

MỤC LỤC

CHUYÊN NGÀNH MẮT	1
03.1581. LẤY DỊ VẬT HỐC MẮT	1
03.1582. LẤY DỊ VẬT TRONG CUNG MẠC	3
03.2549. CẮT U KẾT MẠC KHÔNG VÁ	5
14.84. CẮT U MI CẢ BỀ DÀY KHÔNG GHÉP	7
14.88. CẮT U KẾT MẠC CÓ HOẶC KHÔNG U GIÁC MẠC KHÔNG GHÉP	10
14.96. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U HỐC MẮT CÓ HOẶC KHÔNG MỞ XƯƠNG HỐC MẮT	13
14.98. CHÍCH MỦ HỐC MẮT	15
14.169. CHÍCH DẪN LƯU TÚI LỆ	17
CHUYÊN NGÀNH NGOẠI NHÌ	19
03.2245. KHÂU VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG ĐẦU CỔ	19
03.2456. CẮT U DA ĐẦU LÀNH, ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 5 CM	22
03.3348. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ RÒ CẠNH HẬU MÔN	24
03.3406. CHÍCH ÁP XE TÀNG SINH MÔN	26
03.3710. PHẪU THUẬT CẮT BỎ NGÓN TAY THỪA	29
10.411. CẮT HẸP BAO QUY ĐẦU	31
10.555. PHẪU THUẬT CHÍCH, DẪN LƯU ÁP XE CẠNH HẬU MÔN ĐƠN GIẢN	33
10.847. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM BAO HOẠT DỊCH CỦA GÂN GẤP BÀN NGÓN TAY	36
CHUYÊN NGÀNH BÔNG	38
11.9. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BÔNG TỪ 10% - 19% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM	38
11.10. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BÔNG DƯỚI 10% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM	44
CHUYÊN NGÀNH UNG BƯỚU	50
12.194. PHẪU THUẬT VẾT HẠCH NÁCH	50
12.313. CẮT U MÁU KHU TRÚ, ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 5 CM	52
12.319. CẮT U LÀNH PHẦN MỀM ĐƯỜNG KÍNH TRÊN 10 CM	54
12.320. CẮT U LÀNH PHẦN MỀM ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 10 CM	56

12.322. CẮT U NANG BAO HOẠT DỊCH (CỔ TAY, KHOEO CHÂN, CỔ CHÂN)	58
CHUYÊN NGÀNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG	60
17.75. TẬP HO CÓ TRỢ GIÚP	60

CHUYÊN NGÀNH MẮT

03.1581. LẤY DỊ VẬT HÓC MẮT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật để lấy dị vật hóc mắt là phẫu thuật nhằm loại trừ dị vật hóc mắt, tránh những biến chứng do dị vật nằm trong hóc mắt gây ra.
- Có nhiều đường phẫu thuật để lấy dị vật hóc mắt như lấy qua mi, qua kết mạc, hoặc qua thành xương hóc mắt.

II. CHỈ ĐỊNH

- Những dị vật nông.
- Những dị vật gây viêm nhiễm như viêm tổ chức hóc mắt, áp xe, rò mủ.
- Những dị vật di chuyển có nguy cơ gây tổn thương nhãn cầu, thị thần kinh hoặc các tổ chức lân cận như xoang, mạch máu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Những người bệnh có tình trạng toàn thân nặng không chịu được phẫu thuật.
- Những người bệnh không chấp nhận phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật hóc mắt.
- Đèn phẫu thuật, tốt nhất là sử dụng đèn đeo trán, dao điện, lúp phẫu thuật.
- Thuốc gây tê.

3. Người bệnh

- Được giải thích cẩn thận trước phẫu thuật.
- Chụp phim Xquang, tốt nhất là chụp CT để khu trú vị trí của dị vật hóc mắt.
- Thuốc an thần trước phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Gây tê hoặc gây mê toàn thân phối hợp với gây tê tại chỗ để giảm đau và giảm chảy máu.

3.2. Tiến hành phẫu thuật

- Rạch da ở vị trí gần khối u nhất, hoặc rạch da theo các đường nếp tự nhiên để tránh sẹo.
- Có thể đi qua kết mạc nếu dị vật ở phía trước hoặc cực lệ nếu dị vật nằm gần thành trong.
- Phẫu tích vào sâu và bóc lộ để tìm dị vật hốc mắt, chú ý khi bóc lộ không làm cho dị vật vào sâu thêm.
- Dùng forcep gấp dị vật ra.
- Đóng lại vết thương bằng chỉ vicryl 5-0 hoặc 6-0 đối với lớp sâu.
- Khâu lại da bằng chỉ 6-0 prolene hoặc nylon.
- Tra mỡ kháng sinh và băng mắt, nếu có điều kiện sử dụng băng đá lạnh.

VI. THEO DÕI

1. Tại mắt

- Theo dõi thị lực, nhãn áp, phản xạ đồng tử, đáy mắt.
- Song thị.
- Tình trạng sưng nề của mi, hốc mắt.
- Tình trạng nhiễm trùng, viêm của tổ chức hốc mắt.

2. Toàn thân

Toàn trạng chung: mạch, nhiệt độ, huyết áp.

VII. XỬ LÝ TAI BIẾN

- Tổn thương cơ vận nhãn: nên luôn một sợi chỉ kéo để tránh tổn thương cơ vận nhãn. Xử lý biến chứng bằng phẫu thuật lác thì hai.
- Xuất huyết và tụ máu hốc mắt: đặt dẫn lưu.
- Tổn thương thị thần kinh: nguy cơ xảy ra đối với những dị vật nằm sâu gần đỉnh hốc mắt, chèn ép thị thần kinh do xuất huyết trong và sau phẫu thuật. Xử trí theo nguyên nhân như bóc lộ tốt tránh tổn thương thị thần kinh, đặt dẫn lưu nếu chảy máu.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 4825/QĐ-BYT ngày 17/09/2016 của Bộ Y tế về việc Hướng dẫn ban hành Quy trình kỹ thuật chuyên ngành nhi khoa.

03.1582. LẤY DỊ VẬT TRONG CÙNG MẠC

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy dị vật trong cùng mạc là phẫu thuật để loại bỏ dị vật ra khỏi cùng mạc.

II. CHỈ ĐỊNH

- Dị vật cùng mạc.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối, chỉ có chống chỉ định tương đối khi: Người bệnh già yếu, tình trạng toàn thân không cho phép tiến hành phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ vi phẫu.
- Sinh hiển vi (nếu cần).

3. Người bệnh

- Người bệnh được khám mắt để quyết định lấy dị vật cùng mạc.
- Người bệnh được giải thích kỹ về các biến chứng phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thiện hồ sơ theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

3.2. Kỹ thuật

- Sát trùng mắt bằng dung dịch betadin 5%.
- Cố định mi bằng vành mi.
- Mở kết mạc để bộc lộ toàn bộ dị vật và tổn thương cùng mạc.

- Lấy dị vật củng mạc, nếu có thoát dịch kính thì cần cắt dịch kính tại vết rách củng mạc.

- Khâu vết rách củng mạc.

- Khâu phục hồi kết mạc.

- Tra kháng sinh, băng mắt

VI. THEO DÕI

- Kháng sinh mạnh và chống viêm tại chỗ và toàn thân.

- Khám mắt người bệnh hằng ngày để phát hiện sớm và xử trí các biến chứng: xuất huyết, nhiễm trùng, viêm màng bồ đào...

- Ra viện tùy trường hợp, thường sau 2 - 3 ngày.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tăng sinh dịch kính võng mạc: Chống viêm nội nhãn, cắt dịch kính.

- Viêm nội nhãn: tiêm kháng sinh nội nhãn, cắt dịch kính, kháng sinh toàn thân.

- Xuất huyết dịch kính: kháng viêm, tiêu máu, cắt dịch kính.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quy trình kỹ thuật Khoa Mắt – bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh; link: <http://benhviendktinhquangninh.vn/quytrinhkythuatkhoamat/lay-di-vat-trong-cu-ng-mac.2187.html>.

03.2549. CẮT U KẾT MẠC KHÔNG VÁ

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt u kết mạc là phẫu thuật để loại bỏ u kết mạc khỏi nhãn cầu.

II. CHỈ ĐỊNH

- U phát triển vào giác mạc gây ảnh hưởng nhiều đến thị lực.
- U phát triển ở vùng kết mạc mi và cùng đồ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang có bệnh cấp tính tại mắt.
- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Dụng cụ phẫu thuật: bộ dụng cụ phẫu thuật chấp lẹo, dao 11, máy hiển vi phẫu thuật (nếu cần), phẫu thuật mộng (nếu cần).
- Thuốc: thuốc gây tê, thuốc sát trùng, kháng sinh, chống viêm,...

3. Người bệnh

- Giải thích kỹ cho người bệnh và người nhà về mục đích của phẫu thuật.
- Dẫn người bệnh và người nhà cho người bệnh nhịn ăn từ 12 giờ đêm hôm trước phẫu thuật (nếu gây mê).

4. Hồ sơ bệnh án

- Mô tả chi tiết khối u trước khi phẫu thuật (vị trí, kích thước, hình thái,...) để tiện cho theo dõi lâu dài.
- Kiểm tra tình trạng toàn thân.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Hồ sơ đã làm đầy đủ (hoàn thành bệnh án, chỉ định điều trị, theo dõi chăm sóc).
- Hồ sơ đã duyệt phẫu thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

- Thay quần áo.
- Tra, uống thuốc trước phẫu thuật (theo chỉ định).
- Yêu cầu người bệnh nhịn ăn nếu có chỉ định gây mê.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

- Gây mê nếu người bệnh còn nhỏ (15 tuổi trở xuống).

- Gây tê (khi người bệnh trên 15 tuổi): gây tê tại chỗ hoặc gây mê và mi bằng dung dịch lidocain 2% x 6ml, gây tê tại chỗ bằng tra mắt dung dịch dicain 1%.

3.2. Kỹ thuật

- U kết mạc mi và cùng đồ:
 - + Dùng cặp cố định, cố định bờ mi.
 - + Dùng dao lưỡi 11 rạch kết mạc ở vị trí u, cắt kết mạc xung quanh phần khối u cách chân khối u khoảng 1 - 2mm. Cầm máu.
- U kết mạc nhãn cầu:
 - + Cắt kết mạc nhãn cầu xung quanh phần khối u trên kết mạc, cách chân khối u khoảng 1 - 2mm. Cầm máu.
 - + Dùng dao tròn hoặc dao lạng mỏng gọt phẫu tích khối u ra khỏi củng mạc.
 - + Cầm máu, khâu phủ kết mạc nhãn cầu lên phần khối u đã được cắt bỏ trên củng mạc bằng chỉ tiêu chambers 8-0 hoặc chỉ nylon 9-0.
- Tra thuốc kháng sinh nước và mỡ.
- Băng mắt.

VI. THEO DÕI

1. Trong phẫu thuật

Cần cầm máu và thấm máu tốt vùng phẫu thuật. Cần thận khi phẫu tích khối u khỏi củng mạc tránh gây thủng.

2. Sau phẫu thuật

Cần chú ý khâu vô trùng trong khi thay băng và tra thuốc để tránh biến chứng nhiễm trùng vết phẫu thuật gây viêm và áp xe giác mạc, củng mạc.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

Thủng giác mạc: khâu phục hồi giác mạc, kết hợp điều trị nội khoa tích cực.

2. Sau phẫu thuật

- Viêm, áp xe giác mạc, áp xe vết phẫu thuật: điều trị kháng sinh, kháng viêm tại chỗ và toàn thân.
- Chú ý: cần làm xét nghiệm giải phẫu bệnh với khối u cắt bỏ.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quy trình kỹ thuật “Cắt u kết mạc có hoặc không có u giác mạc không ghép” của Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh; link:
<http://benhviendktinhquangninh.vn/quytrinhkythuatkhoamat/cat-u-ket-mac-co-hoac-khong-u-giac-mac-khong-ghiep.2194.html>.

14.84. CẮT U MI CẢ BỀ DÀY KHÔNG GHÉP

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt u mi nhằm loại bỏ khối u mi và làm xét nghiệm mô bệnh học.

II. CHỈ ĐỊNH

- Khối u mi phát triển nhanh nghi ngờ ung thư hoặc được chẩn đoán lâm sàng là ung thư.
- Khối u mi lành tính ảnh hưởng chức năng và thẩm mỹ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khối u mi phát triển lan rộng và sâu vào hốc mắt.
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Một bộ dụng cụ cắt u tạo hình.
- Thanh đèn nhựa, kim loại.
- Máy hút, dao điện.

3. Người bệnh

- Khám mắt toàn diện.
- Chụp Xquang phổi nếu là ung thư mi.
- Chụp hồ mắt thẳng nghiêng phát hiện tổn thương xương hốc mắt nếu nghi ngờ.
- Kiểm tra hệ thống hạch trước tai, dưới hàm, toàn thân.
- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

- Trẻ em: gây mê.

- Người lớn: gây tê tại chỗ gây tê kết mạc.
- Kết hợp giảm đau trong khi phẫu thuật.

3.2. Kỹ thuật

- U bờ mi (thường là nốt ruồi bờ mi):
 - + Đặt thanh đè nhựa vào cùng đồ.
 - + Dùng dao cắt bỏ tổ chức u lấy tổ chức xét nghiệm mô bệnh học.
 - + Cầm máu nếu cần thiết.
 - + Khâu lại da hoặc nếu da mi thiếu có thể vá da trượt tại chỗ.
- U mi vị trí trên trong hoặc trên ngoài (thường là u bì):
 - + Rạch da trực tiếp lên bề mặt khối u song song bờ mi. Chiều dài đường rạch tùy thuộc kích thước khối u.
 - + Bóc tách phẫu tích lấy toàn bộ khối u.
 - + Khâu vết phẫu thuật: lớp trong khâu chỉ tiêu, lớp ngoài khâu chỉ không tiêu.
 - + Băng ép.
 - + Cắt chỉ da mi sau 7 ngày.
- Kỹ thuật cắt ung thư mi:
 - + Đặt thanh đè nhựa vào cùng đồ kết mạc.
 - + Dùng dao điện cắt bỏ khối u cách bờ khối u 3 - 5mm.
 - + Cầm máu tại chỗ bằng dao điện.
 - + Rửa sạch vết phẫu thuật bằng dung dịch nước muối 0,9%.
 - + Xét nghiệm mô bệnh học tổ chức ung thư được cắt bỏ.
 - + Phục hồi vết thương mi, tạo hình mi có thể làm 1 thì hoặc 2 thì.
 - + Kết thúc phẫu thuật: băng ép.
- Tạo vạt sụn kết mạc
 - + Vị trí: mi trên hay mi dưới cùng bên.
 - + Kỹ thuật: tùy thuộc theo phương pháp định thực hiện.
 - ✓ Phương pháp Mustardé: vạt được tạo từ mi dưới, được xoay phủ vùng khuyết ở mi trên.
 - ✓ Phương pháp Cuttler-Beard: vạt da sụn -kết mạc được tạo ở mi dưới luân qua cầu bờ mi.
 - ✓ Phương pháp Hughes (cho khuyết mi dưới): chỉ sử dụng vạt sụn -kết mạc ở mi lành cùng bên phối hợp vạt da hay ghép da.

+ Cách thức tạo vật sụn (cho cả 3 phương pháp):

- ✓ Lật mi bằng kẹp Desmarre.
- ✓ Gây tê tại chỗ.
- ✓ Dùng dao phẫu thuật tạo vật sụn kết mạc theo kích thước cần.
- ✓ Kéo vật phủ vùng bị khuyết mi mất tổ chức ở mi dưới và khâu cố định vật.
- ✓ Ghép da rời.
- ✓ Băng ép.
- ✓ Giải phóng khe mi sau 4 đến 6 tuần.

VI. THEO DÕI

Kháng sinh toàn thân và tại chỗ.

VII. XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu tại chỗ bằng nhiệt.

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu vết phẫu thuật:

+ Nếu chảy máu ít: băng ép và theo dõi.

+ Nếu chảy máu nhiều: phải đốt cầm máu tại buồng phẫu thuật.

- Nhiễm trùng vết phẫu thuật: sử dụng kháng sinh tại chỗ và toàn thân, rửa vết thương hàng ngày và theo dõi chặt chẽ.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quy trình kỹ thuật Khoa Mắt – bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh, link: <http://benhviendktinhquangninh.vn/quytrinhkythuatkhoamat/cat-u-mi-ca-be-day-khongva.2269.html>.

14.88. CẮT U KẾT MẠC CÓ HOẶC KHÔNG U GIÁC MẠC KHÔNG GHÉP

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt u kết mạc là phẫu thuật để loại bỏ u kết mạc khỏi nhãn cầu.

II. CHỈ ĐỊNH

- U phát triển vào giác mạc gây ảnh hưởng nhiều đến thị lực.
- U phát triển ở vùng kết mạc cùng đồ nên phẫu thuật khi trẻ đã lớn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang có bệnh cấp tính tại mắt.
- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Dụng cụ phẫu thuật: bộ dụng cụ phẫu thuật mộng, dao tròn, máy hiển vi phẫu thuật (nếu cần).
- Thuốc: thuốc gây tê, thuốc sát trùng, kháng sinh, chống viêm,...

3. Người bệnh

- Giải thích kỹ cho người bệnh và người nhà về mục đích của phẫu thuật.
- Dẫn người bệnh và người nhà cho người bệnh nhịn ăn từ 12 giờ đêm hôm trước phẫu thuật (nếu gây mê).

4. Hồ sơ bệnh án

- Mô tả chi tiết khối u trước khi phẫu thuật (vị trí, kích thước, hình thái,...) để tiện cho theo dõi lâu dài.
- Kiểm tra tình trạng toàn thân.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Hồ sơ đã làm đầy đủ (hoàn thành bệnh án, chỉ định điều trị, theo dõi chăm sóc).
- Hồ sơ đã duyệt phẫu thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

- Thay quần áo.
- Tra, uống thuốc trước phẫu thuật (theo chỉ định).

- Yêu cầu người bệnh nhịn ăn nếu có chỉ định gây mê.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

- Gây mê nếu người bệnh còn nhỏ (15 tuổi trở xuống).
- Gây tê (khi người bệnh trên 15 tuổi): gây tê tại chỗ hoặc gây mê và mi bằng dung dịch lidocain 2% x 6ml, gây tê tại chỗ bằng tra mắt dung dịch dicain 1%.

3.2. Kỹ thuật

- Cắt kết mạc nhãn cầu xung quanh phần khối u trên kết mạc, cách chân khối u khoảng 1 - 2mm. Cầm máu.
- Nếu có u giác mạc:
 - + Rạch giác mạc quanh phần khối u trên giác mạc, cách chân khối u khoảng 1mm, độ sâu tùy theo mức độ xâm lấn sâu của khối u nhưng không quá 1/3 chiều dày giác mạc (nếu khối u xâm lấn quá 1/3 chiều dày giác mạc: cần phải ghép giác mạc lớp).
 - + Dùng dao tròn hoặc dao lạng mỏng gạt phẫu tích khối u ra khỏi giác mạc và củng mạc.
 - + Cầm máu, khâu phủ kết mạc nhãn cầu lên phần khối u đã được cắt bỏ trên củng mạc bằng chỉ tiêu chậm 8-0 hoặc chỉ nilon 9-0.
- Tra thuốc kháng sinh nước và mỡ.
- Băng mắt.

VI. THEO DÕI

1. Trong phẫu thuật

Cần cầm máu và thấm máu tốt vùng phẫu thuật. Cần thận khi phẫu tích khối u khỏi giác mạc và củng mạc tránh gây thủng.

2. Sau phẫu thuật

Cần chú ý khâu vô trùng trong khi thay băng và tra thuốc để tránh biến chứng nhiễm trùng vết phẫu thuật gây viêm và áp xe giác mạc, củng mạc.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

Thủng giác mạc: khâu phục hồi giác mạc, kết hợp điều trị nội khoa tích cực.

2. Sau phẫu thuật

Viêm, áp xe giác mạc, áp xe vết phẫu thuật: điều trị kháng sinh, kháng viêm tại chỗ và toàn thân.

Chú ý: cần làm xét nghiệm giải phẫu bệnh với khối u cắt bỏ.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quy trình kỹ thuật Khoa Mắt – bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh, link: <http://benhviendktinhquangninh.vn/quytrinhkythuatkhoamat/cat-u-ket-mac-co-hoac-khong-u-giac-mac-khong-ghep.2194.html>.

14.96. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U HỐC MẮT CÓ HOẶC KHÔNG MỞ XƯƠNG HỐC MẮT

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt bỏ u hốc mắt có hoặc không mở xương hốc mắt là phương pháp phổ biến nhằm lấy các khối u sâu trong hốc mắt, những khối u nằm trong chóp cơ.

II. CHỈ ĐỊNH

- U sâu, nông hốc mắt.
- U trong chóp cơ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.
- U quá xâm lấn không còn chỉ định phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật hốc mắt.
- Đèn phẫu thuật, tốt nhất là sử dụng đèn đeo trán.
- Dao điện.
- Kính lúp phẫu thuật.
- Thuốc tê: thuốc tê có pha epinephrin.

3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh và gia đình cẩn thận trước phẫu thuật.
- Hồ sơ bệnh án.
- Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ.

2. Kiểm tra người bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật.

3.1. Vô cảm

Gây mê toàn thân phối hợp với gây tê tại chỗ để giảm đau và giảm chảy máu.

3.2. Tiến hành phẫu thuật

- Rạch da theo một đường cong, bắt đầu từ ngang cung mày kéo xuống dưới ngang phần giữa hốc mắt rồi ra sau cách góc ngoài 1,5cm, đường rạch có chiều dài khoảng 3cm.

- Phẫu tích xuống dưới đến xương hốc mắt.

- Tách màng xương và dây chằng mi, bộc lộ xương hốc mắt.

- Dùng khoan hoặc cưa xương để cắt bờ xương hốc mắt, lấy tạm thời xương ra và bảo quản trong dung dịch sinh lý để phục hồi thành xương sau khi lấy khối u.

- Phẫu tích vào hốc mắt để lấy khối u hốc mắt. Tùy thuộc vào bản chất và vị trí của khối u như u tuyến lệ, u mạch thể hang mà bộc lộ và bóc tách lấy khối u tránh đụng chạm vào các cơ vận nhãn, nhãn cầu và thị thần kinh.

- Phục hồi thành xương sau phẫu thuật bằng chỉ 4-0 prolén.

- Khâu phủ màng xương bằng chỉ 5-0 vicryl.

- Khâu lại da bằng chỉ prolén hoặc nilon.

- Tra mỡ kháng sinh và băng mắt, nếu có điều kiện sử dụng băng đá lạnh.

VI. THEO DÕI

- Tại mắt: Theo dõi thị lực, nhãn áp, phản xạ đồng tử, đáy mắt, song thị, vận nhãn, tình trạng sung nề của mi, hốc mắt.

- Toàn thân: Toàn trạng chung: mạch, nhiệt độ, huyết áp.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ

- Tổn thương cơ vận nhãn: nên luồn một sợi chỉ kéo để tránh tổn thương cơ vận nhãn. Xử lý biến chứng bằng phẫu thuật lác thì hai.

- Xuất huyết và tụ máu hốc mắt: đặt dẫn lưu.

- Tổn thương thị thần kinh: nguy cơ xảy ra đối với những khối u nằm sâu gần đỉnh hốc mắt, chèn ép thị thần kinh do xuất huyết trong và sau phẫu thuật. Xử trí theo nguyên nhân như bộc lộ tốt tránh tổn thương thị thần kinh, đặt dẫn lưu nếu chảy máu.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quy trình kỹ thuật “Phẫu thuật cắt bỏ u hốc mắt qua thành ngoài hốc mắt” của Bộ Y tế tại Quyết định số 3906/QĐ-BYT ngày 12/10/2012 về việc “ban hành quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Nhãn khoa”.

14.98. CHÍCH MỦ HỐC MẮT

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật tháo máu, mủ hốc mắt nhằm loại bỏ máu mủ ra khỏi hốc mắt đặc biệt trong những trường hợp khối máu mủ này ở vị trí trong chớp cơ, chèn ép hệ mạch và thị thần kinh gây giảm thị lực, liệt đồng tử, tăng nhãn áp...

II. CHỈ ĐỊNH

Khối máu mủ có biểu hiện chèn ép thị thần kinh, hệ mạch trung tâm võng mạc, chèn ép nhãn cầu, gây tăng nhãn áp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng toàn thân người bệnh quá nặng: hôn mê, rối loạn đông máu...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Người bệnh

Người bệnh được giải thích trước phẫu thuật.

3. Phương tiện

- Bộ phẫu thuật hốc mắt.
- Ống thông dẫn lưu: dây truyền, lame cao su.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Gây mê hoặc gây tê phối hợp với tiền mê, tốt nhất là gây mê.

3.2. Kỹ thuật thực hiện

- Các đường tiếp cận hốc mắt đều có thể áp dụng tùy theo vị trí của khối máu dịch, ưu tiên chọn vùng thấp nhất và tránh tổn thương cho các cấu trúc giải phẫu.

- Khối máu, mủ trước vách hốc mắt: Chích rạch phần thấp, phá rộng các thành của khối máu, mủ, rửa bằng huyết thanh mặn đẳng trương, đặt lame dẫn lưu, khâu cố định lame.

- Khối máu mủ sau vách hốc mắt (septum): Dùng các đường tiếp cận hốc mắt thông thường, đi trực tiếp vào khối máu mủ (đã xác định trên phim CT hoặc MRI), rò đường bằng kẹp phẫu tích đầu tù, nếu vào được khối máu mủ sẽ thấy máu đen hoặc mủ chảy ra, tách rộng kẹp phẫu tích để phá thành khối máu tụ hoặc khối áp xe, rửa bằng huyết thanh mặn đẳng trương, đặt dẫn lưu, khâu chân ống dẫn lưu.

- Khối máu tụ đỉnh hốc mắt, trong chớp cơ: Cắt góc mắt phía ngoài và một phần dây chằng mi ngoài nhằm giảm áp lực cho nhãn cầu, mở kết mạc góc ngoài với hy vọng máu mủ thoát chảy tự nhiên.

VI. THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT

- Theo dõi toàn thân: sốt, cảm giác đau nhức.
- Theo dõi các triệu chứng cơ năng: thị lực, nhãn áp.
- Theo dõi lượng máu, mủ thoát qua dẫn lưu. Rút dẫn lưu sau 3-5 ngày.
- Theo dõi máu, mủ tái phát hoặc tạo lỗ rò: bằng siêu âm, chụp phim kết hợp với lâm sàng, đặc biệt là với khối máu mủ dưới màng xương.
- Dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ, chống viêm và giảm phù, hạ nhãn áp nếu cần.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Chảy máu nhiều : tiến hành băng ép nếu không hiệu quả thì mở ổ chích đốt cầm máu.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quy trình kỹ thuật Khoa Mắt – bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh, link: <http://benhviendktinhquangninh.vn/quytrinhkythuatkhoamat/chich-mu-mat.2196.html>.

14.169. CHÍCH DẪN LƯU TÚI LỆ

I. ĐẠI CƯƠNG

Áp xe túi lệ là hậu quả của quá trình viêm nhiễm cấp tính ở túi lệ và tổ chức xung quanh vùng túi lệ. Chích dẫn lưu túi lệ nhằm tạo đường dẫn lưu để làm mũ thoát ra khỏi ổ áp xe túi lệ.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp áp xe túi lệ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Áp xe đang trong tình trạng viêm tỏa lan.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

Dao phẫu thuật số 11, bông gạc.

3. Người bệnh

Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Có thể gây tê tại vùng quanh túi lệ bằng thuốc tê hoặc rạch trực tiếp vùng áp xe mà không cần gây tê (với các trường hợp áp xe nặng).

3.2. Kỹ thuật

- Sát trùng vùng áp xe bằng betadin 10%.
- Dùng dao rạch ở vùng trung tâm (đỉnh) của khối áp xe. Mở rộng để tạo điều kiện cho mũ và chất hoại tử thoát ra dễ dàng.
- Ấn làm cho mũ thoát ra đường rạch.
- Băng.
- Tiếp tục dùng kháng sinh toàn thân, giảm đau, giảm phù.

- Chuẩn bị phẫu thuật nối thông túi lệ mũi hoặc cắt bỏ túi lệ sau 2 - 4 tuần.
- Bảo đảm lỗ rò liền.

VI. THEO DÕI

Kháng sinh toàn thân, tại chỗ, chống phù nề.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Chảy máu: băng ép.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quy trình kỹ thuật Khoa Mắt – bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh, link: <http://benhviendktinhquangninh.vn/quytrinhkythuatkhoamat/chich-dan-luu-tui-le.2221.html>.

CHUYÊN NGÀNH NGOẠI NHÌ

03.2245. KHÂU VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG ĐẦU CỔ

I. ĐỊNH NGHĨA:

- Vết thương phần mềm là vết thương tổn thương các mô mềm bao gồm da, mô liên kết dưới da, mỡ, gân, cơ.
- Vết thương phần mềm đặc biệt có thể kèm tổn thương đứt gân, đứt thần kinh, đứt mạch máu.
- Trong phạm vi bài này chỉ nói đến vết thương phần mềm đơn giản không nói đến các dạng vết thương phần mềm đặc biệt có tổn thương đứt gân, đứt thần kinh, đứt mạch máu, vết thương do động vật cắn.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Công việc chẩn đoán:

1.1. Hỏi bệnh:

- Cơ chế chấn thương.
- Thời gian chấn thương.
- Môi trường tiếp xúc vết thương.
- Diễn tiến, xử trí ban đầu.

1.2. Khám:

- Khám toàn diện tìm dấu hiệu cấp cứu, nhiễm trùng nhiễm độc.
- Khi thăm khám và chẩn đoán cần ghi nhận: vị trí, kích thước, bờ mép, độ sâu, các tổn thương thấy được trong vết thương.
- Nếu bệnh nhân đến muộn sau 6 – 12 giờ phải mô tả sự viêm tấy, dịch xuất tiết, mùi và khám hạch vùng gốc chi.

1.3. Phân loại:

1.3.1. Phân loại theo nguy cơ nhiễm trùng:

- Nguy cơ nhiễm trùng cao: Môi trường tiếp xúc vết thương dơ, vết thương sâu rộng, có dị vật như sinh bùn, cát bụi, hỏa khí.
- Nguy cơ nhiễm trùng thấp: Môi trường tiếp xúc vết thương tương đối sạch, vết thương nhỏ và nông, không dị vật.

1.3.2. Phân loại theo mức độ tổn thương:

- Vết thương đơn giản: Chỉ tổn thương da và mô dưới da.

– Vết thương phức tạp: Tổn thương dập nát, mất mô nhiều, tổn thương giải phẫu phức tạp.

2. Cận lâm sàng

– X quang: khi nghi ngờ tổn thương xương, dị vật.– Cấy dịch vết thương: đối với các vết thương lớn, dập nát nhiều để điều trị theo kháng sinh đồ sau này.

3. Chẩn đoán: Vết thương, phân loại, vị trí, nguyên nhân, nguy cơ nhiễm trùng, thời gian, tổn thương đặc biệt kèm theo nếu có.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

- Phẫu thuật viên Chấn thương Chỉnh hình.
- 1 PTV phụ mổ.

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường.

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.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Xử trí cấp cứu.
- Điều trị đặc hiệu.
- Phục hồi chức năng.

2. Xử trí cấp cứu

- Xử trí cấp cứu theo ABC.
- Sơ cứu ban đầu: băng ép, không rút dị vật, nẹp cố định.

3. Điều trị đặc hiệu:

3.1. Ngoại trú:

3.2.1. Chỉ định: Vết thương nguy cơ nhiễm trùng thấp, thương tổn đơn giản.

3.2.2. Phương pháp điều trị:

- Gây tê.

- Cắt lọc, khâu vết thương, dẫn lưu.
- Rửa vết thương hằng ngày tại cơ sở y tế.
- Kháng sinh uống: Cephalosporin thế hệ I, Macrolide.
- Thuốc giảm đau, giảm phù nề : Paracetamol hoặc Ibuprofen.
- Cắt chỉ sau 7 – 10 ngày.

V. CHĂM SÓC

- Dùng kháng sinh, giảm đau paracetamol 10 – 15 mg/kg
- Thay băng hằng ngày
- Cắt chỉ sau 7 – 10 ngày

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị Bệnh viện Nhi Đồng Thành phố; Link:
<https://bvndtp.org.vn/phac-do-dieu-tri-vet-thuong-phan-mem/>

03.2456. CẮT U DA ĐẦU LÀNH, ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 5 CM

I. ĐẠI CƯƠNG

U lành da đầu bao gồm tổ chức u là u dạng mỡ, u mỡ, u máu, u bã đậu... có kích thước dưới 5 cm.

U chỉ định trong trường hợp này có giới hạn và vỏ bao rõ, không xâm lấn vào các mô lân cận hoặc lây lan sang những bộ phận khác của cơ thể, di động.

II. CHỈ ĐỊNH

U ảnh hưởng thẩm mỹ , gây đau hoặc to nhanh.

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

- Phẫu thuật viên Chấn thương Chỉnh hình.
- 1 PTV phụ mổ.

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường.

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

3.1. Vô cảm người bệnh

Gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

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.

- Gửi giải phẫu bệnh tâm soát bản chất u.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở.

- Kháng sinh đường tiêm 3 - 5 ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- 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

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.

03.3348. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ RÒ CẠNH HẬU MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG

Rò cạnh hậu môn là hậu quả của tình trạng viêm nhiễm trùng hốc hậu môn.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chẩn đoán rò cạnh hậu môn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Rối loạn đông máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Có chứng chỉ hành nghề là Phẫu thuật viên Nhi khoa và có kinh nghiệm trong lĩnh vực ngoại tiêu hóa.

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.

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 qui 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 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

Bệnh nhi nằm tư thế sản phụ khoa.

3.2. Các thủ phẫu thuật

- Dùng que thăm dò xác định đường rò từ lỗ rò ngoài da cạnh hậu môn đến lỗ rò trong ống hậu môn.
- Xẻ đường rò trên que thăm dò bằng dao đốt điện.
- Dùng curet cạo sạch đường rò.
- Cầm máu.
- Để hở vết mổ.

VI. THEO DÕI

Vệ sinh, thay băng vết mổ rò hàng ngày, tránh liên vết thương từ ngoài vào trong.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- Rò lại: Mổ lại.
- Nhiễm trùng vết mổ: điều trị 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.

03.3406. CHÍCH ÁP XE TÀNG SINH MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG

Tàng sinh môn ở nữ giới có chức năng bảo vệ, nâng đỡ các cơ quan trọng và vùng chậu như âm đạo, trực tràng, tử cung, bàng quang.

Áp xe tầng sinh môn là tình trạng viêm nhiễm trùng diễn tiến áp xe hóa ở vùng tầng sinh môn. Trung tâm ổ áp xe tầng sinh môn sẽ chứa đầy mủ và các tổ chức hoại tử. Áp xe tầng sinh môn được hình thành do tắc nghẽn tuyến mồ hôi hoặc tuyến dầu (bã nhờn), viêm nang lông hoặc những vết rạn, thủng trên da tầng sinh môn gây ra. Vi trùng, vi khuẩn xâm nhập vào dưới da hoặc vào các tuyến này, gây ra phản ứng viêm.

Hầu hết các áp xe tầng sinh môn sẽ nặng dần nếu không được khắc phục sớm. Tình trạng nhiễm trùng có thể lan sang các mô dưới da tầng sinh môn và thậm chí đi vào máu.

Áp xe ở tầng sinh môn hay các vùng lân cận nếu không được điều trị kịp thời sẽ nhanh chóng hình thành những đường rò trực tràng, rò hậu môn, gây đau đớn, khó chịu cho người bệnh trong cuộc sống hàng ngày, khó khăn khi quan hệ tình dục, đồng thời tăng khả năng nhiễm trùng và giúp khối áp xe tầng sinh môn có thể tái phát nhiều lần trong tương lai. Đặc biệt, áp xe tầng sinh môn sẽ ảnh hưởng đến quá trình sinh nở đối với quá trình mang thai.

II. CHỈ ĐỊNH

Áp xe tầng sinh môn được chỉ định chích rạch khi các ổ áp xe nóng, đã hóa mủ..

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định chung của can thiệp Ngoại khoa.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 Bác sỹ ngoại khoa.
- 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Dung dịch betadin.
- Thuốc gây tê Xylocain.
- Kim tiêm.
- Lưỡi dao + cán dao mổ.

- Kẹp thẳng cầm máu.
- Kẹp cong cầm máu.
- Băng gạc vết thương.
- Nước muối sinh lý.

3. Người bệnh

- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh.
- Làm các xét nghiệm cơ bản.
- Kháng sinh 2 dòng phối hợp.

4. Hồ sơ bệnh án

Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu quy định chung của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn: sử dụng dung dịch povidone-iodine, sát khuẩn toàn bộ bề mặt ổ áp xe và vùng da xung quanh, để khô.
- Sử dụng các băng vô khuẩn cách ly ổ áp xe và vùng da xung quanh với phần còn lại cơ thể.
- Gây tê: Áp dụng kỹ thuật gây tê tại chỗ. Tiêm Xylocin xung quanh ổ áp xe, vị trí tiêm cách đường viêm tấy đỏ của ổ áp xe 1cm.
- Rạch rộng toàn bộ bề mặt ổ áp xe (có thể rạch hình chữ thập để đạt được mức độ dẫn lưu cần thiết).
- Lấy dịch mủ từ ổ áp xe nuôi cấy, làm kháng sinh đồ.
- Dùng kẹp đầu từ đưa vào trong ổ áp xe, mở rộng hai đầu kẹp nhằm phá vỡ vách ngăn bên trong ổ áp xe tạo điều kiện cho mủ và tổ chức hoại tử chảy ra dễ.
- Sử dụng dao hoặc kéo con kẹp phân tích cắt lọc hết các tổ chức hoại tử bên trong ổ áp xe.
- Bơm rửa ổ áp xe với nước muối sinh lý và dung dịch ô xy già 10%.
- Đặt gạc dài vào trong ổ áp xe và để một đầu ở bên ngoài để dẫn lưu dịch.
- Đặt gạc lên trên bề mặt ổ áp xe nhằm hấp thụ dịch vết thương và ngăn không cho vật lạ vào vết thương.

- Hướng dẫn người nhà hoặc người bệnh thay băng hàng ngày cho đến khi vết thương khỏi hoàn toàn.

VI. THEO DÕI SAU THỦ THUẬT

- Chảy máu.
- Nhiễm trùng: Dịch vết thương (màu sắc, lượng dịch hàng ngày).
- Đánh giá sự hình thành tổ chức hạt tại vết thương.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: mổ vết thương, cầm máu lại.
- Nhiễm trùng: kháng sinh, chống phù nề, giảm viêm.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quy trình chích áp xe tăng sinh môn, Phòng khám đa khoa Thái Dương;
Link: <https://dakhoabienhoa.vn/quy-trinh-chich-ap-xe-tang-sinh-mon.html>

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 bệnh

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

2. Người thực hiện

Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ.

3. Phương tiện trang thiết bị

Bộ dụng cụ phẫu thuật.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật

30- 60 phút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Gây tê vùng hoặc gây mê.

2. Kỹ thuật

- Sát khuẩn, trải toan.
- Rạch da quanh gốc ngón thừa.
- Bộc lộ cắt bỏ thần kinh, mạch máu cho ngón thừa.
- Cắt bỏ phần ngón thừa.
- Tạo hình vạt 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.
- Tập phục hồi chức năng sau mổ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- 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.

10.411. CẮT HẸP BAO QUY ĐẦU

I. ĐẠI CƯƠNG

Hẹp bao quy đầu là hiện tượng dính bao quy đầu có thể hoàn toàn hoặc không hoàn toàn. Khoảng 50% trẻ trai có thể lộn bao quy đầu khi 1 tuổi, khoảng 89% trẻ trai có thể lộn bao quy đầu khi 3 tuổi. Tỷ lệ hẹp bao quy đầu khoảng 6 - 8% khi trẻ 7 -8 tuổi và khoảng 1 % khi 16 tuổi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Phẫu thuật bảo tồn bao quy đầu hay tạo hình bao quy đầu đối với trường hợp hẹp bao quy đầu nguyên phát, dài bao quy đầu.

- Phẫu thuật cắt bao quy đầu đối với trường hợp hẹp do viêm xơ bao quy đầu thứ phát, nghẹt bao quy đầu sau khi xử trí cấp cứu và điều trị kháng sinh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu.
- Bệnh lý toàn thân nặng.
- Bệnh lý tiểu thấp.
- Vết da bừa dương vật.
- Lún dương vật.
- Đang nhiễm trùng tại chỗ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên nhi khoa có chứng chỉ hành nghề.

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên khoa, các vật tư tiêu hao, trang thiết bị cho một cuộc phẫu thuật.

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 bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật cắt bao quy đầu

- Vô cảm: gây tê cùng cụt.
- Người bệnh nằm ngửa, kê gối.
- Làm sạch bao quy đầu bằng dung dịch sát trùng Betadin, sau đó dùng bút đánh dấu da quy đầu tương ứng với vành quy đầu.
- Đánh dấu niêm mạc bao quy đầu ngay dưới vành quy đầu cách khoảng 0,5 cm.
- Tiến hành đường rạch da và niêm mạc quy đầu tương ứng với đường đánh dấu.
- Cắt và lấy đi da và niêm mạc quy đầu, tiến hành cầm máu.
- Khâu lại bao quy đầu vị trí 6 và 12 giờ, sau đó tiếp tục khâu da với niêm mạc bao quy đầu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: thường gặp 2 bên hãm của dương vật và mạch máu nhỏ dưới da. Băng lại bằng gạc tẩm Adrenaline nếu không kết quả mổ lại để cầm máu.
- Khó đi tiểu: có thể do tê tủy sống hoặc người bệnh đau không dám đi tiểu. Dùng kháng sinh và giảm đau tốt.
- Nhiễm trùng, loét và hẹp miệng sáo: sử dụng kháng sinh.
- Hẹp bao quy đầu tái phát nếu như cắt không đủ rộng, chỉ định phẫu thuật lại.
- Thâm mỹ xấu do để lại vạt da thừa ở bụng dương vật, chỉ định phẫu thuật lại.
- Rò niệu đạo do cắt, đốt vào niệu đạo, cắt bỏ quy đầu đây là biến chứng nặng. Biến chứng này có thể tránh được nếu phẫu thuật tuân thủ quy trình phẫu thuật.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ Ngoại của Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh; Link: <http://benhviendktinhquangninh.vn/phac-do-ngoai/phau-thuat-tao-hinh-bao-quy-dau-o-tre-em.973.html>

10.555. PHẪU THUẬT CHÍCH, DẪN LƯU ÁP XE CẠNH HẬU MÔN ĐƠN GIẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Áp xe cạnh hậu môn là cấp cứu thường gặp của vùng hậu môn trực tràng. Nguồn gốc của nhiễm khuẩn bắt nguồn từ viêm các tuyến quanh hậu môn. Từ đây nhiễm trùng lan tỏa tới các khoang quanh hậu môn trực tràng, tạo ra các thể áp xe khác nhau. Nếu không được chẩn đoán điều trị kịp thời, áp xe sẽ lan rộng phá hủy hệ thống cơ thắt, hoặc tự vỡ ra ngoài tạo nên các đường rò, gọi là bệnh rò hậu môn. Áp xe hậu môn cần được phẫu thuật dẫn lưu sớm. Kháng sinh không có tác dụng điều trị khỏi bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Áp xe cạnh hậu môn được chỉ định phẫu thuật cấp cứu hoặc cấp cứu có trì hoãn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định chung của can thiệp Ngoại khoa.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

Bác sĩ Ngoại tổng quát có chứng chỉ về phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng – tầng sinh môn.

2. Phương tiện

- Đèn chiếu sáng tốt, ánh sáng lạnh.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật hậu môn: có ống soi hậu môn, van hậu môn, que thăm dò, dao điện, máy hút, panh, kéo, kẹp phẫu tích,...
- Các loại chỉ khâu, thuốc bôi trơn (vaselin), oxy già, xanh metylen,...
- Bàn phẫu thuật: thường đặt được người bệnh tư thế phụ khoa, bàn có thể xoay được các tư thế.
- Bàn để dụng cụ: nên có 2 bàn (bàn để dụng cụ chung và bàn để dụng cụ cần thiết trong khi mổ đặt trước mặt Người thực hiện 50cmX30cm).

3. Người bệnh

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

Nếu tại cơ sở y tế có các phương tiện chẩn đoán, hai phương tiện chẩn đoán hình ảnh (siêu âm đầu dò trực tràng và cộng hưởng từ) có tác dụng tốt trong chẩn đoán ổ áp xe, đường rò, lỗ trong và liên quan với hệ thống cơ thắt hậu môn.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa ở tư thế phụ khoa hay nằm sấp đặt gối dưới bụng để bộc lộ rõ vùng hậu môn – trực tràng.

2. Vô cảm

- Tùy theo loại thủ thuật, phẫu thuật có thể lựa chọn các hình thức gây tê tại chỗ, châm tê, gây tê vùng, gây mê nội khí quản hay tĩnh mạch.

3. Kỹ thuật

Nguyên tắc kỹ thuật:

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

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

Cụ thể:

- Đường rạch tùy vị trí áp xe, đủ rộng, phá vỡ các vách ngăn nếu có; có thể rạch hình chữ thập hay cắt bỏ một phần da phủ áp xe để tránh liền vết mổ ở phần nông, phía ngoài (còn đọng dịch mủ ở lớp sâu). Lấy sạch tổ chức viêm hoại tử, tránh thương tổn thần kinh, mạch máu. Bơm rửa oxy già, betadine. Mở ngỏ áp xe. Lấy mủ cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

VI. THEO DÕI

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

- Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác

- Theo dõi tại vết mổ: chảy máu, chảy dịch, đau.

2. Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần;

Thường truyền dịch 500ml – 1000ml sau mổ.

3. Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm.

4. Chăm sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ. Ngâm hậu môn trong nước ấm trong một số phẫu thuật theo chỉ định của bác sỹ phẫu thuật.

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

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

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Đau sau mổ: thông thường sau khi mở ổ áp xe tình trạng người bệnh sẽ tốt hơn: hết sốt, đỡ đau, cảm giác thoải mái hơn. Dùng thuốc giảm đau loại paracetamol, ngâm hậu môn nước ấm cũng là biện pháp giảm đau tốt.

2. Chảy máu: tùy mức độ, có thể băng ép hoặc đốt điện, khâu cầm máu trường hợp nhiễm trùng nặng, toàn trạng người bệnh kém, suy kiệt cần điều trị tích cực: ngâm rửa sạch tại chỗ, kháng sinh toàn thân mạnh, nâng cao thể trạng, chữa các bệnh phối hợp.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 201/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc Ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và Phẫu thuật nội soi”.

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

Bác sĩ phẫu thuật viên, điều dưỡng được đào tạo về phẫu thuật chỉnh hình.

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật chung, chỉ khâu

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 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 ròng 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 ròng rọc A1 cắt mở ròng 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

Hướng dẫn điều trị Ngoại nhi Bệnh viện Nhi Đồng 2 – 2018, trang 293-294.

CHUYÊN NGÀNH BỎNG

11.9. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BỎNG TỪ 10% - 19% 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, mủ 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, mủ,...): 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 tối thiểu 3 người: 1 bác sĩ điều trị, 2 điều dưỡng chuyên khoa bỏng hay chấn thương (1 hữu trùng giúp ngoài, 1 vô trùng), được đào tạo.
- Kíp gây mê (nếu cần): Bác sĩ gây mê và kỹ thuật viên gây mê.

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.
 - 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 becberin 1%; dung dịch PVP iodine 10%, ngoài ra có thể dùng dung dịch acid boric 2-4%; nitrat bạc 0,5%,...
- 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 acid boric; thuốc kháng sinh dùng ngoài... Các thuốc nam có tác dụng kháng khuẩn như mỡ Maduxin; mỡ Eupoline; cream berberin,...
 - + Thuốc tăng cường quá trình tái tạo, biểu mô hóa như Biafine; cream Dampomade; mật ong, cream rau má, nghệ (cream nghệ...); thuốc chứa các yếu tố tăng trưởng (các GF: growth factor), 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 tạo màng che phủ vết bỏng mới như B76 (theo quy trình riêng). Các thuốc hoặc vật liệu giúp cầm máu tại chỗ như spongel, dung dịch adrenalin...
- Các vật liệu thay thế da tạm thời: da đồng loại; da dị loại (trung bì da lợn; da ếch...); các tấm tế bào nuôi cấy (tấm nguyên bào sợi...); màng collagen; các vật liệu sinh học và tổng hợp khác... Các băng vết thương có thuốc: vật liệu nano, các băng vết thương vật liệu hydrocolloid...
- Việc sử dụng các thuốc và vật liệu do bác sĩ chỉ định theo tính chất vết thương.

3. Người bệnh

- Giải thích động viên người bệnh.
- Dẫn 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: máy thở; nguồn cung cấp oxy; máy hút; monitor theo dõi người bệnh; 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 (theo quy trình riêng).

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 hay vật liệu thay thế da dùng tại chỗ vết bỏng và xử TRÍ vết thương bỏng cùng với kíp thay băng.

- Bác sĩ và 3 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 hoặc vật liệu thay thế da dùng tại chỗ. 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).

+ Các vật liệu thay thế da tạm thời được lấy khỏi túi đựng vô khuẩn, tạo các khía hay các lỗ thủng để thoát dịch và khí, ngâm trong dung dịch nước muối vô khuẩn trước khi sử dụng.

+ Đắp các tấm vật liệu thay thế da tạm thời lên nền vết bỏng sao cho chúng bám sát vào vết bỏng, không để dịch hay khí ứ đọng phía dưới.

+ Đắp một lớp gạc tấm dung dịch kháng sinh hay dung dịch betadine 3% lên các tấm vật liệu thay thế da; đắp tiếp một lớp gạc tấm vaseline bên ngoài lớp gạc thuốc và vài lớp (2-4-6 lớp) gạc khô ngoài cùng theo kiểu lợp ngói.

- *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 tăng sinh mô. 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).

VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Toàn thân

- 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 kêu đau, rét run hoặc sốt cao: tiếp tục dùng giảm đau, ủ ấm, hạ sốt...

2. Tại chỗ

- Tụt băng gạc để lộ vết thương: tiến hành băng bó bổ xung.

- Tình trạng băng quá chặt gây phù nề, chèn ép vùng bông: hay gặp khi thay băng trong 3 ngày đầu (vết bông vẫn tiếp tục phù nề) hoặc sau phẫu thuật ghép da: nới 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 – BHYT 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 ú 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 tỷ 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 dưới 10% diện tích cơ thể

- Thuộc nhóm bỏng mức độ nhẹ và vừa, vẫn có thể có diễn biến nặng.

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 tối thiểu 3 người: 1 bác sĩ điều trị, 2 điều dưỡng chuyên khoa bỏng hay chấn thương (1 hữu trùng giúp ngoài, 1 vô trùng), được đào tạo.

(Ban hành kèm theo Quyết định số 185/QĐ-BVN ngày 18/8/2020 của Bệnh viện Nhi Lâm Đồng)

- Kíp gây mê (nếu cần): Bác sỹ gây mê và kỹ thuật viên gây mê.

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.
- 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 becberin 1%; dung dịch PVP iodine 10%, ngoài ra có thể dùng dung dịch acid boric 2-4%; nitrat bạc 0,5%,...
- 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 acid boric; thuốc kháng sinh dùng ngoài... Các thuốc nam có tác dụng kháng khuẩn như mỡ Maduxin; mỡ Eupoline; cream berberin,...
 - + Thuốc tăng cường quá trình tái tạo, biểu mô hóa như Biafine; cream Dampomade; mật ong, cream rau má, nghệ (cream nghệ...); thuốc chứa các yếu tố tăng trưởng (các GF: growth factor), 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 tạo màng che phủ vết bỏng mới như B76 (theo quy trình riêng).
 - + Các thuốc hoặc vật liệu giúp cầm máu tại chỗ như spongel, dung dịch adrenalin...
- Các vật liệu thay thế da tạm thời: da đồng loại; da dị loại (trung bì da lợn; da ếch...); các tấm tế bào nuôi cấy (tấm nguyên bào sợi...); màng collagen; các vật liệu sinh học và tổng hợp khác... Các băng vết thương có thuốc: vật liệu nano, các băng vết thương vật liệu hydrocolloid...
- 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.
- Dẫn 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: máy thở; nguồn cung cấp oxy; máy hút; monitor theo dõi người bệnh; 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 (theo quy trình riêng).

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 hay vật liệu thay thế da dùng tại chỗ vết bỏng và xử trí vết thương bỏng cùng với kíp thay băng.

- Bác sỹ và 3 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 hoặc vật liệu thay thế da dùng tại chỗ. 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).

+ Các vật liệu thay thế da tạm thời được lấy khỏi túi đựng vô khuẩn, tạo các khía hay các lỗ thủng để thoát dịch và khí, ngâm trong dung dịch nước muối vô khuẩn trước khi sử dụng.

+ Đắp các tấm vật liệu thay thế da tạm thời lên nền vết bỏng sao cho chúng bám sát vào vết bỏng, không để dịch hay khí ứ đọng phía dưới. Đắp một lớp gạc tấm dung dịch kháng sinh hay dung dịch betadine 3% lên các tấm vật liệu thay thế da; đắp tiếp một lớp gạc tấm vaseline bên ngoài lớp gạc thuốc và vài lớp (2-4-6 lớp) gạc khô ngoài cùng theo kiểu lợp ngói.

- *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 tăng sinh mô. 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 VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Toàn thân

- Theo dõi trạng thái toàn thân, mạch, nhiệt độ, huyết áp...sau thay băng.

- 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 kêu đau, rét run hoặc sốt cao: tiếp tục dùng giảm đau, ủ ấm, hạ sốt...

2. Tại chỗ

- Tụt băng gạc để lộ vết thương: tiến hành băng bó bổ sung.

- Tình trạng băng quá chặt gây phù nề, chèn ép vùng bông: hay gặp khi thay băng trong 3 ngày đầu (vết bông vẫn tiếp tục phù nề) hoặc sau phẫu thuật ghép da: nới 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 – BHYT 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

12.194. PHẪU THUẬT VẾT HẠCH NÁCH

I. ĐẠI CƯƠNG

Hạch nách trái sau tiêm ngừa lao là tình trạng viêm hạch bạch huyết phản ứng, đây là một hạch lành tính. Trong quá trình diễn tiến tự nhiên của hạch, hạch có thể tự mủ và vỡ ra.

Hạch to ở nách (có thể ở vùng thượng đòn) cùng bên với bên tiêm Vắc xin (Bên trái). Xuất hiện từ 2 tuần đến 6 tháng kể từ ngày tiêm vắc xin

Sờ thấy một khối chắc ở nách trái hoặc hạch có thể tự mủ biểu hiện bằng vùng da trên hạch chuyển sang màu đỏ, sưng nề.

Trong một số trường hợp, hạch phát triển to > 2cm, nằm sâu trong hố nách, phải có chỉ định phẫu thuật để lấy trọn khối hạch.

II. CHỈ ĐỊNH

- Điều trị phẫu thuật: thường áp dụng cho các trường hợp hạch nách to kích thước lớn hơn 2cm. nhiều cụm hạch ở cạnh nhau, nằm sâu trong hố nách cần phẫu thuật để lấy trọn khối hạch.

- Nếu sau khi hạch vỡ mủ nhưng vẫn còn nốt đỏ và rỉ nước thì khả năng vẫn còn khối hạch viêm cùng đường rò từ hạch viêm ra da. Trường hợp này cần phải đánh giá số lượng, kích thước, tính chất của hạch. Khi cần, phải phẫu thuật để lấy trọn khối hạch viêm.

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

- Phẫu thuật viên Ngoại nhi
- 1 PTV phụ mổ

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường

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

3.1. Vô cảm người bệnh

Gây mê

3.2. Kỹ thuật

- **Bước 1:** Sát trùng vùng mổ bằng Betadin.

- **Bước 2:**

+ Phẫu thuật viên tiến hành phẫu tích cắt lấy trọn hạch nách.

+ Bám sát mô dưới da, bóc tách, triệt mạch máu tăng sinh quanh hạch.

+ Nạo vét các hạch nhỏ quanh hạch sao cho đảm bảo an toàn mạch máu, đảm bảo thần kinh vùng nách.

- **Bước 3:** Cầm máu kỹ.

- **Bước 4:** 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. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- 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

Quản lý viêm hạch bạch huyết do vắc xin BACILLUS CALMETTE-GUÉRIN, Bệnh viện 74 Trung Ương. Link:

<http://benhvien74tw.org.vn/?show=viewtt&list=3&id=754&c=>

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

- Phẫu thuật viên Chấn thương Chỉnh hình.
- 1 PTV phụ mổ.

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường.

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

3.1. Vô cảm người bệnh

Gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

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. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- 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.

12.319. CẮT U LÀNH PHẦN MỀM ĐƯỜNG KÍNH TRÊN 10 CM

I. ĐẠI CƯƠNG

U lành phần mềm bao gồm tổ chức u là u dạng mỡ, u mỡ, u máu, u bã đậu... có kích thước trên 10 cm.

U chỉ định trong trường hợp này có giới hạn và vỏ bao rõ, không xâm lấn vào các mô lân cận hoặc lây lan sang những bộ phận khác của cơ thể, di động.

II. CHỈ ĐỊNH

U ảnh hưởng thẩm mỹ, gây đau hoặc to nhanh.

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

- Phẫu thuật viên Chấn thương Chỉnh hình.
- 1 PTV phụ mổ.

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường.

3. Người bệnh

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

3.1. Vô cảm người bệnh

Gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

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, đặt lam hoặc sonde dẫn lưu.

- **Bước 3:** Khâu đóng lại vết mổ theo đúng bình diện giải phẫu, băng ép vết mổ.

- Gửi giải phẫu bệnh tâm soát bản chất u.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, sonde dẫn lưu.

- Kháng sinh đường tiêm 5 - 7 ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

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.

12.320. CẮT U LÀNH PHẦN MỀM ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 10 CM

I. ĐẠI CƯƠNG

- U lành phần mềm bao gồm tổ chức u là u dạng mỡ, u mỡ, u máu, u bã đậu... có kích thước dưới 10 cm.
- U chỉ định trong trường hợp này có giới hạn và vỏ bao rõ, không xâm lấn vào các mô lân cận hoặc lây lan sang những bộ phận khác của cơ thể, di động.

II. CHỈ ĐỊNH

U ảnh hưởng thẩm mỹ, gây đau hoặc to nhanh.

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

- Phẫu thuật viên Chấn thương Chỉnh hình.
- 1 PTV phụ mổ.

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường.

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

3.1. Vô cảm người bệnh

Gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

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.

- Gửi giải phẫu bệnh tâm soát bản chất u.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở.

- Kháng sinh đường tiêm 3 - 5 ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- 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

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.

12.322. 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 phân 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

Bác sĩ phẫu thuật viên, điều dưỡng được đào tạo về phẫu thuật chỉnh hình.

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật chung, chỉ khâu.

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 kèm theo gây tê vùng .
- 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.
- Sau khi cắt bỏ u nang hoạt dịch lỗ thông với ổ khớp được đóng lại bằng cách làm xơ hóa, khâu bằng chỉ, khâu cheo kín bằng gân cơ 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.

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

17.75. 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 tổng 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 sĩ/ điều dưỡng có chứng nhận, chứng chỉ đào tạo về vật lý trị liệu hô hấp.

2. Phương tiện

- Giường, ghế, máy hút, máy thở, máy khí rung (nếu có).
- Khay quả đậu, khăn tay, máy đo áp lực O₂ và CO₂ (nếu có).
- Máy đo huyết áp, ống nghe...
- Ống thông các loại.

3. Người bệnh: chuẩn bị tư thế ngồi thoải mái, dễ chịu, thuận tiện và phù hợp.

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: (dành cho tập ho trong nhi khoa)

- 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 thích thích cơ quan nhận cảm: rãnh mũi, vòm miệng.
- Dùng ngón tay sạch kích thích họng.

3. Các kỹ thuật khác: tay kỹ thuật viên ấn, đẩy phổi phải ở thì thở ra.

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 O₂ và CO₂.

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”.