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.

II. 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.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh không có nhu cầu phẫu thuật.

- Xương chưa liền, cal xương chưa vững chắc.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- 01 phẫu thuật viên chính có chứng chỉ hành nghề chấn thương chỉnh hình.
- 01 phẫu thuật viên phụ.
- 01 Điều dưỡng dụng cụ.

2. Phương tiện: Bộ dụng cụ kết hợp xương thông thường: 01 cán dao số 3, 06 Mosquito, 08 Kelly, 02 Kocher, 2 Babcock, 04 Farabeuf, 01 ống hút, 02 nhíp máu, 02 nhíp không máu, 01 kéo Metzenbaum, 01 kéo Mayo, 01 Port, 04 kẹp sắc, kim 10cc, oxy già, Povidin, 01 kềm, 01 dụng cụ mở khóa.

3. Người bệnh:

- Được giải thích về tình trạng bệnh tật, lợi ích, rủi ro và các biến chứng có thể xảy ra.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và xét nghiệm.

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 40phút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra biên bản hồ sơ, hội chẩn, cam kết phẫu thuật, thủ thuật biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh

- Kiểm tra đúng người bệnh.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- Vòng đeo tay bệnh nhân với các thông tin: tên người bệnh, ngày sinh, số hồ sơ, chẩn đoán.

- Đánh dấu bên phẫu thuật.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm:

- Gây tê đám rối cánh tay hoặc tủy sống.
- Gây mê nội khí quản.

3.2. 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: Rạch da theo đường mổ cũ.

Bước 4: Bộc lộ và tháo phương tiện kết hợp xương.

Bước 5: Đục bỏ xương chồi.

Bước 6: Dẫn lưu.

VI. 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.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: Băng ép cầm máu nếu không được thì mổ lại cầm máu.

- Nhiễm trùng: Thay kháng sinh, điều trị theo kháng sinh đồ, bù nước và điện giải cho người bệnh.

- Xương gãy lại: Mổ kết hợp xương.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Rút đinh/Tháo phương tiện kết hợp xương – Quyết định số 4484 QĐ/BYT ngày 18/8/2016 của Bộ Y tế về việc Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình.

03.4246. THÁO BỘT CÁC LOẠI

I. ĐẠI CƯƠNG

Sau khi bó bột khoảng 4 – 6 tuần, khi tình trạng xương đã liền, sẽ tiến hành kỹ thuật tháo bột.

Sau khi bó bột khoảng 48 đến 72 giờ thì bột khô trở thành một vật liệu cứng chắc, bệnh nhân rất khó chịu chỉ mong đến ngày bác sĩ cho cắt bột. Nhưng tâm lý bệnh nhân rất lo sợ khi nghe tiếng gầm rú của cưa bột nhất là bệnh nhân trẻ em. Do đó, trước khi cắt bột phải giải thích, trấn an bệnh nhân cũng như thao tác cần phải nhẹ nhàng.

Cưa bột được cấu tạo ở phần đầu gắn lưỡi cưa vào chỉ run (Giống như quả lắc đồng hồ) nhưng do run quá nhanh giống như quay tròn, vì vậy khi đã cắt lỡ tay phạm vào da cũng nhẹ hơn. Thế nên người ta không cho phép sử dụng loại lưỡi cưa quay tròn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tháo bột khi tình trạng xương đã liền.
- Chèn ép bột.
- Viêm loét da.
- Lỏng bột.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Xương chưa liền, cal xương chưa vững chắc.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- 01 thủ thuật viên chính có chứng chỉ hành nghề chấn thương chỉnh hình.
- 01 thủ thuật viên phụ có chứng chỉ bó bột.
- 01 Điều dưỡng dụng cụ.

2. Phương tiện:

- Máy cưa run.
- Kéo cắt băng gạc, gòn.
- Găng tay.
- Kềm banh bột.

3. Người bệnh:

- Được giải thích về tình trạng bệnh tật, lợi ích, rủi ro và các biến chứng có thể xảy ra.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và xét nghiệm.

5. Dự kiến thời gian: 15 phút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra hồ sơ biên bản hội chẩn, cam kết thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

- Kiểm tra đúng người bệnh.
- Vòng đeo tay bệnh nhân với các thông tin: tên người bệnh, ngày sinh, số hồ sơ, chẩn đoán.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Nguyên tắc cắt bột

- Trấn an tâm lý bệnh nhân.
- Tùy theo loại bột mà cho bệnh nhân nằm hay ngồi trên ghế.
- Chọn đường cắt không có điểm chồi xương trên da như xương mắt cá, bánh chè, gai chậu trước trên...
- Tránh đường cắt có đặt nẹp bột vì bột dày cứng khó cắt.
- Xem bên trong bột độn gòn như thế nào, nhiều hay ít.
- Khi cắt phải chú ý đến bệnh nhân kêu nóng, vì khi nóng là lưỡi cưa đã đến phần da.
- Lưỡi cưa cắt chỉ ấn xuống đứt bột rồi lấy lên, tiếp tục cắt như vậy không được vừa cắt vừa kéo lưỡi cưa, vì kéo lưỡi cưa nếu có phạm vào da đường phạm sẽ dài hơn.

3.2. Kỹ thuật:

- Cưa cắt bột chỉ cắt được bột cứng chắc, bột mềm không cắt được.
- Người cắt bột thông thạo khi cắt có thể cầm cưa một tay, nếu chưa quen có thể cầm hai tay vì cưa nặng điều khiển không theo ý muốn. Nhưng dù cầm một hay hai tay thì người cắt lúc nào cũng phải dùng ngón tay trở hoặc tay cái chặn lực đi xuống của cưa, khi lưỡi cưa cắt hết lớp bột xuống tới lớp gòn. Nếu không dùng ngón tay chặn lại, người cắt không kiểm soát được lưỡi cưa đi đến đâu, có thể làm tổn thương da của bệnh nhân.
- Khi cắt luôn đặt lưỡi cưa vuông góc với bột.
- Bột ở góc vuông như khuỷu tay, cổ chân khi cắt lưỡi cưa phải cắt ở phần trên xong rồi cắt phần dưới, nếu đặt lưỡi cưa cắt góc vuông thì sẽ phạm vào da, nếu còn để một hai lớp bột, chưa đứt hết ta có thể dùng dao móc, kéo để cắt.
- Cắt xong dùng hai tay bóp 2 mí bột nếu di động hờ ra thì bột đã đứt hoàn toàn.
- Dùng bàn bột bàn hai mí bột ra, dùng tay bàn rộng hơn để lấy chi ra ngoài.
- Không nên cử động mạnh các khớp vừa cắt vì sẽ gây đau.

VI. THEO DÕI

- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: Băng ép cầm máu nếu không được khâu lại da.
- Nhiễm trùng: điều trị kháng sinh, bù nước và điện giải cho người bệnh.
- Xương gãy lại: Mổ kết hợp xương.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Kỹ thuật cắt bột , “Thực hành kỹ thuật bột”, Nhà xuất bản tổng hợp thành phố Hồ Chí Minh, 08/2008, Trang 17 – 20.

10.843. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ BỆNH DE QUERVAIN VÀ NGÓN TAY CÒ SÚNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm bao hoạt dịch của gân gấp bàn ngón tay gây ra tình trạng thường gọi là ngón tay cò súng. Khi các ròng rọc ở gốc của ngón tay trở nên quá dày và thắt quanh gân, làm cho cho gân khó khăn để di chuyển qua ròng rọc. Bởi vì khó khăn khi gân trượt qua ròng rọc, nên người bệnh có thể cảm thấy đau đớn, hay cảm giác đánh “bật” ở những ngón tay hoặc ngón tay cái. Khi dây chằng chít hẹp, nó tạo ra sự kích thích và căng sưng tấy của các ròng rọc. Điều này gây ra một vòng luẩn quẩn của kích hoạt và dày lên của ròng rọc. Đôi khi các ngón tay trở nên khó khăn hay bị khóa, và rất khó để thẳng hoặc uốn cong.

- Nguyên nhân của tình trạng này không rõ ràng.

- Tình trạng này có thể xảy ra ở bất cứ ngón nào của bàn tay nhưng thường gặp nhất là ở ngón cái. Khi cố duỗi ngón tay thì ngón có thể bật ra và nghe tiếng “cắc” nhẹ. Nhưng sau đó ngón tay lại co lại tư thế cong như cũ. Tên gọi chính xác trong y học thì đây là bệnh do “viêm hẹp bao gân gấp”

II. CHỈ ĐỊNH

- Phẫu thuật cho trẻ trên 1 tuổi.

- Nếu tập vận động điều trị không làm giảm các triệu chứng, cần được phẫu thuật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp chống chỉ định chung của phẫu thuật như rối loạn đông máu, nhiễm trùng cấp tính.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 phẫu thuật viên chính có chứng chỉ hành nghề chấn thương chỉnh hình.
- 01 phẫu thuật viên phụ.
- 01 điều dưỡng dụng cụ phòng mổ.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật chung: 01 Cán dao mổ số 4, 01 khay quả đậu, 02 băng vết mổ, 01 kéo phẫu thuật, 01 kéo Mayo, 01 Port, 04 Mosquito, 02 Kelly.
- Chỉ khâu: Nylon 5.0, Vicryl 4.0.
- Povidine 10%, bông gòn, gạc.

3. Người bệnh

Vệ sinh vùng mổ, ký cam kết thực hiện phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Đầy đủ theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra biên bản hồ sơ, hội chẩn, cam kết phẫu thuật, biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Kiểm tra đúng người bệnh.
- Vòng đeo tay bệnh nhân với các thông tin: tên người bệnh, ngày sinh, số hồ sơ, chẩn đoán.
- Đánh dấu vết mổ.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Kháng sinh dự phòng trước mổ
- Gây mê toàn thân kèm theo gây tê vùng (Phẫu thuật này được thực hiện thường là với gây tê tại chỗ đơn giản).
- Garo hơi 150 - 250 mmHg.
- Vô trùng vùng mổ.
- Người bệnh nằm ngửa.
- Mục đích của phẫu thuật là để mở các rò rỉ ở gốc của ngón tay để các dây chằng có thể trượt tự do hơn.
- Đường mổ ngang theo nếp lằn giữa đốt bàn và đốt ngón tay. Bộc lộ rò rỉ A1 cắt mở rò rỉ kiểm tra thấy gân trượt qua dễ dàng là được.
- Đóng vết mổ.

VI. THEO DÕI

Điều trị sau phẫu thuật: Hoạt động tích cực của các ngón tay thường bắt đầu ngay lập tức sau khi phẫu thuật.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Tổn thương nhánh thần kinh của ngón tay: Khâu nối lại thần kinh.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Tật ngón tay cò súng ở trẻ em và các điều cần biết, Bệnh viện Nhi Đồng 2.
Link: <http://www.benhviennhi.org.vn/news/detail/2886/tat-ngon-tay-co-sung-o-tre-em-va-cac-dieu-can-biet.html>

- Ngón tay cò súng, Hướng dẫn điều trị Ngoại nhi Bệnh viện Nhi Đồng 2 năm 2018, trang 293 – 294.

10.847. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM BAO HOẠT DỊCH CỦA GÂN GẤP BÀN NGÓN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm bao hoạt dịch của gân gấp bàn ngón tay gây ra tình trạng thường gọi là ngón tay cò súng. Khi các ròng rọc ở gốc của ngón tay trở nên quá dày và thắt quanh gân, làm cho cho gân khó khăn để di chuyển qua ròng rọc. Bởi vì khó khăn khi gân trượt qua ròng rọc, nên người bệnh có thể cảm thấy đau đớn, hay cảm giác đánh “bật” ở những ngón tay hoặc ngón tay cái. Khi dây chằng chít hẹp, nó tạo ra sự kích thích và căng sưng tấy của các ròng rọc. Điều này gây ra một vòng luẩn quẩn của kích hoạt và dày lên của ròng rọc. Đôi khi các ngón tay trở nên khó khăn hay bị khóa, và rất khó để thẳng hoặc uốn cong.

- Nguyên nhân của tình trạng này không rõ ràng.

- Tình trạng này có thể xảy ra ở bất cứ ngón nào của bàn tay nhưng thường gặp nhất là ở ngón cái. Khi cố duỗi ngón tay thì ngón có thể bật ra và nghe tiếng “cắc” nhẹ. Nhưng sau đó ngón tay lại co lại tư thế cong như cũ. Tên gọi chính xác trong y học thì đây là bệnh do “viêm hẹp bao gân gấp”.

II. CHỈ ĐỊNH

- Phẫu thuật cho trẻ trên 1 tuổi.

- Nếu tập vận động điều trị không làm giảm các triệu chứng, cần được phẫu thuật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp chống chỉ định chung của phẫu thuật như rối loạn đông máu, nhiễm trùng cấp tính.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 phẫu thuật viên chính có chứng chỉ hành nghề chấn thương chỉnh hình.
- 01 phẫu thuật viên phụ.
- 01 Điều dưỡng dụng cụ.

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật chung, chỉ khâu: 01 cán dao số 3, 06 Mosquito, 08 Kelly, 02 Kocher, 2 Babcock, 04 Farabeuf, 01 ống hút, 02 nhíp máu, 02 nhíp không máu, 01 kéo Metzenbaum, 01 kéo Mayo, 01 Port, 04 kẹp săng, kim 10cc.

- Povidine 10%, bông gòn, gạc.

3. Người bệnh

Vệ sinh vùng mổ, ký cam kết thực hiện phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Đầy đủ theo quy định.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra hồ sơ biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

- Kiểm tra đúng người bệnh.
- Vòng đeo tay bệnh nhân với các thông tin: tên người bệnh, ngày sinh, số hồ sơ, chẩn đoán.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Kháng sinh dự phòng trước mổ.
- Gây mê toàn thân kèm theo gây tê vùng (Phẫu thuật này được thực hiện thường là với gây tê tại chỗ đơn giản).
- Garo hơi 150 - 250 mmHg.
- Vô trùng vùng mổ.
- Người bệnh nằm ngửa.
- Mục đích của phẫu thuật là để mở các rỗng rọc ở gốc của ngón tay để các dây chằng có thể trượt tự do hơn.
- Đường mổ ngang theo nếp lằn giữa đốt bàn và đốt ngón tay. Bộc lộ rỗng rọc A1 cắt mở rỗng rọc kiểm tra thấy gân trượt qua dễ dàng là được.
- Đóng vết mổ.

VI. THEO DÕI

Điều trị sau phẫu thuật: Hoạt động tích cực của các ngón tay thường bắt đầu ngay lập tức sau khi phẫu thuật.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Tổn thương nhánh thần kinh của ngón tay: Khâu nối lại thần kinh.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Tật ngón tay cò súng ở trẻ em và các điều cần biết, Bệnh viện Nhi Đồng 2.
Link: <http://www.benhviennhi.org.vn/news/detail/2886/tat-ngon-tay-co-sung-o-tre-em-va-cac-dieu-can-biet.html>
- Ngón tay cò súng, Hướng dẫn điều trị Ngoại nhi Bệnh viện Nhi Đồng 2 năm 2018, trang 293 – 294.

10.996. NẪN, BÓ BỘT GỠ XƯƠNG ĐÒN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Xương đòn là 1 xương dài nằm ngang, hơi chệch 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 duỗi 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

- Gãy hở xương đòn.
- Gãy xương đòn có tổn thương mạch máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 người thực hiện chính có chứng chỉ hành nghề chấn thương chỉnh hình.
- 01 người phụ có chứng chỉ bó bột.

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 bệnh án

- 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

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra biên bản hồ sơ, hội chẩn, cam kết phẫu thuật, thủ thuật biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh

- Kiểm tra đúng người bệnh.
- Vòng đeo tay bệnh nhân với các thông tin: tên người bệnh, ngày sinh, số hồ sơ, chẩn đoán.
- Đánh dấu bên chi gãy.

3. Thực hiện kỹ thuật

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

3.1. Người bệnh

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

3.2. Người nắn

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

- Bó bột số 8 bao giờ phần bột gặp nhau hình dấu X cũng về phía sau lưng.
- Mục đích của bó bột số 8 hoặc đeo băng đai số 8 là để làm căng giãn vai và ưỡn ngực ra cho xương đòn được kéo dài ra theo trục, chứ không phải mục đích cố định vững chắc xương, nên bó bột số 8 không cần phủ kín bột trùm lên trên ổ gãy. Nếu phủ kín bột lên ổ gãy chưa chắc giữ xương được vững hơn, mà có thể dễ gây loét da tại ổ gãy.

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

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

3.3. 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.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- 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.

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

Không cần bất động gì cả xương đòn vẫn liền tốt và không để lại bất kỳ một di chứng nào. Nhiều khi dùng băng vải hoặc băng thun băng cho trẻ theo kiểu số 8 cũng được, nhưng không có tác dụng nhiều. Công việc băng bó ấy chỉ có tác dụng động viên, có tác dụng 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. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- 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.

- 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.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Điều trị bảo tồn gãy xương đòn, Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột.

10.1000. NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP KHUYỬ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Khớp khuỷu được cấu tạo bởi 3 phần: khớp cánh tay-trụ, khớp cánh tay quay và khớp quay-trụ trên.

- Nói trật khớp khuỷu là khi trật khớp cánh tay-trụ và khớp cánh tay-quay, còn khớp quay-trụ trên hiếm khi bị tổn thương.

- Là loại trật khớp hay gặp (chỉ sau khớp vai), hay gặp ở tuổi lao động, do ngã chống tay trong tư thế khuỷu duỗi tối đa, căng tay ngửa. Có tác giả nói trật khớp khuỷu hay gặp ở trẻ em, nhưng ở Việt Nam rất hiếm gặp.

- Trong nhiều trường hợp, có gặp vỡ móm trên ròng rọc (móm trên lồi cầu trong) kèm theo, trong điều trị chỉ cần nắn khớp, móm xương sẽ tự vào theo.

- Hầu hết gặp kiểu trật khớp khuỷu ra sau (hơn 90%).

II. CHỈ ĐỊNH

1. Trật khớp kín, đến sớm (3 tuần trở lại).

2. Trật khớp khuỷu đơn thuần.

3. Trật khớp kèm gãy xương vùng khuỷu không lệch hoặc ít lệch.

4. Trật khớp khuỷu kèm gãy xương di lệch, có chỉ định kết hợp xương, nhưng vì nguyên nhân nào đó không thể kết hợp xương được (tương tự như với trật khớp vai, khớp háng), hoặc vì lý do nào đó chưa mổ được, cần nắn khớp rồi chờ mổ

kết hợp xương sau theo kế hoạch.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Trật khớp hở.

2. Có tổn thương mạch, thần kinh, có hội chứng khoang.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 người thực hiện chính có chứng chỉ hành nghề chấn thương chỉnh hình.

- 01 người phụ có chứng chỉ bó bột.

- 01 Điều dưỡng dụng cụ.

2. Phương tiện

- 1 Bàn nắn thông thường (như kiểu bàn mổ, nếu nơi không có bàn kiểu này thì có thể dùng bàn sắt hoặc bàn gỗ, nhưng cần đảm bảo tiêu chí: nặng, cố định chắc xuống sàn nhà, có mẫu để móc đai đối lực.

- Bột thạch cao: với người lớn cần 2- 3 cuộn bột cỡ 15 cm, 3-4 cuộn cỡ 10cm.

- Thuốc gây mê, mê và các dụng cụ kèm theo (nếu gây mê, bác sỹ gây mê sẽ lo).

- Các dụng cụ khác: đai đối lực, bông băng, cùn sát trùng, dây rạch dọc, dao rạch dọc, nước ngâm bột...

3. Người bệnh

- Thăm khám kỹ tình trạng toàn thân: tri giác, mạch, huyết áp, thở, bụng, ngực...

- Được giải thích kỹ, động viên để họ yên tâm và phối hợp tốt với thầy thuốc trong quá trình làm thủ thuật. Với trẻ em và người bệnh gây mê, phải giải thích với cả người nhà họ nữa.

- Cởi hoặc cắt bỏ áo bên tay tổn thương.

- Vệ sinh sạch sẽ vùng tổn thương bằng xà phòng.

- Với người bệnh gây mê, cần dặn nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ.

4. Hồ sơ bệnh án

- Ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, cách xử trí, dặn dò, hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê cần có giấy cam kết chấp nhận thủ thuật, người bệnh là người lớn trong tình trạng hoàn toàn tỉnh táo thì tự ký tên, người bệnh nặng và trẻ em thì người nhà ký (cha hoặc mẹ, hoặc người bảo hộ hợp pháp).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vì trên 90% là trật khớp khuỷu ra sau nên chúng tôi chỉ mô tả cách nắn trật khớp khuỷu ra sau, còn trật khớp ra trước và trật khớp sang bên là những trường hợp tổn thương nặng, hoặc có gãy xương kèm theo, thường phải mổ.

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra biên bản hồ sơ, hội chẩn, cam kết phẫu thuật, thủ thuật biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh

- Kiểm tra đúng người bệnh.

- Vòng đeo tay bệnh nhân với các thông tin: tên người bệnh, ngày sinh, số hồ sơ, chẩn đoán.

- Đánh dấu bên chi gãy.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tư thế người bệnh

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, nách hơi dạng.

- Đai vải đối lực đặt ở nách, cột chặt vào bàn nắn.

3.2. Các bước tiến hành nắn bất động trật khớp khuỷu

3.2.1. Vô cảm

- Trật khớp đến sớm 1 tuần trở lại: tê tại chỗ là đủ, người lớn trung bình dùng 2-3 ống Lidocaine 1%, pha loãng trong 10 ml huyết thanh mặn 0,9% tiêm vào ổ khớp hoặc xung quanh ổ khớp, chờ 5-7 phút cho thuốc ngấm, bắt đầu kéo nắn.

- Trật khớp trên 1 tuần đến 3 tuần: gây mê toàn thân (do chuyên khoa gây mê hồi sức thực hiện), trật khớp khuỷu thường nắn nhanh đạt kết quả trong vài phút, nên dùng các loại thuốc gây mê tác dụng nhanh và thoát mê cũng nhanh. Trường hợp không đủ điều kiện gây mê, có thể gây tê vùng (đám rối thần kinh cánh tay).

3.2.2. Nắn khớp

- Trợ thủ 2: đứng bên đối diện, đỡ cổ tay người bệnh, vẫn giữ cho khuỷu ở tư thế trật khớp (khuỷu nửa gấp nửa duỗi), khi trợ thủ 1 kéo nắn thì đưa nhẹ cổ tay lên phía trên để cho trợ thủ 1 kéo tay người bệnh thì khuỷu không bị duỗi ra gây tổn thương cho xương vùng khuỷu. Sau khi nắn vào khớp, trợ thủ 2 bỏ tay người bệnh, trở lại vai trò giúp việc (ngâm bột, đưa bột...). Luôn nhớ không được đưa tay lên cho khuỷu gấp lại 90°, làm như thế dễ gây tổn thương xương khi kéo nắn khớp.

- Trợ thủ 1: là người kéo: đứng bên tay định nắn, 2 ngón cái đặt sau cẳng tay, các ngón tay còn lại đặt phía trước cẳng tay người bệnh, kéo nhẹ và tăng dần lực theo hướng của trục cánh tay (lúc này khuỷu vẫn đang để ở tư thế trật khớp, nửa gấp nửa duỗi), thời gian kéo từ 3-5 phút. Không cầm vào cổ tay để kéo.

- Người nắn chính: Dùng 2 ngón tay cái đẩy mỏm khuỷu ra trước, dùng các ngón tay còn lại đặt ở phía trước cánh tay làm đối lực. Cảm thấy tiếng “khục” là được. Với kỹ thuật viên có kinh nghiệm, người kéo có thể kiêm luôn người nắn: khi kéo, kéo bằng 2 tay, động tác như của trợ thủ 1, kéo đủ thời gian rồi thì từ từ bỏ 1 tay ra để thực hiện động tác nắn. Ngón tay cái đẩy mỏm khuỷu ra trước, 4 ngón còn lại giữ ở phía trước cánh tay làm đối lực. Khi thấy khớp đã vào, đưa khuỷu vào 90°. Thông thường với trật khớp đơn thuần, khớp vào vững, ít khi trật lại, có thể co duỗi thử, thấy khớp trơn tru là tốt. Có thể treo tay tạm tư thế khuỷu 90° cho đi chụp kiểm tra rồi về bó bột, hoặc bó bột Cánh-cẳng-bàn tay rạch dọc rồi mới cho đi chụp kiểm tra sau đều được.

Với trật khớp kèm vỡ xương (thường gặp vỡ mỏm trên ròng rọc), chỉ cần nắn khớp, trong hầu hết các trường hợp mỏm xương tự vào theo với kết quả rất tốt.

Nắn xong nên làm động tác co duỗi khớp khuỷu vài lần, nếu mỏm xương kẹt trong ổ khớp có thể tự trôi ra được. Trường hợp kẹt mỏm xương không ra được, phải chuyển mổ sớm, nếu bỏ sót sẽ ảnh hưởng rất xấu đến cơ năng khuỷu.

3.2.3. Bất động

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- Với trật khớp vững, trật khớp đơn thuần: có thể làm nẹp bột hoặc bó bột Cánh-cẳng-bàn tay rạch dọc đều được. Cách bó bột Cánh-cẳng-bàn tay:

+ Quấn giấy hoặc bông lót vùng định bó bột, đặt dây rạch dọc phía trước tay.

+ Đặt nẹp bột phía sau cánh-cẳng-bàn tay.

+ Quấn bột từ trên xuống dưới, từ dưới lên trên theo kiểu xoáy tròn ốc, theo mốc đã định từ trước (từ dưới hõm nách đến khớp bàn-ngón), đủ độ dày thì thôi. Tư thế khuỷu để 90°.

+ Xoa, vuốt, chỉnh trang cho bột mịn và đẹp, rạch dọc bột. Thời gian bất động: trung bình 3 tuần (với người già, có thể và nên tháo bột sớm hơn, khoảng 10-14 ngày).

- Với trật khớp không vững, trật khớp có kèm vỡ xương: phải bó bột Cánh-cẳng-bàn tay rạch dọc.

- Thời gian bất động với loại trật khớp không vững thường kéo dài hơn (3-4 tuần).

VI. THEO DÕI

Thường là theo dõi ngoại trú, những trường hợp sưng nề nhiều nên cho vào viện theo dõi nội trú để kịp thời phát hiện và xử trí các biến chứng có thể xảy ra.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN (thường ít xảy ra tai biến)

Lưu ý các trật khớp có kèm đụng dập phần mềm nặng và trật khớp có kèm vỡ xương vùng khuỷu, đặc biệt gãy liên lồi cầu xương cánh tay (biến chứng mạch máu) và gãy đài quay (biến chứng thần kinh quay). Cần theo dõi sát, nếu phát hiện có tai biến, chuyển mổ kịp thời.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Điều trị bảo tồn trật khớp khuỷu – Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột.

10.1021. NẪN, BÓ BỘT GÃY 1/3 DƯỚI HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Cẳng chân có hai xương: xương chày và xương mác, xương chày chịu toàn bộ sức tỳ nén của cơ thể nên cần chắc chắn tốt. Xương mác chỉ quan trọng khi gãy ở vị trí 1/3 dưới hoặc đầu dưới (nơi cùng đầu dưới xương chày và xương sên cấu tạo nên khớp cổ chân).

- Khi xương chày bị gãy, vì có cân cơ dẹt (một loại cân nội cơ), vách liên cơ lại dày và chắc nên nguy cơ dẫn đến hội chứng khoang, đặc biệt là ở vùng 1/3 trên cẳng chân.

- Dinh dưỡng vùng cẳng chân nói chung kém, tuần hoàn tĩnh mạch dễ bị ứ trệ, vùng 1/3 dưới xương hầu như chỉ được bao quanh bởi các nhóm gân và da do vậy gãy xương chày ở người lớn và người già thường chậm liền.

- Xương chày hình lăng trụ tam giác, mặt trước trong không được cơ che phủ, nên dễ bị gãy hở, gây nhiều khó khăn trong điều trị, đặc biệt là vấn đề nhiễm khuẩn.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

Ngày nay chỉ định phẫu thuật rộng rãi điều trị gãy hai xương cẳng chân.

Chỉ định bảo tồn với những trường hợp sau:

1. Gãy không di lệch hoặc di lệch ít.

2. Gãy di lệch lệch ra có chỉ định mổ, nhưng do điều kiện y tế, tình trạng người bệnh không tiến hành phẫu thuật được (thể trạng kém, có bệnh toàn thân nặng như tiểu đường nặng, bệnh tim mạch, rối loạn đông máu...).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Không điều trị bảo tồn những trường hợp gãy hở độ II của Gustilo trở lên chưa được xử trí phẫu thuật.

2. Gãy xương kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang.

3. Những trường hợp sưng nề, nốt phỏng nhiều nên kê chân cao trên khung (có thể kéo liên tục qua xương gót) chờ khi chân bớt nề sẽ bó bột.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 người thực hiện chính có chứng chỉ hành nghề chấn thương chỉnh hình.

- 01 người phụ có chứng chỉ bó bột.

- 01 Điều dưỡng dụng cụ.

2. Phương tiện

- Bàn nắn:

+ Trường hợp đơn giản, ít lệch: bàn nắn bình thường. Cần thêm 1 độn gỗ để kê dưới chân người bệnh.

+ Trường hợp khó, phức tạp: bàn nắn chỉnh hình có hệ thống kéo và căng chỉnh (bàn Pelvie).

- Thuốc gây tê hoặc gây mê.

- Bột thạch cao: 4-5 cuộn khổ 20 cm, 3- 4 cuộn khổ 15 cm.

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ quần .

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

4. Hồ sơ bệnh án

- 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.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra biên bản hồ sơ, hội chẩn, cam kết phẫu thuật, thủ thuật biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh

- Kiểm tra đúng người bệnh.

- Vòng đeo tay bệnh nhân với các thông tin: tên người bệnh, ngày sinh, số hồ sơ, chẩn đoán.

- Đánh dấu bên chi gãy.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Nắn chỉnh ổ gãy

- Tư thế người bệnh: Nằm ngửa trên bàn, tốt nhất là bàn chỉnh hình.

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

3.1.1. Nối dùng bàn chỉnh hình: cố định cổ bàn chân vào giá kéo qua một băng vải quấn vào cổ chân. Tăng dần lực kéo để sửa di lệch chông. Sau đó tùy theo di lệch thế nào, dùng hai lòng bàn tay đặt ở trên và dưới ổ gãy, ép đẩy hai đầu xương về vị trí. Thả chùng dây kéo để hai đầu xương cài vào nhau. Kiểm tra bằng cách sờ dọc mào chày và mặt trước trong xương chày (là các vị trí xương chày nằm ngay dưới da, dễ kiểm tra nhất). Chụp kiểm tra nếu hai đầu xương gãy áp vào nhau là được. Các di lệch gấp góc vượt quá giới hạn cho phép là 15° với gãy 1/3 giữa và 10° với 1/3 trên có thể dễ dàng sửa bằng cách cắt bột hình chêm (còn gọi là cắt múi cam) sau khoảng 2-3 tuần đầu.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

3.1.2. Nếu nắn trên bàn thường: để gối gấp qua mép cuối bàn, có đệm lót mặt dưới đùi cho êm. Người nắn ngồi trên ghế thấp, kẹp chặt bàn chân người bệnh vào giữa hai đầu gối kéo giãn căng chân xuống (hoặc trợ thủ 1 dùng tay để kéo cũng được). Có thể tăng lực kéo giãn bằng cách nâng bàn cao hơn để sửa di lệch chông. Hai tay được tự do nắn chỉnh di lệch như mô tả trên. Để cơ giãn và chùng ra tiện lợi hơn trong việc nắn, nhiều khi người ta để chân buông thõng, buộc băng qua cổ chân để kéo tạ với trọng lượng 5-7 kg, trong khoảng 10-12 phút rồi mới tiến hành kéo nắn như trên.

3.2. Bất động: bó bột Đùi-cẳng-bàn chân rạch dọc 2 thì.

3.2.1. Bó bột trên bàn thông thường

- Bước 1: Quấn lót chân bằng giấy vệ sinh, hoặc bông, hoặc đi bít tất vải Jersey. Đặt dây rạch dọc trước đùi, gối, cẳng bàn chân (cho bột cấp cứu).

- Bước 2: bó bột thì 1 (bó bột Cẳng-bàn chân): Dùng độn gỗ kê dưới khoeo người bệnh. Rải và đặt 1 nẹp bột tăng cường ở phía sau cẳng, bàn chân để tiến hành bó bột Cẳng-bàn chân. Quấn bột xuất phát điểm là từ cổ chân, quấn từ dưới lên trên rồi từ trên xuống dưới theo kiểu xoáy tròn ốc, bó đến đâu xoa và vuốt đến đó cho bột kết dính tốt hơn, khi cảm thấy bột đủ độ dày thì được. Lưu ý 3 điểm:

+ Một là: dây rạch dọc nên đặt chùng, bột bó không bị căng ở trước cổ chân.

+ Hai là: Nơi mép trên của bột bó thì 1, nên bó mỏng dần, nếu bó dày vuông thành sắc cạnh, khi bó bột thì 2 nới vào, bột dễ bị cộm hoặc dễ long lở, gãy bột.

+ Ba là: nên làm nhanh tay, vì bột bó 2 thì, nếu làm chậm, bột thì 1 đã khô cứng hẳn, sẽ khó kết dính tốt với bột bó ở thì 2.

- Bước 3: bó bột thì 2 (bó tiếp bột lên đùi): Bỏ độn gỗ, 1 trợ thủ viên cầm cổ chân kéo chếch chân người bệnh lên, 1 trợ thủ viên dùng 2 tay đỡ dưới đùi người bệnh và kỹ thuật viên chính tiến hành bó bột. Rải tiếp 1 nẹp bột to bản, ngâm nhanh, vắt ráo nước và đặt phía sau đùi, đầu dưới nẹp gối lên mép bột vừa bó ở thì 1. Dùng bột khô to quấn đè lên 1 phần bột đã bó, cũng quấn bột vòng tròn, xoáy tròn ốc từ dưới lên trên, rồi từ trên xuống dưới, đến khi thấy đủ độ dày thì thôi, theo mốc đã định từ ban đầu. Chú ý tăng cường chỗ bột nối 2 thì để bột khỏi bị long lở.

3.2.2. Bó bột trên bàn chỉnh hình

- Thì 1: bó ống bột.

- Thì 2: gỡ chân người bệnh ra khỏi khung kéo, chuyển người bệnh lên bàn thường để bó tiếp xuống cổ chân và bàn chân.

3.2.3. Bột Đùi-cẳng-bàn chân que ngang: để chống di lệch xoay, bằng cách bó đến cổ chân được 4-5 lớp thì đặt 1 que ngang dưới vùng gót (que ngang này đặt song song với mặt phẳng nằm ngang), bó tiếp bột ra ngoài, đến khi xong. Bột bó trong cấp cứu phải rạch dọc hoàn toàn, không để sót dù là 1 sợi gạc.

3.2.4. Thời gian bất động bột: với người lớn tổng thời gian mang bột trung bình khoảng 12 tuần. Trong quá trình bất động ấy:

- Sau 1 tuần đầu, chụp kiểm tra nếu di lệch thứ phát có thể nắn lại (như với nắn lần đầu) hoặc chuyển mô có chuẩn bị. Nếu tốt: thay bột tròn (nên đỡ nhẹ nhàng).

- Sau 3-4 tuần tiếp theo, lại chụp kiểm tra lần nữa và thay bột, tránh hiện tượng bột lỏng dần gây di lệch thứ phát trong bột.

- 1 tháng cuối cùng của quá trình bất động, tùy vị trí gãy cao hay thấp mà có thể thay bột Cẳng-bàn chân hoặc bột Ôm gối (với gãy thấp), hoặc bột Ống (với gãy cao gần gối).

VI. THEO DÕI

Nhẹ thì điều trị ngoại trú, nặng thì cho vào theo dõi nội trú.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Gãy cẳng chân, đặc biệt là gãy ở vị trí 1/3 trên thì biến chứng hay gặp và nguy hiểm nhất là hội chứng chèn ép khoang hoặc chèn ép do bó bột không đúng nguyên tắc (không rạch dọc bột trong bó bột cấp cứu).

- Với những trường hợp biến chứng mạch máu, hội chứng khoang cần phải mổ cấp cứu để xử trí tổn thương, càng sớm càng tốt.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Điều trị bảo tồn gãy cẳng chân – Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột.

10.1022. NẪN, BÓ BỘT GỠ XƯƠNG CHÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy mâm chày là loại gãy xương nội khớp đầu trên xương chày.
- Là phần xương xóp nên gãy mâm chày sẽ chảy máu ổ gãy nhiều, gây sưng nề, rối loạn dinh dưỡng, có thể kèm theo các tai biến nguy hiểm như hội chứng khoang, tắc mạch.
- Là loại gãy xương dễ liền, ít khi thấy khớp giả.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

1. Gãy kín.
2. Gãy mâm chày không di lệch hoặc di lệch ít (di lệch và lún dưới 5mm).
3. Gãy có di lệch, có chỉ định mổ, nhưng vì một lý do nào đó không mổ được (thể trạng già yếu, có bệnh toàn thân nặng, không có điều kiện mổ, từ chối mổ).
4. Với những trường hợp gãy nhiều mảnh phức tạp, phẫu thuật kết hợp xương khó khăn có thể điều trị bảo tồn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Không điều trị bảo tồn những trường hợp gãy hở.
2. Gãy xương kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang.
3. Thận trọng: những trường hợp sưng nề, nốt phỏng nhiều nên kê chân cao trên khung (có thể kéo liên tục qua xương gót), chờ khi chân bớt nề sẽ bó bột.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 người thực hiện chính có chứng chỉ hành nghề chấn thương chỉnh hình.
- 01 người phụ có chứng chỉ bó bột.
- 01 Điều dưỡng dụng cụ.

2. Phương tiện

- Bàn nắn:
 - + Trường hợp đơn giản, ít lệch: bàn nắn bình thường. Cần 1 độn gỗ để kê dưới chân người bệnh khi bó bột.
 - + Trường hợp khó, phức tạp: bàn nắn chỉnh hình có hệ thống kéo và căng chỉnh (bàn Pelvie).
- Thuốc gây tê hoặc gây mê. Nếu gây tê: 2-3 ống Lidocaine (hoặc Xylocaine) 1% pha loãng trong 5-10 ml nước cất (hoặc huyết thanh mặn 0,9%).
Nếu gây mê: do bác sỹ gây mê chuẩn bị và thực hiện.
- Bột thạch cao: 4-5 cuộn khổ 20 cm, 3-4 cuộn khổ 15 cm.

- Các dụng cụ phương tiện tối thiểu khác: bông lót, bơm tiêm, dịch truyền, dây truyền dịch, dây và dao rạch dọc, cồn tiêm, dụng cụ gây mê hồi sức, nước ngâm bột, băng vải (hoặc băng thun) để quấn ngoài bột...

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng xương gãy, cởi bỏ quần bên tổn thương.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

4. Hồ sơ bệnh án

- 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.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra biên bản hồ sơ, hội chẩn, cam kết phẫu thuật, thủ thuật biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh

- Kiểm tra đúng người bệnh.

- Vòng đeo tay bệnh nhân với các thông tin: tên người bệnh, ngày sinh, số hồ sơ, chẩn đoán.

- Đánh dấu bên chi gãy.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Nắn chỉnh ổ gãy

- Tư thế người bệnh: Nằm ngửa trên bàn, tốt nhất là bàn chỉnh hình.

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê (nếu gây mê, do bác sỹ gây mê tiến hành).

- Sát trùng rộng vùng khớp gối, đi găng vô khuẩn hút máu tụ trong khớp gối.

- Kéo thẳng trục, giữ cho phần mềm quanh gối căng. Người nắn chỉnh dùng 2 tay đẩy ép mảnh gãy về vị trí.

3.2. Bật động: Bó bột Đùi-cẳng-bàn chân rạch dọc.

3.2.1. Bó bột trên bàn nắn thông thường

- Bước 1: Quấn lót chân bằng giấy vệ sinh, hoặc bông, hoặc đi bít tất vải jersey. Vùng khớp gối và cổ chân cần độn lót dày hơn tránh đau và sự tỳ đè gây loét.

Đặt dây rạch dọc trước đùi, gối, cẳng bàn chân (cho bột cấp cứu). Dây rạch dọc nên để dài một chút cả về 2 đầu, đầu trên lên quá nếp bẹn chừng 20-30 cm,

đầu dưới nên cài vào kẽ ngón 2-3, vòng quanh ngón 2 để dây khỏi tuột khi rạch bột.

- Bước 2: bó bột thì 1 (bó bột Cẳng-bàn chân): Dùng độn gỗ kê dưới khoeo người bệnh. Rải và đặt 1 nẹp bột tăng cường ở phía sau cẳng, bàn chân để tiến hành bó bột Cẳng-bàn chân. Quần bột xuất phát điểm là từ cổ chân, quần từ dưới lên trên rồi từ trên xuống dưới theo kiểu xoáy tròn ốc, bó đến đầu xoa và vuốt đến đó cho bột kết dính tốt hơn, khi cảm thấy bột đủ độ dày thì được. Lưu ý 3 điểm:

+ Một là: vùng trước cổ chân cũng giống như vùng trước của khuỷu tay, nếu bó không khéo thì bột sẽ bị căng như 1 dây cung, vừa xấu bột, vừa không bất động được tốt. Nên dùng bột cỡ nhỏ và nhiều khi dùng kéo cắt xẻ tà (cắt bán phần băng bột khi bó bột đến cổ chân), để xử trí hiện tượng căng bột, bột sẽ đẹp hơn.

+ Hai là: Nơi mép trên của bột bó thì 1, nên bó mỏng dần, nếu bó dày vuông thành sắc cạnh, khi bó bột thì 2 nổi vào, bột dễ bị cộm hoặc dễ long lở, gãy bột.

+ Ba là: nên làm nhanh tay, vì bột bó 2 thì, nếu làm chậm, bột thì 1 đã khô cứng hẳn, sẽ khó kết dính tốt với bột bó ở thì 2 (giống như thợ xây đổ bê tông 2 thì, họ cũng phải làm như vậy thì khối bê tông mới vững chắc được).

- Bước 3: bó bột thì 2 (bó tiếp bột lên đùi): Bỏ độn gỗ, 1 trợ thủ viên cầm cổ chân kéo chếch chân người bệnh lên, 1 trợ thủ viên dùng 2 tay đỡ dưới đùi người bệnh và kỹ thuật viên chính tiến hành bó bột. Rải tiếp 1 nẹp bột to bản, ngâm nhanh, vắt ráo nước và đặt phía sau đùi, đầu dưới nẹp gồi lên mép bột vừa bó ở thì 1. Dùng bột khô to quần đè lên 1 phần bột đã bó, cũng quần bột vòng tròn, xoáy tròn ốc từ dưới lên trên, rồi từ trên xuống dưới, đến khi thấy đủ độ dày thì thôi, theo mốc đã định từ ban đầu. Chú ý tăng cường chỗ bột nối 2 thì để bột khỏi bị long lở.

3.2.2. Bó bột trên bàn chỉnh hình (Pelvie): vẫn bó 2 thì, nhưng khác là:

+Thì 1: bó ống bột trước, bột ở gần cổ chân cũng bó mỏng dần, để khi bó bột thì 2 nổi vào, bột khỏi bị cộm, đẹp và không bị đau.

+Thì 2: Bó nối thêm bột ở cổ chân, bàn chân: sau khi bó xong ống bột, đỡ người bệnh khỏi bàn Pelvie, đặt nằm trên bàn thường, bó nối tiếp phần bột ở cổ, bàn chân. Nếu bột cấp cứu thì rạch dọc bột.

3.2.3. Bột Đùi- cẳng- bàn chân que ngang: để chống di lệch xoay, bằng cách bó đến cổ chân được 4-5 lớp thì đặt 1 que ngang dưới vùng gót (que ngang này đặt song song với mặt phẳng nằm ngang), bó tiếp bột ra ngoài, đến khi xong.

- Với gãy rạn mâm chày, có thể bó ống bột rạch dọc.

3.3. Thời gian bất động bột: với người lớn: 6-8 tuần (trẻ em tùy theo tuổi).

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

VI. THEO DÕI

- Những trường hợp nặng, nên cho vào viện theo dõi và điều trị nội trú.
- Gãy mâm chày là một loại gãy cần phải theo dõi chu đáo, để phát hiện sớm các biến chứng như: chèn ép bột, hội chứng khoang. Phải theo dõi hàng giờ tình trạng của chi.
- Cần kê chân cao, theo dõi sát cảm giác đau của người bệnh, vận động, cũng như màu sắc, nhiệt độ của ngón chân (giống như với gãy cẳng chân ở vị trí 1/3 trên).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Với những trường hợp biến chứng mạch máu, hội chứng khoang cần phải siêu âm Doppler (hoặc chụp mạch), mổ cấp cứu để xử trí tổn thương.
- Chân sưng nề, rối loạn dinh dưỡng: nở bột rộng rãi, kê cao chân, thuốc chống sưng nề...

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Điều trị bảo tồn gãy mâm chày – Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột.

10.1023. NẪN, BÓ BỘT GỠ XƯƠNG GÓT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy xương gót nguyên nhân chính là ngã cao, hai gót chân tiếp đất, trọng lượng của cơ thể dồn xuống làm vỡ dọc và ngang xương gót. Cơ chế này thường kèm gãy cột sống.

- Điều trị phẫu thuật cũng như bảo tồn còn nhiều khó khăn, kết quả chưa được tốt.

- Di chứng: can lệch xương gót, trật khớp sên gót, đi lại đau đớn kéo dài, gót chân bẹt ra ảnh hưởng thẩm mỹ nữa.

- Chẩn đoán lâm sàng:

+ Nhìn từ phía sau khi người bệnh đứng: gót chân bè rộng, vẹo ngoài, gót chân phẳng hơn.

+ Bầm tím máu tụ ở mặt trong bàn chân.

+ Khi đứng tỳ đè đau, phần nhiều là không đứng được.

- Cận lâm sàng:

Chụp X quang: thẳng và nghiêng. Đặc biệt phim thẳng thấy rõ toàn bộ xương gót. Phim thẳng xương gót, bóng phải để 1 góc 40 độ so với mặt phẳng đứng dọc. Bàn chân gấp mu chân. Phim nghiêng xem được xương gót và khớp sên gót: đo góc Boehler tạo nên bởi 2 đường: đường phía trước đi qua đỉnh cao nhất của xương gót với mồm cao nhất của chỏm xương. Đường phía sau đi qua đỉnh cao nhất của xương gót tới điểm cao nhất của lồi củ sau xương gót. Bình thường góc này từ 20-40 độ. Nếu góc nhỏ đi, hoặc âm thể hiện sự lún của xương gót. Chụp cắt lớp dựng hình nếu có điều kiện.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GỠ XƯƠNG GÓT

1. Vỡ dọc lồi củ xương gót: loại vỡ này nếu không vào mặt khớp tiên lượng rất tốt. Lâm sàng sưng nề nhiều, không cần nắn, chỉ cần băng ép và gác cao chân 1 tuần, quá trình phù nề giảm đi.

Tỳ chân ít một, không hoàn toàn. Đi bằng nạng trong 4 tuần. Độn miếng đệm êm ở gót chân trong giày.

2. Vỡ ngang xương gót: chia 2 mức độ, mảnh gãy còn dính với phần thân xương: điều trị bảo tồn.

3. Vỡ mồm chân đế gót di lệch ít (không quá 2mm).

4. Gãy thân xương gót không kèm theo trật khớp sên gót.

5. Gãy thân xương gót kèm theo tổn thương mặt khớp sên gót, nhưng xương gãy ít lệch.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gãy xương hở, hoặc gãy xương gót có kèm vết thương khớp cổ chân, gãy hở các xương khác vùng cổ bàn chân.

2. Có tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang, loét sẵn do tiểu đường, gout...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 người thực hiện chính có chứng chỉ hành nghề chấn thương chỉnh hình.

- 01 người phụ có chứng chỉ bó bột.

- 01 Điều dưỡng dụng cụ.

2. Phương tiện

- 1 bàn nắn thông thường.

- Thuốc tê hoặc thuốc mê: số lượng tùy thuộc người bệnh là trẻ em hay người lớn, trọng lượng người bệnh. Kèm theo là dụng cụ gây tê, gây mê, hồi sức (bơm tiêm, cồn 70°, thuốc chống sốc, mặt nạ bóp bóng, đèn nội khí quản...).

- Bột thạch cao: 6-8 cuộn, cỡ 15 cm.

- Giấy vệ sinh, bông cuộn hoặc bít tắt vải xốp mềm để lót (jersey).

- Dây rạch dọc (dùng cho bột cấp cứu, khi tổn thương 7 ngày trở lại).

- Dao hoặc cưa rung để rạch dọc bột trong trường hợp bó bột cấp cứu (tổn thương trong 7 ngày đầu).

- Nước để ngâm bột: đủ về số lượng để ngâm chìm hẳn 3-4 cuộn bột cùng 1 lúc. Lưu ý, mùa lạnh phải dùng nước ấm, vì trong quá trình bột khô cứng sẽ tiêu hao một nhiệt lượng đáng kể làm nóng bột, có thể gây hạ thân nhiệt người bệnh, gây cảm lạnh. Nước sử dụng ngâm bột phải được thay thường xuyên để đảm bảo vệ sinh và tránh hiện tượng nước có quá nhiều cặn bột ảnh hưởng đến chất lượng bột.

- 1 cuộn băng vải hoặc băng thun, để băng giữ ngoài bột, khi việc bó bột và rạch dọc bột đã hoàn thành.

- 1 đệm gối kê dưới khoeo chân khi bó bột.

3. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương, nhất là những tổn thương lớn có thể gây tử vong trong quá trình nắn bó bột (chấn thương sọ não, chấn thương ngực, vỡ tạng đặc, vỡ tạng rỗng...).

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật, để người bệnh khỏi bị bất ngờ, động viên để họ yên tâm, hợp tác tốt với thầy thuốc. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi hoặc cắt bỏ quần bên chân gãy.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược (nước hoặc thức ăn từ dạ dày tràn sang đường thở gây tắc thở).

4. Hồ sơ bệnh án

- 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.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN BÓ BỘT

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra biên bản hồ sơ, hội chẩn, cam kết phẫu thuật, thủ thuật biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh

- Kiểm tra đúng người bệnh.

- Vòng đeo tay bệnh nhân với các thông tin: tên người bệnh, ngày sinh, số hồ sơ, chẩn đoán.

- Đánh dấu bên chi gãy.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Người bệnh

Tư thế: nằm sấp, gối gấp 90° cẳng chân dựng ngược lên trên, gan chân thẳng góc lên trên.

3.2. Các bước tiến hành

3.2.1. Nếu gãy không lệch: chỉ bó bột Cẳng-bàn chân tư thế cơ năng (cổ chân 90°), rạch dọc bột. Thời gian bất động chỉ cần 4-5 tuần.

3.2.2. Nếu gãy di lệch

- Nắn: người nắn dùng 2 ngón tay cái đẩy vào gốc gân Achille, nơi gân Achille bám vào lồi củ xương gót, đẩy cho xương gót theo hướng ngược với lực co của gân Achille, đồng thời trợ thủ kéo cho bàn chân duỗi ra tối đa, đồng thời 1 tay đẩy vào đỉnh vòm gan chân, thực tế là làm gấp thêm gan chân tối đa.

- Bất động: bó bột Cẳng-bàn chân:

+ Sau khi nắn, đỡ chân tư thế cổ chân duỗi tối đa, gan chân gấp, lật người bệnh nằm ngửa, quấn bông hoặc giấy vệ sinh đủ dày, đặt dây rạch dọc.

+ Đặt 1 nẹp bột sau cẳng bàn chân.

+ Quấn bột vòng tròn kiểu xoáy tròn ốc, từ trên xuống dưới rồi từ dưới lên trên, đủ dày thì thôi, tư thế duỗi cổ chân, xoa vuốt cho bột liên kết tốt và nhẵn, rạch dọc bột, lau chùi sạch sẽ bột dính ở da để dễ theo dõi sau bó bột. Thời gian bất động: 6-8 tuần. Trong thời gian mang bột ấy:

- Sau 7-10 ngày chụp kiểm tra, thay bột tròn, độn, vẫn tư thế duỗi cổ chân.

- Sau 3-4 tuần chụp lại, thay bột tư thế cổ chân 90°, để người bệnh tập đi.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

Khi người bệnh không đi, cho gác cao chân (gãy xương gót thường sưng nề nhiều).

- Trường hợp nắn khó, có thể nắn bằng cách xuyên 1 đinh Steinmann, khi đầu đinh sắp tới ổ gãy thì cầm đinh để bẩy xương mà nắn, kiểm tra bằng màn tăng sáng (không có màn tăng sáng thì ước lượng bằng kinh nghiệm), rồi xuyên tiếp lên qua xương sên, xương gót ở phía trước trên. Bó bột Cẳng-bàn chân như trên, lượn vòng qua đầu đinh, để thò đầu đinh ra ngoài, rút đinh sau khi tháo bột (cũng có thể rút đinh sớm hơn, khi đã hình thành can non). Xương gãy di lệch nhiều, hoặc gãy xương kèm trật khớp sên gót, nắn không kết quả thì chuyển mổ đặt lại xương, đặt lại khớp, phục hồi vòm gan chân, găm vùi kim Kirschner cố định, có thể vẫn phải tăng cường bột rạch dọc sau mổ.

VI. THEO DÕI

Đa số theo dõi ngoại trú, trường hợp nặng hoặc sưng nề nhiều thì cho vào viện theo dõi điều trị nội trú.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tai biến chủ yếu là sưng nề, rối loạn dinh dưỡng kéo dài: kê cao chân, thuốc chống sưng nề, tập vận động sớm.

- Nắn không tốt sẽ dẫn đến can lệch, chồi xương, đi lại đau, gót chân bè ra ảnh hưởng thẩm mỹ, phải mổ đục bạt xương chồi.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Điều trị bảo tồn gãy xương gót – Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột.

10.1028. NẪN, BÓ BỘT GỠ XƯƠNG BÀN CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bột Căng – bàn chân là loại bột được giới hạn bởi:
 - + Phía trên: ở trước là cực dưới của lồi củ trước xương chày (còn gọi lồi củ chày), ở sau là dưới nếp gấp khoeo chừng 2 cm (để khi gối gấp, mép bột không gây đau cho da vùng khoeo).
 - + Phía dưới là khớp bàn-ngón chân.
- Khi gãy chỏm các xương bàn chân hoặc gãy xương các ngón chân, nhiều khi người ta bó bột Căng - bàn chân ngắn (Bottine). Trong trường hợp này người ta thường làm đế bột dài hơn để đỡ toàn bộ các ngón chân. Bột Căng – bàn chân ngắn chỉ bó từ giữa cẳng chân trở xuống.
- Trong 1 số trường hợp khác, người ta bó bột Ôm gối (Sarmiento). Thực chất bột Ôm gối cũng là 1 loại bột Căng-bàn chân, nhưng bột được bó quá lên trên gối ở 3 phía: trước gối bột ôm lấy xương bánh chè, 2 bên gối bột ôm lấy 2 lồi cầu của xương đùi, phía sau gối được để ngỏ như bột Căng-bàn chân. Mục đích bột Ôm gối là khi người bệnh duỗi chân để đi thì gối được vững vàng, nhưng khi cần gấp chân thì gối vẫn gấp được thuận lợi. Bột Ôm gối thường ít khi rạch dọc.
- Tư thế cổ chân của bột Căng – bàn chân, Căng – bàn chân ngắn và Ôm gối đều là 90° (trừ 1 số tư thế đặc biệt có thể để cổ chân duỗi hoặc co quá 90°). Với gãy Dupuytren: bó vẹo cổ chân vào trong, gãy trật cổ chân vào trong: bó vẹo ngoài.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Gãy các xương ở vùng cổ chân (gãy 1 hoặc nhiều mắt cá, xương sên, xương gót, các xương khác thuộc khối tụ cốt ở cổ chân).
2. Gãy các xương bàn chân, ngón chân.
3. Chấn thương, bong gân, tổn thương dây chằng, bao khớp cổ chân.
4. Viêm nhiễm vùng cổ chân (viêm, lao).
5. Nắn chỉnh các dị tật (chân khoèo, co gân Achilles...).
6. Sau phẫu thuật vùng cổ chân (tạo hình, kết hợp xương không đủ vững, mổ làm cứng khớp, mổ chỉnh khoèo...).
7. Gãy kín, gãy hở độ 1, gãy hở độ 2 trở lên đã được phẫu thuật.
8. Gãy xương di lệch, nhưng tình trạng toàn thân không cho phép, từ chối mổ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gãy hở độ II trở lên.
2. Có tổn thương mạch máu, thần kinh, hoặc hội chứng chèn ép khoang.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 người thực hiện chính có chứng chỉ hành nghề chấn thương chỉnh hình.
- 01 người phụ có chứng chỉ bó bột.
- 01 Điều dưỡng dụng cụ.

2. Phương tiện

- 1 bàn nắn thông thường, tốt nhất như kiểu bàn mỏ (chắc, nặng, để khi kéo nắn bàn không bị chạy). Ở nơi không có điều kiện, có thể dùng bàn sắt, bàn gỗ, nhưng chân bàn phải được cố định chắc xuống sàn nhà. Bàn kéo nắn cần có các mẫu ngang để mắc các đai đối lực khi kéo nắn.
- Với trường hợp khó, gây phức tạp: cần bàn nắn của Boehler, có hệ thống ren xoắn để căng chỉnh.
- Đai đối lực: bằng vải mềm, dai, to bản (như kiểu quai ba lô) để tránh gây tổn thương cho da khi kéo nắn.
- Thuốc tê hoặc thuốc mê: số lượng tùy thuộc người bệnh là trẻ em hay người lớn, trọng lượng người bệnh. Kèm theo là dụng cụ gây tê, gây mê, hồi sức (bơm tiêm, cồn 70°, thuốc chống sốc, mặt nạ bóp bóng, đèn nội khí quản...).
- Bột thạch cao: với người lớn cần 6-8 cuộn, cỡ 15 cm, trẻ em thì tùy theo tuổi.
- Giấy vệ sinh, bông cuộn hoặc bít tất vải xốp mềm để lót (jersey). Lưu ý, nếu dùng giấy vệ sinh, có thể gây dị ứng da người bệnh. Ở những nước phát triển, người ta thường dùng jersey, rất tiện lợi, vì nó có độ co giãn rất tốt, không gây chèn ép và có thể dùng cho nhiều kích cỡ chân tay to nhỏ khác nhau.
- Dây rạch dọc (dùng cho bột cấp cứu, khi tổn thương 7 ngày trở lại): thường dùng một đoạn băng vải có độ dài vừa phải, vệ sẵn lại để đảm bảo độ chắc là đủ, không cần dây chuyên dụng.
- Dao hoặc cưa rung để rạch dọc bột trong trường hợp bó bột cấp cứu (tổn thương trong 7 ngày đầu). Nếu dùng dao rạch bột, dao cần sắc, nhưng không nên dùng dao mũi nhọn, đề phòng lỡ tay gây vết thương cho người bệnh (mặc dù tai biến này rất hiếm gặp). Nếu dùng cưa rung để rạch bột, cần lưu ý phải chờ cho bột khô hẳn mới làm, vì cưa rung chỉ cắt đứt các vật khô cứng.
- Nước để ngâm bột: đủ về số lượng để ngâm chìm hẳn 3-4 cuộn bột cùng 1 lúc. Lưu ý, mùa lạnh phải dùng nước ấm, vì trong quá trình bột khô cứng sẽ tiêu hao một nhiệt lượng đáng kể làm nóng bột, có thể làm hạ thân nhiệt người bệnh, gây cảm lạnh. Nước sử dụng ngâm bột phải được thay thường xuyên để đảm bảo vệ sinh và tránh hiện tượng nước có quá nhiều cặn bột ảnh hưởng đến chất lượng và thẩm mỹ của bột.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- 1 cuộn băng vải hoặc băng thun, để băng giữ ngoài bột, khi việc bó bột và rạch dọc bột đã hoàn thành.

- 1 đệm gỗ kê dưới khoeo chân khi bó bột.

3. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương, nhất là những tổn thương lớn có thể gây tử vong trong quá trình nắn bó bột (chấn thương sọ não, chấn thương ngực, vỡ tạng đặc, vỡ tạng rỗng...).

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật, để người bệnh khỏi bị bất ngờ, động viên để họ yên tâm, hợp tác tốt với thầy thuốc. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng xương gãy, cởi hoặc cắt bỏ tay áo bên tay gãy.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược (nước hoặc thức ăn từ dạ dày tràn sang đường thở).

4. Hồ sơ bệnh án

- 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.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH BÓ BỘT

Ở đây chỉ đề cập cách bó bột, cách nắn mời xem ở các bài điều trị gãy xương cụ thể của từng xương.

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra biên bản hồ sơ, hội chẩn, cam kết phẫu thuật, thủ thuật biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh

- Kiểm tra đúng người bệnh.

- Vòng đeo tay bệnh nhân với các thông tin: tên người bệnh, ngày sinh, số hồ sơ, chẩn đoán.

- Đánh dấu bên chi gãy.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Người bệnh

Nằm ngửa. Với người bệnh không nắn trên khung Boehler thì chỉ cần kê chân lên đệm gỗ, đệm gỗ đặt ở khoeo. Trợ thủ 1 đứng ở cuối chân để kéo giữ chân, trợ thủ 2 chạy ngoài giúp việc. Kỹ thuật viên chính đứng bên ngoài chân người bệnh để tiến hành bó bột.

3.2. Các bước tiến hành

- **Bước 1:** Quần giấy vệ sinh hoặc bông đệm hoặc jersey. Đặt dây rạch dọc, ở chính giữa trước cẳng bàn chân. Vùng cổ chân có nhiều mạch xương, nên đệm lót nhiều hơn.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- **Bước 2:** Rải nẹp bột và đặt nẹp bột. Dùng cuộn bột to bản xếp hình Zích-zắc, dày 6-8 lớp, độ dài theo mốc đã đo (từ sau khoeo đến tận cùng các ngón chân, có thể nẹp làm hơi dài 1 chút, phần thừa ra nên để ở phía dưới ngón chân, sau này cuộn lại tạo mũi để bột, bột sẽ đẹp hơn). Nẹp bột đặt sau cẳng bàn chân.

- **Bước 3:** Quán bột.

+ Nên quán bột xuất phát điểm ở vùng cổ chân, quán kiểu xoáy tròn ốc từ trên xuống dưới rồi từ dưới lên trên theo nẹp bột, vừa bó đến đâu vừa xoa và vuốt bột đến đó, bột sẽ liên kết tốt hơn và đẹp hơn. Khi nào thấy bột đủ dày thì được.

+ Quán bột vừa tay, không miết chặt tay. Vùng trước cổ chân dễ bị căng bột, muốn bột không bị căng thì dây rạch dọc nên để chùng, nếu vẫn căng thì dùng kéo xẻ tà (cắt đứt bán phần băng bột) để bó, bột sẽ đẹp, không bị căng nữa. Phần nẹp bột chúng ta chủ ý để thừa từ trước, sẽ vê cuộn lại làm mũi để bột cho đẹp. Sau đó băng bột bọc 1-2 lớp ra ngoài để bột, xoa và vuốt chỉnh trang lần cuối.

- **Bước 4:** Rạch dọc bột (nếu là bột cấp cứu), lau chùi sạch các ngón chân. Trường hợp bó trên khung Boehler, bó tương tự, đến cổ chân-bàn chân thì nhớ rút bỏ băng quán cố định vào khung khi kéo nắn, nếu để quên dễ gây chèn ép.

VI. THEO DÕI

- Nhẹ thì điều trị ngoại trú.

- Sưng nề nhiều hoặc có tổn thương phối hợp thì theo dõi điều trị nội trú.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Hội chứng chèn ép khoang rất hay gặp: theo dõi sát để phát hiện sớm, chuyển mổ cấp cứu giải ép khoang, xử trí mạch máu theo tổn thương, kết hợp xương.

- Bỏ sót băng buộc vòng quanh ở cổ chân khi nắn bó bột trên khung Boehler: cách đề phòng tốt nhất là đặt dây rạch dọc ở trong cùng, khi rạch tiến hành rạch từ trên xuống dưới, nửa chùng thì rạch từ dưới lên trên, khi 2 đường rạch gần gặp nhau thì túm cả 2 đầu dây kéo lên mà rạch nốt. Khi cầm dây rạch dọc kiểm tra, nếu dây còn nguyên vẹn không bị đứt, nghĩa là bột đã được rạch không sót dù chỉ là 1 sợi gạc.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bột cẳng bàn chân – Quyết định số 199/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Nắn chỉnh hình, bó bột.

CHUYÊN NGÀNH BÔNG

11.9. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BÔNG TỪ 10% - 19% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Mục đích của công tác thay băng

- Làm sạch vết bông, loại bỏ dịch, mũ ứ đọng, cắt lọc hoại tử hoặc chuẩn bị nền ghép da, ... để hỗ trợ cho vết bông nhanh liền.
- Sử dụng các thuốc điều trị tại chỗ: chống nhiễm khuẩn, kích thích hình thành mô hạt và tạo điều kiện tốt cho việc biểu mô hóa liền vết bông.
- Bổ sung chẩn đoán diện tích, độ sâu và theo dõi diễn biến tại vết bông.

2. Yêu cầu công tác thay băng

- Đảm bảo vô khuẩn, chống lây chéo, nhẹ nhàng tỉ mỉ.
 - Chống đau đớn, không gây chảy máu hoặc làm bong mảnh da ghép.
 - Công tác thay băng nên tiến hành khi trạng thái toàn thân tạm ổn định.
- Với người bệnh bông nặng, tiến hành thay băng khi đã kiểm soát được tình trạng hô hấp, tuần hoàn.

3. Trẻ bị bông 10%- 19% diện tích cơ thể

- Thuộc nhóm bông mức độ vừa, có thể vẫn có diễn biến nặng. Quá trình thay băng vẫn đòi hỏi theo dõi chặt chẽ, nên được giảm đau hoặc gây mê.

II. CHỈ ĐỊNH

- Thay băng vết thương bông mới để xử trí kỳ đầu.
- Thay băng điều trị người bệnh bông thường kỳ, tùy theo tình trạng vết thương mà quyết định áp dụng liệu pháp thay băng:
 - + Vết thương ô nhiễm nặng (nhiều dịch, mũ,...): Thay băng ngày 2 lần hoặc hàng ngày.
 - + Vết bông ít ô nhiễm (sạch, ít tiết dịch): thay băng cách ngày.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có các dấu hiệu đe dọa chức năng sống như suy hô hấp, trụy tim mạch, shock.. (cần ưu tiên hồi sức tổng hợp, khi kiểm soát cơ bản được chức năng sống tiến hành thay băng).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kíp thay băng 3 người: 01 bác sĩ điều trị có chứng nhận về cấp cứu và điều trị bông, 02 điều dưỡng phụ thay băng.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

Mỗi người bệnh cần thay băng theo khẩu phần riêng, bao gồm cơ bản:

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- Khay quả đậu, bông, băng, gạc, vải vô khuẩn.
- Nĩa có máu và không máu, kéo cong, kéo thẳng, găng tay. Nên có sẵn những dụng cụ cầm máu như pince, kìm cầm kim...
- Xô đựng đồ bẩn.

2.2. Thuốc thay băng bông

- Các dung dịch sát khuẩn dùng để rửa vết bông: Dung dịch Natriclorid 0,9%; dung dịch PVP iodine 10%...
- Các thuốc bông dùng tại chỗ:
 - + Thuốc có tác dụng kháng khuẩn: Các thuốc có chứa silver sulfadiazin (SSD)1%, thuốc chứa bạc như nitrat bạc hoặc chứa bạc kích thước nano, thuốc kháng sinh dùng ngoài...
 - + Thuốc tăng cường quá trình tái tạo, biểu mô hóa như Biafine; thuốc tạo môi trường ẩm như Vaseline; thuốc chứa corticoid, chứa các yếu tố cần thiết cho liền vết thương như oxyd kẽm...
 - + Các thuốc hoặc vật liệu giúp cầm máu tại chỗ như dung dịch adrenalin...
- Việc sử dụng các thuốc và vật liệu do bác sỹ chỉ định theo tính chất vết thương.

3. Người bệnh

- Giải thích động viên người bệnh.
- Dặn người bệnh nhịn ăn trước 6 giờ nếu phải gây mê.
- Thử phản ứng thuốc (nếu cần).
- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp, tình trạng hô hấp...

4. Hồ sơ bệnh án: theo quy định Bộ Y tế.

5. Địa điểm thay băng

- Buồng thay băng hoặc buồng bệnh có đủ các trang bị hồi sức: nguồn cung cấp oxy; máy hút; các dụng cụ và thuốc cấp cứu cần thiết khác.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

- Sử dụng thuốc giảm đau hoặc có thể gây mê.

3.2. Kỹ thuật

- Bảo đảm quy định vô khuẩn trong thay băng: Nhân viên kíp thay băng rửa tay vô trùng; mặc quần áo mũ, khẩu trang vô trùng; đi găng vô trùng. Dụng cụ thay băng vô khuẩn, mỗi người bệnh phải dùng riêng để tránh lây chéo.

- Bác sĩ điều trị: trực tiếp và chỉ đạo công tác thay băng để đánh giá vết thương, chỉ định các thuốc dùng tại chỗ vết bỏng và xử trí vết thương bỏng cùng với kíp thay băng.

- Bác sỹ và 1 điều dưỡng vô trùng sẽ thực hiện các kỹ thuật vô trùng còn 1 điều dưỡng hữu trùng sẽ giúp ngoài, chủ động theo dõi tình trạng người bệnh trong quá trình thay băng.

- Bước 1: Tháo bỏ băng cũ và các lớp gạc phía ngoài:

+ Điều dưỡng hữu trùng đưa người bệnh vào buồng băng, để nằm trên bàn thay băng (hoặc giường bệnh); dùng nĩa kéo cắt bỏ băng cũ, tháo bỏ các lớp gạc phía ngoài, để lại lớp gạc trong cùng.

+ Dùng dung dịch nước muối sinh lý vô trùng làm ẩm lớp gạc trong cùng.

- Bước 2: Bóc bỏ lớp gạc trong cùng và làm sạch vết bỏng:

+ Điều dưỡng vô trùng bóc bỏ lớp gạc trong cùng (gỡ miếng gạc song song với mặt da), chú ý nhẹ nhàng để không gây chảy máu và đau đớn cho người bệnh.

+ Dùng gạc mềm hoặc bông cầu vô trùng thấm dung dịch nước muối rửa (hoặc các dung dịch sát khuẩn có chỉ định) để rửa vết bỏng; lấy bỏ giả mạc, dị vật; cắt lọc các hoại tử đang rụng hoặc còn sót lại sau phẫu thuật (nếu có).

+ Xử trí vòm nốt phỏng: nếu vòm nốt phỏng còn nguyên vẹn, chưa bị nhiễm khuẩn: trích rạch, cắt thủng nốt phỏng, tháo bỏ dịch nốt phỏng, cố gắng giữ lại vòm nốt phỏng, sau đó băng ép lại. Nếu nốt phỏng đã nhiễm khuẩn: cắt bỏ, tháo dịch nốt phỏng.

+ Trong khi thay băng, nếu chảy máu: đắp gạc thấm nước muối ấm hoặc thấm dung dịch adrenalin 1/200.000, hoặc bằng các biện pháp như đốt điện, thắt buộc mạch máu...

+ Rửa lại vết bỏng bằng dung dịch sát khuẩn. Thấm khô.

- Bước 3: Sử dụng thuốc tại chỗ vết bỏng

+ Căn cứ vào diễn biến, tình trạng vết thương mà người bác sỹ sẽ quyết định sử dụng thuốc điều trị tại chỗ tổn thương bỏng.

+ Điều dưỡng vô trùng chuẩn bị các thuốc.

Sau khi đã làm sạch vết bỏng, sử dụng thuốc tại chỗ vết bỏng theo một trong các cách sau:

+ Bôi thuốc trực tiếp lên vết bỏng một lớp đủ dày, kín hết vùng tổn thương bỏng, sau đó đắp một lớp gạc vô trùng bên ngoài. Nên đắp tiếp một lớp gạc thấm vaseline bên ngoài lớp gạc trong cùng. Sau đó đắp vài lớp gạc vô trùng theo kiểu lợp ngói (độ dày của gạc tùy thuộc tình trạng dịch xuất tiết, mức độ vết thương, thường từ 4-6 lớp gạc).

+ Tẩm thuốc vào một lớp gạc rồi đắp lên vết bỏng sao cho mép các tấm gạc chồng một phần lên nhau; đắp một lớp gạc tẩm vaseline chồng lên lớp gạc thuốc; đắp vài lớp gạc vô trùng theo kiểu lợp ngói (độ dày của gạc tùy thuộc tình trạng dịch xuất tiết, mức vết thương, thường từ 4-6 lớp gạc).

- Bước 4: Băng vết bỏng, đưa người bệnh về giường và theo dõi sau thay băng

+ Điều dưỡng giúp ngoài băng lại vết bỏng bằng băng cuộn hoặc băng lưới, không băng quá chặt làm ảnh hưởng đến lưu thông tuần hoàn của người bệnh. Đưa người bệnh về giường, kiểm tra lại các chỉ số hô hấp, mạch, nhiệt độ, huyết áp của người bệnh và bàn giao cho điều dưỡng buồng bệnh.

Lưu ý:

- Trong các thì thay băng vô trùng cần tiến hành theo nguyên tắc: thay băng vùng bỏng ở đầu mặt cổ trước, tiếp đến chi thể và thân, sau cùng là vùng tầng sinh môn. Thay băng vùng bỏng không hoặc ít bị nhiễm khuẩn trước vùng nhiễm khuẩn hoặc nhiễm khuẩn nặng sau.

- Tùy theo tính chất vết bỏng mà sau khi thay băng vết bỏng đó có thể được băng kín hay để bán hở (chỉ để một lớp gạc thuốc trong cùng sau đó làm khô vết bỏng cho đến khi vết bỏng tự liền).

VI. THEO DÕI

- Theo dõi trạng thái toàn thân, mạch, nhiệt độ, huyết áp...sau thay băng chặt chẽ, kịp thời phát hiện trạng thái sốc, đe dọa sốc để xử lý.

- Người bệnh choáng, ngất trong và sau thay băng: Tạm dừng thay băng, đặt nằm chỗ thoáng, mát, cho thở oxy, thuốc trợ tim. Khi người bệnh tỉnh, trở lại trạng ổn định cho phép mới thay băng tiếp.

- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc giảm đau toàn thân hoặc theo dõi chung sau gây mê để xử trí kịp thời như tình trạng ngừng thở ngừng tim, nôn...

- Trẻ sau thay băng, gây mê thay băng ở nhóm này có thể gặp nôn trớ, nguy cơ gây suy hô hấp. Đặt trẻ nằm ngửa, đầu nghiêng về 1 bên. Lau hút sạch đờm dãi, trợ hô hấp, thở oxy, nếu cần đặt nội khí quản bóp bóng hay thở máy hỗ trợ. Khi trẻ tỉnh, trở lại trạng ổn định cho phép mới thay băng tiếp.

- Tình trạng đau đớn sau thay băng như ê đau, rét run hoặc sốt cao: tiếp tục dùng giảm đau, ủ ấm, hạ sốt...

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tụt băng gạc để lộ vết thương: tiến hành băng bó bổ xung.

- Tình trạng băng quá chặt gây phù nề, chèn ép vùng bỏng: hay gặp khi thay

băng trong 3 ngày đầu (vết bỏng vẫn tiếp tục phù nề) hoặc sau phẫu thuật ghép

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

da: nói băng, thậm chí kiểm tra rạch hoại tử giải phóng chèn ép khi có chỉ định (theo quy trình riêng)

- Chảy máu: Thay băng lại vùng chảy máu, đắp nước muối ấm, băng ép hoặc

khâu cầm máu nếu cần, lấy sạch máu cục, đắp lại gạc thuốc, gạc vaseline và gạc khô, băng ép.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 635/QĐ – BYT ngày 28/02/2013 của Bộ Y tế về việc Ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Bỏng.

11.10. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BỎNG DƯỚI 10% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Mục đích của công tác thay băng

- Làm sạch vết bỏng, loại bỏ dịch, mũ ứ đọng, cắt lọc hoại tử hoặc chuẩn bị nền ghép da, ... để hỗ trợ cho vết bỏng nhanh liền.
- Sử dụng các thuốc điều trị tại chỗ: chống nhiễm khuẩn, kích thích hình thành mô hạt và tạo điều kiện tốt cho việc biểu mô hóa liền vết bỏng.
- Bổ sung chẩn đoán diện tích, độ sâu và theo dõi diễn biến tại vết bỏng.

2. Yêu cầu công tác thay băng

- Đảm bảo vô khuẩn, chống lây chéo, nhẹ nhàng tỉ mỉ.
 - Chống đau đớn, không gây chảy máu hoặc làm bong mảnh da ghép.
 - Công tác thay băng nên tiến hành khi trạng thái toàn thân tạm ổn định.
- Với người bệnh bỏng nặng, tiến hành thay băng khi đã kiểm soát được tình trạng hô hấp, tuần hoàn.

3. Trẻ bị bỏng 10%- 19% diện tích cơ thể

- Thuộc nhóm bỏng mức độ vừa, có thể vẫn có diễn biến nặng. Quá trình thay băng vẫn đòi hỏi theo dõi chặt chẽ, nên được giảm đau hoặc gây mê.

II. CHỈ ĐỊNH

- Thay băng vết thương bỏng mới để xử trí kỳ đầu.
- Thay băng điều trị người bệnh bỏng thường kỳ, tùy theo tình trạng vết thương mà quyết định áp dụng liệu pháp thay băng:
 - + Vết thương ô nhiễm nặng (nhiều dịch, mũ,...): Thay băng ngày 2 lần hoặc hàng ngày.
 - + Vết bỏng ít ô nhiễm (sạch, ít tiết dịch): thay băng cách ngày.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có các dấu hiệu đe dọa chức năng sống như suy hô hấp, trụy tim mạch, shock.. (cần ưu tiên hồi sức tổng hợp, khi kiểm soát cơ bản được chức năng sống tiến hành thay băng).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kíp thay băng 3 người: 01 bác sĩ điều trị có chứng nhận về cấp cứu và điều trị bỏng, 02 điều dưỡng phụ thay băng.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

Mỗi người bệnh cần thay băng theo khẩu phần riêng, bao gồm cơ bản:

- Khay quả đậu, bông, băng, gạc, vải vô khuẩn.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- Nĩa có máu và không máu, kéo cong, kéo thẳng, găng tay. Nên có sẵn những dụng cụ cầm máu như pince, kìm cầm kim...

- Xô đựng đồ bẩn.

2.2. Thuốc thay băng bỏng

- Các dung dịch sát khuẩn dùng để rửa vết bỏng: Dung dịch Natriclorid 0,9%; dung dịch PVP iodine 10%...

- Các thuốc bỏng dùng tại chỗ:

- + Thuốc có tác dụng kháng khuẩn: Các thuốc có chứa silver sulfadiazin (SSD)1%, thuốc chứa bạc như nitrat bạc hoặc chứa bạc kích thước nano, thuốc kháng sinh dùng ngoài...

- + Thuốc tăng cường quá trình tái tạo, biểu mô hóa như Biafine; thuốc tạo môi trường ẩm như Vaseline; thuốc chứa corticoid, chứa các yếu tố cần thiết cho liền vết thương như oxyd kẽm...

- + Các thuốc hoặc vật liệu giúp cầm máu tại chỗ như dung dịch adrenalin...

- Việc sử dụng các thuốc và vật liệu do bác sỹ chỉ định theo tính chất vết thương.

3. Người bệnh

- Giải thích động viên người bệnh.

- Dặn người bệnh nhịn ăn trước 6 giờ nếu phải gây mê.

- Thử phản ứng thuốc (nếu cần).

- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp, tình trạng hô hấp...

4. Hồ sơ bệnh án theo quy định Bộ Y tế.

5. Địa điểm thay băng

- Buồng thay băng hoặc buồng bệnh có đủ các trang bị hồi sức: nguồn cung cấp oxy; máy hút; các dụng cụ và thuốc cấp cứu cần thiết khác.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm:

- Sử dụng thuốc giảm đau hoặc có thể gây mê.

3.2. Kỹ thuật

- Bảo đảm quy định vô khuẩn trong thay băng: Nhân viên kíp thay băng rửa tay vô trùng; mặc quần áo mũ, khẩu trang vô trùng; đi găng vô trùng. Dụng cụ thay băng vô khuẩn, mỗi người bệnh phải dùng riêng để tránh lây chéo.

- Bác sĩ điều trị: trực tiếp và chỉ đạo công tác thay băng để đánh giá vết thương, chỉ định các thuốc dùng tại chỗ vết bỏng và xử trí vết thương bỏng cùng với kíp thay băng.

- Bác sỹ và 1 điều dưỡng vô trùng sẽ thực hiện các kỹ thuật vô trùng còn 1 điều dưỡng hữu trùng sẽ giúp ngoài, chủ động theo dõi tình trạng người bệnh trong quá trình thay băng.

- Bước 1: Tháo bỏ băng cũ và các lớp gạc phía ngoài

+ Điều dưỡng hữu trùng đưa người bệnh vào buồng băng, để nằm trên bàn thay băng (hoặc giường bệnh); dùng nĩa kéo cắt bỏ băng cũ, tháo bỏ các lớp gạc phía ngoài, để lại lớp gạc trong cùng.

+ Dùng dung dịch nước muối sinh lý vô trùng làm ẩm lớp gạc trong cùng.

- Bước 2: Bóc bỏ lớp gạc trong cùng và làm sạch vết bỏng

+ Điều dưỡng vô trùng bóc bỏ lớp gạc trong cùng (gỡ miếng gạc song song với mặt da), chú ý nhẹ nhàng để không gây chảy máu và đau đớn cho người bệnh.

+ Dùng gạc mềm hoặc bông cầu vô trùng tẩm dung dịch nước muối rửa (hoặc các dung dịch sát khuẩn có chỉ định) để rửa vết bỏng; lấy bỏ giả mạc, dị vật; cắt lọc các hoại tử đang rụng hoặc còn sót lại sau phẫu thuật (nếu có).

+ Xử trí vòm nốt phỏng: nếu vòm nốt phỏng còn nguyên vẹn, chưa bị nhiễm khuẩn: trích rạch, cắt thủng nốt phỏng, tháo bỏ dịch nốt phỏng, cố gắng giữ lại vòm nốt phỏng, sau đó băng ép lại. Nếu nốt phỏng đã nhiễm khuẩn: cắt bỏ, tháo dịch nốt phỏng.

+ Trong khi thay băng, nếu chảy máu: đắp gạc tẩm nước muối ấm hoặc tẩm dung dịch adrenalin 1/200.000, hoặc bằng các biện pháp như đốt điện, thắt buộc mạch máu...

+ Rửa lại vết bỏng bằng dung dịch sát khuẩn. Thấm khô.

- Bước 3: Sử dụng thuốc tại chỗ vết bỏng

+ Căn cứ vào diễn biến, tình trạng vết thương mà người bác sỹ sẽ quyết định sử dụng thuốc điều trị tại chỗ tổn thương bỏng.

+ Điều dưỡng vô trùng chuẩn bị các thuốc

Sau khi đã làm sạch vết bỏng, sử dụng thuốc tại chỗ vết bỏng theo một trong các cách sau:

+ Bôi thuốc trực tiếp lên vết bỏng một lớp đủ dày, kín hết vùng tổn thương bỏng, sau đó đắp một lớp gạc vô trùng bên ngoài. Nên đắp tiếp một lớp gạc tẩm vaseline bên ngoài lớp gạc trong cùng. Sau đó đắp vài lớp gạc vô trùng theo kiểu lợp ngói (độ dày của gạc tùy thuộc tình trạng dịch xuất tiết, mức vết thương, thường từ 4-6 lớp gạc).

+ Tẩm thuốc vào một lớp gạc rồi đắp lên vết bỏng sao cho mép các tấm gạc chồng một phần lên nhau; đắp một lớp gạc tẩm vaseline chồng lên lớp gạc thuốc; đắp vài lớp gạc vô trùng theo kiểu lợp ngói (độ dày của gạc tùy thuộc tình trạng dịch xuất tiết, mức vết thương, thường từ 4-6 lớp gạc).

- Bước 4: Băng vết bỏng, đưa người bệnh về giường và theo dõi sau thay băng

+ Điều dưỡng giúp ngoài băng lại vết bỏng bằng băng cuộn hoặc băng lưới, không băng quá chặt làm ảnh hưởng đến lưu thông tuần hoàn của người bệnh. Đưa người bệnh về giường, kiểm tra lại các chỉ số hô hấp, mạch, nhiệt độ, huyết áp của người bệnh và bàn giao cho điều dưỡng buồng bệnh.

Lưu ý:

- Trong các thì thay băng vô trùng cần tiến hành theo nguyên tắc: thay băng vùng bỏng ở đầu mặt cổ trước, tiếp đến chi thể và thân, sau cùng là vùng tầng sinh môn. Thay băng vùng bỏng không hoặc ít bị nhiễm khuẩn trước vùng nhiễm khuẩn hoặc nhiễm khuẩn nặng sau.

- Tùy theo tính chất vết bỏng mà sau khi thay băng vết bỏng đó có thể được băng kín hay để bán hở (chỉ để một lớp gạc thuốc trong cùng sau đó làm khô vết bỏng cho đến khi vết bỏng tự liền).

VI. THEO DÕI

- Theo dõi trạng thái toàn thân, mạch, nhiệt độ, huyết áp...sau thay băng chặt chẽ, kịp thời phát hiện trạng thái sốc, đe dọa sốc để xử lý.

- Người bệnh choáng, ngất trong và sau thay băng: Tạm dừng thay băng, đặt nằm chỗ thoáng, mát, cho thở oxy, thuốc trợ tim. Khi người bệnh tỉnh, trở lại trạng ổn định cho phép mới thay băng tiếp.

- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc giảm đau toàn thân hoặc theo dõi chung sau gây mê để xử trí kịp thời như tình trạng ngừng thở ngừng tim, nôn...

- Trẻ sau thay băng, gây mê thay băng ở nhóm này có thể gặp nôn trớ, nguy cơ gây suy hô hấp. Đặt trẻ nằm ngửa, đầu nghiêng về 1 bên. Lau hút sạch đờm dãi, trợ hô hấp, thở oxy, nếu cần đặt nội khí quản bóp bóng hay thở máy hỗ trợ. Khi trẻ tỉnh, trở lại trạng ổn định cho phép mới thay băng tiếp.

- Tình trạng đau đớn sau thay băng như ê đau, rét run hoặc sốt cao: tiếp tục dùng giảm đau, ủ ấm, hạ sốt...

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tụt băng gạc để lộ vết thương: tiến hành băng bó bổ sung.

- Tình trạng băng quá chặt gây phù nề, chèn ép vùng bỏng: hay gặp khi thay

băng trong 3 ngày đầu (vết bỏng vẫn tiếp tục phù nề) hoặc sau phẫu thuật ghép

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

da: nói băng, thậm chí kiểm tra rạch hoại tử giải phóng chèn ép khi có chỉ định (theo quy trình riêng)

- Chảy máu: Thay băng lại vùng chảy máu, đắp nước muối ấm, băng ép hoặc

khâu cầm máu nếu cần, lấy sạch máu cục, đắp lại gạc thuốc, gạc vaseline và gạc khô, băng ép.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 635/QĐ – BYT ngày 28/02/2013 của Bộ Y tế về việc Ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Bỏng.

CHUYÊN NGÀNH UNG BƯỚU

03.2730. CẮT U NANG BUỒNG TRỨNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- U nang buồng trứng là loại khối u thường gặp nhất, chiếm tỉ lệ 3,6% các bệnh phụ khoa.
- Bệnh phát triển âm thầm, lặng lẽ, có thời gian im lặng kéo dài nhưng khi chuyển sang ác tính thì tiến triển rất nhanh.

II. CHỈ ĐỊNH

- U nang có kích thước lớn.
- U nang không nhỏ đi hoặc không biến mất trong quá trình theo dõi 2-3 tháng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu.
- Khối u dính nhiều, phẫu thuật ổ bụng nhiều lần.
- Các bệnh nội khoa và các trường hợp có chống chỉ định mổ nội soi.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 phẫu thuật viên chính có chứng chỉ hành nghề Ngoại nhi và có chứng chỉ phẫu thuật nội soi ổ bụng nhi khoa tổng quát.
- 01 phẫu thuật viên phụ có chứng chỉ hành nghề Ngoại nhi và có chứng chỉ phẫu thuật nội soi ổ bụng nhi khoa tổng quát.
- 01 điều dưỡng dụng cụ phòng mổ.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên khoa, các vật tư tiêu hao, trang thiết bị cho một cuộc phẫu thuật tiêu hóa.
- Phòng mổ có đầy đủ điều kiện tiến hành nội soi qua ổ bụng.
- Bộ nội soi ổ bụng: Monitor, camera, nguồn sáng, nguồn CO₂.
- Hệ thống máy bơm và rửa hút dịch ổ bụng.
- Hệ thống dao điện lưỡng cực và đơn cực, dao cắt đốt siêu âm.
- Dàn máy nội soi.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên khoa: 01 ống soi quang học 10mm, dây dẫn sáng, 01 Trocar 10mm, 02 Trocar 5mm, 01 kelly, 01 kẹp bóc tách, 01 kẹp giữ mạch máu, 01 kéo, 01 ống hút, 01 Babcock, 01 khâu nội soi, 01 cây đẩy chỉ.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật bụng: 01 cán dao số 3, 06 Mosquito, 08 Kelly, 02 Kocher, 2 Babcock, 04 Farabeuf, 01 ống hút, 02 dụng cụ đè ruột, 02 nhíp ruột, 02 nhíp máu, 02 nhíp không máu, 01 kéo Metzenbaum, 01 kéo Mayo, 01 Port, 04 kẹp săng.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- Các vật tư tiêu hao, trang thiết bị cho một cuộc phẫu thuật tiêu hóa: Chỉ Viryl 4.0, chỉ Vicryl 1.0, chỉ PDS 5.0, chỉ Vicryl rapid 4.0, bông gòn, gạc.
- Povidine 10%.

3. Người bệnh

- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chẩn đoán khả năng phẫu thuật,...
- Ngay trước mổ: kháng sinh dự phòng phổ rộng.
- Thụt tháo sạch phân.
- Đặt sonde tiểu.
- Nên mổ sau khi sạch kinh khoảng 1 tuần (đối với người bệnh đã có kinh nguyệt).
- 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.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra lại chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

- Tình trạng toàn thân.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tư thế người bệnh và vị trí kẹp mổ

- Người bệnh nằm dọc theo bàn gây mê.
- Phẫu thuật viên chính đứng ở phía bên đối diện bên có u nang buồng trứng.
- Người phụ cầm camera đứng ở bên phải của phẫu thuật viên.
- Điều dưỡng dụng cụ đứng bên trái phẫu thuật viên chính.
- Màn hình đặt ở phía đối diện phẫu thuật viên.

3.2. Vị trí trocar

Đặt 3 trocar vào ổ bụng:

- Trocar 1: qua rốn (10mm) để đưa camera và lấy khối u buồng trứng ra ngoài.
- Trocar 2 (nếu cần): hạ sườn bên có u (3-5mm).
- Trocar 3 (nếu cần): hố chậu bên đối diện (3-5mm).

3.3. Áp lực bơm hơi

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

Duy trì từ 8-12 mm Hg với lưu lượng 3-4l/phút tùy theo tuổi.

3.4. Các thì phẫu thuật

- Đưa camera vào ổ bụng quan sát mức độ di động và dính với các tạng xung quanh.
- Nếu u to có thể hút dịch trong u làm nhỏ u.
- Phẫu tích, bóc tách u khỏi vỏ khối u, buồng trứng, xem xét bảo tồn buồng trứng.
- Kiểm tra xem có chảy máu không, kiểm tra bên đối diện và các tạng xung quanh.
- Lấy bệnh phẩm qua túi nội soi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh.
- Trong trường hợp người bệnh nhỏ, khoảng cách u nang buồng trứng tới rốn không quá lớn, khối u di động: Có thể dùng 1 trocar qua rốn kéo u ra lỗ rốn, hút dịch trong u làm nhỏ u, mở nhỏ rốn đưa u nang buồng trứng ra ngoài phẫu tích, cắt u nang ngoài ổ bụng.

VI. THEO DÕI

- Nuôi ăn tĩnh mạch cho đến khi có trung tiện.
- Kháng sinh phổ rộng dự phòng nhiễm trùng.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu trong mổ: Xử trí bằng nội soi, nếu không được phải chuyển mổ mở.
- Tổn thương các tạng xung quanh: xử trí tùy tình huống cụ thể.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

12.313. CẮT U MÁU KHU TRÚ, ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 5 CM

I. ĐẠI CƯƠNG

- U máu là loại u lành tính được cấu tạo bởi nhiều mạch máu phát triển quá mức hợp lại tạo thành, thường xuất hiện dưới dạng một nốt sáng-đỏ có bề mặt giống quả dâu tây. Loại u này có thể xuất hiện ở bất cứ đâu trong cơ thể, nhưng thường gặp nhất là các u máu vùng mặt, da đầu, ngực và lưng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Điều trị phẫu thuật: thường áp dụng cho các trường hợp u máu nhỏ loét hoặc nằm ở vị trí mà khi phát triển sẽ gây ảnh hưởng chức năng hay thẩm mỹ. Cần nhận thức rằng, phẫu thuật luôn luôn để lại sẹo (và bởi hầu hết các u máu sẽ cải thiện theo thời gian), việc phẫu thuật sớm chỉ nên được cân nhắc cho một tỉ lệ nhỏ các trường hợp.

- Phẫu thuật với u có giới hạn rõ, không xâm lấn với mô xung quanh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý phối hợp toàn thân nặng không cho phép phẫu thuật: Bệnh lý tim mạch, rối loạn đông máu, suy kiệt.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

- 01 Phẫu thuật viên có chứng chỉ hành nghề Chấn thương Chỉnh hình
- 01 phẫu thuật viên phụ
- 01 Điều dưỡng dụng cụ.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường: 01 dao 15, 01 nhíp máu, 01 nhíp không máu, 04 mosquito, 02 kelly, 01 kéo mayo, 01 kéo metzenbaum, 01 Porte.
- Dung dịch betadin 10%.
- Dao điện
- Chỉ Nylon 4.0 hoặc 5.0, Vicryl 4.0
- Povidine 10%, bông gòn, gạc.

3. Người bệnh

- Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án, xét nghiệm, giấy cam đoan mổ.
- Giải thích cho gia đình người bệnh và người bệnh về ca mổ sắp làm.

4. Hồ sơ bệnh án

Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án, xét nghiệm, giấy cam đoan mổ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

3.1. Vô cảm người bệnh

- Gây mê toàn thân (đối với trẻ nhỏ, không hợp tác).
- Gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ (đối với trẻ lớn, hợp tác).

3.2. Kỹ thuật

- **Bước 1:** Sát trùng vùng mổ bằng Betadin.
- **Bước 2:** Phẫu thuật viên tiến hành phẫu tích cắt u theo từng lớp giải phẫu đến tận đáy của khối u. Cầm máu và sát trùng lại vùng mổ.
- **Bước 3:** Khâu đóng lại vết mổ theo đúng bình diện giải phẫu, băng ép vết mổ.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Kháng sinh.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu vết mổ: Băng ép nếu máu không cầm phải mổ lại cầm máu.
- Nhiễm trùng vết mổ: Cắt chỉ cách quãng, tách dịch, thay băng hàng ngày.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn điều trị Ngoại Nhi – 2018, Bệnh viện Nhi Đồng II, trang 253-257.

Ngoại Nhi lâm sàng 2018 – Bộ môn Ngoại Nhi – ĐHY Dược HCM, trang 224 – 237.

12.322. CẮT U NANG BAO HOẠT DỊCH (CỔ TAY, KHOEO CHÂN, CỔ CHÂN)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Nang bao hoạt dịch là tổn thương thường gặp, chứa dịch nhầy như dầu máy để bôi trơn.

Bản chất của tổn thương:

- Bệnh là một tổn thương giả bướu, là một bọc chứa dịch nhầy mucopolysaccharide, không có sự tăng sinh của tế bào.

- Bệnh có hai dạng tổn thương khác nhau: Bọc hoạt dịch và bọc màng/ túi hoạt dịch.

1. Bọc hoạt dịch

- Vị trí tổn thương thường gặp: (1) mặt lưng cổ tay, ở sát phía ngoài các gân duỗi chung ngón tay; (2) mặt lòng cổ tay, nằm giữa các gân cơ gấp cổ tay quay và dạng ngón tay cái dài... 50 – 70% các trường hợp xảy ra ở cổ và bàn tay. Tổn thương thường dính vào màng bao khớp, màng gân, đôi khi nằm trong gân cơ, cơ trên sụn bán nguyệt. Tổn thương không thông với ổ khớp.

- Đây là tổn thương được tạo nên bởi mô nhầy hay gặp nhất. Chất nhầy được tạo ra nhiều do các nguyên bào sợi và tập hợp lại, hình thành một bọc có một hoặc nhiều ngăn. Vách bọc không được lót bởi màng khớp mà bằng mô sợi. Như vậy bọc hoạt dịch được hình thành là do sự thoái hóa nhầy của mô liên kết.

- Bọc hoạt dịch thường có kích thước 1,5 – 2,5 cm đường kính. Bọc chứa nhầy trong.

2. Bọc màng hoạt dịch

- Bọc màng hoạt dịch hầu hết gặp ở khoeo chân, còn được gọi là bọc "Baker";

- Tổn thương ở khoeo chân, có giới hạn rõ, sờ có cảm giác căng chứa dịch, lộ rõ khi duỗi gối và chui vào khớp khi gấp gối. Đây là đặc điểm quan trọng để chẩn đoán phân biệt với các khối u phần mềm khác.

II. CHỈ ĐỊNH

- Khi u nang hoạt dịch kích thước lớn, gây đau, hoặc ảnh hưởng đến vận động.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp chống chỉ định chung của phẫu thuật như rối loạn đông máu, nhiễm trùng cấp tính.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 Phẫu thuật viên có chứng chỉ hành nghề Chấn thương Chỉnh hình

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- 01 phẫu thuật viên phụ
- 01 Điều dưỡng dụng cụ.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường: 01 dao 15, 01 nhíp máu, 01 nhíp không máu, 04 mosquito, 02 kelly, 01 kéo mayo, 01 kéo metzenbaum, 01 Porte.
- Dung dịch betadin 10%.
- Dao điện
- Chỉ Nylon 4.0 hoặc 5.0, Vicryl 4.0
- Povidine 10%, bông gòn, gạc.

3. Người bệnh

Vệ sinh vùng mổ, ký cam kết thực hiện phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Đầy đủ theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Kháng sinh dự phòng trước mổ.
- Gây mê toàn thân (đối với trẻ nhỏ, không hợp tác).
- Gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ (đối với trẻ lớn, hợp tác).
- Vô trùng vùng mổ.
- Người bệnh nằm ngửa, hoặc nghiêng tùy vị trí của u nang hoạt dịch.
- Mục đích của phẫu thuật là cắt bỏ u nang hoạt dịch.
- Rửa da vùng vết mổ.
- Bóc tách các mô xung quanh, cắt tròn u.
- Kiểm tra cầm máu.
- Sau khi cắt bỏ u nang hoạt dịch lỗ thông với ổ khớp được đóng lại bằng cách làm xơ hóa, khâu bằng chỉ hoặc để trống. Sau mổ khớp gối được bất động bằng nẹp, băng thun.
- Ở trẻ em, hiếm khi có sự thông thương giữa bọc với ổ khớp cũng như hiếm có các tổn thương bệnh lý trong khớp. Điều trị cắt bỏ nang lại kết quả rất tốt hầu như không tái phát.
- Đóng vết mổ.

VI. THEO DÕI

- Điều trị sau phẫu thuật: Chăm sóc vết mổ, tránh nhiễm trùng vết mổ.
- Tái phát là triệu chứng quan trọng cần theo dõi.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Tổn thương mạch máu, thần kinh vùng cổ tay, khoeo chân: Phẫu thuật khâu mạch máu, thần kinh.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị của bệnh viện Chấn thương chỉnh hình 2018, Tập II, trang 318-324.

CHUYÊN NGÀNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

17.73. TẬP CÁC KIỂU THỞ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tập thở là kỹ thuật làm giãn nở lồng ngực nhờ tăng cường các cơ hô hấp và nhằm tạo được kiểu thở đúng, có hiệu quả.

- Tập thở là kỹ thuật được áp dụng rộng rãi để điều trị ở bất cứ nơi nào mà người bệnh có yêu cầu.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chỉ định rộng rãi với những người vì bất kỳ lý do nào đó mà gây ra nhịp thở không bình thường, các bệnh lý đường hô hấp.

- Các bệnh phổi nguyên phát hoặc thứ phát, bệnh co thắt phế quản, tắc đường thở, xẹp phổi, viêm xơ hang phổi, tắc mạch phổi, phù phổi, suy tim có ứ đọng máu ở phổi, suy giảm thông khí phổi.

- Trước hoặc sau phẫu thuật: lồng ngực, tim mạch, phổi, bụng, vẹo cột sống.

- Các bệnh thần kinh có yếu cơ, nhược cơ, Guillain-barre, tổn thương tủy sống...

- Hạn chế hô hấp do béo bệu, các dị tật hệ cơ xương, chướng hơi đầy bụng, phụ nữ có thai, người bệnh nằm lâu ngày do liệt hoặc do suy nhược có khuynh hướng giảm thông khí và gây ứ đọng đờm dãi.

- Căng thẳng, lo âu, suy nhược thần kinh.

- Dùng thuốc mê hoặc dùng thuốc quá liều.

- Rối loạn chuyển hóa nhưng còn đáp ứng bù trừ. Những người thở bằng máy làm cho cơ hoành rối loạn điều hợp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Cần thận trọng các trường hợp lao phổi đợt cấp, chấn thương lồng ngực, cơ hoành khi chưa được xử trí, tràn khí màng phổi.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: bác sĩ hoặc kỹ thuật viên Vật lý trị liệu hoặc Bác sĩ/ điều dưỡng có chứng nhận, chứng chỉ đào tạo về vật lý trị liệu hô hấp.

2. Phương tiện:

- Khẩu trang.

- Găng tay.

- Giấy vuông.

- Ống nghe.

- Máy hút đàm hoặc hệ thống hút trung tâm.

- Máy đo SpO₂.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- Dung dịch sát trùng tay nhanh.
- Giường, bàn ghế, máy đo huyết áp.
 - Gương soi, gối kê lót, khăn mềm.
 - Máy khí dung, máy tập thở (nếu có)
 - Các dụng cụ tập thở cho trẻ em như: bóng hơi, cốc nước, ống thông, giấy...

3. Người bệnh :

- Tinh thần thư giãn, thoải mái, sẵn sàng tập thở.
- Quần áo nới rộng.
- Chuẩn bị tư thế: Đặt trẻ nằm ngửa, giữ chặt 2 tay hoặc gối - đứng - đi, lên xuống cầu thang.

4. Hồ sơ bệnh án

- Ghi chép đầy đủ các tình trạng bệnh lý của người bệnh.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tâm lý tiếp xúc:

- Giải thích cặn kẽ lý do, mục tiêu, mục đích tập thở cho người bệnh và gia đình để hợp tác điều trị.

2. Kỹ thuật:

- Thở bằng cơ hoành (cơ hoành tham gia thì thở vào).
- Nằm ngửa: đầu gối gập 45° , khớp háng xoay ngoài:
 - + Kỹ thuật viên (điều dưỡng) đặt một hoặc hai tay lên góc sườn hoành theo nhịp thở của người bệnh. Khi người bệnh thở ra tay kỹ thuật viên ép nhẹ vào ngực. Khi người bệnh thở vào lồng ngực kháng lại tay kỹ thuật viên để nâng lên, tiếp sau bụng sẽ nâng lên theo, tập như vậy nhiều lần một cách nhịp nhàng. Người bệnh hít vào bằng mũi, thở ra bằng mồm.

+ Để người bệnh tự đặt tay vào góc sườn hoành, tự ép nhẹ khi thở ra, khi người bệnh hít vào lồng ngực tự đẩy ra. Kỹ thuật viên theo dõi, đánh giá kết quả.

- Tư thế ngồi: người bệnh thư giãn, ngồi thẳng bằng, tay đặt lên góc sườn hoành, tiếp tục tập thở.

- Tư thế đứng: tập thở trước gương soi để người bệnh tự kiểm tra việc thở của mình.

- Tập thở phân thùy hoặc cạnh sườn: tập trung vào vùng tổn thương. Tùy theo vị trí vùng tổn thương mà kỹ thuật viên đặt tay lên thành ngực tương ứng: cạnh sườn một hoặc hai bên, phía trước hạ sườn...

+ Ở cuối thì thở ra tay kỹ thuật viên ấn đẩy lồng ngực, lồng ngực người bệnh kháng lại tay kỹ thuật viên ở thì hít vào.

+ Yêu cầu người bệnh hít sâu vào và nín thở trong một thời gian, sau đó thở ra chậm, đều.

- Kỹ thuật viên đánh giá áp lực khi ấn đẩy lồng ngực, điều chỉnh kỹ thuật cho phù hợp để việc tập thở có hiệu quả cao nhất.

- Tập thở bằng dụng cụ (bóng bay, ống thổi có khắc số, ống dẫn trong cốc nước, tờ giấy mỏng, thổi vào gương...) kỹ thuật này chủ yếu áp dụng với trẻ em.

- Đối với trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ:

+ KTV (Điều dưỡng) bàn tay ở ngực đặt giữa xương ức và đường liên núm vú với trục nghiêng 45 độ ; bàn tay ở bụng ngay rốn, ngón cái và ngón giữa tiếp xúc với xương sườn cuối để đo lường chu kỳ hô hấp.

+ Trục bàn tay ở ngực : nghiêng đi từ cao xuống thấp và từ trước ra sau.

+ Trục bàn tay ở bụng : nghiêng đi từ thấp lên cao và từ trước ra sau.

+ Điểm gặp nhau của 2 thao tác này ở cột sống D12-L1.

+ Cần thực hiện kỹ thuật ở đầu thì thở ra.

+ Dùng lực ép nhanh hay chậm lên lồng ngực, kết hợp lực ép đối nghịch lại ở bụng (trẻ sơ sinh tay ở bụng không đè lên bụng mà giữ chặt ở 2 bên xương sườn cuối).

VI. THEO DÕI

1. Khi tập thở:

- Tình trạng toàn thân, sắc mặt, màu sắc da, huyết áp, nhịp thở, kiểu thở.

- Di động của lồng ngực, cơ hoành (nâng lên khi hít vào).

2. Sau tập thở:

- Tình trạng toàn thân, sắc mặt, màu sắc da, huyết áp, nhịp thở, kiểu thở, tính độc lập chủ động tự tập thở của người bệnh (ở trẻ lớn)

- Kỹ thuật viên(điều dưỡng) theo dõi kết quả luyện tập: thở đúng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Nếu trẻ mệt (tím tái, co thắt phế quản..), mất cân bằng, choáng váng, mạch tăng: ngừng tập, báo cáo ngay cho bác sỹ chuyên khoa để kịp thời xử trí.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc Ban hành tài liệu “hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng”.

17.75. TẬP HO CÓ TRỢ GIÚP

I. ĐẠI CƯƠNG

- Ho là một phản xạ bảo vệ khi có kích thích đường hô hấp (dị vật, nước...).
- Ho chia làm 3 kỳ:
 - + Kỳ 1: Chuẩn bị ho - ở thì thở vào (1-2 giây).
 - + Kỳ 2: Khép thanh môn và co thắt các cơ hô hấp (0,25 giây).
 - + Kỳ 3: Khí bị thở mạnh, thanh môn mở ra áp lực lồng ngực hạ xuống, giai đoạn này quyết định cường độ ho và kiểu ho.

II. CHỈ ĐỊNH

- Khi cần tống các chất lắng đọng trong đường hô hấp.
- Các trường hợp có nguy cơ dày dính phổi, màng phổi.
- Bệnh lý có nguy cơ gây xẹp phổi.
- Những người bệnh mất phản xạ ho do tổn thương thần kinh chi phối các cơ quan hô hấp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Thận trọng trong các trường hợp nhồi máu cơ tim cấp, các bệnh lý thoát vị, chảy máu lồng ngực, ổ bụng...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: bác sỹ hoặc kỹ thuật viên Vật lý trị liệu hoặc Bác sỹ/ điều dưỡng có chứng nhận, chứng chỉ đào tạo về vật lý trị liệu hô hấp.

2. Phương tiện:

- Khẩu trang.
- Găng tay.
- Giấy vuông.
- Ống nghe.
- Máy khí dung.
- Máy hút đàm hoặc hệ thống hút trung tâm.
- Máy đo SpO₂.
- Dung dịch sát trùng tay nhanh.
- Dung dịch vệ sinh bàn tập (Presept).
- Thùng đựng chất thải lây nhiễm và thùng đựng chất thải thông thường.

3. Người bệnh:

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

Đặt trẻ nằm ngửa, giữ chặt 2 tay hoặc cho bệnh nhân ngồi tư thế thoải mái, dễ chịu, thuận tiện và phù hợp (tùy vào độ tuổi và tình trạng bệnh lý).

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi chép đầy đủ tình trạng của người bệnh trước trong và sau khi tập ho.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tâm lý tiếp xúc: giải thích cho người bệnh và người nhà người bệnh mục đích, mục tiêu tập ho để cùng hợp tác.

2. Kỹ thuật:

- Mang khẩu trang, rửa tay thường quy, mang găng tay sạch.
- Thông thoáng vùng mũi.
- Tập ho:

❖ Đối với trẻ nhỏ:

- + Phản xạ khí quản.
- + Đầu ở tư thế duỗi.
- + Một tay kỹ thuật viên đặt ở gáy trẻ để nâng đầu lên.
- + Kỹ thuật viên tìm vị trí hõm ức.
- + Sờ tìm khí quản.
- + Kỹ thuật viên đặt ngón tay trượt ngang khí quản theo nhịp thở rồi ấn xuống dưới, ấn ra sau và vào trong.
- + Đường hô hấp trên.
- + Dùng máy hút kích thích cơ quan nhận cảm: rãnh mũi, vòm miệng.
- + Dùng ngón tay sạch kích thích họng.

❖ **Đối với trẻ lớn:** tay kỹ thuật viên ấn, đẩy phổi phải ở thì thở ra, có thể sử dụng kỹ thuật ho chủ động với sự hợp tác của trẻ để tránh gây chấn thương.

- + Bước 1: Hướng dẫn người bệnh ngồi trên giường hoặc ghế với hai chân thả lỏng chạm đất, người hơi ngả về phía trước, thư giãn, thoải mái.
- + Bước 2: Hít thở sâu bằng cơ hoành 3-4 lần.
- + Bước 3: Khoanh hai tay trước bụng và hít vào chậm và thật sâu bằng mũi, nín thở trong 3 giây.
- + Bước 4: Để thở ra: ngả người về phía trước, hai tay ép vào bụng. Ho

mạnh 2 lần với miệng hơi mở, lần đầu để long đòn, lần sau để đẩy đòn ra ngoài.

+ Bước 5: Hít vào chậm và nhẹ nhàng bằng mũi. Động tác này sẽ giúp ngăn ngừa đòn di chuyển ngược lại vào đường hô hấp.

+ Nghỉ ngơi vài phút và thực hiện lại các bước trên nếu cần.

VI. THEO DÕI

1. Trước và sau khi làm kỹ thuật: theo dõi tình trạng toàn thân, sắc mặt, tím tái, kiểu thở, người bệnh mệt, mạch, huyết áp, áp lực O_2 và CO_2 .

2. Sau khi ho có thể tự khạc dịch tiết:

- Dùng máy hút, hút dịch tiết (nếu không khạc được).
- Cần theo dõi số lượng, màu sắc, độ quánh, mùi vị dịch tiết.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Mệt, sắc da tím, nôn mửa, thở nhanh: Ngừng tập thở và báo cáo bác sỹ chuyên khoa để xử trí ngay.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc Ban hành tài liệu “hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng”.

CHUYÊN NGÀNH PHẪU THUẬT NỘI SOI

03.4009. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ LỒNG RUỘT

I. ĐẠI CƯƠNG

Lồng ruột là cấp cứu ngoại khoa thường gặp ở trẻ em. Bệnh có thể gặp ở bất cứ tuổi nào nhưng lứa tuổi gặp nhiều nhất là từ 4 đến 9 tháng. Đa số các trường hợp có thể điều trị thành công với phương pháp tháo lồng bằng hơi hoặc bằng nước. Mổ tháo lồng được chỉ định cho một số trường hợp đặc biệt.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tháo lồng bằng hơi, bằng nước hoặc bằng barit thất bại.
- Có dấu hiệu tắc ruột rõ ràng.
- Lồng ruột tái phát lần thứ 3 trở đi.
- Có dấu hiệu viêm phúc mạc.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Rối loạn đông máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 phẫu thuật viên chính có chứng chỉ hành nghề Ngoại nhi và có chứng chỉ phẫu thuật nội soi ổ bụng nhi khoa tổng quát.
- 01 phẫu thuật viên phụ có chứng chỉ hành nghề Ngoại nhi và có chứng chỉ phẫu thuật nội soi ổ bụng nhi khoa tổng quát.
- 01 điều dưỡng dụng cụ phòng mổ.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên khoa: 01 ống soi quang học 10mm, dây dẫn sáng, 01 Trocar 5mm, 02 Trocar 3 hoặc 5mm, 01 kelly, 01 kẹp bóc tách, 01 kẹp giữ mạch máu, 01 kéo, 01 ống hút, 01 Babcock.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật bụng: 01 cán dao số 3, 06 Mosquito, 08 Kelly, 02 Kocher, 2 Babcock, 04 Farabeuf, 01 ống hút, 02 dụng cụ đè ruột, 02 nhíp ruột, 02 nhíp máu, 02 nhíp không máu, 01 kéo Metzenbaum, 01 kéo Mayo, 01 Port, 04 kẹp săng.
- Vật tư tiêu hao: Chỉ Viryl 4.0, chỉ Vicryl 1.0, chỉ PDS 5.0, chỉ Vicryl rapid 4.0, bông gòn, gạc.
- Povidine 10%.

3. Người bệnh

- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chẩn đoán khả năng phẫu thuật,...
- Bồi phụ nước, điện giải.
- Đặt sonde dạ dày.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- 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.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

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

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng toàn thân.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tư thế người bệnh và vị trí kẹp mổ

- Người bệnh nằm ngửa, nghiêng trái 30-45°.
- Phẫu thuật viên chính đứng bên trái người bệnh ngang mức rốn.
- Phẫu thuật viên phụ cầm camera đứng bên phải phẫu thuật viên chính, gần phía đầu người bệnh.
- Dụng cụ viên đứng bên trái phẫu thuật viên chính gần phía chân người bệnh.

3.2. Vị trí trocar

Đặt 3 trocar vào ổ bụng

- 1 trocar 5mm cách rốn 2cm về bên trái cho camera.
- 1 trocar 3 hoặc 5mm ở giữa rốn và bờ trên xương mu cho dụng cụ.
- 1 trocar 3 hoặc 5mm ở dưới sườn phải cho dụng cụ.

3.3. Áp lực bơm hơi

Duy trì từ 8-10 mm Hg với lưu lượng 3-4 l/phút tùy theo tuổi.

3.4. Các thì phẫu thuật

- Lần theo rãnh đại tràng phải để tìm khối lồng.
- Dùng panh không chấn thương cặp ruột phía trên khối lồng, 1 panh khác cặp ruột ở phía dưới khối lồng kéo nhẹ để tháo đoạn ruột phía dưới khỏi đoạn ruột phía trên.
- Trong trường hợp khó khăn có thể dùng 1 panh nong rộng cổ khối lồng để tháo dễ dàng hơn.
- Sau khi tháo lồng xong có thể cắt ruột thừa và cố định manh tràng vào thành bụng cho các trường hợp lồng ruột tái phát có manh tràng di động.
- Trong các trường hợp lồng ruột tái phát cần kiểm tra tìm nguyên nhân để giải quyết: túi thừa Meckel, polype,... Các tổn thương này có thể giải quyết

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

bằng cách kéo ra ngoài thành bụng qua đường rạch nhỏ tương ứng với vị trí có thương tổn.

- Một số trường hợp có thể thấy có một mạch máu và tổ chức mỡ kèm theo chạy ngang qua giữa hồi tràng và manh tràng. Có thể đây là điểm khởi phát của lồng ruột cần phải cắt bỏ.

- Khi lồng ruột quá chặt không thể tháo hoặc tháo được nhưng ruột bị thủng: Mở bụng bằng một đường rạch nhỏ tương ứng vị trí khối lồng, đưa ruột ra ngoài và cắt nối ruột.

VI. THEO DÕI

- Nuôi ăn tĩn mạch cho đến khi có trung tiện.
- Kháng sinh phổ rộng dự phòng nhiễm trùng.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Thủng ruột: phẫu thuật lại, khâu nối ruột.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

03.4010. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ HẸP PHÌ ĐẠI MÔN VỊ

I. ĐẠI CƯƠNG

Hẹp môn vị phì đại là sự phì đại của các lớp cơ, đặc biệt là lớp cơ vòng của môn vị, làm hẹp và dài ống môn vị.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chẩn đoán là bệnh hẹp phì đại môn vị.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Mắc các bệnh cấp tính.
- Rối loạn đông máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 phẫu thuật viên chính có chứng chỉ hành nghề Ngoại nhi và có chứng chỉ phẫu thuật nội soi ổ bụng nhi khoa tổng quát.
- 01 phẫu thuật viên phụ có chứng chỉ hành nghề Ngoại nhi và có chứng chỉ phẫu thuật nội soi ổ bụng nhi khoa tổng quát.
- 01 điều dưỡng dụng cụ phòng mổ.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên khoa, các vật tư tiêu hao, trang thiết bị cho một cuộc phẫu thuật tiêu hóa.
- Phòng mổ có đầy đủ điều kiện tiến hành nội soi qua ổ bụng.
- Bộ nội soi ổ bụng: Monitor, camera, nguồn sáng, nguồn CO₂.
- Hệ thống máy bơm và rửa hút dịch ổ bụng.
- Hệ thống dao điện lưỡng cực và đơn cực, dao cắt đốt siêu âm.
- Dàn máy nội soi.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên khoa: 01 ống soi quang học 10mm, dây dẫn sáng, 01 Trocar 10mm, 02 Trocar 5mm, 01 kelly, 01 kẹp bóc tách, 01 kẹp giữ mạch máu, 01 kéo, 01 ống hút, 01 Babcock, 01 khâu nội soi, 01 cây đẩy chỉ.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật bụng: 01 cán dao số 3, 06 Mosquito, 08 Kelly, 02 Kocher, 2 Babcock, 04 Farabeuf, 01 ống hút, 02 dụng cụ đè ruột, 02 nhíp ruột, 02 nhíp máu, 02 nhíp không máu, 01 kéo Metzenbaum, 01 kéo Mayo, 01 Port, 04 kẹp săng.
- Các vật tư tiêu hao, trang thiết bị cho một cuộc phẫu thuật tiêu hóa: Chỉ Viryl 4.0, chỉ Vicryl 1.0, chỉ PDS 5.0, chỉ Vicryl rapid 4.0, bông gòn, gạc.
- Povidine 10%.

3. Người bệnh

- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chẩn đoán khả năng phẫu thuật.
- Bồi phụ dinh dưỡng, nước - điện giải.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- Đặt ống hút dạ dày nếu có dấu hiệu tắc ruột.
- Dùng kháng sinh dự phòng nếu cần thiết.
- 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.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.
- Hoàn thiện đầy đủ các bước khám lâm sàng, cận lâm sàng. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng toàn thân.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Nguyên tắc: phẫu thuật có tri hoãn.

- Đặt xông dạ dày, nuôi ăn bằng đường tĩnh mạch.
- Bồi phụ nước điện giải và nâng cao thể trạng
 - + Mất nước nặng: Bolus 20 ml/kg NaCl 0,9%.
 - + Duy trì bằng Glucose 5% trong NaCl 0,45% + 20 - 30 mEq/l KCl với tốc độ gấp 1,25 - 2 lần tốc độ dịch truyền cơ bản.
 - + Làm điện giải đồ hàng ngày.
- Phẫu thuật Fredet-Ramstedt: mở cơ môn vị ngoài niêm mạc.

3.2. Tư thế người bệnh và vị trí kẹp mổ

Người bệnh sơ sinh được đặt nằm ngửa vị trí ngang bàn mổ trong khi người bệnh lớn hơn được đặt nằm dọc ở phía cuối bàn, hai chân để xuôi thấp hơn so với bụng.

Phẫu thuật viên đứng ở giữa 2 chân người bệnh, màn hình đặt ở phía đầu người bệnh.

Người phụ cầm camera đứng ở bên phải của phẫu thuật viên.

Điều dưỡng dụng cụ đứng bên trái phẫu thuật viên chính

3.3. Vị trí trocar

- Trocar thứ nhất (5,5mm) cho camera 5mm đặt ở rốn.
- Trocar thứ 2 (3,5 mm) đặt ở dưới sát bờ sườn phải trên đường rạch trước.

3.4. Áp lực bơm hơi ổ bụng

Duy trì từ 7-9 mm Hg với lưu lượng 2-3 l/phút tùy theo tuổi.

3.5. Các thì phẫu thuật

- Đặt 1 trocar 3mm tại rốn cho camera, 1 trocar dưới sát bờ sườn phải trên đường rạch trước để dụng cụ cầm cố định u cơ môn vị, 1 dao phẫu thuật nhọn

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

chọc qua thành bụng vùng thường vị thẳng góc với u cơ. Tiến hành đưa u cơ dọc theo mũi dao tạo 1 đường rạch dọc trên u cơ, sâu khoảng 2mm. Tiếp dùng panh nhỏ mũi nhỏ qua vị trí chọc dao qua thành bụng vào tách mở cơ.

- Nếu thủng niêm mạc, qua nội soi khâu lại và mở đường khác, kỹ thuật như trên. Đặt lưu xông dạ dày 4 ngày. Nuôi dưỡng tĩnh mạch 4 ngày sau rút xông cho ăn.

VI. THEO DÕI

- Rút ống xông dạ dày ngay khi bé tỉnh.
- Trong trường hợp bị thủng tá tràng có thể lưu sonde trong 24h sau mổ.
- Tiếp tục nuôi ăn tĩnh mạch cho đến khi bé ăn uống lại hoàn toàn bằng đường miệng.
- Bắt đầu ăn lại sau mổ 6 giờ với lượng 15ml sữa, tăng 10 - 15 ml mỗi 3 giờ cho đến khi đủ lượng nhu cầu (nếu người bệnh không nôn).

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nôn ngay sau mổ: do viêm dạ dày và trào ngược dạ dày thực quản, dùng thuốc chống trào ngược.
- Nôn sau mổ trên 7 - 10 ngày: mở cơ môn vị chưa hết thì cần mổ lại.
- Thủng tá tràng không nhận biết trong cuộc mổ: nôn, chướng bụng, sốt và viêm phúc mạc sẽ mổ lại khâu lô thủng, mở cơ môn vị ở một đường khác.
- Xuất viện khi ăn hoàn toàn bằng đường miệng.
- Tái khám sau 1 tuần - 3 tháng - 6 tháng.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

03. 4069. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT DÂY DÍNH TRONG Ổ BỤNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Phần lớn các người bệnh trải qua phẫu thuật bụng đều có dính ruột sau mổ, trong số các người bệnh tắc ruột này thì nguyên nhân dính chiếm 65%-75%.
- Phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột được tin là làm giảm nguy cơ gây dính so với mổ mở trên thực nghiệm và lâm sàng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh được chẩn đoán tắc ruột sau mổ, có chỉ định phẫu thuật.
- Số lần phẫu thuật vì tắc ruột không quá 3 lần.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có chống chỉ định của bơm hơi ổ bụng: bệnh tim-phổi nặng, tăng áp lực nội sọ.
- Rối loạn đông máu nặng.
- Người bệnh tắc ruột sau mổ có dấu hiệu viêm phúc mạc...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 phẫu thuật viên chính có chứng chỉ hành nghề Ngoại nhi và có chứng chỉ phẫu thuật nội soi ổ bụng nhi khoa tổng quát.
- 01 phẫu thuật viên phụ có chứng chỉ hành nghề Ngoại nhi và có chứng chỉ phẫu thuật nội soi ổ bụng nhi khoa tổng quát.
- 01 điều dưỡng dụng cụ phòng mổ.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên khoa, các vật tư tiêu hao, trang thiết bị cho một cuộc phẫu thuật tiêu hóa.
- Phòng mổ có đầy đủ điều kiện tiến hành nội soi qua ổ bụng.
- Bộ nội soi ổ bụng: Monitor, camera, nguồn sáng, nguồn CO₂.
- Hệ thống máy bơm và rửa hút dịch ổ bụng.
- Hệ thống dao điện lưỡng cực và đơn cực, dao cắt đốt siêu âm.
- Dàn máy nội soi.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên khoa: 01 ống soi quang học 10mm, dây dẫn sáng, 01 Trocar 10mm, 02 Trocar 5mm, 01 kelly, 01 kẹp bóc tách, 01 kẹp giữ mạch máu, 01 kéo, 01 ống hút, 01 Babcock, 01 khâu nội soi, 01 cây đẩy chỉ.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật bụng: 01 cán dao số 3, 06 Mosquito, 08 Kelly, 02 Kocher, 2 Babcock, 04 Farabeuf, 01 ống hút, 02 dụng cụ đè ruột, 02 nhíp ruột, 02 nhíp máu, 02 nhíp không máu, 01 kéo Metzenbaum, 01 kéo Mayo, 01 Port, 04 kẹp săng.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- Các vật tư tiêu hao: Chỉ Viryl 4.0, chỉ Vicryl 1.0, chỉ PDS 5.0, chỉ Vicryl rapid 4.0, bông gòn, gạc.

- Povidine 10%.

3. Người bệnh:

- Được thăm khám tỉ mỉ, phát hiện các bệnh lý phối hợp.
- Được giải thích về kế hoạch điều trị và đồng ý thực hiện phẫu thuật nội soi.

- Người bệnh được bồi phụ nước điện giải trước mổ, đặt Sonde dạ dày, Sonde tiểu.

- Được bác sĩ gây mê hồi sức khám trước mổ.

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: Đầy đủ theo quy định Bộ Y tế.

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

3. Thực hiện kỹ thuật:

3.1. Vô cảm: Người bệnh được gây mê nội khí quản.

3.2. Tư thế người bệnh, vị trí kẹp mổ:

- Người bệnh nằm ngửa, với tư thế đầu cao hay thấp, nghiêng phải hay trái tùy theo yêu cầu khi mổ. Người bệnh cần được đặt ống thông tiểu, sonde dạ dày.

- Vị trí kẹp mổ: Tùy thuộc vào vị trí thăm dò và xử lý thương tổn. Thông thường phẫu thuật viên đứng khác bên đối với vị trí thăm dò hay xử lý thương tổn. Ví dụ để can thiệp tầng trên ổ bụng, phẫu thuật viên đứng giữa 2 chân người bệnh, để can thiệp tầng dưới ổ bụng, phẫu thuật viên đứng về phía đầu người bệnh. Người phụ cầm camera đứng bên phải với phẫu thuật viên. Màn hình được để vuông góc với hướng nhìn của phẫu thuật viên.

3.3. Kỹ thuật:

- Vị trí đặt trocar:

- + Trocar đầu tiên được đặt là trocar 10 dành cho camera. Để vào được khoang bụng bằng nội soi cần lên kế hoạch và có hiểu biết rõ trong ổ bụng cũng như giải phẫu thành bụng để tránh biến chứng. Vị trí của các đường mổ trước, vị trí dẫn lưu, các mạch thành bụng, tiền sử viêm phúc mạc. Tất cả các yếu tố trên ảnh hưởng tới chọn vị trí đặt trocar đầu tiên. Khi vị trí quanh rốn có nghi ngờ thì vị trí 1/4 trên rốn bên trái thường được lựa chọn do phúc mạc ít bị dính và lách nằm sâu trong hố lách.

- Thường trocar này được đặt bằng kỹ thuật mở của Hasson với trocar đầu tù và nhìn trực tiếp vào ổ bụng qua lỗ mở qua thành bụng để đặt trocar.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- Đảm bảo đủ không gian để tiến hành phẫu thuật gỡ dính là một yếu tố quan trọng trong điều trị tắc ruột bằng phẫu thuật nội soi. Với áp lực bơm hơi lên tới 15mmHg và tốc độ bơm tới 2 lít, người bệnh đã giãn cơ tốt, ngủ sâu mà không đủ khoảng không để phẫu tích thì nguy cơ mổ mở cao. Bơm hơi ổ bụng thường không vượt quá 12mmHg, kết hợp với giãn cơ tốt, để nhằm bộc lộ rộng rãi. Kết hợp với nghiêng bàn phẫu thuật hợp lý để dồn ruột về một vị trí giúp làm tăng khoảng không làm việc. Người bệnh có thể nằm tư thế đầu dốc hoặc cao, có thể nghiêng bàn sang các bên để có khoảng không tốt nhất trong ổ bụng.

Tiếp theo là bơm hơi và dùng ống kính camera để quan sát đánh giá ổ bụng và đặt các lỗ trocar tiếp theo. Thường trocar số hai lựa chọn cho tay phải của phẫu thuật viên và phẫu thuật viên đứng đối diện với khu vực bụng trướng nhất. Sau khi có được trocar thứ hai thì có thể dùng kéo để phẫu tích, đây là một dụng cụ rất tốt trong việc gỡ dính, khi ruột quá dính vào thành bụng có thể phẫu tích sâu vào thành bụng để hạn chế tổn thương thanh cơ của ruột. Một khi đã đặt được hai trocar thì có thể tiến hành gỡ dính các tạng khỏi thành bụng. Sau đó đặt trocar thứ ba theo nguyên lý tam giác, đây là lỗ trocar để dùng dụng cụ kẹp nâng ruột để thực hiện gỡ dính. Tuy nhiên số lượng trocar và vị trí phải dựa vào tình trạng bệnh lý trong ổ bụng và di chuyển camera giữa các trocar để có thể nhìn thấy rõ nhất. Về nguyên tắc, số lượng, vị trí trocar tùy thuộc vào hình thể người bệnh, thương tổn.

- Kỹ thuật xử trí tổn thương: Cách tốt nhất là xác định vị trí tắc bằng lần theo quai ruột và nhận ra ranh giới giữa quai phồng và quai xẹp. Đây là vị trí có nguyên nhân gây tắc. Nếu vị trí ranh giới không xác định rõ ngay từ đầu thì có thể lần ngược từ góc hồi manh tràng lên để tìm ranh giới này, và đôi khi có thể tìm thấy nguyên nhân là tắc do dây chằng hoặc do dính ruột. Khi thực hiện kẹp giữ các quai ruột chú ý tránh co kéo các quai ruột giãn hoặc cặp bằng các dụng cụ chấn thương dễ gây tổn thương ruột. Tùy theo khả năng thực hiện có thể cắt nối qua nội soi hay mổ nhỏ đưa quai ruột tổn thương ra thành bụng để xử trí. Khi nguyên nhân gây tắc ruột đã được xử lý, tiến hành kiểm tra quai ruột về tình trạng mạch, nhu động, tình trạng thanh mạc.

VI. THEO DÕI

- Toàn trạng, dấu hiệu sinh tồn, tình trạng bụng, các dẫn lưu.
- Nuôi dưỡng tĩnh mạch đến khi người bệnh có trung tiện, bụng xẹp.
- Hướng dẫn người bệnh vận động sớm sau mổ.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Tai biến:

- Chảy máu trong mổ: bộc lộ rõ nguyên nhân chảy máu và xử lý theo nguyên nhân.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- Tổn thương ruột non: khâu lại vị trí tổn thương hoặc cắt đoạn nếu tổn thương trên 1 đoạn dài.

2. Biến chứng:

- Chảy máu sau mổ: dựa vào dấu hiệu lâm sàng, dịch chảy qua dẫn lưu ổ bụng, xét nghiệm công thức máu. Điều trị nội khoa bằng bù dịch, bù máu...nếu tình trạng huyết động người bệnh ổn định.

- Rò tiêu hóa sau mổ: Mổ lại, khâu lỗ thủng hoặc đưa đầu ruột ra ngoài tùy thuộc tổn thương.

- Viêm phúc mạc sau mổ: Mổ lại để xử lý tổn thương.

- Tắc ruột sau mổ: Có thể do dính lại sau mổ. Theo dõi sát tình trạng người bệnh, điều trị nội khoa không đỡ thì cần mổ lại kiểm tra và xử lý nguyên nhân.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

03.4070. PHẪU THUẬT NỘI SOI THOÁT VỊ BỆN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thoát vị bẹn là hiện tượng tồn tại ống phúc tinh mạc, qua đó các tạng trong ổ bụng thường thoát vị xuống như: ruột, buồng trứng, mạc nối lớn... Thoát vị bẹn nếu không chữa thường ít tự khỏi và dễ tiến triển thành thoát vị bẹn búi. Một số trường hợp khối thoát vị xuống không tự lên được gọi là thoát vị bẹn nghẹt là một tình trạng cần xử trí cấp cứu.

- Thoát vị bẹn thường gặp nhiều ở trẻ trai hơn trẻ gái, hay gặp ở trẻ sinh non, cân nặng thấp.

- Điều trị của bệnh là bắt buộc phải mổ. Ngày nay điều trị nội soi đã được áp dụng ở một số trung tâm trên thế giới, tuy nhiên còn nhiều tranh cãi về mổ nội soi hay mổ mở.

II. CHỈ ĐỊNH

Cho tất cả các trường hợp được chẩn đoán là thoát vị bẹn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu.
- Bệnh lý toàn thân nặng.
- Thoát vị bẹn nghẹt.
- Các phẫu thuật ổ bụng trước đó có nguy cơ dính ruột.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 phẫu thuật viên chính có chứng chỉ hành nghề Ngoại nhi và có chứng chỉ phẫu thuật nội soi ổ bụng nhi khoa tổng quát.

- 01 phẫu thuật viên phụ có chứng chỉ hành nghề Ngoại nhi và có chứng chỉ phẫu thuật nội soi ổ bụng nhi khoa tổng quát.

- 01 điều dưỡng dụng cụ phòng mổ.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên khoa, các vật tư tiêu hao, trang thiết bị cho một cuộc phẫu thuật tiêu hóa.

- Phòng mổ có đầy đủ điều kiện tiến hành nội soi qua ổ bụng.
- Bộ nội soi ổ bụng: Monitor, camera, nguồn sáng, nguồn CO₂.
- Hệ thống máy bơm và rửa hút dịch ổ bụng.
- Hệ thống dao điện lưỡng cực và đơn cực, dao cắt đốt siêu âm.
- Dàn máy nội soi.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên khoa: 01 ống soi quang học 10mm, dây dẫn sáng, 01 Trocar 10mm, 02 Trocar 5mm, 01 kelly, 01 kẹp bóc tách, 01 kẹp giữ mạch máu, 01 kéo, 01 ống hút, 01 Babcock, 01 khâu nội soi.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mổ mở thường quy: 01 cán dao số 3, 06 Mosquito, 08 Kelly, 02 Kocher, 2 Babcock, 04 Farabeuf, 02 nhíp máu, 02 nhíp không máu, 01 kéo Metzenbaum, 01 kéo Mayo, 01 Port, 04 kẹp săng.

- Các vật tư tiêu hao: Chỉ Viryl 4.0, chỉ Vicryl 1.0, chỉ Prolent 2.0, 01 kim Endoneedle bông gòn, gạc.

- Povidine 10%.

3. Người bệnh

Xét nghiệm đầy đủ.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: Đầy đủ theo quy định Bộ Y tế.

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

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm: gây mê toàn thân, có hoặc không gây tê tủy sống.

3.2. Tư thế người bệnh

- Người bệnh nằm ngửa, nằm dọc theo chiều của bàn.

3.3. Vị trí của kíp mổ

- Phẫu thuật viên chính và phụ đứng bên đối diện với bên mổ.
- Phụ dụng cụ đứng phía chân người bệnh.
- Màn hình camera ở bên đối diện và ở phía chân người bệnh.

3.4. Các bước tiến hành

- Đặt 1 troca qua rốn, bơm hơi ổ bụng áp lực 10cm H₂O, lưu lượng 2 lít/phút.

- Quan sát đánh giá bên thoát vị và bên còn lại xem có thoát vị kèm theo hay không.

- Đặt 2 troca ở 2 bên mạng sườn, trên rốn khoảng 1-2 cm để đưa dụng cụ phẫu thuật vào.

- Đưa nội dung thoát vị trở lại ổ bụng.

- Tiến hành khâu lỗ thoát vị bằng chỉ Vicryl 4.0 (chú ý tránh khâu vào bó mạch thành tĩnh ở trẻ trai).

- Kiểm tra bên đối diện, khâu lại lỗ bẹn nếu thấy lỗ bẹn rộng có nguy cơ thoát vị.

- Đóng bụng theo các lớp giải phẫu.

VI. THEO DÕI

- Chảy máu: Phẫu thuật cầm máu.

- Nhiễm trùng vết mổ: Cắt môi chỉ, để hở, dùng kháng sinh.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- Chảy máu: Kiểm tra cầm máu.
- Khâu vào bó mạch thường tinh: cần cắt chỉ, khâu lại hoặc mổ mở như thông thường.
- Nhiễm trùng vết mổ: sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ, thuốc sát trùng tại chỗ.
- Thoát vị tái phát: cần mổ mở lại.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

03.4071. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT RUỘT THỪA

I. ĐẠI CƯƠNG

Ruột thừa là một bộ phận nhỏ như ngón tay cái nằm ở phía dưới bên phải của bụng (90% ruột thừa nằm ở hố chậu phải), có một đầu bịt kín, một đầu thông với manh tràng (đoạn đầu tiên của ruột già). Nếu vì một nguyên nhân nào đó làm cho lòng ruột thừa bị tắc nghẽn (do sỏi phân, do phì đại quá mức tổ chức bạch huyết ở thành ruột thừa, dị vật...) sẽ khiến cho ruột thừa sưng lên và nhiễm trùng, tạo thành ruột thừa viêm.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chẩn đoán viêm ruột thừa trên lâm sàng và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh gợi ý.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu.
- Bệnh lý toàn thân.
- Viêm ruột thừa đã có biến chứng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 phẫu thuật viên chính có chứng chỉ hành nghề Ngoại nhi và có chứng chỉ phẫu thuật nội soi ổ bụng nhi khoa tổng quát.
- 01 phẫu thuật viên phụ có chứng chỉ hành nghề Ngoại nhi và có chứng chỉ phẫu thuật nội soi ổ bụng nhi khoa tổng quát.
- 01 điều dưỡng dụng cụ phòng mổ.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên khoa, các vật tư tiêu hao, trang thiết bị cho một cuộc phẫu thuật tiêu hóa.
- Phòng mổ có đầy đủ điều kiện tiến hành nội soi qua ổ bụng.
- Bộ nội soi ổ bụng: Monitor, camera, nguồn sáng, nguồn CO₂.
- Hệ thống máy bơm và rửa hút dịch ổ bụng.
- Hệ thống dao điện lưỡng cực và đơn cực, dao cắt đốt siêu âm.
- Dàn máy nội soi.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên khoa: 01 ống soi quang học 10mm, dây dẫn sáng, 01 Trocar 10mm, 02 Trocar 5mm, 01 kelly, 01 kẹp bóc tách, 01 kẹp giữ mạch máu, 01 kéo, 01 ống hút, 01 Babcock, 01 khâu nội soi, 01 cây đẩy chỉ.
- Các vật tư tiêu hao: Chỉ Viryl 4.0, chỉ Vicryl 1.0, chỉ Vicryl rapid 4.0, bông gòn, gạc.
- Povidine 10%.

3. Người bệnh

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- Xét nghiệm phục vụ chẩn đoán, phẫu thuật và gây mê đầy đủ.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: Đầy đủ theo quy định Bộ Y tế.

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

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Phương pháp nội soi dùng 03 trocar

3.1.1. Tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, có đặt sonde niệu đạo bàng quang.

3.1.2. Vị trí của kíp mổ:

- Tư thế phẫu thuật viên chính: đứng ở bên đối diện với màn hình nội soi, bên trái người bệnh.

- Tư thế phẫu thuật viên phụ: đứng bên phải phẫu thuật viên chính.

- Dụng cụ viên: đứng bên trái phẫu thuật viên chính.

3.2.3. Các bước tiến hành

- Đặt 03 trocar: 1 qua rốn cho ống soi, 1 ở mạn sườn phải và 1 ở hố chậu trái cho dụng cụ nội soi.

- Áp lực bơm hơi 8-10mmHg.

- Kéo manh tràng lên trên tìm ruột thừa.

- Xử trí mạc treo ruột thừa: có thể đốt điện, kẹp clip hoặc thắt buộc bằng panh nội soi.

- Xử trí gốc ruột thừa: buộc gốc ruột thừa bằng chỉ có thông lọng chuẩn bị sẵn hoặc buộc bằng hai panh. Có thể kẹp bằng clip.

- Đưa ruột thừa vào túi nilon nội soi, lấy qua lỗ trocar rốn.

- Soi lại ổ bụng kiểm tra Meckel.

- Đóng các lỗ trocar.

VI. THEO DÕI

1. Truyền dịch ngày đầu sau phẫu thuật.

2. Có thể uống nước sau 24 giờ.

3. Điều trị phối hợp kháng sinh.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu trong mổ tại mạc treo ruột thừa: Xử trí cầm máu.

- Tụt chỉ hoặc clip gốc mạc treo ruột thừa: Xử trí buộc chỉ hoặc clip lại.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

03.4078. PHẪU THUẬT NỘI SOI VIÊM PHÚC MẠC RUỘT THỪA

I. ĐẠI CƯƠNG

- Ruột thừa là một bộ phận nhỏ như ngón tay cái nằm ở phía dưới bên phải của bụng (90% ruột thừa nằm ở hố chậu phải), có một đầu bịt kín, một đầu thông với manh tràng (đoạn đầu tiên của ruột già). Nếu vì một nguyên nhân nào đó làm cho lòng ruột thừa bị tắc nghẽn (do sỏi phân, do phì đại quá mức tổ chức mạch bạch huyết, dị vật...) sẽ khiến cho ruột thừa sưng lên và nhiễm trùng, tạo thành ruột thừa viêm.

- Viêm phúc mạc do viêm ruột thừa là tình trạng viêm phúc mạc do viêm ruột thừa cấp vỡ mũ gây ra, mũ chảy khắp ổ bụng gây nên bệnh cảnh nhiễm trùng nhiễm độc nặng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh được chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa trên lâm sàng và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh gợi ý.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu.
- Tiền sử người bệnh có nhiều lần mổ bụng.
- Người bệnh có bệnh nặng kèm theo (bệnh tim, mạch vành và lao phổi).

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện:

- 01 phẫu thuật viên chính có chứng chỉ hành nghề Ngoại nhi và có chứng chỉ phẫu thuật nội soi ổ bụng nhi khoa tổng quát.
- 01 phẫu thuật viên phụ có chứng chỉ hành nghề Ngoại nhi và có chứng chỉ phẫu thuật nội soi ổ bụng nhi khoa tổng quát.
- 01 điều dưỡng dụng cụ phòng mổ.

2. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên khoa, các vật tư tiêu hao, trang thiết bị cho một cuộc phẫu thuật tiêu hóa.
- Phòng mổ có đầy đủ điều kiện tiến hành nội soi qua ổ bụng.
- Bộ nội soi ổ bụng: Monitor, camera, nguồn sáng, nguồn CO₂.
- Hệ thống máy bơm và rửa hút dịch ổ bụng.
- Hệ thống dao điện lưỡng cực và đơn cực, dao cắt đốt siêu âm.
- Dàn máy nội soi.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên khoa: 01 ống soi quang học 10mm, dây dẫn sáng, 01 Trocar 10mm, 02 Trocar 5mm, 01 kelly, 01 kẹp bóc tách, 01 kẹp giữ mạch máu, 01 kéo, 01 ống hút, 01 Babcock, 01 khâu nội soi, 01 cây đẩy chỉ.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật bụng: 01 cán dao số 3, 06 Mosquito, 08 Kelly, 02 Kocher, 2 Babcock, 04 Farabeuf, 01 ống hút, 02 dụng cụ đèn ruột, 02 nhíp ruột, 02 nhíp máu, 02 nhíp không máu, 01 kéo Metzenbaum, 01 kéo Mayo, 01 Port, 04 kẹp săng.

- Các vật tư tiêu hao: Chỉ Viryl 4.0, chỉ Vicryl 1.0, chỉ PDS 5.0, chỉ Vicryl rapid 4.0, bông gòn, gạc

- Povidine 10%.

3. Người bệnh

- Các xét nghiệm cơ bản (sinh hóa, huyết học, nước tiểu).

- Chụp phổi, điện tâm đồ (với người > 65 tuổi).

- Bữa ăn cuối cùng trước lúc mổ cách xa ít nhất 6 tiếng.

4. Hồ sơ bệnh án

- Các thủ tục hành chính và chuyên môn được hoàn tất đầy đủ theo quy định (bệnh án chi tiết, giấy cam đoan tự nguyện mổ bằng phẫu thuật nội soi ...).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: Đầy đủ theo quy định Bộ Y tế.

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

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

3.2. Kỹ thuật:

3.2.1. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa, tay trái để dọc theo thân người, đầu thấp.

3.2.2. Vị trí của ekip mổ:

- Tư thế phẫu thuật viên chính: đứng ở bên đối diện với màn hình nội soi, bên trái người bệnh.

- Tư thế phẫu thuật viên phụ: đứng bên phải phẫu thuật viên chính.

- Dụng cụ viên: đứng bên trái phẫu thuật viên chính.

3.2.3. Các bước tiến hành

- Tiến hành thủ thuật bơm hơi vào ổ bụng và đặt các trocar:

+ Bơm hơi ổ bụng có.

+ Vị trí đặt trocar: Trocar 10mm đặt trên hoặc dưới rốn. Sau khi bơm hơi và dưới sự hướng dẫn của camera, đặt tiếp trocar thứ 2 - Trocar 5mm ở vị trí đường giữa trên xương mu; trocar thứ 3 - trocar 10mm ở hố chậu trái, cách trocar thứ 2 từ 8 - 10 cm. Có thể đặt thêm trocar thứ 4 vùng hố chậu phải nếu cần thiết.

- Kỹ thuật cắt ruột thừa nội soi:

+ Quan sát toàn ổ bụng đánh giá tình trạng ổ bụng: Hút dịch tiết hoặc dịch mủ ở khoang bụng tự do, lấy mẫu dịch để xét nghiệm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

+ Tìm ruột thừa viêm và cắt ruột thừa theo kỹ thuật mổ nội soi: Trong trường hợp áp xe ruột thừa, mạc treo ruột thừa thường phù nề, khó phẫu tích rõ động mạch ruột thừa thì có thể cầm máu bằng dao cắt đốt lưỡng cực, dao siêu âm hoặc kẹp clips tại gốc ruột thừa.

+ Buộc và cắt ruột thừa sát gốc (có thể cắt gốc ruột thừa bằng máy cắt ruột nội soi (stapler).

+ Hút rửa và làm sạch ổ bụng.

+ Kiểm tra các quai ruột và toàn ổ bụng.

+ Đặt dẫn lưu tại vị trí ổ áp xe và túi cùng Douglas, rút bỏ sau 3 ngày.

+ Khâu lại thành bụng tại các lỗ đặt trocar.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ

1. Truyền dịch ngày đầu sau phẫu thuật.

2. Có thể uống nước sau 24 giờ.

3. Điều trị phối hợp ba loại kháng sinh.

4. Rút dẫn lưu theo từng trường hợp cụ thể.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Tai biến của bơm hơi ổ bụng

- Kích thích nhịp tim.

- Tràn khí các khoang: trước màng bụng, dưới da, khoang màng phổi.

- Tắc mạch phổi do hơi.

2. Tai biến do chọc trocar

- Tổn thương các tạng trong ổ bụng: chuyển mổ mở.

- Tổn thương các mạch máu trong ổ bụng: chuyển mổ mở.

- Chảy máu thành bụng: khâu cầm máu.

- Nhiễm khuẩn các lỗ đặt trocar: cắt chỉ, thay băng hàng ngày.

3. Tai biến trong mổ

- Thủng, rách ruột non khi phẫu tích vào ổ áp xe: chuyển mổ mở.

- Chảy máu không kiểm soát được do tình trạng viêm dính tại ổ áp xe: mổ mở.

4. Tai biến sau mổ

- Tụ máu trong ổ bụng, thành bụng.

- Áp xe thành bụng, trong ổ bụng: dẫn lưu áp xe.

- Thoát vị qua lỗ trocar.

- Tắc ruột sau mổ.

- Rò manh tràng.

- Viêm mủm ruột thừa còn lại.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

03.4079. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI THỪA MECKEL

I. ĐẠI CƯƠNG

- Túi thừa Meckel xuất hiện với tỷ lệ khoảng 2% dân số. Đa số các trường hợp, túi thừa Meckel tồn tại mà không gây biến chứng, tuy nhiên khoảng 30% các trường hợp có các biến chứng. Tỷ lệ các biến chứng được thấy qua 830 trường hợp như sau.

- Tắc ruột: 35%, chảy máu: 32%, viêm túi thừa có thủng hoặc không: 10%, các biến chứng khác: 1%. Biến chứng chảy máu và tắc ruột hay gặp ở trẻ nhỏ, trong khi đó viêm túi thừa Meckel hay gặp ở trẻ lớn.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chẩn đoán túi thừa Meckel.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh cấp tính.
- Rối loạn đông máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 phẫu thuật viên chính có chứng chỉ hành nghề Ngoại nhi và có chứng chỉ phẫu thuật nội soi ổ bụng nhi khoa tổng quát.

- 01 phẫu thuật viên phụ có chứng chỉ hành nghề Ngoại nhi và có chứng chỉ phẫu thuật nội soi ổ bụng nhi khoa tổng quát.

- 01 điều dưỡng dụng cụ phòng mổ.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên khoa, các vật tư tiêu hao, trang thiết bị cho một cuộc phẫu thuật tiêu hóa.

- Phòng mổ có đầy đủ điều kiện tiến hành nội soi qua ổ bụng.

- Bộ nội soi ổ bụng: Monitor, camera, nguồn sáng, nguồn CO₂.

- Hệ thống máy bơm và rửa hút dịch ổ bụng.

- Hệ thống dao điện lưỡng cực và đơn cực, dao cắt đốt siêu âm.

- Dàn máy nội soi.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên khoa: 01 ống soi quang học 10mm, dây dẫn sáng, 01 Trocar 10mm, 02 Trocar 5mm, 01 kelly, 01 kẹp bóc tách, 01 kẹp giữ mạch máu, 01 kéo, 01 ống hút, 01 Babcock, 01 khâu nội soi, 01 cây đẩy chỉ.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật bụng: 01 cán dao số 3, 06 Mosquito, 08 Kelly, 02 Kocher, 2 Babcock, 04 Farabeuf, 01 ống hút, 02 dụng cụ đè ruột, 02 nhíp ruột, 02 nhíp máu, 02 nhíp không máu, 01 kéo Metzenbaum, 01 kéo Mayo, 01 Port, 04 kẹp săng.

- Các vật tư tiêu hao: Chỉ Viryl 4.0, chỉ Vicryl 1.0, chỉ PDS 5.0, chỉ Vicryl rapid 4.0, bông gòn, gạc.
- Povidine 10%.

3. Người bệnh

- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chẩn đoán khả năng phẫu thuật.
- Bồi phụ dinh dưỡng, nước - điện giải.
- Đặt ống hút dạ dày.
- Dùng kháng sinh dự phòng.
- 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.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện phẫu thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng toàn thân.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tư thế người bệnh

Người bệnh nằm dọc theo bàn gây mê.

3.2. Vị trí của kíp mổ:

- Phẫu thuật viên đứng bên trái người bệnh, người phụ cầm camera đứng ở bên phải của phẫu thuật viên. Màn hình đặt ở phía đối diện phẫu thuật viên.
- Dụng cụ đứng bên trái phẫu thuật viên chính

3.3. Các bước tiến hành

- Gây mê nội khí quản.
- Rửa da vòng quanh rốn bên phải đặt trocar 10mm có kênh camera và kênh đặt dụng cụ.
- Áp lực bơm hơi ổ bụng duy trì từ 7-9 mm Hg với lưu lượng 2-3 l/phút tùy theo tuổi.

Nội soi ba trocar

- Đặt 1 trocar 10mm qua rốn để đưa camera, 2 trocar 5mm hai bên rốn (1 ngang trên rốn đường trắng bên phải, 1 ở dưới rốn đường trắng bên trái).

- Dùng 2 panh NS qua 2 trocar 5mm kiểm tra túi thừa, kỹ thuật tìm và cắt nối ruột như 1 port (cũng đưa túi thừa qua rốn để cắt nối).

VI. THEO DÕI

1. Truyền dịch ngày đầu sau phẫu thuật.
2. Có thể uống nước sau 24 giờ.
3. Điều trị kháng sinh.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Rò miệng nối: Mổ làm lại miệng nối hoặc đưa miệng nối ra ngoài thành bụng.
- Chảy máu: Mổ lại khâu cầm máu.
- Nhiễm trùng vết mổ: Kháng sinh.
- Tắc ruột sau mổ: Mổ lại.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 7708/QĐ-BYT ngày 30/12/2016 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật nội soi.

27.333. NỘI SOI Ổ BỤNG CHẨN ĐOÁN

I. ĐẠI CƯƠNG

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

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

II. CHỈ ĐỊNH

1. Mổ phiên

- Hạch ổ bụng chưa rõ nguyên nhân.
- Báng bụng chưa rõ nguyên nhân.
- Ung thư các cơ quan trong ổ bụng mà không chắc chắn về khả năng cắt bỏ được để tránh mổ bụng lớn không cần thiết.

2. Mổ cấp cứu

- Vết thương thấu bụng hoặc chấn thương bụng kín chưa rõ có tổn thương tạng hay không.
- Bụng ngoại khoa chưa rõ nguyên nhân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trong cấp cứu mà tình trạng người bệnh nặng như shock mất máu, shock nhiễm trùng hoặc có nhiều tổn thương phối hợp.
- Người bệnh có chống chỉ định gây mê hoặc bệnh lý tim mạch, hô hấp có chống chỉ định bơm hơi trong ổ bụng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện kỹ thuật

- 01 Phẫu thuật viên chính có chứng chỉ hành nghề ngoại nhi và có chứng chỉ phẫu thuật nội soi ổ bụng nhi khoa tổng quát.
- 01 Phẫu thuật viên phụ có chứng chỉ hành nghề ngoại nhi và có chứng chỉ phẫu thuật nội soi ổ bụng nhi khoa tổng quát.
- 01 Điều dưỡng dụng cụ.

2. Phương tiện

- Hệ thống máy và dụng cụ phẫu thuật nội soi ổ bụng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên khoa: 01 ống soi quang học 10mm, dây dẫn sáng, 01 Trocar 10mm, 02 Trocar 5mm, 01 kelly, 01 kẹp bóc tách, 01 kẹp giữ mạch máu, 01 kéo, 01 ống hút, 01 Babcock.
- Các vật tư tiêu hao, trang thiết bị cho một cuộc phẫu thuật tiêu hóa: Chỉ Viryl 4.0, chỉ Vicryl 1.0, chỉ PDS 5.0, chỉ Vicryl rapid 4.0.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- Povidine 10%, bông gòn, gạc.

3. Người bệnh:

- Khám lâm sàng trước mổ.
- Xét nghiệm tiền phẫu thông thường.
- Khám đánh giá nguy cơ phẫu thuật khi cần thiết.
- Các xét nghiệm chuyên biệt để chẩn đoán bệnh, hội chẩn nhiều chuyên khoa để xác định chẩn đoán bệnh.

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh: kiểm tra đúng người bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật:

3.1. Tư thế người bệnh: Người bệnh nằm ngửa.

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

3.3. Vô cảm:

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

- Kỹ thuật:

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

✓ 1 trocar 10 ở rốn (kính soi).

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

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

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

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

- Vết thương thấu bụng hoặc chấn thương bụng kín chưa rõ có tổn thương tạng hay không hoặc bụng ngoại khoa chưa rõ nguyên nhân: thăm sát tình trạng

dịch hoặc máu ổ bụng, các tổn thương tạng ở tầng trên và tầng dưới mạc treo đại tràng ngang. Thăm sát cẩn thận để tránh bỏ sót thương tổn.

VI. THEO DÕI

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

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

- Sử dụng giảm đau.

- Thông thường dùng kháng sinh dự phòng.

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

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

1. Tai biến:

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

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

2. Biến chứng:

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

- Viêm phúc mạc do sót thương tổn: mổ lại.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 7708/QĐ-BYT ngày 30/12/2016 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật nội soi.

27.404. PHẪU THUẬT NỘI SOI HẠ TÍNH HOÀN ẨN

I. ĐẠI CƯƠNG

Ẩn tinh hoàn là bất thường bẩm sinh hay gặp của hệ tiết niệu, cần được giải quyết sớm bằng phẫu thuật để tránh các nguy cơ với tinh hoàn và sức khỏe sinh sản; Nhờ tiến bộ kỹ thuật, việc sử dụng phẫu thuật nội soi điều trị ẩn tinh hoàn ngày càng được áp dụng rộng rãi.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp được xác định là tinh hoàn trong ổ bụng mà không có chống chỉ định.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp chống chỉ định gây mê NKQ:
- + Bệnh mạch vành, bệnh van tim, suy tim
- + Tâm phế mạn.
- Tiền sử can thiệp cũ vào ổ bụng.
- Nhiễm khuẩn tại chỗ thành bụng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- 01 Phẫu thuật viên chính có chứng chỉ hành nghề ngoại nhi và có chứng chỉ nội soi ổ bụng nhi khoa tổng quát.
- 01 Phẫu thuật viên phụ có chứng chỉ hành nghề ngoại nhi và có chứng chỉ nội soi ổ bụng nhi khoa tổng quát.
- 01 Điều dưỡng dụng cụ.

2. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên khoa: 01 ống soi quang học 10mm, dây dẫn sáng, 01 Trocar 10mm, 02 Trocar 5mm, 01 kelly, 01 kẹp bóc tách, 01 kẹp giữ mạch máu, 01 kéo, 01 ống hút, 01 Babcock.
- Kéo mổ, pince cong, pince thẳng có máu và không máu, móc, dao mổ nội soi, kìm kẹp kim nội soi, kìm cặp clip.
- Các vật tư tiêu hao, trang thiết bị cho một cuộc phẫu thuật tiêu hóa: Chỉ Viryl 4.0, chỉ Vicryl 1.0, chỉ PDS 5.0, chỉ Vicryl rapid 4.0.
- Vật tư tiêu hao: Gạc vuông 10x10cm, gạc nội soi, chỉ khâu, sonde dẫn lưu ổ mổ, Povidine 10%, bông gòn.

3. Người bệnh: được giải thích đầy đủ, thực tháo, test kháng sinh trước mổ.

4. Hồ sơ bệnh án: đầy đủ xét nghiệm cơ bản, các thăm dò cận lâm sàng cần thiết, biên bản hội chẩn thông qua mổ, giấy tờ cam kết (phẫu thuật, sử dụng nội soi...).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

(Ban hành kèm theo Quyết định số 113/QĐ-BVN ngày 13/5/2021 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

1. Kiểm tra hồ sơ: Đầy đủ theo quy định Bộ Y tế.

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

3. Thực hiện kỹ thuật.

3.1. Vô cảm: Người bệnh được gây mê nội khí quản, đặt thông tiểu và sonde dạ dày trước mổ.

3.2. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, tư thế đầu thấp, chân dạng.

3.3. Kỹ thuật

- Đặt trocar:

+ Trocar đầu tiên 10mm đặt ở trên rốn để đặt camera, bơm hơi ổ bụng, quan sát vị trí tinh hoàn ẩn.

+ 2 trocar 5mm được đặt ở hố chậu 2 bên nếu tinh hoàn ẩn 2 bên, hoặc 1 trocar 5mm ở hố chậu cùng bên và 1 trocar 5mm ở đường giữa dưới rốn nếu ẩn tinh hoàn 1 bên.

- Xác định dây chằng bìu - tinh hoàn, cặp cắt hoặc đốt điện dây chằng này càng xa tinh hoàn càng tốt.

- Bóc tách phúc mạc theo ống dẫn tinh và theo bó mạch tinh chính từ dưới lên cao sao cho cuống mạch tinh đủ dài để đưa xuống.

- Đưa tinh hoàn xuống bìu qua ống bẹn (có thể mở thêm 1 lỗ nhỏ cạnh nếp rốn trong) và cố định tinh hoàn vào cân dartos.

- Đặt dẫn lưu ổ bụng nếu cần.

VI. THEO DÕI

1. Trong mổ:

- Mạch, huyết áp người bệnh.

- Nồng độ CO₂ và O₂ trong máu qua SpO₂ và PetCO₂.

- Lượng máu mất.

- Các biến chứng trong mổ: Tổn thương mạch máu, tổn thương tạng.

- Thời gian phẫu thuật.

- Chuyển mổ mở: Do khó khăn về kỹ thuật, do tai biến chảy máu hay tổn thương các tạng lân cận không thể tiếp tục phẫu thuật qua nội soi được.

2. Sau mổ:

- Toàn trạng người bệnh: Tri giác, mạch, huyết áp, nhiệt độ.

- Theo dõi dẫn lưu: Số lượng, tính chất.

- Tình trạng vết mổ, tình trạng tràn khí dưới da...

- Bồi phụ nước và điện giải, nuôi dưỡng tĩnh mạch.

- Thời gian lập lại lưu thông tiêu hóa.

- Thời gian nằm viện.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Tai biến trong mổ: Tùy theo tình trạng tai biến mà có thể tiếp tục nội soi hay chuyển mổ mở xử trí.

- Chảy máu do tổn thương mạch lớn: Khâu lại bằng chỉ mạch máu.

- Tổn thương tạng (ruột non, đại tràng) khi phẫu tích NQ: Tùy thương tổn và tình trạng ruột mà khâu lại hoặc đưa ra ngoài.

2. Biến chứng sau mổ:

- Chảy máu:

- + Chảy máu chân trocar: Khâu lại.

- + Chảy máu qua dẫn lưu: Cân nhắc mổ lại, cầm máu kỹ.

- Nhiễm trùng vết mổ: Cấy dịch vết mổ làm kháng sinh đồ; thay băng.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 7708/QĐ-BYT ngày 30/12/2016 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật nội soi.